

Health



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 2015

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, 2016

Date de publication : Mars 2016

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

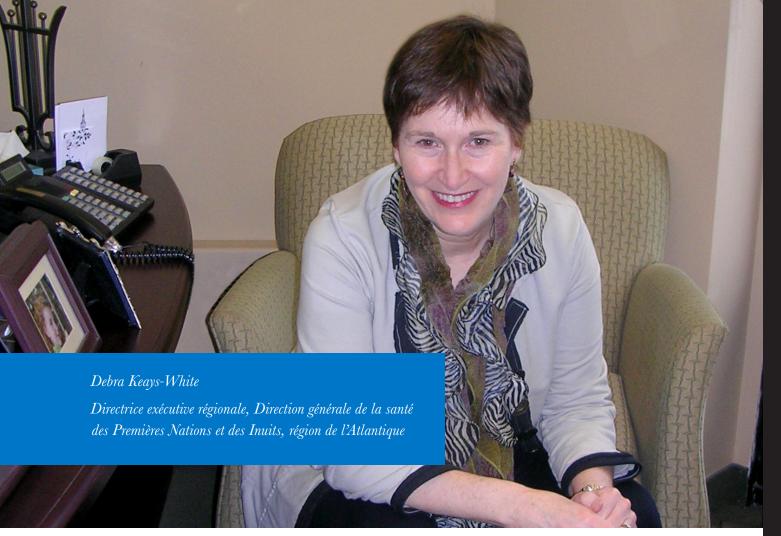
IMPRIMÉ Cat.: H33-1/17F PDF Cat.: H33-1/17F-PDF Pub.: 150270

ISSN: 2292-8391 ISSN: 2292-8405

TABLE DES MATIÈRES

Avant-propos	
1 : Sources des données	3
1.1 Données des programmes de la DGSPNI	4
1.1.1 Modèle de rapport communautaire	4
1.1.2 Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services - soins à domicile	
et en milieu communautaire	4
1.1.3 Système d'information sur l'hygiène du milieu	5
1.1.4 WaterTrax	5
1.1.5 Base de données sur les soins dentaires de la DGSPNI – rapports sur les services et la productivi	ité5
1.1.6 Vaccination	6
1.1.7 Données des centres de traitement	
1.1.8 Système Teleform	7
1.1.9 Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des services	
de santé non assurés	
1.2 Système d'inscription des Indiens d'Affaires indiennes et du Nord Canada	
1.3 Enquête régionale sur la santé des Premières Nations	
1.4 Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations	
1.5 Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes	
1.6 Autres points à considérer concernant les sources de données et les données	12
2 : Environnement social	13
2.1 Région de l'Atlantique	
2.2 Population	
2.2.1 Dénombrement de la population	
2.2.2 Tendances de la population	
2.3 Langue	
2.4 Éducation	
2.4.1 Niveau de scolarité	17
2.4.2 Formation et renforcement des capacités	
2.4.3 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves (PAPAR)	
2.5 Revenu	
2.6 Emploi	
2.7 Indice de bien-être des collectivités	
2.8 Enfants pris en charge	
3 : Environnement physique	
3.1 Inspections de l'hygiène du milieu	
3.2 Logement	
3.2.1 Conditions de logement	
3.2.2 Surpeuplement	
3.2.3 Moisissures	
3.3 Qualité de l'eau potable	
3.3.1 Analyses bactériologiques	
3.3.2 Rapports d'analyse chimique	
3.3.3 Avis concernant la qualité de l'eau potable	32

4 : Santé physique	34
4.1 Santé maternelle et infantile	34
4.1.1 Facteurs de risque maternels	34
4.1.2 Taux de natalité	35
4.1.3 Poids à la naissance	36
4.1.4 Allaitement	36
4.1.5 Introduction des aliments solides	38
4.2 Activité physique	39
4.2.1 Activités courantes	40
4.3 Maladies chroniques	41
4.3.1 Facteurs de risques des maladies chroniques	41
4.3.2 Diabète	46
4.3.3 Maladies cardiovasculaires	50
4.3.4 Maladies respiratoires	54
4.3.5 Gestion de la douleur	54
4.4 Santé sexuelle	57
4.5 Maladies à déclaration obligatoire	58
4.5.1 Chlamydia	58
4.5.2 Hépatite C	61
4.6 Taux de vaccination des enfants	62
5 : Bien-être mental	63
5.1 Culture et bien-être	63
5.2 Santé mentale et émotionnelle	66
5.2.1 Troubles psychologiques ou émotionnels autodéclarés	66
5.2.2 Consommation de benzodiazépines	67
5.2.3 Pensionnats indiens	70
5.3 Toxicomanie	72
5.3.1 Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones	72
5.3.2 Traitement de substitution des opioïdes	73
6 : Services de soins de santé	75
6.1 Soins dentaires	75
6.1.1 Indices dceo/DCA0	75
6.1.2 Initiative en santé buccodentaire pour les enfants	78
6.1.3 Thérapie dentaire	80
6.2 Soins à domicile et en milieu communautaire	81
Liste des figures	84
Liste des tableaux	85
Liste des acronymes	86
Références	87



AVANT-PROPOS

Nous sommes heureux de vous présenter le cinquième rapport annuel sur l'état de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada à Atlantique! Comme pour les 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 trouverez 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.

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 d'utiliser 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.

Comme nous souhaitons que le présent rapport soit utile aux collectivités des Premières Nations et aux intervenants, votre rétroaction nous sera très précieuse. Alors, comment procéder pour rendre le présent rapport plus *convivial*? Nous avons ajouté un feuillet d'une page présentant des infos éclair tirées du rapport. Cette année, les infos éclair se focaliseront sur l'état de santé des enfants et des jeunes. Nous prévoyons fournir des infos éclair pour chacun des rapports sur l'état de santé.

Nous souhaiterions 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?

J'espère que le présent rapport vous sera utile.

Veuillez agréer mes sincères salutations.

Debra J. Keays-White

Debre Mengdedite

Directrice exécutive régionale, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, région de l'Atlantique



1: SOURCES DES 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 à la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), tant à l'échelle régionale que nationale, pour 2010 à 2014. Ces données comprennent les rapports des programmes de la DGSPNI et la base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques du Programme des services de santé non assurés (SSNA). Il comprend également les données de l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations, d'Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) 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. On ignore 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 1.6 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

Le Modèle de rapport communautaire (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 à 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 2014-2015, les 33 collectivités ont dû produire des rapports au moyen du MRC. Toutes les collectivités remplissent le MRC, mais certaines d'entre elles ne remplissent pas toutes les sections. En 2014-2015, les 33 collectivités ont produit des rapports sur la santé maternelle.

1.1.2 Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services – soins à domicile et en milieu communautaire

Toutes les collectivités sont tenues de produire des rapports mensuels à l'aide du modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services (RSPSe). 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. Il faut souligner qu'aucun rapport n'a été déclaré manquant parmi les collectivités des Premières Nations de l'Îledu-Prince-Édouard et de Terre-Neuve-et-Labrador de 2011-2012 à 2013-2014. La plupart des collectivités soumettent tous les RSPSe requis.

Tableau 1-1 Nombre de collectivités qui n'ont pas soumis tous les rapports RSPSe (2011-2012 à 2014 2015)

Année de déclaration	Nombre de collectivités n'ayant pas soumis tous les rapports mensuels		
2011-2012	5		
2012-2013	2		
2013-2014	2		
2014-2015	4 (une n'a soumis aucun rapport au cours de l'année)		

Source: Rapports RSPSe (2011-2012 à 2014-2015)

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 actuellement à corriger la situation 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

Les agents d'hygiène du milieu (AHM) consignent les données d'inspection dans la base de données du Système d'information sur l'hygiène du milieu (SIHM). Un AHM a été assigné à chacune des 33 collectivités des Premières Nations.

Au cours des dernières années, la saisie de données dans le SIHM est devenue plus sérieuse. Depuis 2010-2011, davantage de données d'inspection ont été entrées dans le système, ce qui est plus fidèle au nombre d'inspections réalisées tous les ans. À ce titre, le nombre moins élevé d'inspections recensées pendant la période 2010-2011 pourrait être attribuable à une sous-déclaration de données.

1.1.4 WaterTrax

Les contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable (CCQEP) consignent les données sur la qualité de l'eau à l'aide de WaterTrax. En 2014-2015 les 33 collectivités avaient CCQEP.

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 par 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-neuf collectivités des Premières Nations ont accès à un thérapeute dentaire et 27 collectivités sont dotées d'un intervenant de l'ISBE.

1.1.6 Vaccination

Le nombre de collectivités qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale s'accroît constamment.

Bien que l'ensemble des 33 collectivités soient tenues de déclarer leurs taux de couverture vaccinale, certaines ne le font pas ou ne transmettent pas toute l'information, ce qui rend impossible le calcul des taux. 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.

Depuis 2010, le nombre de collectivités qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale s'accroît constamment.

Tableau 1-2 Nombre de collectivités des Premières Nations (réserves) de l'Atlantique qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale (2010-2014)

Année de déclaration	Nombre de collectivités qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale
2010	26
2011	30
2012	31
2013	31
2014	33

Source : Rapports sur les taux de couverture vaccinale de la région de l'Atlantique (2010-2014)

1.1.7 Données des centres de traitement

Il y a cinq centres de traitement et un centre pour les jeunes dans la région de l'Atlantique. Les six centres ont présenté des rapports à la DGSPNI en 2014-2015. 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. Le Système d'information sur l'abus de substances (SIAS) sert à recueillir les données, comme le nombre de demandes et d'admissions, des données démographiques et un registre des substances consommées.



1.1.8 Système Teleform

Il est obligatoire que l'ensemble des 33 collectivités signalent à la DGSPNI les naissances, les décès et les maladies à déclaration obligatoire.* Les collectivités s'acquittent de cette exigence par l'intermédiaire du système Teleform; pour ce faire, elles transmettent leur rapport par télécopieur tous les mois. Cependant, ce ne sont pas toutes les collectivités qui fournissent systématiquement les données demandées chaque mois. Dans le présent rapport, le système Teleform a été utilisé dans la section des maladies à déclaration obligatoire. Comme les infirmières en santé communautaire qui remplissent les rapports ne sont pas nécessairement informées de tous les cas de maladie à déclaration obligatoire, les taux de maladies à déclaration obligatoire présentés ici peuvent être plus faibles que les taux réels dans les collectivités.

Tableau 1-3 Pourcentage des rapports manquants par rapport aux rapports dus sur les maladies à déclaration obligatoire (2010-2014)

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

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

^{*} Une maladie à déclaration obligatoire est une maladie dont les cas doivent être signalés aux autorités de santé publique provinciales ou territoriales, en vertu des lois provinciales ou territoriales (voir la section 4.5).

1.1.9 Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés

La base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (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 1-1);
- le fait que les deux tiers environ des membres admissibles des Premières Nations obtiennent au moins une ordonnance par année; l'utilisation de médicaments par la population des Premières Nations de l'Atlantique est probablement supérieure aux estimations fondées sur la base de données des demandes de paiement des services pharmaceutiques;
- faute d'information à ce sujet, 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 Manière de calculer la prévalence des demandeurs de paiement aux SSNA



En 2011, la bande de la Première Nation Qalipu Mi'kmaq a été établie à Terre-Neuve-et-Labrador. En 2014, la bande Qalipu comptait 23 982 membres reconnus comme des Indiens inscrits, soit 38 % 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 AUTOCHTONES ET DU NORD CANADA

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

- Il y a des retards dans la déclaration des naissances et des décès.
- L'information relative aux déménagements (personne qui quitte une réserve ou qui s'installe dans une réserve) peut ne pas être consignée, puisque le lieu de résidence n'est habituellement déclaré à AANC 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 les réserves établi par AANC sert de dénominateur pour le calcul de tous les taux.

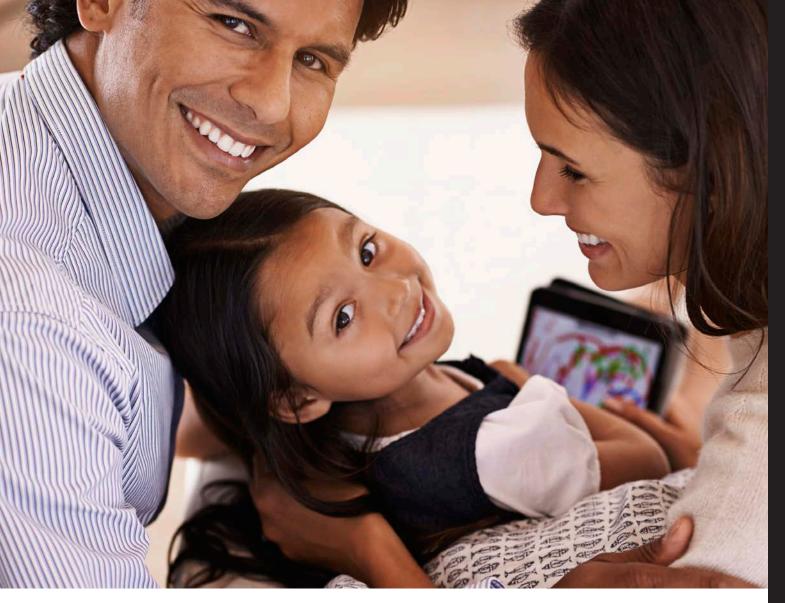
1.3 ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS

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 (une à Terre-Neuve-et-Labrador, 12 en Nouvelle-Écosse, deux à l'Île-du-Prince-Édouard et sept au Nouveau-Brunswick). L'ERS est une enquête sur la population des réserves administrée par les Premières Nations. Les données du présent rapport reflètent le nombre de membres des bandes des Premières Nations (Mi'kmaq et Malécites) qui vivent dans les réserves de la région de l'Atlantique; elles sont préparées par les l'Union des Indiens de la Nouvelle-Écosse (UNSI), gestionnaires des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique¹. Les analyses de l'ERS présentées dans le rapport ne reflètent pas nécessairement l'opinion du Comité de gouvernance sur l'information des Premières Nations (CGIPN). Pour de plus amples renseignements sur l'ERS, visitez le site Web du CGIPN à l'adresse suivante: www.fnigc.ca.

1.4 ENQUÊTE RÉGIONALE SUR LA PETITE ENFANCE, L'ÉDUCATION ET L'EMPLOI CHEZ LES PREMIÈRES NATIONS

L'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREEPN) a été réalisée entre 2013 et 2015 dans 250 collectivités des Premières Nations. Semblable à l'ERS, cette enquête vise les adultes, les jeunes et les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve et dans la collectivité du nord canadien. L'enquête a pour but d'obtenir une meilleure idée de la situation dans ces collectivités du développement de la petite enfance, de l'éducation et de l'emploi².

Actuellement, seules les données regroupées nationales sont disponibles pour cette enquête. Cependant, comme ces renseignements sont parmi les plus récents et les plus pertinents sur la population des Premières Nations vivant dans une réserve, elles ont été utilisées dans le présent rapport comme compléments ou comparaisons avec les données régionales de l'Atlantique. Pour de plus amples renseignements sur l'EREEEPN, visitez le site Web du CGIPN à l'adresse suivante : www.fnigc.ca.



1.5 ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES

L'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est une enquête nationale administrée par Statistique Canada. Elle recueille de l'information sur divers sujets liés à la santé, notamment l'état de santé, l'utilisation des soins de santé et les déterminants de la santé des Canadiens et Canadiennes âgés de 12 ans et plus³. L'enquête est menée tous les ans, les renseignements contenus dans le présent rapport sont tirés du cycle de 2014.

Les personnes qui vivent dans une réserve et dans d'autres peuplements autochtones sont exclues de cette enquête³. Cependant, comme l'ESCC est représentative d'une très grande partie de la population canadienne, ses données sont parfois utilisées à titre comparatif dans le présent rapport avec les données concernant les membres des Premières Nations de l'Atlantique vivant dans une réserve. Pour de plus amples renseignements sur l'ESCC, visitez le site Web de Statistique Canada (www.statcan.gc.ca).

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

Périodes de déclaration

Idéalement, les renseignements sur l'état de santé sont consignés selon l'année civile. Cependant, étant donné que certains programmes de la DGSPNI requièrent des données sur les collectivités basées sur l'exercice financier, certaines sections du présent rapport présentent les données selon l'année civile (p. ex. 2014), et d'autres selon l'exercice financier (2014-2015). Il est important de prendre note de la période de déclaration, surtout lorsqu'il s'agit de comparaisons entre les renseignements.

Intervalles de comparaison

Dans le présent rapport, nous avons essayé de toujours inclure les sources de données disponibles les plus récentes. Il y a cependant certains cas où les données les plus récentes dataient de plusieurs années (jusqu'à huit ans). Ainsi, il est important de prendre en compte la différence temporelle qui pourrait exister entre les sources, surtout aux fins de comparaison. Par exemple, si les derniers taux pour une population donnée sont de 2010, et qu'ils sont de 2014 pour une autre population, il se peut que des changements soient survenus entre-temps (en raison, par exemple, des programmes de santé). Cependant, comme un tel intervalle est plutôt court, il est improbable qu'il y ait de grandes différences.

Chiffres arrondis

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. Certains chiffres comporteront une décimale dans un cas où les valeurs arrondies n'étaient pas significatives en comparaison à d'autres valeurs.

Normalisation de l'âge

Quand on compare deux populations, il est important de se rappeler que les structures d'âge et de sexe différentes peuvent être à l'origine des différences dans l'état de santé. Par exemple, si l'on compare une population qui a une forte proportion de jeunes à une où les personnes plus âgées sont plus nombreuses, la première population présentera vraisemblablement des taux de maladie plus élevés qui sont plus courantes dans les groupes d'âge plus jeunes (p. ex. chlamydia) en fonction uniquement de la structure d'âge. Pour annuler ce déséquilibre, une autre population neutre pourra être utilisée pour normaliser les taux, afin que les deux populations soient comparables, sans égard à leur structure d'âge.

Dans le présent rapport, la normalisation de l'âge a été utilisée dans les sections portant sur le diabète et les maladies à déclaration obligatoire.

Modifications des rapports de données

Chaque année, les sources de données les plus solides sont utilisées pour la préparation du présent rapport. Les modifications apportées par rapport aux versions précédentes du rapport pourraient être attribuables aux différences dans la production des rapports de données, la mise à jour des sources ou des changements dans les sources d'information.



2: ENVIRONNEMENT SOCIAL

La façon dont nous apprenons, ce que nous mangeons et la manière dont nous interagissons avec d'autres sont tous influencés par notre environnement social⁴. Il est reconnu que les facteurs comme l'inégalité des revenus, le niveau d'éducation relativement bas et le chômage ont une incidence négative sur la santé⁵. Ces facteurs, qui agissent comme agents de stress et choix de vie contraignants, peuvent influencer les comportements qui se combinent aux processus biologiques pour produire un mauvais état de santé⁵. Un exemple direct est le fait de ne pas avoir assez d'argent pour acheter des aliments nutritifs, ou encore ne pas y avoir accès, ce qui évidemment se traduit par un régime alimentaire médiocre. Une des conséquences de cela pourrait être l'obésité, un important facteur de risque dans le développement du diabète et d'autres complications cardiovasculaires^{6,7}. La compréhension de l'environnement social est extrêmement importante, car il fournit un contexte pour les indicateurs de santé qui sont présentés ci-après dans le rapport.

