

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Mortalité attribuable à la COVID-19 chez les Premières Nations et les Métis vivant dans un logement privé au Canada : une analyse des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en matière de santé

par Amanda Kopp, Mohan B. Kumar et Nicole Aitken

Date de diffusion : le 16 juillet 2024



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros suivants :

- | | |
|---|----------------|
| • Service de renseignements statistiques | 1-800-263-1136 |
| • Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants | 1-800-363-7629 |
| • Télécopieur | 1-514-283-9350 |

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « Contactez-nous » > < [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, les entreprises, les administrations et les autres organismes. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie, 2024

L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'[entente de licence ouverte](#) de Statistique Canada.

Une [version HTML](#) est aussi disponible.

This publication is also available in English.



Mortalité attribuable à la COVID-19 chez les Premières Nations et les Métis vivant dans un logement privé au Canada : une analyse des déterminants sociaux de la santé et des inégalités en matière de santé

par Amanda Kopp, Mohan B. Kumar et Nicole Aitken

Introduction

La pandémie de COVID-19¹ a joué un rôle important dans la vie de la population canadienne et a entraîné des conséquences négatives pour sa santé mentale et physique ainsi que des réductions de son espérance de vie (O'Brien et coll., 2020; Statistique Canada, 2022a; Yang et Aitken, 2021; Helliwell et coll., 2020; Hahmann, 2021; Upshaw et coll., 2021). Toutefois, des recherches ont montré que la répartition des effets de la COVID-19 avait été inégale et que certains groupes présentaient un plus grand risque de décès que d'autres (Agence de la santé publique du Canada, 2022; Yang et Aitken, 2021; Subedi et Aitken, 2022). Des études ont indiqué que divers facteurs pouvaient influencer le risque de décès attribuable à la COVID-19, y compris divers déterminants sociaux de la santé, comme l'âge avancé, les comorbidités, le fait d'être de sexe masculin, de vivre dans un appartement, de vivre dans un logement de taille non convenable, d'être un fumeur actuel, d'avoir des niveaux de revenu plus faibles, d'être membre d'un groupe racisé ou de vivre dans des quartiers comptant une forte proportion d'aînés, de populations vivant en établissement, d'immigrants et de familles à faible revenu (Dessie et Zewotir, 2021; Albitar et coll., 2020; Gupta et Aitken, 2022; O'Brien et coll., 2020; Subedi et Aitken, 2022).

À l'heure actuelle, il y a une lacune dans les connaissances permettant de comprendre les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les peuples autochtones², en particulier en ce qui concerne les taux de mortalité désagrégés par groupe de population autochtone (Premières Nations, Métis et Inuit). Il est essentiel de désagréger les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 parmi les peuples autochtones, car des études récentes ont révélé que les résultats en matière de santé variaient selon le groupe autochtone pendant la pandémie (Hahmann et Kumar, 2022; Williams et al., 2022). Pour de nombreuses personnes et communautés autochtones, le fardeau et les répercussions de la COVID-19 peuvent avoir été particulièrement exacerbés par une prévalence plus élevée de comorbidités, de mauvaises conditions de logement, un accès passé et actuel inadéquat aux services de santé et d'autres inégalités socioéconomiques (Yangzom et coll., 2023; Loppie et Wien, 2022). Ces caractéristiques sont ancrées dans des pratiques et politiques coloniales multigénérationnelles, y compris les déplacements forcés vers des collectivités éloignées, les expériences de racisme au sein du système de soins de santé, une discrimination systémique et une marginalisation passées et actuelles, ainsi que l'accès réduit aux soins (Yangzom et coll., 2023; Smylie et coll., 2022; Loppie et Wien, 2022; Mashford-Pringle et coll., 2021; Huyser et coll., 2022; Williams et coll., 2022).