2.1 RÉGION DE L'ATLANTIQUE

Dans la région de l'Atlantique, il y a 34 bandes des Premières Nations, 33 collectivités des Premières Nations et cinq collectivités inuites. Les 33 collectivités des Premières Nations sont au centre du présent rapport.

Pour avoir un aperçu détaillé des collectivités des Premières Nations dans la région, veuillez vous reporter à la carte interactive des profils des Premières Nations. (http://fnpim-cippn.aandc-aadnc.gc.ca/index-fra.html).

2.2 POPULATION

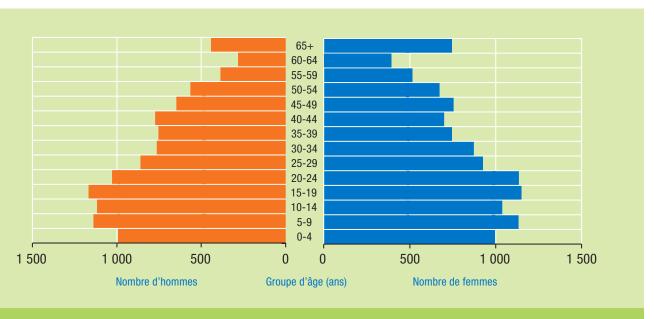
Pourquoi est-il important de connaître la distribution de l'âge?

L'âge et le sexe sont deux des grands déterminants de la santé. À ce titre, ils peuvent aussi influer 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. La connaissance des différentes répartitions de l'âge dans les populations que nous comparons peut nous aider à interpréter les renseignements relatifs à la santé.

2.2.1 Dénombrement de la population

En 2014, la population totale des Indiens inscrits vivant au Canada atlantique s'élevait à 62 468, soit 38 % dans les réserves et 62 % à l'extérieur de réserves⁸. La population des réserves était composée également de femmes et d'hommes, et la majorité avait moins de 30 ans (55 %; Figure 2-1).

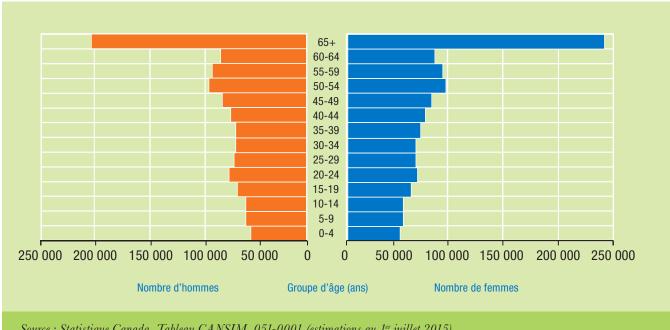
Figure 2-1 Population d'Indiens inscrits vivant dans une réserve au Canada atlantique, selon l'âge et le sexe (2014)



Source : AANC, Population d'Indiens inscrits, selon le sexe et la résidence (estimations au 31 décembre 2014)

La figure 2-2 montre qu'en comparaison avec la population générale de l'Atlantique, la population des Indiens inscrits vivant dans une réserve affiche un plus fort pourcentage de jeunes et une plus faible proportion de citoyens âgés. En 2014, environ 47 % de la population des Indiens inscrits vivant dans une réserve avait moins de 25 ans et 5 % étaient âgés de plus de 65 ans, comparativement à 26 % et 19 % respectivement, dans la population générale de l'Atlantique.

Figure 2-2 Population totale du Canada atlantique, selon l'âge et le sexe (2014)



Source: Statistique Canada, Tableau CANSIM 051-0001 (estimations au 1er juillet 2015)

2.2.2 Tendances de la population

Les trois populations suivantes ont un taux de croissance différent. Au cours des cinq dernières années:

- la population des réserves a augmenté de 7 %;
- la population à l'extérieur des réserves a augmenté de 6 %;†
- la population générale du Canada atlantique est restée plutôt stable (augmentation inférieure à 1 %)

[†] Les trois dernières années (2012-2014) en raison de l'ajout de la bande Qalipu en 2011.

Pendant la même période, sur le plan de l'âge,

- le pourcentage de la population âgée de 24 ans et moins dans les populations des Premières Nations vivant dans des réserves et à l'extérieur d'une réserve dans la région de l'Atlantique a diminué de 2 %;
- Il y a eu une hausse de 1 % dans le pourcentage de ceux âgés de 25 à 64 ans, pour la population vivant dans les réserves;
- Il n'y a pas eu d'augmentation du pourcentage de personnes âgées de 65 ans et plus dans la population des Premières Nations vivant dans les réserves, comparativement à une hausse de 3 % de la population générale de la région de l'Atlantique.

2.3 LANGUE

Combien de personnes vivant dans une réserve parlent une langue d'une Première Nation? Au Canada atlantique, 70 % des hommes et des femmes adultes vivant dans une réserve comprennent ou parlent une langue d'une Première Nation¹.

De manière plus générale, dans la région de l'Atlantique, 46 % de la population autochtone vivant dans une réserve a affirmé avoir des connaissances d'une langue autochtone, ce qui signifie qu'ils connaissent suffisamment la langue pour tenir une conversation^{9, 10}. Les langues les plus souvent mentionnées sont l'innu/le montagnais à Terre-Neuve-et-Labrador, où 65 % des répondants ont indiqué avoir des connaissances de cette langue. En Nouvelle-Écosse, au Nouveau-Brunswick et à l'Île-du-Prince-Édouard, la connaissance de la langue Mi'kmaq a été le plus souvent mentionnée, soit 52 %, 26 % et 21 % respectivement des gens indiquant avoir une connaissance de cette langue. Au Nouveau-Brunswick, la connaissance du malecite a été aussi signalée par 8 % des répondants⁹.

À l'échelle nationale, 43 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve ont mentionné avoir appris une langue des Premières Nations comme langue maternelle, et 21 % disent que c'est la langue la plus souvent utilisée dans la vie quotidienne. Chez les enfants (11 ans et moins), 18 % ont appris une langue des Premières Nations comme langue maternelle, et 35 % y ont été exposés constamment ou la plupart du temps à la maison. Les obstacles les plus importants à l'apprentissage d'une langue des Premières Nations sont le manque d'enseignants, de salles de classe et d'autres personnes avec qui la parler¹¹. Au total, 20 % des jeunes (âgés de 12 à 17 ans) ont mentionné qu'ils avaient appris une langue des Premières Nations comme langue maternelle, et 11 % ont affirmé que c'est la langue qu'ils utilisent le plus souvent dans leur vie quotidienne¹².

Les comparaisons pour l'Atlantique ne sont pas encore disponibles, car seuls les résultats nationaux de cette enquête (l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations) ont été rendus publics.

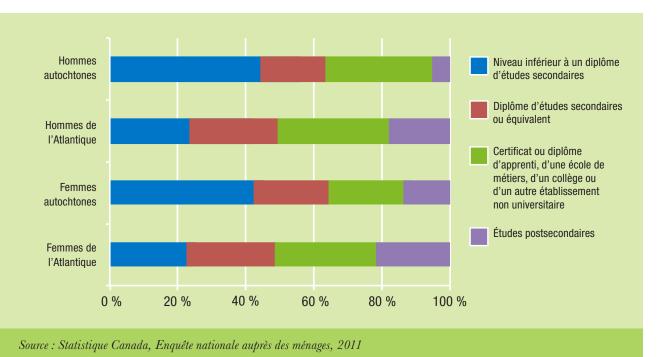


2.4 ÉDUCATION

2.4.1 Niveau de scolarité

En 2011, un pourcentage plus élevé d'hommes et de femmes autochtones de la région de l'Atlantique ont indiqué ne pas avoir de diplôme d'études secondaires, en comparaison de la population de l'Atlantique (Figure 2-3). Les taux de diplôme d'études secondaires étaient semblables parmi tous les groupes d'âge (24 à 25 %) à l'exception des hommes autochtones qui avaient un taux plus bas (19 %). Le pourcentage de personnes qui ont obtenu un certificat ou un diplôme d'une école de métiers, d'un collège ou d'un autre établissement non universitaire était semblable pour tous les groupes d'âge (30 à 32 %) à l'exception des femmes autochtones (22 %). Environ 12 % des femmes autochtones ont indiqué avoir fait des études postsecondaires, comparativement à 22 % de toutes les femmes de l'Atlantique. Dans le même ordre d'idées, moins d'hommes autochtones (6 %) que d'hommes de l'Atlantique (18 %) ont une éducation postsecondaire.

Figure 2-3 Niveau de scolarité de la population autochtone de l'Atlantique et de la population générale de l'Atlantique (15 ans et plus), selon le sexe (2011)



À l'échelle nationale, 43 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve ont déclaré ne pas avoir de diplôme d'études secondaires, 32 % ont dit en avoir un, et 24 % ont mentionné une forme ou une autre d'éducation postsecondaire¹³.

2.4.2 Formation et renforcement des capacités

Il y a plusieurs occasions d'éducation et de formation pour les membres des Premières Nations vivant dans une réserve dans la région de l'Atlantique qui pourraient ne pas faire partie des mesures d'éducation classiques.

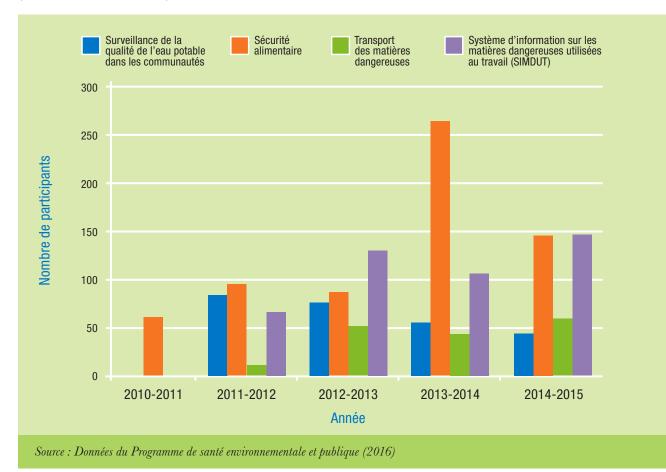
Par exemple, le Programme de santé environnementale et publique dispense plusieurs cours dans la région qui permettent aux participants d'acquérir et d'apprendre un éventail de compétences, notamment la sécurité alimentaire, le transport des matières dangereuses et la sécurité des matières utilisées sur un lieu de travail. Cette formation prépare les personnes en vue de combler des possibilités d'emploi et est souvent une exigence pour des emplois au sein de l'industrie.

En 2014-2015, 480 participants ont assisté à 46 séances de formation qui ont été données par les agents d'hygiène du milieu (AHM) dans la région. Les deux formations données le plus souvent portent sur la sécurité alimentaire et le Système d'information sur les matières dangereuses utilisées au travail (SIMDUT).



Au cours des cinq dernières années, le nombre de participants à ces séances de formation a fluctué. Les formations sur la sécurité alimentaire et le SIMDUT sont celles qui ont attiré le plus de participants (figure 2-4).

Figure 2-4 Les quatre séances de formation les plus souvent données au Canada l'atlantique (2010-2011 à 2014-2015)



Les contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable (CCQEP) sont essentiels au maintien de la santé des collectivités en raison du rôle qu'ils jouent dans la surveillance de la qualité de l'eau potable. En 2014, il y a eu 42 participants au programme des CCEQP. Il s'agit notamment des examens écrits et oraux d'accréditation ou de renouvellement de l'accréditation des CCEQP. Les participants ont obtenu leur certificat et accumulé des unités de formation continue du Nova Scotia Community College.



Groupe d'étudiants de contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable 2014

2.4.3 Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves

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 les réserves 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 des Premières Nations de six ans et moins, tout en leur donnant l'occasion de développer leur plein potentiel.

Il y avait 564 enfants âgés de six ans et moins inscrits au PAPAR en 2014-2015, ce qui représente 16 % de tous les enfants admissibles au programme dans la région de l'Atlantique. Environ 62 % des enfants inscrits étaient âgés de trois à six ans.

Il y avait 44 enfants sur la liste d'attente du programme. Il s'agit d'une baisse de 32 % par rapport à l'année précédente, qui confirme le déclin constant du nombre d'enfants inscrits sur la liste d'attente au cours des dernières années.

En 2014-2015, un plus petit pourcentage d'enfants ayant des besoins spéciaux ont été évalués ou reconnus, et aiguillés vers d'autres services, qu'au cours de l'année précédente (tableau 2-1).



Tableau 2-1 Pourcentage des enfants inscrits au PAPAR qui ont été évalués, diagnostiqués comme ayant des besoins spéciaux et aiguillés vers des ressources pour les besoins spéciaux ou inscrits à une liste d'attente (2014-2015)

Activité du PAPAR	Pourcentage d'enfants inscrits au PAPAR (2014-2015)	Variation par rapport à l'année précédente (2013-2014)
Évalués ou reconnus comme ayant des besoins spéciaux‡	9 %	+
Diagnostic de besoins spéciaux établi	6 %	semblable
Aiguillés vers d'autres ressources	12 %	+
Sur une liste d'attente pour une évaluation diagnostique	1 %	semblable

Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2014-2015)

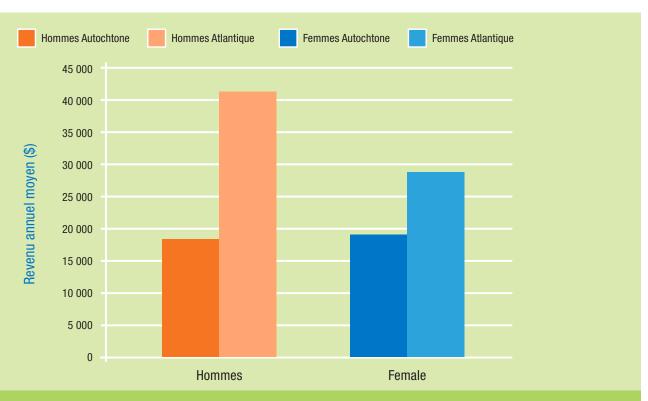
À l'échelle nationale, un plus grand pourcentage de parents dont les enfants ont participé à un programme pour les Premières Nations destiné à la petite enfance ont mentionné que leur enfant avait atteint des étapes importantes sur le plan de la communication. Par exemple, presque la moitié des parents ayant un enfant qui a participé à un tel programme ont mentionné que d'autres personnes comprennent leur enfant quand celui-ci parle (48 %), comparativement à 24 % pour ceux dont les enfants n'ont pas participé au programme 11.

[‡] Le MRC définit les enfants ayant des besoins spéciaux comme étant des « enfants qui ont besoin de soutien ou de services supplémentaires réguliers pour vivre un développement harmonieux leur permettant d'interagir au quotidien avec leurs pairs dans la vie quotidienne. Les besoins spéciaux peuvent comprendre les troubles physiques, sensoriels et cognitifs, les difficultés d'apprentissage et les problèmes de santé mentale.

2.5 REVENU

En 2011, il y avait peu de différences entre le revenu annuel moyen des hommes et des femmes autochtones (15 ans et plus) alors que, dans la population générale, les hommes gagnaient presque 13 000 \$ de plus que les femmes (figure 2-5). En moyenne, les peuples autochtones de la région de l'Atlantique ont déclaré un revenu annuel inférieur à celui de l'ensemble de la population de l'Atlantique. Les hommes autochtones gagnaient 23 000 \$ de moins que leurs homologues non autochtones. Pour les femmes, l'écart de revenu était plus faible, d'environ 10 000 \$.

Figure 2-5 Revenu annuel moyen de la population autochtone de l'Atlantique et de la population générale de l'Atlantique (15 ans et plus), selon le sexe (2011)

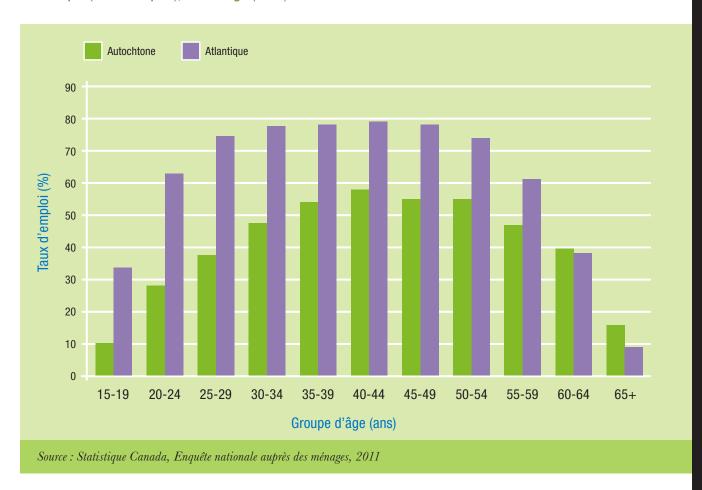


Source : Statistique Canada, Enquête nationale auprès des ménages, 2011

2.6 EMPLOI

En 2011, le taux d'emploi moyen s'est établi à près de 38 % tant pour les hommes que pour les femmes autochtones de la région de l'Atlantique. Pour l'ensemble de la population de l'Atlantique, le taux d'emploi moyen était de 58 % pour les hommes, contre 53 % pour les femmes. Les écarts les plus importants en matière d'emploi entre les peuples autochtones de la région de l'Atlantique et l'ensemble de la population de cette même région concernaient les personnes âgées de 20 à 34 ans (Figure 2-6).

Figure 2-6 Taux d'emploi pour la population autochtone de l'Atlantique et la population générale de l'Atlantique (15 ans et plus), selon l'âge (2011)



À l'échelle nationale, 48 % des hommes et 49 % des femmes des Premières Nations vivant dans une réserve ont déclaré avoir un emploi¹⁴. Environ 78 % ont déclaré ne pas faire la navette pour se rendre au travail en citant des raisons telles que leur désir de rester proche de leur famille, de rendre ce qu'ils ont reçu et de mettre en valeur le potentiel de leur collectivité. Parmi les 22 % qui font la navette, 51 % ont dit qu'il n'y avait pas d'emplois dans leur domaine dans la collectivité, et 36 % ont déclaré que les salaires étaient plus élevés ou que la formation offerte était meilleure à l'extérieur¹⁴.

Parmi les personnes qui avaient un emploi, 67 % ont évalué leur santé mentale comme étant bonne, contre 53 % des personnes qui n'avaient pas d'emploi. De même, 41 % de celles qui avaient un emploi ont dit qu'elles bénéficiaient d'un soutien dans la vie et 60 % ont mentionné qu'elles avaient une vie équilibrée, comparativement à 29 % et à 53 % de celles qui n'avaient pas d'emploi. De plus, parmi les répondants qui ont déclaré être heureux au travail, 93 % ont qualifié leur lieu de travail comme étant ouvert à la culture des Premières Nations¹³.

2.7 INDICE DE BIEN-ÊTRE DES COLLECTIVITÉS

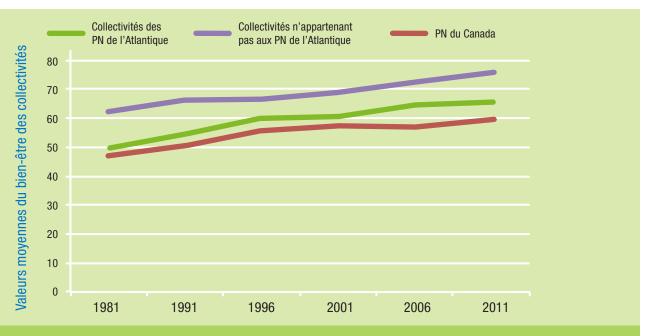
AANC a créé l'Indice de bien-être des collectivités (IBC) comme outil permettant de résumer le bien-être socioéconomique des collectivités. L'IBC est une valeur combinée (de 0 à 100) qui repose sur quatre dimensions :

- niveau de scolarité (obtention des diplômes d'études secondaires et universitaires);
- revenu (revenu total par habitant);
- logement (maisons suffisamment bien entretenues et non surpeuplées);
- taux d'activité de la population active (participation à la population active et emploi).

Ces mesures proviennent des données du recensement¹⁵.

En 2011, les collectivités des Premières Nations de l'Atlantique affichaient une valeur moyenne de 65 (sur 100) comparativement à la moyenne nationale des Premières Nations (59). On constate, avec le temps, une légère diminution de l'écart entre les valeurs moyennes des collectivités des Premières Nations et celles des collectivités n'appartenant pas aux Premières Nations dans la région de l'Atlantique; cet écart a atteint son niveau le plus faible en 1996 et en 2001. Cependant, l'écart demeure, les collectivités des Premières Nations affichant une valeur moyenne de 11 points inférieure à celles des collectivités n'appartenant pas aux Premières Nations dans la région de l'Atlantique en 2011. Comparativement aux collectivités des Premières Nations de l'ensemble du Canada, les valeurs moyennes de l'IBC ont toujours été plus élevées dans la région de l'Atlantique.

Figure 2-7 Valeurs du bien-être des collectivités pour les collectivités des Premières Nations et non autochtones de l'Atlantique et les collectivités des Premières Nations à l'échelle nationale (1981-2011)



Source : AANC, L'Indice de bien-être des collectivités : Rapport sur les tendances dans les collectivités des Premières Nations, 1981 à 2011 (2015)



2.8 ENFANTS PRIS EN CHARGE

Le terme *enfants pris en charge* renvoie aux enfants de 18 ans ou moins pris en charge par des familles d'accueil, des foyers de groupe, des établissements et des membres de la parenté. En 2013-2014, environ 7 % des enfants des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique étaient des enfants pris en charge, comparativement à 5 % des enfants des Premières Nations vivant dans une réserve au Canada. La plupart des enfants des Premières Nations pris en charge dans la région de l'Atlantique l'étaient par des familles d'accueil (68 %) et par des membres de la parenté (28 %)¹⁶.

En 2011, 48 % des enfants âgés de 14 ans ou moins pris en charge par des familles d'accueil au Canada étaient des Autochtones. Cela correspond à 4 % de l'ensemble des enfants autochtones pris en charge par des familles d'accueil à l'échelle nationale, comparativement à 0,3 % des enfants non autochtones¹⁷.



3: ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Les maisons et les quartiers où nous vivons et les systèmes d'approvisionnement en eau que nous utilisons font partie de notre environnement physique, un important déterminant de la santé². Ces espaces et structures, lorsqu'ils fonctionnent bien et ont été bien conçus, nous aident à mener une vie saine. Toutefois, des espaces et structures de mauvaise qualité peuvent avoir des répercussions directes et indirectes sur notre santé à bien des égards. Par exemple, l'exposition à de l'humidité et à des moisissures est liée à de nombreux troubles de la santé comme l'asthme, la toux, les maux de tête et les réactions allergiques¹⁸.

Dans la région de l'Atlantique, le Programme de santé environnementale et publique participe, avec des Premières Nations et d'autres partenaires et intervenants, à des activités qui permettent de prévenir ou de réduire les conditions qui ont des répercussions négatives sur la santé environnementale et publique. Une partie de ce travail fait intervenir des agents d'hygiène du milieu (AHM) chargés de mener des inspections de routine et sur demande et d'évaluer si les installations communautaires satisfont aux normes de qualité et sont des lieux sûrs pour la préparation des aliments ou la garde d'enfants ou, encore, comme lieux de résidence. Les agents surveillent aussi la qualité de l'eau dans la région par l'entremise d'un programme d'échantillonnage systématique. Si des risques pour la santé environnementale et publique sont relevés, les AHM recommandent la prise de mesures de contrôle ou de mesures correctives, lesquelles pourront être mises en place par les dirigeants et les résidents de la collectivité¹⁹.

3.1 INSPECTIONS DE L'HYGIÈNE DU MILIEU

En 2014-2015, 279 inspections de l'hygiène du milieu ont été menées dans la région de l'Atlantique. De ce nombre, 38 % ont été menées dans des établissements alimentaires permanents. Les inspections de logements arrivent au deuxième rang en importance (20 %) et sont suivies par les inspections d'établissements offrant des services de garde (13 %). Environ les trois quarts de toutes les inspections étaient des inspections de routine (74 %), tandis que le reste était constitué d'inspections sur demande (26 %; Figure 3-1).

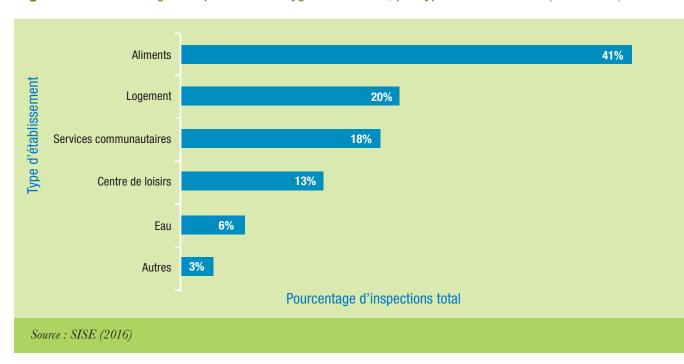


Figure 3-1 Pourcentage d'inspections de l'hygiène du milieu, par type d'établissement (2014-2015)

Aliments = Établissements permanents (p. ex. restaurants, cafétérias, cuisines) et saisonniers/temporaires (p. ex. services mobiles d'alimentation, préparation d'aliments en vue d'un événement)

Logement = Comprend tous les types de logement (p.ex. appartements, maisons individuelles)

Services communautaires = Installations qui fournissent des soins ou des activités aux collectivités (p.ex. écoles, refuges, garderies)

Centre de loisirs = Établissements qui offrent des services de loisirs (p.ex. salles communautaires, terrains de jeux, gymnases, piscines)

Eau = Systèmes publics de distribution d'eau, usines de traitement des eaux usées, puits

Autres = Autres installations publiques (y compris centres de santé et bureaux)

Au cours des cinq dernières années, le nombre d'inspections de routine effectuées tous les ans a augmenté de 2,5 fois, passant de 84 inspections en 2010-2011 à 207 en 2014-2015. Le nombre d'inspections demandées varie tous les ans, en fonction des besoins de la collectivité, et représente de 26 % à 76 % des inspections annuelles pour la période.

3.2 LOGEMENT

3.2.1 Conditions de logement

À la DGSPNI, le Programme de santé environnementale et publique soutient les solutions pluridisciplinaires aux risques en santé public associés au logement. L'AHM mène les inspections sanitaires des logements neufs et existants, sur demande ou par suite d'une plainte.

En 2014-2015, il y a eu 55 inspections de logements demandées dans les collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique. Les quatre problèmes les plus courants signalés pour les logements s'inscrivent dans les catégories suivantes :

- Humidité/ventilation (75 %)
- Murs, plinthes, joints et plafonds (61 %)
- Petite zone de moisissure (< 1 m²) (54 %)
- Toit/revêtement/gouttières/descente d'eaux pluviales/soffite et fasces (44 %)

Source: SISE (2016)

3.2.2 Surpeuplement

Le surpeuplement peut être défini comme le fait qu'une maison compte plus d'une personne par pièce²⁰. En 2011, 8 % des membres des Premières Nations vivant dans une réserve au Canada atlantique vivaient une situation de surpeuplement. Le surpeuplement est environ huit fois plus élevé que dans la population générale de l'Atlantique.

3.2.3 Moisissures

En 2014-2015, un peu moins de 50 inspections de logements ont porté sur la présence de moisissures. La majorité des inspections ont donné des résultats satisfaisants pour ce qui est de la présence de zones de moisissures d'étendue vaste ou modérée (82 %). Parmi les inspections portant sur la présente de petites zones de moisissures, 54 % ont donné des résultats insatisfaisants²¹.

Table 3-1 Pourcentage d'évaluations de logement satisfaisantes par zone de moisissures (2014-2015)

	Satisfaisante
Grande zone de moisissures (> 3 m²)	82 %
Zone moyenne de moisissures (> -3 m²)	82 %
Petite zone de moisissures (< 1 m²)	46 %

Source: SISE (2016)

Il est difficile de comparer avec précision les résultats des inspections portant sur les moisissures au fil du temps du fait que les inspections de logements sont réalisées sur demande et que, par conséquent, la collectivité doit déterminer le nombre d'évaluations à effectuer chaque année. Le nombre d'inspections de logements ayant comporté une évaluation des moisissures a oscillé entre 46 et 329 inspections par an au cours des trois dernières années. Les collectivités peuvent demander la tenue d'inspections pour certains logements précis ou pour un ensemble de maisons, selon leurs priorités en matière de santé publique (p. ex. vieillissement du parc de logements).

3.3 QUALITÉ DE L'EAU POTABLE

L'eau est-elle bonne à boire?

La qualité de l'eau est mesurée au moyen de procédures d'échantillonnage effectuées par les AHM et les contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau. Les échantillons d'eau qui ne sont pas conformes aux Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada²² sont jugés insatisfaisants. Les contaminants présents dans l'eau peuvent être classés selon leur nature (microbiologique, chimique ou radiologique). La qualité esthétique de l'eau (p. ex. goût, couleur) est également prise en considération dans l'évaluation de la qualité de l'eau²³.

La qualité de l'eau provenant de trois types de systèmes d'approvisionnement en eau est évaluée. En 2014-2015, la majorité des échantillons de l'Atlantique provenaient de systèmes d'approvisionnement en eau communautaires (96 %), le reste des échantillons ayant été prélevés dans des systèmes privés (3 %) et semi-publics (1 %).

3.3.1 Analyses bactériologiques

Un des principaux indicateurs de la surveillance bactériologique de l'eau est le nombre total de coliformes dans l'eau. Cette mesure inclut un vaste éventail de bactéries (coliformes) et sert à évaluer la qualité de l'eau potable à différentes étapes du processus de traitement de l'eau. Des résultats insatisfaisants indiquent qu'une enquête plus approfondie devrait être menée et des mesures prises²⁴.

En 2014-2015, plus de 99 % des échantillons d'eau analysés respectaient les normes de qualité bactériologique de l'eau. Un total de 8 897 échantillons provenant de systèmes d'approvisionnement en eau communautaires, semi-publics et privés ont été évalués cette année-là.

Au cours des cinq dernières années,

- Le nombre d'échantillons d'eau prélevé a augmenté de 8 %;
- Le pourcentage d'échantillons qui étaient insatisfaisants du point de vue bactériologique est passé de 0,7 % en 2013-2014 à 1,1 % en 2010-2011.

Figure 3-2 Pourcentage d'échantillons d'eau potable insatisfaisants sur le plan bactériologique, tous coliformes (2010-2011 à 2014-2015)



L'Escherichia coli (E. coli) est une bactérie qu'il est particulièrement important de surveiller dans l'eau potable. Si la présence d'E. coli est confirmée dans une source d'eau traitée, il faudra mettre en place des stratégies correctives comme des avis d'ébullition de l'eau, en raison des risques possibles à la santé humaine²⁵.



En 2014-2015, huit échantillons ont été déclarés insatisfaisants pour l'*E. coli*. Ce nombre est le même qu'en 2013-2014, mais est plus élevé qu'au cours des années précédentes.

Tableau 3-2 Nombre d'échantillons d'eau dans lequels la numération de coliformes totaux dépassait la norme ou dans lequels la présence d'E.coli a été détectée (2010-2011 à 2014-2015)

		Nombre de résultats insatisfaisants	
Année	Nombre d'échantillons	Coliformes totaux	E. coli
2010-2011	8208	89	1
2011-2012	8022	66	6
2012-2013	8214	58	4
2013-2014	9770	67	8
2014-2015	8897	83	8

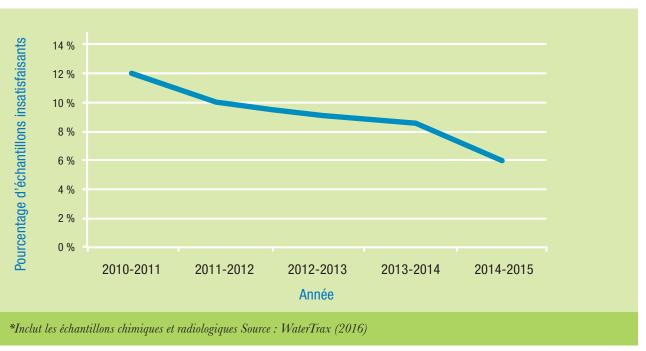
Source: WaterTrax (2016)

3.3.2 Rapports d'analyse chimique

En 2014-2015, 6 % des 571 échantillons ayant fait l'objet d'une analyse chimique ont été prélevés de sources d'eau potable ayant été jugées insatisfaisantes.

Ces cinq dernières années, un déclin a été enregistré dans le pourcentage d'échantillons d'eau présentant des résultats d'analyse insatisfaisants. Il convient de noter qu'un échantillon d'eau peut être utilisé pour l'analyse d'un grand nombre de produits chimiques ou d'un seul produit chimique précis. Cela signifie que différents résultats insatisfaisants pourraient provenir d'une même source d'eau à un moment précis.

Figure 3-3 Pourcentage d'échantillons d'eau potable insatisfaisants sur le plan chimique* (2010-2011 à 2014-2015)



3.3.3 Avis concernant la qualité de l'eau potable

Les AHM recommandent la publication d'avis concernant la qualité de l'eau potable (AQEP) lorsque les résultats d'échantillonnage révèlent que l'eau prélevée à la source est impropre à la consommation. Les AQEP incluent les avis d'ébullition d'eau (AEE) et les avis de ne pas consommer (NPC). Ces avis sont levés lorsque la qualité de l'eau est de nouveau jugée satisfaisante et que les problèmes touchant le système d'approvisionnement en eau ont été résolus.

En 2014-2015, neuf AQEP visant des systèmes d'approvisionnement en eau communautaires et publics ont été émis dans sept collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique.

Durant cette période, deux AQEP ont été émis, deux ont été révoqués, trois ont été émis puis révoqués et deux étaient encore en vigueur (c.-à-d. émis avant avril 2014 et encore en vigueur après mars 2015). L'émission d'un AQEP pour une collectivité ne signifie pas nécessairement que l'ensemble de cette collectivité est touché par cet avis. Cela signifie plutôt qu'au moins un système communautaire ou public d'approvisionnement en eau au sein de la collectivité a été visé par un avis.

Au cours des cinq dernières années, 35 AQEP visant des systèmes communautaires et publics d'approvisionnement en eau ont été émis dans des collectivités des Premières Nations de l'Atlantique. Durant cette période, 25 AQEP ont été en vigueur pendant moins d'un an, et les 10 autres ont été en vigueur pendant plus d'un an (figure 3-4).

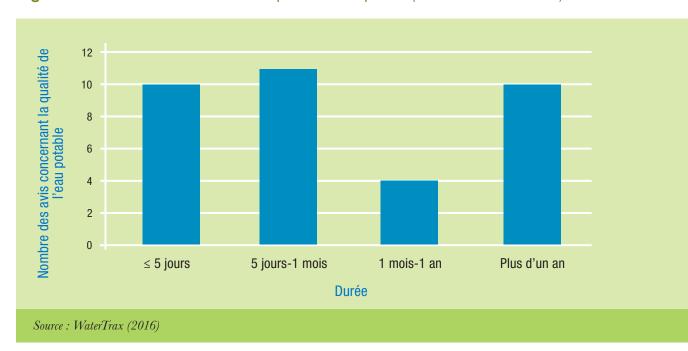


Figure 3-4 Durée des avis concernant la qualité de l'eau potable (2010-2011 à 2014-2015)

De 2010 à 2015, les raisons les plus souvent mentionnées pour justifier les avis concernant la qualité de l'eau potable étaient :

- défectuosité de l'équipement de traitement ou de distribution de l'eau;
- désinfection inadéquate ou présence de résidus de désinfectants;
- détérioration importante de la source d'approvisionnement en eau;
- qualité microbiologique inacceptable.



4 : SANTÉ PHYSIQUE

Cette section examine l'état de santé physique des adultes§, des jeunes et des enfants.

4.1 SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

4.1.1 Facteurs de risque maternels

Le tabagisme maternel pendant la grossesse est associé à de nombreux résultats négatifs pour la santé : mortinaissances, faible poids à la naissance et risque accru de syndrome de mort subite du nourrisson et de certaines anomalies congénitales (p. ex. fente labiale ou palatine)²⁶.

L'exposition à l'alcool pendant la grossesse est liée à l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale, qui comprennent des déficits cognitifs, comportementaux, neurodéveloppementaux, physiologiques ou physiques limitant les enfants tout au long de leur vie. 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 vie²⁷.

La grossesse précoce présente des risques pour la santé de la mère et de son enfant : anémie chez la mère, faible gain de poids pendant la grossesse, faible poids à la naissance, naissance prématurée

[§] Sauf indication contraire, dans le présent rapport, par « adultes » s'entend les personnes âgées de 18 ans ou plus.

et taux de mortalité néonatale plus élevé. La grossesse risque également de compromettre la réussite scolaire des mères adolescentes²⁷.

Les bébés nés de mères présentant un diabète gestationnel (ou maternel) courent un risque de présenter un poids élevé à la naissance ainsi que de devenir obèse et de développer un diabète de type 2 plus tard dans la vie²⁸. Les femmes atteintes du diabète gestationnel courent également le risque d'être atteintes du diabète de type 2 après la grossesse.

De 2012-2013 à 2014-2015, le pourcentage des femmes enceintes qui fumaient ou qui buvaient de l'alcool pendant la grossesse a diminué, tandis que le pourcentage de femmes enceintes qui faisaient usage de drogues ou de solvants s'est accru (tableau 4-1). Le nombre de femmes qui ont présenté un diabète gestationnel a augmenté, et le nombre de mères âgées de moins de 20 ans a diminué.

Tableau 4-1 Facteurs de risques prénataux chez les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique (2014-2015) et tendances sur trois ans (2012-2013 à 2014-2015)

Facteurs de risque maternels	Prévalence (2014–2015)	Différence en pourcentage (2012-2013–2014-2015)
Tabagisme	35 %	5 %
Drogues et/ou solvants	14 %	3 %
Consommation d'alcool	8 %	1 %
Diabète gestationnel	8 %	2 %
Âge de la mère <20 ans	13 %	4 %

Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2012-2015)

4.1.2 Taux de natalité

Le taux de natalité chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique en 2014-2015 était de 20 naissances pour 1 000 habitants. Ce taux se compare

Le **taux de natalité** est calculé en divisant le nombre de naissances vivantes par la taille de la population. Le taux de natalité est défini comme le nombre de naissances vivantes pour 1 000 personnes par année.