1. La maladie à coronavirus (COVID-19) est une maladie infectieuse causée par le virus SRAS-CoV-2.

2. Dans le présent document, « peuples autochtones » est un nom collectif désignant les diverses populations autochtones du Canada. Le paragraphe 35 (2) de la *Loi constitutionnelle de 1982* reconnaît les droits existants, ancestraux ou issus de traités, des Indiens (maintenant appelés Premières Nations), des Métis et des Inuit du Canada. De même, « peuples des Premières Nations » est un nom collectif respectant l'hétérogénéité des Premières Nations et des collectivités au Canada, tandis que le terme « Premières Nations » fait référence aux personnes.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Dans le contexte de la pandémie de COVID-19, les peuples et les communautés autochtones ont fait preuve de leadership, de résilience et de force. Les peuples autochtones ont eu recours à des connaissances globales sur la santé et les pandémies antérieures pour réagir rapidement, afin de protéger les membres vulnérables de la collectivité et de réduire la propagation du virus, grâce à des mesures comme la recherche des contacts, la vaccination et des initiatives de santé publique menées par la communauté. Ainsi que des fermetures, des cérémonies modifiées et des activités virtuelles dirigées par la communauté (Mashford-Pringle et coll., 2021; Richardson et Crawford, 2020). De plus, les gouvernements fédéral et provinciaux et des organismes privés ont accordé la priorité aux peuples autochtones pour l'accès à l'équipement de protection individuelle, aux vaccins et aux soins de santé (Services aux Autochtones Canada, s.d.; Services aux Autochtones Canada, 2022). Néanmoins, les répercussions de la COVID-19 ont été, de manière disproportionnée, plus élevées chez les peuples autochtones, y compris les infections, les hospitalisations et les taux d'admission aux unités de soins intensifs liés à la COVID-19 (Services aux Autochtones Canada, 2023; province du Manitoba, 2021; Williams et coll., 2022).

L'appel à l'action n° 19 de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) exhorte le gouvernement fédéral à publier chaque année des données et à évaluer les tendances en matière d'indicateurs de la santé, afin de cerner et d'atténuer les disparités dans les soins de santé offerts aux peuples autochtones, notamment, mais sans s'y limiter, les maladies infectieuses émergentes comme la COVID-19. La présente étude vise à faire état des taux nationaux de mortalité attribuable à la COVID-19 et à examiner les facteurs de risque chez les Premières Nations et les Métis vivant dans des logements privés³. Le recours à la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2016, couplant les données du Recensement de la population de 2016 à la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès (BCDECD) de 2016 à 2021, a permis la désagrégation des décès liés à la COVID-19 chez les Premières Nations et les Métis de 2020 à 2021, afin de comprendre les disparités dans les taux de mortalité et l'incidence des déterminants sociaux de la santé sur la mortalité attribuable à la COVID-19. Des données limitées ont restreint l'examen de la mortalité attribuable à la COVID-19 chez les Inuit.

De plus amples renseignements sur les données et les méthodes figurent ci-dessous.

Les Premières Nations et les Métis vivant dans des logements privés ont enregistré des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 plus élevés que les non-Autochtones en 2020 et 2021

Parmi les trois groupes étudiés, les membres des Premières Nations⁴ vivant dans des logements privés ont enregistré les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 normalisés selon l'âge les plus élevés sur deux ans, suivis des Métis⁵ et des non-autochtones (tableau 1). Dans l'ensemble, le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 normalisé selon l'âge pour les membres des Premières Nations était 4,5 fois plus élevé que celui des non-autochtones (85,5 décès contre 19,1 décès pour 100 000 habitants) (tableau 1). Parmi les membres des Premières Nations, les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 étaient les plus élevés chez les hommes (99,7 décès pour 100 000 habitants, rapport des taux = 4,0), les personnes vivant dans une réserve (134,8 décès pour 100 000 habitants, rapport de taux = 7,1) et les personnes ayant le statut d'Indien inscrit ou des traités (104,5 décès pour 100 000 habitants, rapport de taux = 5,5), comparativement aux non-autochtones. Pour les Métis, le taux de

3. Cet article présente les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les personnes se déclarant membres d'une Première Nation, Métis ou non-autochtones vivant dans des logements privés, à l'exclusion de ceux qui vivaient dans des logements et des établissements collectifs (maisons de chambres, foyers pour personnes âgées et établissements correctionnels) au moment du Recensement de la population en mai 2016.