à 19 et 20 naissances par 1 000 habitants pour les deux années précédentes²⁹. Les taux de natalité pour les populations générales de la région de l'Atlantique et du Canada sont bien inférieurs, soit 9 et 11 par 1 000 habitants, respectivement³⁰.

4.1.3 Poids à la naissance

En 2014, parmi les bébés nés dans une réserve de la région de l'Atlantique, 76 % avaient un poids santé, environ 6 % un faible poids et 15 % un poids élevé.

Faible poids à la naissance : moins de 2 500 g, ou 5 lb 9 oz

Poids santé à la naissance : 2 500 à 4000 g, ou 5 lb 9 oz à 8 lb 11 oz

Poids santé à la naissance : plus de 4 000 g, ou 8 lb 11 oz

Par contre, en 2012, dans l'ensemble de la population canadienne, les pourcentages de bébés ayant un poids santé ou élevé à la naissance étaient de 83 % et de 11 % respectivement³¹. 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)³², 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.

4.1.4 Allaitement

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^{33,34}.

En 2014-2015, environ 63 % des mères des collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique avaient commencé à allaiter. Parmi celles-ci, 40 % ont poursuivi l'allaitement maternel pendant deux mois, 23 % pendant quatre mois et 20 % pendant au moins six mois (figure 4-1). Se reporter au tableau 4-2 pour consulter la tendance sur trois ans.

Le taux d'allaitement à la naissance dans les collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique est inférieur à la moyenne nationale puisque 90 % des mères canadiennes déclarent avoir commencé à allaiter et 24 % ont continué l'allaitement exclusif pendant au moins six mois³⁵.

Figure 4-1 Pourcentage des mères des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique selon la durée de l'allaitement (2014-2015)

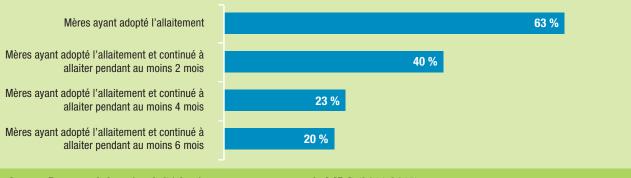




Tableau 4-2 Taux d'allaitement et la durée de l'allaitement chez les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique (2014-2015) et tendance sur trois ans (2012-2013 à 2014-2015)

Durée de l'allaitement	Prévalence (2014-2015)	Différence en pourcentage (2012-2013 à 2014-2015)
Mères qui ont choisi l'allaitement	63 %	1 %
Mères qui ont continué pendant au moins 2 mois	40 %	4 %
Mères qui ont continué pendant au moins 4 mois	23 %	2 %
Mères qui ont continué pendant au moins 6 mois	20 %	5 %

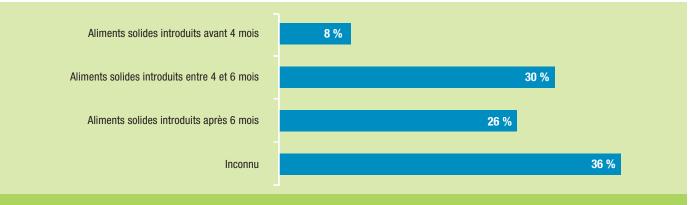
Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2014-2015)

4.1.5 Introduction des aliments solides

On recommande l'introduction d'aliments solides à l'âge de six mois et le maintien de l'allaitement maternel jusqu'à l'âge de deux ans ou plus^{30, 34}. Si l'enfant est nourri aux préparations pour nourrissons, les 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 ans³⁴.

Environ 25 % des bébés nés dans des collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique en 2014-2015 avaient commencé à manger des aliments solides à l'âge de six mois ou plus (figure 4-2).**

Figure 4-2 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 (2014-2015)



Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2014-2015)

Au cours des trois dernières années, pourcentage d'introduction des aliments solides dans l'alimentation des bébés :

- aliments solides introduits avant quatre mois, augmentation de 2 %,
- aliments solides introduits entre quatre et six mois, augmentation de 7 %,
- aliments solides introduits à six mois ou plus, constant à environ 25 %.

Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2014-2015)

^{**} Parmi les bébés pour lesquels l'âge d'introduction des aliments solides est connu.



4.2 ACTIVITÉ PHYSIQUE

Il a été démontré que l'activité physique comportait un large éventail d'effets positifs pour la santé. Les personnes qui font régulièrement de l'activité physique sont moins susceptibles de contracter une maladie cardiovasculaire, le diabète, le cancer et autres maladies physiques³⁶. L'activité physique comporte également de nombreux avantages psychologiques, y compris la réduction du stress et de l'anxiété³⁶.

À l'échelle nationale, un pourcentage plus élevé d'adultes des Premières Nations qui étaient actifs physiquement ont également déclaré avoir :

- une excellente santé (comparativement à une santé très bonne/bonne/passable/mauvaise);
- un indice de masse corporelle plus faible;
- \bullet une maîtrise plus grande de leur vie (par rapport à une maîtrise moins grande) 37

Intégrer l'activité physique dans sa routine quotidienne est un excellent moyen d'obtenir ces avantages.

4.2.1 Activités courantes

Les 18 à 64 ans devraient faire au moins 150 minutes d'activité physique d'une intensité modérée à vigoureuse chaque semaine pour obtenir les avantages physiques et psychologiques liés à l'exercice³⁸.

Environ 50 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont déclaré que leurs activités de tous les jours incluaient 35 minutes ou plus d'activité physique modérée par jour. Un plus grand pourcentage d'hommes (57 %) que de femmes (45 %) ont déclaré faire 35 minutes ou plus d'activité physique modérée par jour.

Table 4-3 Activités quotidiennes mentionnées par les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique, selon le sexe (2008-2010)

	Hommes	Femmes	Global
Assis pour la plus grande partie de la journée	15%	15%	15%
Assis pour la plus grande partie de la journée, mais fait au moins 30 minutes d'activité physique par semaine	29%	40%	35%
La routine quotidienne comprend 35 minutes ou plus d'activité modérée par jour (marche, natation, vélo, etc.)	57%	45%	50%

Source: UINE, Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique de 2008-2010 (2016)

Les 12 à 17 ans devraient faire au moins 60 minutes d'activité physique d'une intensité modérée à vigoureuse chaque semaine. Par ailleurs, ils ne devraient passer que deux heures de loisirs ou moins par jour devant un écran³⁸.

Les jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont des niveaux d'activités quotidiennes semblables. Plus de la moitié des 12 à 17 ans ont déclaré que leurs activités quotidiennes incluaient des activités d'intensité modérée pendant au moins 30 minutes par jour. Peu de différences ont été observées entre les hommes et les femmes.

Tableau 4-4 Activités quotidiennes mentionnées par les jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique, selon le sexe (2008-2010))

	Global
Assis pour la plus grande partie de la journée	14 %
Assis pour la plus grande partie de la journée, mais fait au moins 30 minutes d'activité physique par semaine	31 %
La routine quotidienne comprend 30 minutes ou plus d'activité modérée par jour (marche, natation, vélo, etc.)	55 %

Source: UINE, Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique de 2008-2010 (2016)

4.3 MALADIES CHRONIQUES

4.3.1 Facteurs de risques des maladies chroniques

Indice de masse corporelle

Le surpoids ou l'obésité augmente les risques de maladies chroniques, y compris l'hypertension, la coronaropathie, le diabète de type 2, l'accident vasculaire cérébral, etc.⁴⁰ L'indice de masse corporelle (IMC), soit le ratio entre la grandeur et le poids corporel, est utilisé pour classer les adultes en fonction de normes d'insuffisance pondérale (maigreur), de surpoids ou d'obésité³⁹.

Les catégories d'IMC de Santé Canada concordent avec les normes internationales. Voici les groupes de classification de l'IMC pour les adultes (18 ans et plus)³⁹ :

<18,5 = poids insuffisant;

18,5 - 24,9 = poids normal

 $\geq 25 = \text{surpoids}$

 $\geq 30 = \text{obésité}$

Environ le quart des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont un poids normal ou présentent une insuffisance pondérale (24 %); 37 % et 39 % d'entre eux ont un surpoids et sont obèses respectivement¹.

On observe des tendances semblables à l'échelle nationale : 24 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve entrent dans la fourchette de poids normaux de l'IMC (1 % présentent une insuffisance pondérale) et 40 % d'entre eux sont obèses³⁷.

En 2014, un pourcentage comparable (de 35 à 38 %) des adultes vivant dans les quatre provinces de l'Atlantique présentaient un surpoids. Cependant, le pourcentage (de 24 à 30 %) des adultes obèses était plus faible³⁵.

Tabagisme et cessation du tabagisme

Adultes

Plus de la moitié (55 %) des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont déclaré qu'ils fumaient au moment où ils ont répondu au sondage. Environ 47 % d'entre eux ont dit qu'ils fumaient tous les jours, tandis que 8 % ont dit ne fumer qu'à l'occasion. Ces pourcentages ne différaient pas sensiblement entre les hommes et les femmes.

Table 4-5 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve qui ont déclaré fumer actuellement, quotidiennement ou occasionnellement (2008-2010)

	Atlantique	Canada
Fumeur actuel	55 %	57 %
Fumeur quotidien	47 %	43 %
Fumeur occasionnel	8 %	14 %

Source : UNSI, Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique de 2008-2010 (2016); CGIPN, Rapport national sur les adultes, ERS 2008-2010 (2012)

Le taux de tabagisme chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique était plus de deux fois élevé que celui de l'ensemble de la population de l'Atlantique. Le pourcentage des personnes de 15 ans ou plus qui ont déclaré être des fumeurs actuels se situait entre 17 et 20 % dans les quatre provinces⁴¹.

Jeunes

Parmi les jeunes des Premières Nations du groupe d'âge des 12 à 17 ans vivant dans une réserve en Atlantique, 22 % ont déclaré être des fumeurs actuels. Les taux étaient similaires chez les hommes et les femmes¹. À l'échelle nationale, un plus grand pourcentage (33 %) de jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve ont déclaré être des fumeurs actuels. Environ 20 % des jeunes étaient des fumeurs quotidiens; un plus grand pourcentage de femmes (25 %) que d'hommes (16 %) ont déclaré fumer tous les jours⁴².

Tableau 4-6 Pourcentage des jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve qui ont déclaré fumer actuellement, quotidiennement ou occasionnellement (2008-2010)

	Atlantique	Canada
Fumeur actuel	22 %	33 %
Fumeur quotidien	17 %	20 %
Fumeur occasionnel	5 %	13 %

Source : UNSI, Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique de 2008-2010 (2016); CGIPN, Rapport national sur les jeunes, ERS 2008-2010 (2012)

Dans la population générale de l'Atlantique, le taux de tabagisme chez les jeunes est plus bas, soit de 10 à 12 % des jeunes âgées de 15 à 19 qui déclarent être actuellement fumeurs⁴¹.

Médicaments pour le sevrage tabagique

Les médicaments pour le sevrage tabagique comprennent un éventail de thérapies de remplacement de la nicotine qui peuvent aider les gens à arrêter de fumer. Les produits comme Nicoderm[®], Nicorette[®], Champix[®] et Zyban[®] peuvent être utilisés et sont financés par les SSNA.

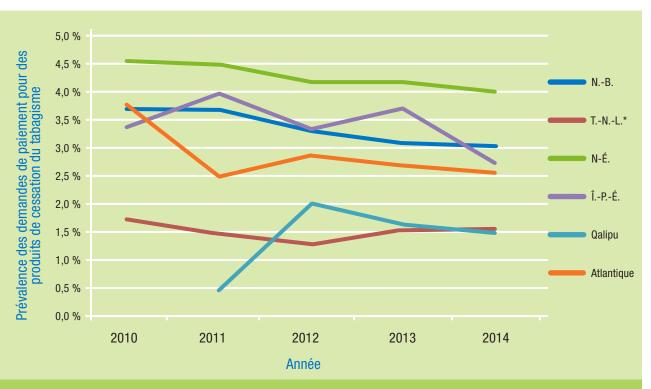
En 2014, environ 3 % des membres des bandes de la région de l'Atlantique ont fait une ou plusieurs demandes de remboursement pour des produits de sevrage tabagique. Le nombre le plus élevé de demandes de remboursement a été en Nouvelle-Écosse (4 %), et le moins élevé chez les Qalipu et à Terre-Neuve-et-Labrador.

Au cours des cinq dernières années, la prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme dans la région de l'Atlantique est en diminution. Au total, la prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme dans l'ensemble de la région de l'Atlantique a diminué de 1,2 %.

Pendant cette période de cinq ans :

- Le nombre le plus élevé de demandeurs est toujours en Nouvelle-Écosse.
- C'est à Terre-Neuve-et-Labrador que se trouve le nombre le moins élevé.
- L'écart entre les demandeurs de la bande Qalipu et des autres Premières Nations de Terre-Neuve-et-Labrador a diminué et les pourcentages de prévalence étaient semblables pour les deux groupes en 2014.

Figure 4-3 Prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme chez les membres de bandes en Atlantique, par province (2010-2014)



^{*}Terre-Neuve-et-Labrador (sauf la bande Qalipu)

Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

En 2014, le nombre de personnes qui ont présenté une demande de paiement pour des produits de cessation du tabagisme a augmenté selon l'âge, la plus forte prévalence étant parmi les membres des bandes des Premières Nations d'âge moyen (40 à 60 ans), à un peu moins de 4,5 %. Après ce maximum, la prévalence diminue (figure 4-4). Au cours des cinq dernières années, les femmes étaient plus susceptibles que les hommes de présenter une demande de paiement pour un produit de cessation du tabagisme. Ces résultats sont les mêmes pour l'ensemble des provinces de l'Atlantique.



Figure 4-4 Prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2014)



Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

4.3.2 Diabète

Dépistage

Environ 37 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont déclaré s'être soumis à un test de glycémie au cours des 12 mois précédents. La proportion des adultes qui se soumettent à un tel test augmente avec l'âge : 86 % des adultes de 65 ans ou plus ont déclaré s'être soumis à un test de glycémie durant cette période¹.

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 2014-2015 :

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

Source : Rapports de la région de l'Atlantique présentés au moyen du MRC (2014-2015)

Diabète autodéclaré

Environ 14 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont déclaré avoir obtenu un diagnostic de diabète par un professionnel de la santé¹. Une plus grande proportion de femmes (16 %) que d'hommes (12 %) ont déclaré faire du diabète. Ces tendances étaient similaires à celles observées chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve au Canada³⁷.

Tableau 4-7 Taux de diabète autodéclaré chez les membres des Premières Nations adultes vivant dans une réserve en Atlantique et au Canada (2008-2010)

	Atlantique	Canada
Hommes	12 %	16 %
Femmes	16 %	18 %
Global	14 %	15 %

Sources : UNSI, Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique de 2008-2010 (2016); CGIPN, Rapport national sur les adultes, ERS 2008-2010 (2012)

Chez les adultes qui ont déclaré avoir obtenu un diagnostic de diabète, 82 % ont indiqué qu'ils suivaient un traitement. Les deux mesures de gestion du diabète les plus courantes sont la prise de médicaments et la maîtrise de l'alimentation. Une plus grande proportion de femmes que d'hommes ont déclaré modifier leur comportement en maîtrisant leur alimentation (61 % contre 50 %) et en faisant de l'exercice (47 % contre 40 %)¹.



Figure 4-5 Méthodes de gestion du diabète autodéclarées—chez les membres des Premières Nations adultes vivant dans une reserve en Atlantique (2008-2010)



Source : UNSI, Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique méthode (2016)

Les complications

Le diabète peut entraîner d'autres complications, y compris des problèmes liés à la vision, à la fonction rénale et à la circulation. Environ la moitié (49 %) des répondants des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique ont déclaré n'avoir aucune complication. Environ 26 % d'entre eux ont fait état d'une ou de deux complications et 24 %, de trois ou de plusieurs complications. Dans la région de l'Atlantique, 6 % de la population a participé à une clinique de soins des pieds en 2014 - 2015.

Comme il n'y a pas de système de surveillance du diabète officiel en place pour les populations des Premières Nations qui vivent dans une réserve, le nombre de demandes de remboursements pour des médicaments contre le diabète par l'intermédiaire du programme des SSNA peut servir de moyen pour estimer le nombre de personnes qui utilisent un médicament contre le diabète dans la région. Consulter les sources de données du chapitre 1 pour connaître les limites d'utilisation des données des demandes des SSNA.

En 2014, 16 % des membres de bandes de la région de l'Atlantique ont présenté au moins une demande de paiement pour un médicament contre le diabète. Selon une comparaison par province, la plus forte proportion de demandeurs de paiement pour un médicament contre le diabète se trouvait dans la région de Terre-Neuve-et-Labrador (à l'exclusion de la bande de Qalipu), où 10 % des membres de bandes ont présenté une ou plusieurs demandes de paiement pour un médicament contre le diabète. La province de l'Île-du-Prince-Édouard affichait le pourcentage de demandes de paiement le moins élevé.

Comparativement aux taux de diabète déclarés dans l'ensemble de la population de l'Atlantique (12 ans ou plus), ces taux sont systématiquement plus élevés dans les quatre provinces (tableau 4-8).

Tableau 4-8 Prévalence des demandeurs de paiement pour un médicament contre le diabète chez les membres des bandes des Premières Nations de l'Atlantique et prévalence des cas de diabète autodéclaré dans la population générale de l'Atlantique, par province (2014), âge normalisé^{††}

Province	Pourcentage de demandeurs de paiement pour des médicaments contre le diabète chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique	Prévalence de cas de diabète autodéclarés dans la population de la région de l'Atlantique**
TNL.	9,9 %	6,5 %
îPÉ.	6,8 %	5,6 %
NÉ.	9,6 %	6,0 %
NB.	6,9 %	5,7 %

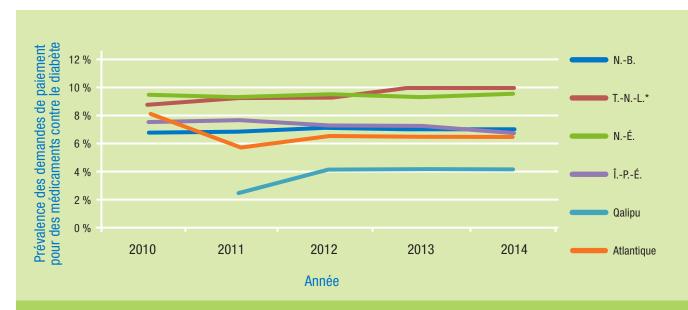
^{*}Âge normalisé pour concorder avec la population du recensement de 1991 ** L'ESCC exclut la population vivant dans une réserve Sources : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des SSNA (2016); ESCC Composante annuelle (2014)

^{††} Pour de plus amples renseignements sur normalisation de l'âge, consultez la section 1.6.