4. L'identité de membre de Premières Nations a été définie au moyen des réponses à la question sur l'identité autochtone du Recensement de la population de 2016. Dans la présente étude, on a considéré les répondants ayant répondu « Oui, Première Nation (Indien de l'Amérique du Nord) » comme étant membres des Premières Nations. Les répondants déclarant des identités autochtones multiples ont été exclus de l'étude.

5. L'identité métisse a été définie au moyen des réponses à la question sur l'identité autochtone du Recensement de la population de 2016. Dans la présente étude, les répondants ayant répondu « Oui, Métis » ont été considérés comme étant Métis. Les répondants déclarant des identités autochtones multiples ont été exclus de l'étude.



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



mortalité normalisé selon l'âge attribuable à la COVID-19 était de 29,4 décès pour 100 000 habitants (rapport de taux = 1,5); cette différence n'était pas significative par rapport aux non-autochtones (tableau 1).

Les disparités dans les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 étaient plus élevées chez les femmes métisses et de Premières Nations que leurs homologues non-autochtones. Le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 normalisé selon l'âge chez les femmes de Premières Nations (74,3 décès pour 100 000 habitants) était plus de cinq fois plus élevé que le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 pour les femmes non autochtones (14,0 décès pour 100 000 habitants), tandis que le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les femmes métisses était plus du double (29,4 décès pour 100 000 habitants) du taux de mortalité des femmes non-autochtones (tableau 1).

Tableau 1
Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 normalisés selon l'âge sur deux ans (pour 100 000 habitants) et rapports de taux (RT) pour les taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants), selon le sexe, la résidence dans une réserve (membres des Premières Nations seulement), le statut d'Indien inscrit (membres des Premières Nations seulement) et le groupe de population, population à domicile, Canada (à l'exclusion du Yukon), 2020-2021

Variable	Taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants)			Rapports de taux pour les taux normalisés selon l'âge		
	Taux de mortalité normalisés selon l'âge	Intervalle de confiance de 95 %		Rapports de taux	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Premières Nations						
Les deux sexes	85,5*	70,3	100,7	4,5	3,7	5,4
Hommes	99,7*	76,7	122,8	4,0	3,2	5,1
Femmes	74,3*	57,1	91,4	5,3	4,2	6,7
Le statut d'Indien inscrit, les deux sexes	104,5*	85,4	123,6	5,5	4,5	6,6
Résidence dans une réserve, les deux sexes	134,8*	105,9	163,8	7,1	5,7	8,8
Résidence hors réserve, les deux sexes	64,5*	47,2	81,8	3,4	2,6	4,4
Métis						
Les deux sexes	29,4	19,7	39,2	1,5	1,1	2,1
Hommes	29,0	15,5	42,6	1,2	0,7	1,9
Femmes	29,4*	16,4	42,4	2,1	1,4	3,3
Non-Autochtones (référence)						
Les deux sexes (référence)	19,1	18,3	19,9	...	...	...
Hommes (référence)	25,0	23,6	26,4	...	...	...
Femmes (référence)	14,0	13,0	15,0	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

* indique une différence statistique par rapport aux catégories de référence, non-Autochtones (selon le sexe) ($p < 0,05$)

Notes : TMNA = taux de mortalité normalisé selon l'âge (normalisé par rapport à la population autochtone de 2016 estimée par le recensement pour les groupes d'âge de 5 ans). Les taux de mortalité normalisés selon l'âge ont été calculés en utilisant l'âge au Recensement de 2016 rajusté à 2021 (+5 ans) ou l'âge au moment du décès si la personne est décédée au cours de la période de suivi.

Période de suivi de deux ans : du 1er janvier 2020 au 31 décembre 2021.

Les données du Yukon ne sont pas disponibles dans la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès à partir de 2017; par conséquent, les estimations pour le Canada excluent le Yukon. Ne comprend pas : les Inuit, les réponses indiquant de multiples identités autochtones ou une autre identité autochtone, les personnes de moins d'un an, la population vivant en établissement au moment de la collecte des données du recensement (p. ex. établissements de soins infirmiers, prisons), la population vivant dans des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres), les personnes non dénombrées dans le cadre du Recensement de la population de 2016 (y compris les personnes en situation d'itinérance). Les estimations pour les Inuit et les membres des Premières Nations non inscrits n'étaient pas publiables.