De 2010 à 2014,

- Dans toutes les provinces, il y a eu une augmentation du nombre de demandeurs de remboursement, sauf à l'Île-du-Prince-Édouard (légère diminution).
- La Nouvelle-Écosse et Terre-Neuve-et-Labrador affichent le plus haut taux de prévalence.
- Les membres de la bande Qalipu présentent constamment le plus faible taux de prévalence de demandeurs (ce facteur a fait baisser la moyenne pour la région de l'Atlantique à partir de 2011).

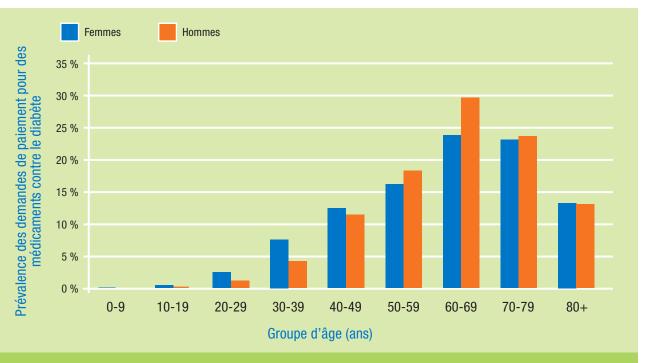
Figure 4-6 Prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre le diabète chez les membres de bandes en Atlantique, par province (2010-2014), taux selon l'âge normalisé



*Sauf la bande Qalipu Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des SSNA (2016); Normalisés selon l'âge pour concorder avec le recensement de 1991

Pour ce qui est de l'âge, la prévalence des demandeurs de remboursement de médicament contre le diabète a augmenté avec l'âge en 2014. Le pourcentage le plus élevé de demandeurs de paiement pour médicaments contre le diabète se trouvait dans la catégorie des 60 à 69 ans (26 %). Dans la catégorie de 40 à 49 ans, un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes ont fait une demande de remboursement. Dans la tranche d'âge suivante, la prévalence des demandeurs était plus élevée chez les hommes. Cette tendance pourrait être attribuable au diabète gestationnel, car les femmes enceintes avec cette condition sont incluses dans ces données.

Figure 4-7 Prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre le diabète chez les membres de bandes en Atlantique, selon l'âge et le sexe (2014)



Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

4.3.3 Maladies cardiovasculaires

Dépistage

Environ 65 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont déclaré s'être soumis à un test de mesure de la tension artérielle au cours des 12 mois précédents. Environ 43 % ont déclaré s'être soumis à un test de mesure du cholestérol durant la même période. La proportion des adultes qui ont déclaré s'être soumis à ces tests de dépistage augmente avec l'âge. Une plus grande proportion de femmes que d'hommes ont déclaré avoir fait l'objet d'un dépistage¹.

Tableau 4-9 Taux de dépistage autodéclaré au cours des 12 derniers mois chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique, selon le sexe (2008-2010)

	Hommes	Femmes	Global
Essai d'hypertension artérielle	61 %	70 %	65 %
Analyse de cholestérol	37 %	48 %	43 %

Source : UNSI, Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique de 2008-2010 (2016)

Ces taux globaux de dépistage pour la tension artérielle et le cholestérol sont similaires aux taux nationaux (64 % et à 38 % respectivement) enregistrés à l'échelle nationale chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve. Partout au Canada, les femmes ont également déclaré des taux de dépistage plus élevés comparativement aux hommes, et les taux de dépistage augmentaient avec l'âge³⁷.

Cardiopathie autodéclarée

Environ 7 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont déclaré avoir une cardiopathie diagnostiquée par un professionnel de la santé. Ce taux était plus élevé chez les hommes (8 %) que chez les femmes (6 %)¹.

À l'échelle nationale, environ 6 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve ont déclaré avoir une cardiopathie diagnostiquée par un professionnel de la santé. La prévalence de la cardiopathie était également plus élevée chez les hommes (7 %) que les femmes (4 %). Environ 80 % des personnes atteintes d'une cardiopathie ont déclaré se faire traiter³⁷.

Hypertension artérielle

L'hypertension artérielle était l'affection la plus couramment déclarée parmi les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique. Environ 23 % des membres de ce groupe ont déclaré qu'un professionnel de la santé leur avait dit que leur tension artérielle était élevée¹. De façon similaire, 22 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve au Canada ont indiqué qu'ils affichaient une tension artérielle élevée³7.

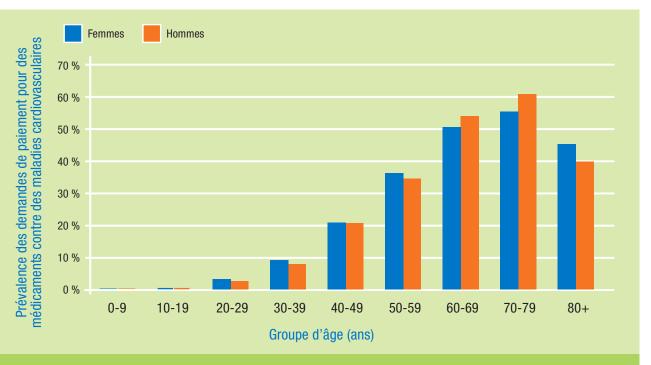
Ce pourcentage est un peu plus élevé que les taux d'hypertension artérielle autodéclarée dans l'ensemble de la population de l'Atlantique faisant partie du groupe d'âge des 12 ans ou plus, qui vont de 14 % en Nouvelle-Écosse à 19 % à Terre-Neuve-et-Labrador³⁵.

Demandeurs de paiement pour des médicaments contre les maladies cardiovasculaires

Les médicaments contre des maladies cardiovasculaires sont couramment utilisés pour la prévention primaire et secondaire d'affections telles que la cardiopathie ou l'accident vasculaire cérébral. Parmi les groupes de médicaments utilisés dans le traitement de ces affections, mentionnons les statines, les bêtabloquants, l'aspirine et les diurétiques thiazidiques⁴³. Ces médicaments étant admissibles au paiement des Services de santé non assurés (SSNA), on peut calculer la prévalence de leur utilisation par les membres de bandes des Premières Nations (vivant dans une réserve et à l'extérieur d'une réserve).

En 2014, environ 16 % des membres des bandes des Premières Nations de la région de l'Atlantique ont présenté au moins une demande pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires. Ce pourcentage était légèrement plus élevé chez les femmes (17 %) que chez les hommes (15 %). La prévalence des demandeurs par groupe d'âge augmente avec l'âge; c'est entre 60 et 80 ans que la majorité des membres de bandes des provinces de l'Atlantique présentent des demandes.

Figure 4-8 Prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires chez les membres de bandes en Atlantique, selon l'âge et le sexe (2014)



Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

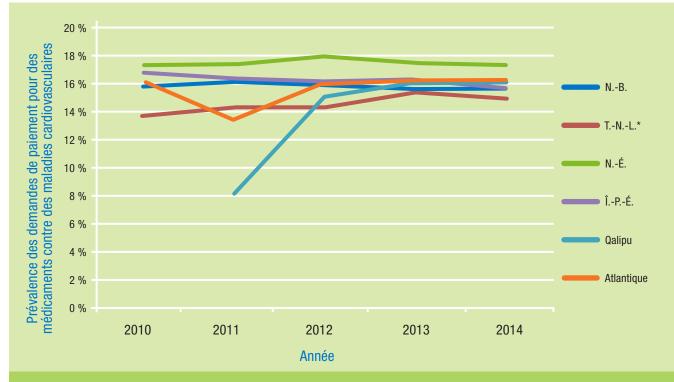
Au cours des cinq dernières années, la prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires est demeurée relativement stable dans la région.

De 2010 à 2014,

- Le nombre le plus élevé de demandeurs de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires était toujours en Nouvelle-Écosse.
- C'est à Terre-Neuve-et-Labrador que la hausse du nombre de demandes de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires a été la plus élevée.
- La moyenne pour la région de l'Atlantique a diminué en 2011 en raison de l'ajout de la bande Qalipu; cependant, lorsque le nombre de demandeurs au sein de la bande Qalipu s'est stabilisé, depuis 2012, la moyenne régionale est remontée à 16 %.



Figure 4-9 Prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, par province (2014)



*Sauf la bande Qalipu Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

4.3.4 Maladies respiratoires

Asthme

Environ 11 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont déclaré avoir obtenu un diagnostic d'asthme¹. Cette proportion se rapproche du taux national pour les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve, qui est de 10 % ³⁵.

Ce taux est plus élevé que les taux d'asthme autodéclaré dans l'ensemble de la population de l'Atlantique, lesquels se situent entre 8 et 9 % pour les 12 ans ou plus vivant dans les quatre provinces de l'Atlantique³⁵.

Bronchite chronique

Environ 5 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont déclaré avoir une bronchite chronique diagnostiquée¹. Environ 4 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve au Canada ont déclaré avoir une telle affection³⁷.

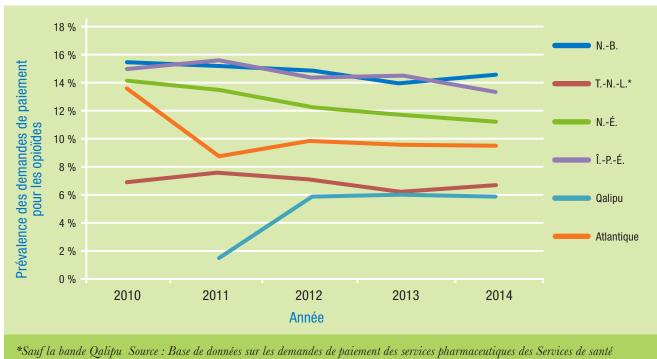
Cette tendance est similaire à celle observée dans l'ensemble de la population de l'Atlantique, où de 4 à 6 % des 12 ans ou plus déclarent avoir une maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC). La MPOC étant la combinaison de deux maladies, soit la bronchite chronique et l'emphysème⁴⁴, ces taux pourraient sous-estimer la prévalence réelle de la bronchite chronique.

4.3.5 Gestion de la douleur

Les analgésiques opioïdes peuvent s'avérer des options thérapeutiques intéressantes pour traiter la douleur⁴⁵. 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 puissent jouer un rôle clinique pour le traitement de certaines affections, il existe un risque d'abus ou de mauvais usage de ces médicaments⁴⁶.

En 2014, 9 % des membres de bandes de la région de l'Atlantique de 15 ans ou plus ont présenté au moins une demande de paiement pour un médicament opioïde. Cette baisse d'environ 4 % par rapport à 2010 est en grande partie attribuable à l'inclusion de la bande Qalipu en 2011 (voir les figures 4-10, 4-11).

Figure 4-10 Prévalence des demandes de paiement pour les opioïdes chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, par province (2010-2014)



*Sauf la bande Qalipu Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

Au cours des cinq dernières années, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince -Édouard ont affiché les taux de prévalence des demandeurs de paiement pour un médicament opioïde les plus élevés, tandis que ces taux enregistrés pour Terre-Neuve-et-Labrador et pour la bande Qalipu étaient les plus faibles. La Nouvelle-Écosse a connu la plus forte baisse des taux de prévalence des demandeurs (tableau 4-10).

Tableau 4-10 Prévalence des demandes de paiement pour les opioïdes chez les membres de bandes en Atlantique (15 ans et plus), par province (2014) et variation en pourcentage (2010-2014).

Province	Pourcentage des demandeurs de paiement pour des opioïdes parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2014)	Différence en pourcentage (2010-2014)
NB.	15 %	1 %
N-É.	11 %	3 %
îPÉ.	13 %	2 %
TNL. *	7 %	0 %
Qalipu**	6 %	0 %

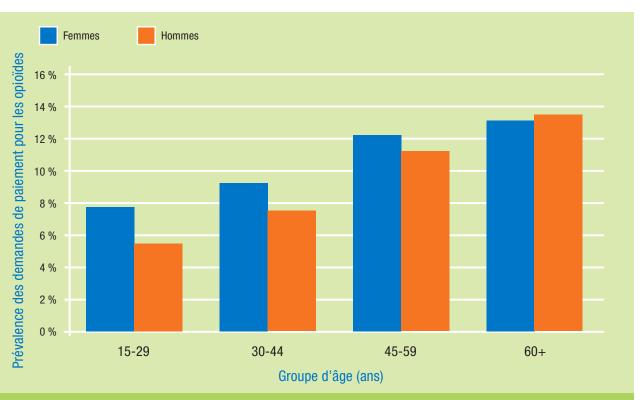
*Sauf la bande Qalipu **Différence en pourcentage de 2012 à 2014

Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

En 2014, les taux de prévalence des demandeurs de paiement pour un médicament opioïde étaient légèrement plus élevés chez les femmes (10 %) que chez les hommes (9 %). Lorsqu'ils sont ventilés selon l'âge, les taux de prévalence des demandeurs de paiement pour opioïdes dans la région de l'Atlantique augmentent avec l'âge d'une manière constante. Toutefois, lorsque ces taux de prévalence sont ensuite ventilés selon la province, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard affichent les taux de prévalence les plus élevés chez les 45-59 ans, et un déclin des taux survient chez les 60 ans ou plus.

Dans l'ensemble, les femmes présentaient les taux de prévalence des demandeurs de paiement plus élevés que les hommes dans la région de l'Atlantique. Cela était vrai parmi toutes les provinces, à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, où les hommes affichaient des taux de prévalence légèrement plus élevés.

Figure 4-11 Prévalence des demandes de paiement pour des opioïdes chez les membres de bandes en Atlantique (15 ans et plus), selon l'âge et le sexe (2014)



Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

4.4 SANTÉ SEXUELLE

Adultes

Environ 81 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique ont déclaré être actifs sexuellement. Le type de contraception/protection le plus souvent utilisé est le préservatif (45 %)¹.

Environ 52 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique ont indiqué utiliser une ou plusieurs méthodes exclusivement pour la contraception (p. ex. pilule, contraception injectable, coït interrompu, chirurgie ou abstinence périodique). Un tiers (33 %) des répondants ont indiqué qu'ils utilisaient uniquement les préservatifs. Environ 11 % des répondants ont déclaré qu'ils combinaient des méthodes contraceptives avec l'utilisation de préservatifs (méthode de protection).

Quand on leur a demandé pourquoi ils utilisaient ces méthodes, près de la moitié (48 %) des répondants ont indiqué que c'était pour éviter une grossesse, pour éviter de contracter une maladie transmise sexuellement (17 %) ou pour les deux raisons (36 %). Le motif principal déclaré pour ne pas toujours utiliser le préservatif était le fait d'avoir un partenaire stable¹.

À l'échelle nationale, l'utilisation du préservatif était aussi la forme de contraception/protection la plus fréquemment déclarée parmi les adultes des Premières Nations actifs sexuellement vivant dans une réserve (38 %). Environ 64 % de ce groupe ont indiqué qu'ils utilisaient au moins une forme de contraception ou de protection. Cette proportion était plus élevée chez ceux qui avaient obtenu un diplôme d'études secondaires que chez ceux qui n'en avaient pas obtenu un³⁷.

7eunes

Chez les jeunes des Premières Nations du groupe d'âge des 12 à 17 ans vivant dans une réserve 25 % ont déclaré être actifs sexuellement. La forme de contraception/protection la plus souvent utilisée est le préservatif (83 %)¹.

Chez les jeunes actifs sexuellement, environ 56 % utilisaient des préservatifs uniquement et 30 % utilisaient à la fois des préservatifs et d'autres méthodes de contraception (pilule, contraception injectable, coït interrompu, chirurgie ou abstinence périodique). Les raisons indiquées pour l'utilisation de ces méthodes étaient principalement la contraception et la protection contre les infections transmises sexuellement (64 %), la protection seulement (19 %) et la contraception seulement (17 %)¹.

Parmi les jeunes des Premières Nations du groupe d'âge des 12 à 17 ans vivant dans une réserve au Canada, 28 % ont déclaré être actifs sexuellement. Comme chez les jeunes des provinces de l'Atlantique, le type le plus commun de contraception/protection utilisé était les préservatifs (79 %)⁴².

4.5 MALADIES À DÉCLARATION OBLIGATOIRE

Une maladie à déclaration obligatoire est une maladie transmissible dont les cas doivent être signalés aux autorités de santé publique provinciales ou territoriales, en vertu des lois provinciales ou territoriales⁴⁷. En 2014, la chlamydia et l'hépatite C sont les deux maladies transmissibles qui ont été signalées le plus souvent parmi les collectivités des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique.

La chlamydia est une infection sexuellement transmissible qui, si elle n'est pas traitée, peut causer l'atteinte inflammatoire pelvienne, une grossesse ectopique et l'infertilité. Il existe un risque qu'une femme enceinte transmette la chlamydia à son bébé durant l'accouchement, ce qui pourrait causer une infection oculaire ou pulmonaire chez le nouveau-né. De plus, les infections à chlamydia non traitées peuvent constituer un risque accru de transmission du VIH ou d'infection⁴⁸.

L'hépatite C est une infection du foie qui peut causer la perte de l'appétit, des nausées, des vomissements, des douleurs stomacales, de la fatigue et la jaunisse (jaunissement de la peau et des yeux). Jusqu'à 85 % des infections aiguës peuvent mener à une infection chronique, et à des complications à long terme comme le cancer, la cirrhose (cicatrisation) et l'insuffisance hépatique⁴⁹.

4.5.1 Chlamydia

Les taux de chlamydia chez les membres des Premières Nations vivant dans les réserves de la région de l'Atlantique ont augmenté constamment depuis 2011 (figure 4-12).

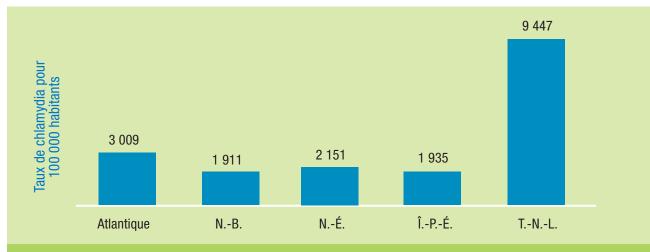
Figure 4-12 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique, par année (2010-2014)



Source : Teleform – Rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2010-2014); Système d'inscription des Indiens d'AANC (2010-2014)

En raison des petits nombres, il n'est pas possible de comparer les taux entre la région de l'Atlantique et les provinces pour chaque année. Cependant, lorsque les cas déclarés sont additionnés pour la période de cinq ans, les taux peuvent être déclarés comme un seul taux pour les années 2010-2014 regroupées. Quand on procède à cette comparaison, le taux de chlamydia à Terre-Neuve-et-Labrador est d'environ quatre à cinq fois plus élevé que les taux des trois autres provinces (figure 4-13).

Figure 4-13 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique, par province (2010-2014)



Source: Teleform – Rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2010-2014); Système d'inscription des Indiens d'AANC (2014)

Les taux de chlamydia diminuent, mais ils demeurent plus élevés chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve que dans la population générale canadienne.

Une fois que nous rajustons les données pour tenir compte des structures d'âge différente^{‡‡}, l'écart des taux de chlamydia pour 100 000 habitants entre les membres des Premières Nations vivant dans une réserve et la population générale canadienne semble nettement se rétrécir (tableau 4-11). Les taux pour les Premières Nations sont nettement plus élevés chez les 15 à 19 ans et chez les 25 à 29 ans (figure 4-15). Comme dans la population générale du Canada, les taux de chlamydia sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes.

^{‡‡} Pour de plus amples renseignements sur normalisation de l'âge, consultez la section 1.6.

Tableau 4-11 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique (2014) et dans la population canadienne générale (2013), taux bruts et normalisés

	Membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique (2014)	Canada (2013)
Taux brut (non rajusté selon l'âge)	452	296
Taux normalisé selon l'âge	389	337

Source : Teleform – Rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2014); Système d'inscription des Indiens d'AANC (2014); Base de données en ligne de l'ASPC sur les maladies à déclaration obligatoire (2016) Taux normalisés selon la population du Canada en 1991.

Figure 4-14 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique (2014) et chez la population canadienne générale (2013), selon l'âge

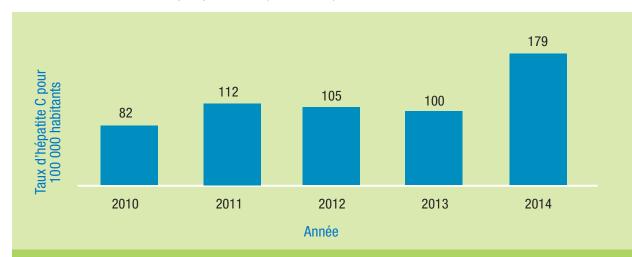


Source: Teleform – Rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2014); Système d'inscription des Indiens d'AANC (2014); Base de données en ligne de l'ASPC sur les maladies à déclaration obligatoire (2016) Taux normalisés selon la population du Canada en 1991.

4.5.2 Hépatite C

Les taux d'hépatite C chez les populations des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique ont augmenté considérablement en 2014, par rapport aux quatre années précédentes (figure 4-15).

Figure 4-15 Taux d'hépatite C (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique, par année (2010-2014)



Source : Teleform — Rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2010-2014); Système d'inscription des Indiens d'AANC (2010-2014)

Une fois les données rajustées pour tenir compte des structures d'âge différentes, le taux d'hépatite C pour 100 000 habitants chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve est 5,5 fois plus élevé que celui de la population générale canadienne (tableau 4-12). Le nombre de cas par groupe d'âge est trop minime et donc, non significatif.

Tableau 4-12 Taux d'hépatite C (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique (2014) et dans la population canadienne générale (2013), taux bruts et normalisés

	Membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique (2014)	Canada (2013)
Taux brut (non rajusté selon l'âge)	179	30
Taux normalisé selon l'âge	154	28

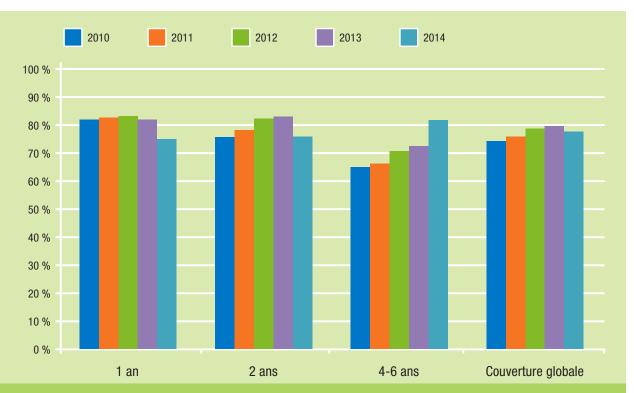
Source: Teleform – Rapports des collectivités de la région de l'Atlantique (2014); Système d'inscription des Indiens d'AANC (2014); Base de données en ligne de l'ASPC sur les maladies à déclaration obligatoire (2016). Les taux sont normalisés selon l'âge en fonction de la structure par âge de la population canadienne de 1991.

4.6 TAUX DE VACCINATION DES ENFANTS

« La vaccination a probablement sauvé plus de vies au Canada au cours des 50 dernières années que n'importe quelle autre intervention de santé. La vaccination est de loin l'investissement le plus rentable qui puisse se faire dans le domaine de la santé; elle constitue donc la pierre angulaire des activités de promotion de la santé. »⁵⁰

De 2010 à 2013, le taux de couverture vaccinale général chez les enfants des réserves des Premières Nations de la région de l'Atlantique a augmenté, tant pour la couverture globale que pour chaque groupe d'âge (figure 4-16). En 2014, cette tendance s'est maintenue uniquement pour les 4 à 6 ans, avec une augmentation de 9 % entre 2013 et 2014. En 2014, le taux de couverture vaccinale général était de 78 %, soit une diminution d'environ 2 % par rapport à 2013. Pour les enfants d'un an et de deux ans, la couverture a diminué d'environ 7 % entre 2013 et 2014.

Figure 4-16 Taux de couverture vaccinale chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique, selon l'âge et l'année (2010-2014)



Source: Rapports sur les taux de couverture vaccinale des collectivités de la région de l'Atlantique (2010-2014).

Il est important de souligner que les 33 collectivités des Premières Nations de la région de l'Atlantique ont recueilli des données sur la vaccination et présenté un rapport sur la couverture vaccinale. Bien qu'il y ait eu une légère diminution dans la couverture générale en 2014, les taux de couverture vaccinale sont élevés. Il est essentiel de continuer à les surveiller pour que l'amélioration se poursuive.



5 : BIEN-ÊTRE MENTAL

Dans le Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations, le mieux-être mental est défini comme « un équilibre entre les aspects mental, physique, spirituel et émotionnel »⁵¹. Dans le présent rapport, nous avons intégré les données disponibles pour décrire le bien-être mental chez les Premières Nations de la région de l'Atlantique.

5.1 CULTURE ET BIEN-ÊTRE

La culture est reconnue comme essentielle au maintien du bien-être mental. Les valeurs culturelles, le savoir sacré, la langue et les pratiques des Premières Nations sont des déterminants essentiels de la santé et du mieux-être des individus, des familles et des collectivités⁵¹.

Les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique qui ont déclaré que leur collectivité avait au moins quatre forces^{§§} ont également affiché des scores élevés pour plusieurs indicateurs d'auto-évaluation de la santé¹.

^{§§} Les forces inhérentes à la collectivité incluent notamment des facteurs comme les valeurs familiales, les rapports sociaux, les cérémonies traditionnelles , le milieu naturel, une bonne infrastructure de loisirs, l'utilisation d'une langue des Premières Nations, un leadership solide, la connaissance de la culture des Premières Nations, de faibles taux de suicide/crime/abus des drogues, des possibilités de formation et d'éducation, les aînés et une économie solide.

Par exemple:

- Plus de la moitié (54 %) ont déclaré un niveau de santé « excellent » ou « très bon »
- Environ 58 % ont indiqué un niveau de détresse psychologique « bas »⁵²

Parmi les adultes qui ont indiqué que leur collectivité présentait au moins six faiblesses***:

- Moins de la moitié (47 %) ont déclaré un niveau de santé « excellent » ou « très bon »
- Environ 47 % ont indiqué un niveau de détresse psychologique « bas »⁵²

Sur le plan de l'équilibre personnel, la majorité des répondants qui ont déclaré que leur collectivité avait au moins quatre forces, ont aussi déclaré qu'ils se sentaient en harmonie dans chacun des quatre domaines du bien-être :

Équilibre mental

La plupart du temps/toujours = 81 %

Équilibre physique

La plupart du temps/toujours = 79 %

Équilibre spirituel

La plupart du temps/toujours = 73 %

Équilibre émotionnel La plupart du temps/toujours = 80 %

Les résultats étaient semblables pour ceux qui ont déclaré aux moins six faiblesses communautaires¹.

Sentiment de maîtrise sur sa propre vie

Il a été démontré que la participation à des événements culturels est associée à un fort sentiment de maîtrise sur sa propre vie. Les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique qui ont participé « toujours » ou « parfois » à des événements culturels avaient une note moyenne de 4,01 (sur 5), ce qui est plus élevé que la note moyenne de 3,85 pour ceux qui ont « rarement » ou « jamais » participé à des événements culturels¹. Ces résultats se confirment également chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve du Canada³7.††† À l'échelle nationale, parmi ceux qui ont participé à un événement culturel, un pourcentage plus bas de ces personnes ont mentionné se sentir déprimées³7.

^{***} Les faiblesses des collectivités sont par exemple, les possibilités de formation et d'éducation, l'abus d'alcool et de drogues, le logement, la culture, les ressources/milieu naturel, la santé, le financement, le contrôle décisionnel, les activités des gangs et l'emploi.

^{†††} L'ERS est une étude transversale, ce qui signifie que la même question a été posée en même temps à tous les répondants. Par conséquent, il n'est pas possible d'affirmer que la participation à des événements culturels est associée à une meilleure maîtrise de sa propre vie, ou qu'un sentiment plus fort de maîtrise sur sa propre vie incite les gens à participer à davantage d'événements culturels. Cependant, nous pouvons affirmer qu'il existe une association entre les deux mesures.



Pow-wow

Un pow-wow est un grand rassemblement social annuel où les membres des Premières Nations se réunissent pour célébrer et présenter leurs traditions culturelles⁵³. Un mini-pow-wow est un événement culturel d'une journée où joueurs de tambour et danseurs se réunissent pour faire la promotion de la culture et des cérémonies. Ils se déroulent souvent dans des collèges communautaires et des universités de la région de l'Atlantique.

Voici quelques réflexions personnelles des participants sur l'importance des pow-wow. Différentes perspectives sont influencées par des facteurs tels que le niveau et le type de participation aux événements :

- « Pour moi, le pow-wow a été une forme d'éveil spirituel qui faisait partie de mon parcours vers la guérison. »
- « Les sentiments que je ressens sont d'une force prodigieuse. J'ai un grand sentiment de paix. Je me sens chez moi. Je ressens du bien-être. Lorsque j'entends le chant d'honneur, mon esprit s'enflamme et les larmes m'envahissent. Le tambour me fait penser aux battements de cœur de notre mère la Terre que ma propre mère m'a enseignés. Je ressens l'amour de la famille que j'appelle mes amis et j'ai l'impression de n'avoir jamais été séparée des personnes que je vois seulement durant la saison des pow-wow. Je ressens une grande fierté. Je me tiens plus droit et j'accepte l'amour du Créateur... je me sens un avec mon peuple... »

- « Les pow-wow m'aident à rester en harmonie avec ma culture et mon identité autochtones. Il n'y a que de l'énergie positive qui traverse mon corps et je ne ressens plus aucune crainte. Les peurs et les facteurs de stress quotidiens n'existent plus. »
- « Le pow-wow est un élément essentiel d'une vie saine en raison du niveau élevé d'activité que requiert la danse. Le temps que nous devons consacrer aux cérémonies et la qualité de vie positive qui en découle sont essentiels à notre existence; nous rendons hommage à notre passé et consolidons un avenir dans la dignité pour notre jeunesse et les générations futures. »

Consommation d'alcool

Parmi les membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique qui ont déclaré participer « souvent » ou « presque toujours » à des événements culturels, 20 % ont mentionné consommer de l'alcool toutes les semaines ou plus souvent. Ce pourcentage augmente proportionnellement à la diminution de la fréquence de participation à des événements. Environ un tiers de ceux qui ont déclaré participer « rarement » (33 %) ou « jamais » (32 %) à des événements ont mentionné consommer de l'alcool toutes les semaines ou plus souvent.

Parmi les adultes qui ont participé à des événements culturels, 23 % ont mentionné une consommation massive d'alcool (cinq consommation ou plus en une seule occasion) hebdomadaire ou plus fréquente et 31 % des adultes qui n'ont jamais participé à des événements culturels. À l'échelle nationale, la même tendance a été constatée pour la consommation massive d'alcool hebdomadaire³⁴.

5.2 SANTÉ MENTALE ET ÉMOTIONNELLE

5.2.1 Troubles psychologiques ou émotionnels autodéclarés

Environ 3,5 % des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve au Canada atlantique ont déclaré qu'un professionnel de la santé leur avait affirmé qu'ils souffraient d'un trouble psychologique ou nerveux¹. Ces résultats sont similaires à la moyenne nationale de 3,3 % pour les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve³⁷.

5.2.2 Consommation de benzodiazépines

Les benzodiazépines peuvent être utiles pour le traitement à court terme de l'anxiété et de l'insomnie et comme traitement d'entretien pour la prise en charge des troubles épileptiques⁵⁴. Les benzodiazépines utilisées pour le traitement à court terme de l'anxiété sont notamment alprazolam (XanaxMD), diazépam (Valium®), lorazépam (AtivanMD), oxazépam (Serax®) et bromazépam (Lectopam®)⁵⁴. La consommation à long terme de benzodiazépines peut entraîner un mauvais usage et avoir des conséquences négatives sur la santé à long terme⁵⁵.

En 2014, environ 9 % des membres des bandes de la région de l'Atlantique âgés de 15 ans et plus ont fait une ou plusieurs demandes de remboursement pour des benzodiazépines. Cela représente une baisse de 4 % depuis 2010; cette baisse est largement influencée par l'afflux de la bande Qalipu depuis 2011 (figure 5-1).

La comparaison des personnes qui présentent des demandes de paiement pour des benzodiazépines 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. Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux le plus bas de demandeurs pour les cinq années, cependant ce taux a augmenté au fil du temps.

Figure 5-1 Prévalence des demandes de paiement pour les benzodiazépines chez les membres de bandes en Atlantique (15 ans et plus), par province (2010-2014)



Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

Au cours des cinq dernières années, le pourcentage de demandeurs de remboursement pour des benzodiazépines a fluctué de 1 % à 4 % dans chaque province. La plus forte baisse a été enregistrée en Nouvelle-Écosse (baisse de 4 %).

Tableau 5-1 Prévalence des demandes de paiement pour les benzodiazépines chez les membres de bandes en Atlantique (15 ans et plus), par province (2014) et variation en pourcentage (2010-2014)

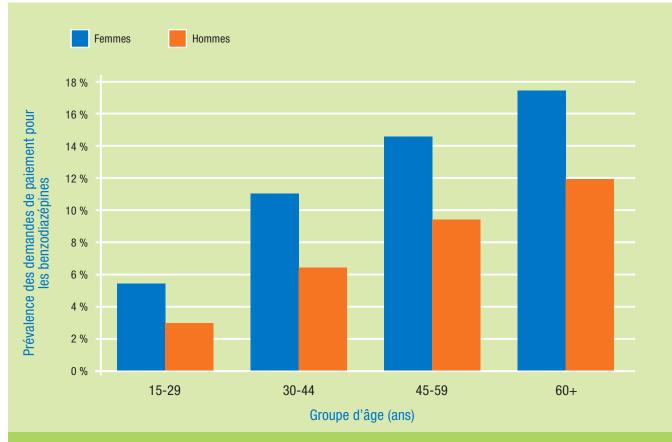
Province	Pourcentage des demandeurs de paiement pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique (2014)	Différence en pourcentage (2010-2014)
NB.	11 %	3 %
NÉ.	11 %	4 %
îPÉ.	8 %	1 %
TNL.*	7 %	1 % 🛖
Qalipu**	8 %	1 % 🛖

^{*}Sauf la bande Qalipu **Différence en pourcentage de 2012 à 2014

Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

En 2014, le taux était plus élevé chez les femmes (11 %) que chez les hommes (7 %), pour tous les groupes d'âge, et plus élevé chez les personnes âgées de 60 ans et plus. Ces résultats sont semblables pour les membres des bandes de chaque province.

Figure 5-2 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 l'âge et le sexe (2014)



Source : Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des Services de santé non assurés (2016)

5.2.3 Pensionnats indiens

Le Programme de soutien en santé – résolution des questions des pensionnats indiens offre des services de soutien en santé mentale et affective aux anciens élèves des pensionnats indiens (PI) inclus dans la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens. Le Programme inclut les anciens étudiants et leur famille⁵⁶.

Il comporte plusieurs composantes, notamment des services de consultation, des services de soutien adaptés à la culture et des services de transport.

Pour toutes les catégories de services, le plus grand nombre de services ont été dispensés en 2011-2012 ou 2012-2013. Cette situation est probablement attribuable à l'incidence de l'événement national de l'Atlantique de la Commission de vérité et de réconciliation (CVR) qui a eu lieu à Halifax en octobre 2011.

Services de consultation

Les services de consultation sont dispensés par des professionnels qualifiés (psychologues et travailleurs sociaux). Le nombre de séances a atteint son maximum en 2011-2012 (voir tableau 5-2). Malgré une forte baisse dans le nombre de séances entre 2011 et 2014, cette tendance semble ralentir quelque peu pour 2014-2015. Plus de clients ont été vus au cours de cette dernière année, ce qui laisse entendre que nous constatons maintenant l'incidence intergénérationnelle des PI.

Tableau 5-2 Nombre de séances de consultation et de clients dans la région de l'Atlantique (2010-2011 à 2014-2015)

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015
Nombre de séances	1 895	2 207	1 851	1 412	1 324
Nombre de clients	72	72	69	82	94

Source: Rapports du programme de RPI – Atlantique (2016)

Travailleurs de la santé communautaire (résolution)

Les travailleurs de la santé communautaire (résolution) sont des travailleurs de la collectivité autochtone qui possèdent la formation et l'expérience nécessaire pour travailler avec les anciens élèves des pensionnats indiens. Ils écoutent les anciens élèves et leurs familles, parlent avec ces personnes et les appuient avant, pendant et après chaque phase du processus relatif à la Convention de règlement.

Le nombre d'interactions et de clients vus a été le plus élevé en 2012-2013. Le déclin subséquent pourrait être attribuable au décès des survivants ou à des changements apportés au financement.

Tableau 5-3 Nombre d'interactions avec les travailleurs de la santé communautaire (résolution) et nombre de clients vus par ces travailleurs dans la région de l'Atlantique (2010-2011 à 2014-2015)

	2010-2011	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015*
Nombre d'interactions	1 560	7 965	10 691	7 788	5 786
Nombre de clients	1 584	912	3 384	1 740	1 072

Source: Rapports du programme des PI – Atlantique (2016)

Programme de soutien culturel

Les services de soutien culturel sont dispensés par des organismes des Premières Nations/
Inuits. Des travailleurs dans le domaine du soutien culturel, comme des aînés ou des guérisseurs traditionnels, aident les anciens élèves et leur famille à aborder en toute sécurité les questions liées aux pensionnats indiens et à divulguer, au cours du processus de règlement, les sévices vécus. Les services sont déterminés par les besoins individuels et englobent le dialogue, les cérémonies, les rites de peinture traditionnelle, les prières et la guérison traditionnelle.

On a observé une tendance à la hausse constante dans le nombre d'interactions qu'ont les travailleurs avec les survivants et les membres de leur famille qui ont besoin de ces services culturels et de guérison traditionnelle de 2011-2012 à 2014-2015. Cette tendance est conforme aux données des meilleures pratiques actuelles et appuie l'appel lancé par la Commission de vérité et de réconciliation afin qu'une plus grande valeur soit accordée aux avantages que procurent les pratiques culturelles et de guérison traditionnelle.

Tableau 5-4 Nombre d'interactions avec les travailleurs du soutien culturel et nombre de clients vus par ces travailleurs dans la région de l'Atlantique (2010-2011 à 2014-2015)

	2011-2012	2012-2013	2013-2014	2014-2015*
Nombre d'interactions	3 441	3 404	3 970	3 927
Nombre de clients	517	1 241	627	524*

Source: Rapports du programme des PI – Atlantique (2016)

^{*}Les valeurs pour 2014-2015 sont sous-estimées, car il y a des données manquantes pour un des trimestres.

5.3 TOXICOMANIE

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

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

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

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

En 2014-2015, des 697 clients des Premières Nations de la région de l'Atlantique aiguillés vers des centres de traitement :

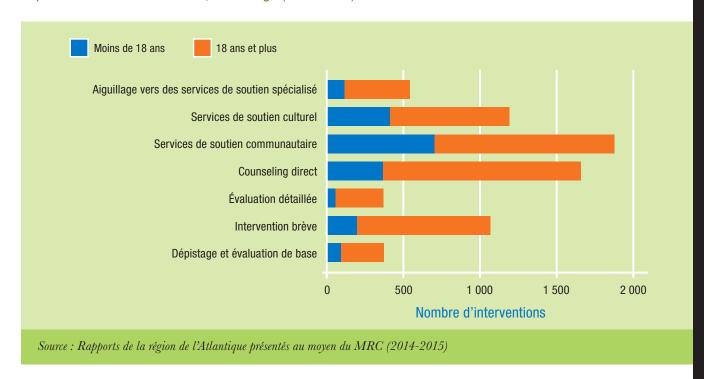
- environ 53 % étaient des hommes;
- 89 % étaient âgés de 18 ans ou plus;
- 11 % étaient âgés de 12 à 17 ans;
- moins de 1 % avaient moins de 12 ans.

Au cours des quatre dernières années :

- La proportion de clients de 18 ans et plus a augmenté de 23 %.
- La proportion de clients âgés de 12 à 17 ans a diminué de 61 %.
- La proportion des clients ayant moins de 12 ans a diminué de 92 %.

En 2014-2015, 6 925 clients ont nécessité des interventions au niveau communautaire pour toxicomanie, dépendances et santé mentale; 71 % étaient des personnes âgées de 18 ans ou plus. Le type d'interventions le plus souvent réalisées sont des services directs de consultation (p. ex. prétraitement, programme de jour ou de soir, ou suivi) et du soutien communautaire (p. ex. groupes de soutien comme Narcotiques Anonymes et Alcooliques Anonymes et des programmes de jour et de soir; ne comprennent pas les services du PNLAADA ou du Programme national de lutte contre l'abus de solvants).

Figure 5-3 Nombre d'interventions rapportées par les collectivités pour abus de substances, dépendances et santé mentale, selon l'âge (2014-2015)



Au cours des cinq dernières années, le nombre de demandeurs a augmenté ainsi que le nombre de participants admis à des programmes des centres de traitement en Atlantique. Les centres de traitement situés dans la région de l'Atlantique ont déclaré avoir reçu 306 demandes d'admission en 2014-2015, dont 249 ont été acceptées. Plus des trois quarts (77 %) des clients du PNLAAD qui ont commencé un traitement en établissement l'ont mené à terme.

5.3.2 Traitement de substitution des opioïdes

Le traitement de substitution des opioïdes, y compris la méthadone et le Suboxone, atténue les symptômes de sevrage et soulage l'état de besoin qui peut pousser un toxicomane à prendre de nouveau des opioïdes. Même si la méthadone et le Suboxone sont des opioïdes, ils ne procurent pas la sensation d'euphorie qui caractérise les autres opioïdes et, grâce à leur longue durée d'action, ils constituent un très bon choix pour la substitution médicale supervisée des opioïdes. Lorsque la méthadone et le Suboxone sont prescrits sous supervision médicale et que la personne reçoit l'encadrement et le soutien adéquats, ils peuvent aider les clients à exclure la consommation de drogue de leur mode de vie. Le traitement de substitution des opioïdes est sûr sur le plan médical et constitue l'un des traitements les plus efficaces de la dépendance aux opioïdes⁵⁷.

En 2014, environ 1 % des membres des bandes de la région de l'Atlantique âgés de 15 ans et plus ont fait une ou plusieurs demandes de remboursement pour la méthadone ou Suboxone. La prévalence des demandeurs était la plus élevée au sein du groupe d'âge de 30 à 44 ans. Les hommes et les femmes avaient en général un nombre de demandes similaires; cependant, un plus grand nombre de femmes âgées de 15 à 29 ans ont fait des demandes de paiement par rapport aux hommes de cette tranche d'âge.

Au cours des cinq dernières années :

- C'est au Nouveau-Brunswick que se trouve le nombre le plus élevé de demandeurs; la prévalence des demandeurs dans la province a constamment diminué (en baisse de 0,7 % pour cette période).
- C'est à Terre-Neuve-et-Labrador et chez les membres de la bande Qalipu que se trouve le nombre le moins élevé de demandeurs.
- L'Île-du-Prince-Édouard a affiché la plus forte hausse du nombre de demandes (augmentation de 1,1 %).

Figure 5-4 Prévalence des demandes de paiement pour les médicaments de substitution des opioïdes chez les membres de bandes des Premières Nations en Atlantique (15 ans et plus), par province* (2010-2014)



^{*}Impossible de faire un rapport individuel pour Terre-Neuve-et-Labrador ou les membres de la bande Qalipu en raison des trop petits nombres de demandeurs

Source: Base de données sur les demandes de paiement des services pharmaceutiques des SSNA (2016)

6 : SERVICES DE SOINS DE SANTÉ

6.1 SOINS DENTAIRES

Les soins dentaires financés par la DGSPNI ou offerts par Santé Canada aux membres des Premières Nations de l'Atlantique vivant dans une réserve incluent l'Initiative en santé buccodentaire des enfants (ISBE) et les programmes de soins dentaires.

Dans cette section, il est important de souligner que les clients qui sont traités par un dentiste privé (c.-à-d. demandent un remboursement par l'intermédiaire des SSNA) ne sont pas inclus dans ces données.

6.1.1 Indices dceo/DCAO

Les indices dents cariées, extraites et obturées (*dceo*) et dents cariées, absentes et obturées (*DCAO*) sont deux mesures utilisées pour décrire la santé buccodentaire des personnes. Pendant les examens buccodentaires, les thérapeutes dentaires et les dentistes examinent la bouche du patient et consignent le nombre de dents qui font partie de chacune de ces catégories. L'indice *dceo* se rapporte aux dents de bébé, tandis que l'indice *DCAO* est utilisé pour les dents d'adulte. Par exemple, un enfant qui a une note *dceo* de quatre a quatre dents de bébé qui sont cariées, extraites ou obturées. Toutes les combinaisons sont possibles; par exemple, l'enfant peut avoir quatre dents de bébé obturées, ou deux obturées et deux cariées.

La note moyenne peut être utilisée pour décrire la santé dentaire générale d'une population donnée. Dans le présent rapport, les indices *dceol DCAO* sont combinés pour fournir une mesure sommaire de la santé buccodentaire de différents groupes d'âge.

En 2014-2015, la note moyenne *dœo/DCAO* combinée par enfant évalué était de 3,2 chez les enfants âgés de quatre ans et moins, de 5,4 chez les enfants de cinq à sept ans, et de 3,4 chez ceux âgés de huit ans et plus. Ces notes sont exclusives à la population des Premières Nations vivant dans une réserve.

De 2010-2011 à 2014-2015 :

- Les enfants âgés de 5 à 7 ans ont affiché les notes combinées *dœo/DCAO* par personne (les enfants de ce groupe d'âge sont ceux pour qui la période pendant laquelle ils pouvaient avoir des caries sur leurs dents de bébé est la plus longue tout en faisant la transition aux dents d'adulte).
- Les enfants âgés de quatre ans et moins affichaient des notes similaires à ceux âgés de huit ans et plus.
- Les notes moyennes ont diminué parmi tous les groupes d'âge, plus particulièrement chez ceux âgés de 5 à 7 ans (6,4 en 2010-2011 à 5,4 en 2014-2015).

Figure 6-1 Notes moyennes combinées *dceo/DCAO* chez les mèmbers des Premières Nations vivant dans une réserve dans la region de l'Atlantique, selon l'âge (2010-2011 à 2014-2015)



Source : Données sur les soins dentaires dans la région de l'Atlantique, 2016

En comparaison avec les indicateurs de santé buccodentaire des populations canadiennes des Premières Nations vivant dans une réserve, les résultats de la santé dentaire dans la région de l'Atlantique sont généralement meilleurs que les moyennes nationales (tableaux 6-1, 6-2).

Chez les enfants d'âge préscolaire (3 à 5 ans), une plus petite proportion d'enfants évalués dans la région de l'Atlantique ont eu une note supérieure à 0 pour l'indice *dœo* comparativement à l'échelle nationale^{58, 59}. Ce qui signifie qu'un pourcentage plus élevé des enfants des Premières Nations de la région de l'Atlantique **n'avaient pas** de dents de lait cariées, extraites ou obturées comparativement aux enfants des Premières Nations vivant dans une réserve dans l'ensemble du Canada.



Tableau 6-1 Évaluation de la santé buccodentaire chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve dans la région de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada (3 à 5 ans)

	Atlantique	National
Proportion d'enfants ayant une note <i>dceo</i> supérieure à 0	76 %	86 %
Note <i>dceo</i> moyenne par enfant	4,5	7,6

Sources : Données sur les soins dentaires dans la région de l'Atlantique (2014-2015); CGIPN, rapport de l'Enquête nationale sur la santé buccodentaire des Premières Nations 2009-2010 (2012)

Dans le même ordre d'idées, chez les enfants de 6 à 11 ans, une plus petite proportion d'enfants des Premières Nations évalués dans la région de l'Atlantique ont eu une note supérieure à 0 pour l'indice combiné *dœo/DCAO* par rapport aux enfants des Premières Nations vivant dans une réserve dans l'ensemble du Canada^{58, 59}. Ceci signifie qu'un pourcentage plus élevé des enfants des Premières Nations de la région de l'Atlantique n'avaient pas de dents de lait ou de dents permanentes cariées, extraites/manquantes ou obturées comparativement aux résultats nationaux. Cependant, ce taux (81 %) est bien plus élevé comparativement aux enfants de 6 à 11 ans de la population générale canadienne (57 %)⁶⁰.

Table 6-2 Évaluation de la santé buccodentaire chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve dans la région de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada, et de la population générale canadienne (6 à 11 ans)

	Population des Premières Nations vivant dans une réserve		Population générale
	Atlantique	Canada	Canada
Proportion d'enfants ayant une note combinée <i>dceo/DCAO</i> supérieure à 0	81 %	94 %	57 %
Note moyenne dceo/DCAO	5,1	6,6	2,5

Sources : Données sur les soins dentaires dans la région de l'Atlantique (2014-2015); CGIPN, rapport de l'Enquête nationale sur la santé buccodentaire des Premières Nations 2009-2010 (2012); Santé Canada, Rapport sur les résultats du module sur la santé buccodentaire dans le cadre de l'Enquête canadienne sur les mesures de la santé 2007-2009 (2010)

6.1.2 Initiative en santé buccodentaire pour les enfants

L'ISBE est un programme national axé sur la promotion de la santé buccodentaire et la prévention des maladies chez les Premières Nations⁶¹. Il est exécuté par des agents de l'ISBE, qui sont employés par la communauté et les thérapeutes dentaires par l'intermédiaire de Santé Canada. Le programme est destiné aux enfants âgés de 7 ans et moins et se focalise sur les services de dépistage et la prévention comme les vernis fluorés et les résines⁶².

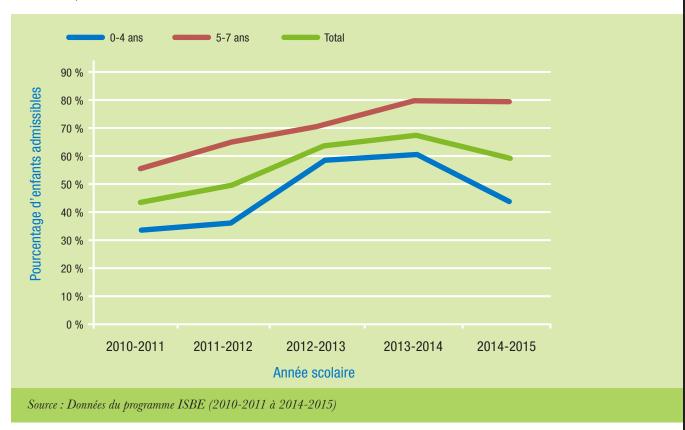
L'ISBE est administré par année scolaire, donc les données annuelles sont recueillies de septembre à août.

En 2014-2015, environ 59 % des enfants des Premières Nations de l'Atlantique admissibles (âgés de 7 ans et moins) vivant dans une réserve étaient inscrits au programme ISBE.

Depuis cinq ans:

- La proportion d'enfants admissibles inscrits au ISBE a augmenté de 16 %;
- Une plus forte proportion d'enfants âgés de 5 à 7 ans (âge scolaire) étaient inscrits au ISBE pendant cette période par rapport aux enfants plus jeunes; ce groupe a aussi connu une croissance sur le plan des inscriptions, avec des taux d'inscription en 2013-2014 et 2014-2015 de 79 %.

Figure 6-2 Pourcentage d'enfants admissibles inscrits au programme ISBE, selon l'âge (2010-2011 à 2014-2015)



En 2014-2015, il y a eu 1341 examens de dépistage et environ 4500 soins préventifs exécutés dans le cadre du programme ISBE (un même enfant peut recevoir plus d'un service).

6.1.3 Thérapie dentaire

Les thérapeutes dentaires sont des employés de Santé Canada qui fournissent des soins préventifs, des diagnostics et des services de restauration aux Premières Nations vivant dans une réserve. Les thérapeutes dentaires dispensent des services aux enfants et aux adultes de tous âges.

En 2014-2015, plus de la moitié (51 %) de tous les services dispensés par des thérapeutes dentaires étaient des services préventifs. Les services diagnostiques viennent en deuxième (34 %), puis les services de restauration (9 %) et les services liés à la chirurgie buccale et maxillo-faciale (6 %).

De tous les services dispensés par les thérapeutes dentaires dans chaque province en 2014-2015, la Nouvelle-Écosse avait la plus forte proportion de services préventifs (60 % de tous les services). C'est à Terre-Neuve-et-Labrador qu'a été dispensée la plus forte proportion de services de diagnostic (38 %), de restauration (12 %) et de chirurgie buccale et maxillo-faciale (10 %) par rapport aux autres provinces (figure 6-3).

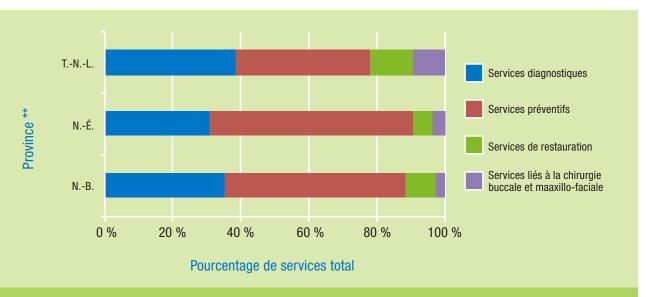


Figure 6-3 Types de thérapie dentaire*, par province (2014-2015)

Source : Rapports sur les services dentaires et la productivité (2016)

^{*}Les services liés aux traitements parodontaux et endodontiques font également l'objet d'un suivi, cependant, ils représentent 1 % ou moins de l'ensemble des services, ils ont donc été exclus ici

^{**}Les services de thérapie dentaire ne sont pas offerts à l'Île-du-Prince-Édouard

6.2 SOINS À DOMICILE ET EN MILIEU COMMUNAUTAIRE

En 2014-2015, environ 7 % des membres des Premières Nations vivant dans une réserve en Atlantique ont eu accès à des soins à domicile et en milieu communautaire. La majorité (62 %) des clients étaient des femmes et un peu plus de la moitié (55 %) étaient âgés de 55 ans et plus.

Les deux tiers environ (67 %) de toutes les heures de service prodiguées en Atlantique relevaient de l'aide à la vie autonome (p. ex. entretien, services de repas, etc.). Les soins personnels et les services de relève sont les autres services le plus souvent dispensés.

Tableau 6-3 Pourcentage du total des heures de service pour soins à domicile et en milieu communautaire, par type de service (2014-2015)

Type de service	Pourcentage
Aide à la vie autonome	67 %
Soins personnels	13 %
Services de relève	9 %
Soins infirmiers	6 %
Gestion de cas	4 %
Soins professionnels	1 %

Source: Rapports RSPSe, (2016)

En 2014-2015, les cinq principales raisons pour recevoir des soins à domiciles dans la région de l'Atlantique étaient :

- Diabète (24 %)
- Autre (raison autre que celles énumérées dans le système RSPSe (21 %)
- Soins des plaies aiguës et chroniques (14 %)
- Affections musculo-squelettiques (arthrite, fracture, etc.) (12 %)
- Maladie cardiovasculaire (8 %)

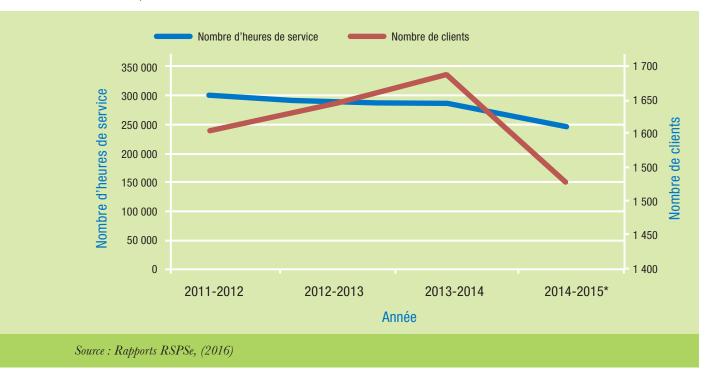
Au cours des quatre dernières années,

- Le nombre d'heures de service a diminué; *
- Le nombre de clients servis a augmenté jusqu'en 2013-2014 et a chuté ensuite en 2014-2015*

^{*} En 2014-2015, une seule collectivité n'a pas fait de rapport pendant l'année et trois collectivités n'ont pas présenté de rapport pour certains mois. Ces données manquantes pourraient être à l'origine de la baisse dans le nombre de clients et de la réduction dans les heures de service observées durant l'année. Il y avait moins de rapports manquants au cours des années précédentes.



Figure 6-4 Nombre d'heures de service de soins communautaires et nombre de clients (2011-2012 à 2014-2015)



* En 2014-2015, une seule collectivité n'a pas fait de rapport pendant l'année et trois collectivités n'ont pas présenté de rapport pour certains mois. Ces données manquantes pourraient être à l'origine de la baisse dans le nombre de clients et de la réduction dans les heures de service observées durant l'année. Il y avait moins de rapports manquants au cours des années précédentes.



LISTE DES FIGURES

Figure 1-1 Manière de calculer la prévalence des demandeurs de paiement aux SSNA	Figure 4-5 Méthodes de gestion du diabète autodéclarées - comprimés, régime, exercice et insuline (2008-2010)
Figure 2-1 Population totale d'Indiens inscrits vivant dans une réserve des provinces de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2014)	Figure 4-6 Prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre le diabète chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, par province (2010-2014), taux selon l'âge normalisé
selon l'âge et le sexe (2014)	Figure 4-7 Prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre le diabète chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2014-2014)
Figure 2-4 Les quatre séances de formation les plus souvent données dans les provinces de l'Atlantique (2010/11-2014/15)	Figure 4-8 Prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2014-2014)
Figure 2-5 Revenu annuel moyen de la population autochtone de l'Atlantique et de la population générale de la région de l'Atlantique (15 ans et plus), par sexe (2011) 22	Figure 4-9 Prévalence des demandes de paiement pour des médicaments contre des maladies cardiovasculaires chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique,
Figure 2-6 Taux d'emploi pour la population autochtone de l'Atlantique et la population générale de la région de l'Atlantique (15 ans et plus), selon l'âge (2011)	par province (2014)
Figure 2-7 Scores du bien-être des collectivités pour les collectivités des Premières Nations, les non autochtones et les collectivités des Premières Nations à l'échelle nationale (1981-2011)	l'Atlantique, par province (2010-2014)
Figure 3-1 Pourcentage d'inspections de l'hygiène du milieu, par type d'établissements (2014-2015)27 Figure 3-2 Pourcentage d'échantillons d'eau potable	l'Atlantique (15 ans et plus), selon l'âge et le sexe (2014) 56 Figure 4-12 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une
insatisfaisants sur le plan bactériologique, tous coliformes (2010/11-2014/15)	réserve de la région de l'Atlantique, par année (2010-2014) 58 Figure 4-13 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, par province (2010-2014) 59
insatisfaisants sur le plan chimique (2010/11-2014/15) 32 Figure 3-4 Durée des avis concernant la qualité de l'eau potable (2010/11-2014/15) 33	Figure 4-14 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique (2014) et chez la
Figure 4-1 Pourcentage des mères des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique selon la durée de l'allaitement (2014-2015)	population canadienne générale, selon l'âge (2013)60 Figure 4-15 Taux d'hépatite C (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une
Figure 4-2 Pourcentage d'introduction des aliments solides dans l'alimentation des bébés des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique,	réserve de la région de l'Atlantique, par année (2010-2014) 61 Figure 4-16 Taux de couverture vaccinale chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve de
Figure 4-3 Prévalence des demandes de paiement pour des produits de cessation du tabagisme chez les membres	la région de l'Atlantique, selon l'âge et l'année (2010-2014) 62 Figure 5-1 Prévalence des demandes de paiement pour les benzodiazépines chez les membres de bandes de la
de bandes de la région de l'Atlantique, par province (2010-2014)	région de l'Atlantique (15 ans et plus), par province (2010-2014)
des produits de cessation du tabagisme chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique, par âge et sexe (2014)	âgés de 15 ans et plus pour des benzodiazépines parmi les membres de bandes de la région de l'Atlantique, selon l'âge et le sexe (2014)69

LISTE DES FIGURES

Tableau 4-2 Taux d'allaitement et de choix de

l'allaitement chez les femmes des Premières nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique (2014-2015)

et tendance sur trois ans (2012/13-2014/15)37

Figure 5-3 Nombre d'interventions rapportées par les collectivités pour abus de substances, dépendances et santé mentale, selon l'âge (2014-2015)	Figure 6-2 Pourcentage d'enfants admissibles inscrits au programme ISBE, selon l'âge (2010/11-2014/15)
LISTE DES TAB	LEAUX
Tableau 1-1 Nombre de collectivités qui n'ont pas produit de rapports RSPSe (2011/12-2014/15)4	Tableau 4-3 Activités quotidiennes mentionnées par les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2008-2010)40
Tableau 1-2 Nombre de collectivités des Premières Nations (réserves) des provinces de l'Atlantique qui fournissent de l'information sur le taux de couverture vaccinale (2010-2014)	Tableau 4-4 Activités quotidiennes mentionnées par les jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon le sexe (2008-2010)41
Tableau 1-3 Pourcentage des rapports manquants par rapport aux rapports dus sur les maladies à déclaration obligatoire (2010-2014)	Tableau 4-5 Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve qui ont déclaré fumer actuellement, quotidiennement ou occasionnellement (2008-2010)
Tableau 2-1 Pourcentage des enfants inscrits au PAPAR qui ont été évalués/reconnus, diagnostiqués comme ayant des besoins spéciaux et aiguillés vers des ressources pour les besoins spéciaux ou inscrits à une liste d'attente (2014-2015)	Tableau 4-6 Pourcentage des jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve qui ont déclaré fumer actuellement, quotidiennement ou occasionnellement (2008-2010)
Tableau 3-1 Pourcentage d'évaluations de logement satisfaisantes par zone de moisissures (2014-2015)29 Tableau 3-2 Nombre d'échantillons d'eau potable où	Tableau 4-7 Taux de diabète autodéclaré chez les membres des Premières Nations adultes vivant dans une réserve dans la région de l'Atlantique et au Canada (2008-2010)
la numération de coliformes totaux les niveaux dépassait la norme ou encore où la présence d'E.coli a été détectée (2010/11-2014/15)	Tableau 4-8 Prévalence des demandeurs de paiement pour un médicament contre le diabète chez les membres des bandes des Premières Nations de la région de
Tableau 4-1 Facteurs de risques prénataux chez les femmes des Premières nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique (2014-2015) et tendances sur trois ans (2012/13-2014/15)	l'Atlantique et prévalence des cas de diabète autodéclaré dans la population générale de l'Atlantique, par province (2014), âge normalisé
	Tableau 4-9 Taux de dépistage autodéclaré au cours des

12 derniers mois chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique, selon le

sexe (2008-2010)......50

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 4-10 Prévalence des demandes de paiement pour les opioïdes chez les membres de bandes de la région de l'Atlantique (15 ans et plus), par province (2014) et variation en pourcentage (2010-2014)	Tableau 5-3 Nombre d'interactions avec les travailleurs de la santé communautaire (résolution) et nombre de clients vus par ces travailleurs dans la région de l'Atlantique (2010/11 - 2014/15)
Tableau 4-11 Taux de chlamydia (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique (2014) et dans la population canadienne générale (2013), taux bruts et	Tableau 5-4 Nombre d'interactions avec les travailleurs du soutien culturel et nombre de clients vus par ces travailleurs dans la région de l'Atlantique (2010/11 - 2014/15)
Tableau 4-12 Taux d'hépatite C (pour 100 000 habitants) chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve de la région de l'Atlantique (2014) et dans la population canadienne générale (2013), taux bruts et	Tableau 6-1 Évaluation de la santé buccodentaire chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve dans la région de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada. (3 à 5 ans)
Tableau 5-1 Prévalence des demandes de paiement pour les benzodiazépines chez les membres de bandes de la	Tableau 6-2 Évaluation de la santé buccodentaire chez les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve dans la région de l'Atlantique et dans l'ensemble du Canada et de la population générale canadienne. (6 à 11 ans)78
région de l'Atlantique (15 ans et plus), par province (2014) et variation en pourcentage (2010-2014)	Tableau 6-3 Pourcentage du total des heures de service pour soins à domicile et en milieu communautaire, par type de service (2014-2015)
LISTE DES ACR	ONYMES
AANC – Affaires autochtones et du Nord Canada (anciennement AANDC – Affaires autochtones et Développement du Nord Canada)	DCEO – Dents cariées, extraites ou obturées DCSPNI – Direction générale de la santé des Premières

AC – Accord de contribution

AHM – Agents d'hygiène du milieu

ASPC – Agence de la santé publique du Canada

AQEP – Avis concernant la qualité de l'eau potable

CCQEP – Contrôleurs communautaires de la qualité de l'eau potable

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

DCAO – Dents cariées, absentes ou obturées

DGSPN1 – Direction generale de la sante des Premieres Nations et des Inuits

DME – dossier médical électronique

ERPEEPN – Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations

ERS – Enquête régionale sur la santé des Premières Nations

ESCC – Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes

iBC – Indice de bien-être des collectivités

IMC – Indice de masse corporelle

LISTE DES ACRONYMES

ISBE – Initiative en santé buccodentaire pour les enfants

MRC – Modèle de rapport communautaire

OMS - Organisation mondiale de la santé

PAPAR – Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves

PI – Pensionnats indiens

PN – Premières Nations

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

PSC – Programme de soutien communautaire

RSPSe – Modèle électronique de rapport statistique sur la prestation des services

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

SII – Système d'inscription des Indiens

SSNA – Services de santé non assurés

SVS – Système de vérification du statut

UINE – Union des Indiens de la Nouvelle-Écosse

- 1. **Union des Indiens de la Nouvelle-Écosse**. *Rapport de synthèse des données de l'ERS pour la région de l'Atlantique* 2016.
- Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Dix questions sur l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREEPN) [brochure]. [en ligne] 2016.
- 3. **Statistique Canada**. Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Composante annuelle (ESCC) [en ligne] 20 04 2015. [Cité: 23 02, 2016.] http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f. pl?Function=getSurvey&SDDS=3226.
- 4. **Healthy People 2020**. Déterminants sociaux de la santé [En ligne] [Cité :] http://www.healthypeople.gov/2020/topics-objectives/topic/social-determinants-of-health.
- Agence de la santé publique du Canada Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? [En ligne) 2013-01-15. [Cité:] http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php.
- 6. Charlotte, Loppie Reading. et Wien, Fred. Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. s.l.: Centre de collaboration Nationale de la santé autochtone, 2009.

- 7. **Association canadienne du diabète**. Are You at Risk? [en ligne] 2016. [Cité :] http://www.diabetes.ca/about-diabetes/risk-factors/are-you-at-risk.
- 8. **Affaires autochtones et du Nord Canada** Statistiques. [En ligne] https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/131316469816 7/1313164748455.
- Statistique Canada. Tableaux de données de l'ENM : 99-011-X2011030. [En ligne]
- Les peuples autochtones et la langue, Enquête Nationale auprès des ménages (ENM), 2011. 2013. 99-011-X2011003.
- 11. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Éducation de la petite enfance dans les collectivités des Premières Nations, L'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREEEPN) 2013-2014 [Infographie]. 2015.
- 12. —. Éducation des jeunes et des adultes dans les collectivités des Premières Nations, L'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREEEPN) 2013-2014 [Infographie]. 2015.
- L'emploi dans les collectivités des Premières Nations, L'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREEEPN) 2013-2014 [Infographie]. 2015.

- 14. —. Employment in First Nations Communities -Employment Puzzle 1, L'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi chez les Premières Nations (EREEEPN) 2013-2014 [Infographie]. 2015.
- 15. **Affaires autochtones et du Nord Canada** Indice du bienêtre des collectivités (IBC), 1981-2011 . [en ligne] 02 04 2015. [Cité : 16 01 2016.] http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1419864229405/1419864303946.
- 16. —. Enfants pris en charge, demande de données. 2015.
- 17. **Statistique Canada**. *Les peuples autochtones au Canada : Premières Nations, Métis et Inuits*. 2013. No de cat. 99-011-X2011001.
- 18. **Shaw, Mary**. Housing and Public Health. *Annual Reviews of Public Health*. 2004, Vol. 25, pp. 397-418.
- 19. **Santé Canada**. *Cadre National du Programme de santé* environnementale et publique dans les communautés des Premières Nations au sud du 60e parallèle 2009.
- 20. . *Un aperçu des statistiques sur les Autochtones : 2e édition*. 2015. No de catalogue 89-645-x2015001.
- 21. Environmental Health Information System. *Atlantic reports.* 2016.
- 22. Santé Canada. Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada Tableau sommaire. Ottawa : Bureau de la qualité de l'air et de l'eau. Direction générale de la santé environnementale et de la sécurité des consommateurs, Santé Canada, 2014.
- 23. —. Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada Tableau sommaire [en ligne] 10,2014. [Cité : 10 02, 2016.] http://www.hc-sc.gc.ca/ewh-semt/pubs/water-eau/sum guide-res recom/index-fra.php.
- 24. —. Recommandations pour la qualité de l'eau potable au Canada : Document technique Les coliformes totaux 2013. No de cat. H144-8/2013F-PDF .
- 25. **Santé Canada**. *Conseils sur l'utilisation des lignes directrices sur la qualité microbiologique de l'eau potable*. 2013. No de cat. H144-12-2013-fra.pdf.
- 26. Centres de lutte et de prévention contre les maladies Tobacco Use and Pregnancy. [en ligne] 09 09 2015. [Cité : 23 02, 2015.] http://www.cdc.gov/reproductivehealth/maternalinfanthealth/tobaccousepregnancy/.
- 27. **Agence de la santé publique du Canada** *Rapport sur la santé périnatale au Canada*. 2008. No de cat. HP10-12/2008E.

- 28. *The Predisposition to Obesity and Diabetes in Offspring of Diabetic Mothers.* **Dabelea, Dana**. S2, : Diabetes Care, 2007, Vol. 20, pp. S169-174.
- 29. Rapports des données du MRC pour la région de l'Atlantique 2014-2015
- 30. **Statistique Canada**. *Tableau 102-4504 Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, CANSIM (base de données)*, 2012.
- 31. —. Tableau 02-4509 Naissances vivantes, selon le poids à la naissance et le sexe, Canada, provinces et territoires, annuel, CANSIM (base de données), 2012. [en ligne] 09 02 2016. [Cité: 29 02, 2016.]
- 32. **Gouvernement du Canada**. *Le bien-être des jeunes enfants au Canada*. 2011. No de cat. HS1-7/2012F-PDF.
- 33. **Santé Canada**. *La nutrition du nourrisson né à terme et en santé : Recommandations de la naissance à six mois* 2015.
- 34. **Organisation mondiale de la santé**. *Nutrition -Stratégie mondiale pour l'alimentation du nourrisson et du jeune enfant*. 2003.
- 35. **Statistique Canada**. Tableau 105-0501 : Profil d'indicateurs de la santé, estimations annuelles, selon le groupe d'âge et le sexe, Canada, provinces, territoires, régions sociosanitaires (limites de 2013) et groupes de régions homologues, occasionnel. : CANSIM, 2015.
- 36. Health benefits of physical activity: the evidence. Warburton, Darren E R, Nicol, Crystal Whitney et Bredin, Shannon S D. 6, 2006, Canadian Medical Association Journal, Vol. 174, pp. 801-809.
- 37. 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 vivant dans les collectivités des Premières Nations. Ottawa : CGIPN, 2012.
- 38. Société canadienne de physiologie de l'exercice.

 Directives canadiennes en matière d'activité physique et en matière de comportement sédentai. 2012.
- 39. Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes – Guide de référence rapide à l'intention des professionnels 2003. H49-179/2003-1F



- 40. —. Votre santé et vous : Obésité. [en ligne] 2006. [Cité : 08 02, 2016.] http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/alt_formats/pacrb-dgapcr/pdf/iyh-vsv/life-vie/obes-fra.pdf. H13-7/20-2006F-PDF.
- 41. **Statistique Canada**. Enquête canadienne sur le tabac, l'alcool et les drogues, février décembre 2013. [En ligne] [Cité: 10 02, 2016.] http://canadiensensante.gc.ca/science-research-sciences-recherches/data-donnees/ctads-ectad/tables-tableaux-2013-fra.php?_ga=1.212263889.452870699.1449414152.
- 42. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières Nations : 2008-2010 National report on youth living in First Nations communities. Ottawa : CGIPN, 2012.
- 43. **Organisation mondiale de la santé**. *Prevention of Cardiovascular Disease Pocket Guidelines for Assessment and Management of Cardiovascular Risk*. Genève:
 Organisation mondiale de la santé, 2007

- 44. Association pulmonaire du Canada. Personnes souffrant de maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) 2014.
- 45. **Sproule, Beth, et autres**. Changing patterns in opioid addiction. *Can Fam Physician*. 2009, Vol. 55, 1, pp. 68-69.e5.
- 46. **Santé Canada**. *Votre santé et vous : Analgésiques opioïdes* 2009. No de cat. : H13-7/65-2009F-PDF.
- 47. Agence de la santé publique du Canada Définitions de cas pour les maladies transmissibles sous surveillance Nationale.: RTMC, 2009.
- 48. —. Maladies à déclaration obligatoire en direct [en ligne] 2015. http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/graphiques.php?c=yl.
- 49. —. Hépatite C : informez-vous. [en ligne] 2015. http://www.phac-aspc.gc.ca/hepc/pubs/getfacts-informezvous/index-fra.php

- 50. **Immunisation Canada** Les succès de la vacciNation [en ligne] 25 02 2016. [Cité : 29 02, 2016.] http://immunize.ca/fr/default.aspx
- 51. Santé Canada et Assemblée des Premières Nations Cadre du continuum du mieux-être mental des Premières Nations 2015. No de cat. H34-278-1-2014-fra.pdf
- 52. « Short screening scales to monitor population prevalence's and trends in non-specific psychological distress », **Kessler, RC, et autres.** 6, 2002, Psychological Medicine, Vol. 32, pp. 959-976.
- 53. Guarded Borders: Colonially Induced Boundaries and Mi'kmaq Peoplehood. Thomas, Rebecca Lea.: Université Dalhousie, 2012.
- 54. **Association des pharmaciens du Canada** *e-CPS Compendium des produits et spécialités pharmaceutiques.* s.l.: Association des pharmaciens du Canada
- 55. **Gouvernement du Canada**. Des Canadiens en santé *Benzodiazépines*. [en ligne] 30 09 2014 http://canadiensensante.gc.ca/healthy-living-vie-saine/substance-abuse-toxicomanie/prescription-abuse-abus-ordonnance/benzodiazepines-fra.php?_ga=1.248843202.452870699. 1449414152
- 56. Santé Canada. Programme de soutien en santé résolution des questions des pensionnats indiens http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/indiresident/irs-pi-fra.php. [en ligne] 27 05 2015. [Cité: 23 02, 2015.]

- 57. Centre de toxicomanie et de santé mentale. Information sur la santé mentale et la dépendance Méthadone. [en ligne] 2011. http://www.camh.ca/fr/hospital/health_information/a_z_mental_health_and_addiction_information/methadone/Pages/methadone_dyk.aspx.
- 58. Données sur les soins dentaires dans la région de l'Atlantique 2014-2015
- 59. Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Rapport sur les conclusions de l'Enquête Nationale sur la santé buccodentaire des Premières Nations 2009-2010 rapport National. 2012.
- 60. **Santé Canada.** Rapport des résultats du module sur la santé buccodentaire de l'Enquête canadiennes sur les mesures de la santé 2007-2009 No de cat. H34-221/221-2010-fra.pdf: 2010.
- 61. —. Stratégies et initiatives Santé des Premières Nations et des Inuits [en ligne] 19 03 2012. [Cité : 17 02, 2016.] http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/fnih-spni-fra.php.
- 62. **DGSPNI**. *ISBE rapports sur les services et la productivité*. 2016.

SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUITS — État de santé des membres des Premières Nations vivant dans les réserves au Canada atlantique 2015

Santé Canada 1505, rue Barrington, bureau 1525 Halifax, Nouvelle-Écosse B3J 3Y6

 $Courriel: hc.fnihb_at_epis_dgspni_at.sc@canada.ca$