Source : Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016 couplée à la Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2016 à 2021.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Parmi les groupes d'âge plus jeunes, les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 étaient plus élevés pour les Premières Nations et les Métis que pour les non-Autochtones

Comme l'ont constaté d'autres recherches (Dessie et Zewotir, 2021; Albitar et coll., 2020; Statistique Canada, 2021), la COVID-19 a touché de façon disproportionnée les personnes d'âge avancé (80 ans et plus) pour tous les groupes (tableau 2). Une tendance constante était évidente parmi les groupes d'âge plus âgés au sein des trois populations, les taux de mortalité augmentant avec l'âge. Toutefois, les membres des Premières Nations âgés de 80 ans et plus présentaient le risque de mortalité le plus élevé, soit près du double du taux des non-autochtones (1 232,8 décès pour 100 000 habitants comparativement à 702,8 décès pour 100 000 habitants) (tableau 2). Les Métis âgés de 80 ans et plus affichaient le taux de mortalité attribuable à la COVID-19 le plus faible parmi les trois groupes, soit 516,8 décès pour 100 000 habitants (tableau 2).

Tableau 2

Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 ajusté selon l'âge sur deux ans (pour 100 000 habitants) et rapports de taux par groupe d'âge, Premières Nations, Métis et non-Autochtones, Canada (à l'exclusion du Yukon), 2020-2021

Groupe d'âge (ans)	Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 ajusté selon l'âge			Rapports de taux pour les taux ajusté selon l'âge		
	Taux de mortalité attribuable à la COVID-19 ajusté selon l'âge	Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux selon l'âge	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Premières Nations						
5 à 29	4,6*	2,6	6,7	7,5	4,5	12,5
30 à 39	21,9*	14,1	29,8	7,6	5,1	11,4
40 à 49	43,6*	31,5	55,7	6,7	4,9	9,0
50 à 59	152,8*	130,2	175,4	7,7	6,6	9,1
60 à 69	272,3*	236,8	307,8	5,7	5,0	6,6
70 à 79	577,9*	503,4	652,4	3,9	3,4	4,4
80 et plus	1232,8*	1051,3	1414,4	1,8	1,5	2,0
Métis						
5 à 29	x	x	x	x	x	x
30 à 39	x	x	x	x	x	x
40 à 49	x	x	x	x	x	x
50 à 59	43,3*	29,0	57,7	2,2	1,6	3,1
60 à 69	87,1*	65,1	109,1	1,8	1,4	2,4
70 à 79	221,2*	171,2	271,2	1,5	1,2	1,9
80 et plus	516,8*	386,4	647,2	0,7	0,6	0,9
Non-Autochtones (référence)						
5 à 29	0,6	0,5	0,8	...	...	...
30 à 39	2,9	2,4	3,4	...	...	...
40 à 49	6,5	5,8	7,3	...	...	...
50 à 59	19,7	18,5	21,0	...	...	...
60 à 69	47,6	45,6	49,6	...	...	...
70 à 79	148,4	144,1	152,7	...	...	...
80 et plus	702,8	690,3	715,2	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*

* indique une différence statistique par rapport à la catégorie de référence, Non-Autochtone selon le groupe d'âge ($p < 0,05$)

Notes : Les taux sont basés sur des chiffres arrondis aléatoirement, conformément aux lignes directrices en matière de divulgation.

Les données du Yukon ne sont pas disponibles dans la Base canadienne de données sur l'état civil - Décès à partir de 2017; par conséquent, les estimations pour le Canada excluent le Yukon.

Ne comprend pas : les Inuit, les réponses indiquant de multiples identités autochtones ou une autre identité autochtone, les personnes de moins d'un an, la population vivant en établissement au moment de la collecte des données du recensement (p. ex. établissements de soins infirmiers, prisons), la population vivant dans des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres), les personnes non dénombrées dans le cadre du Recensement de la population de 2016. Les estimations pour les Inuit n'étaient pas publiées.

Les taux de mortalité ajusté selon l'âge (pour 100 000 habitants) ont été calculés en utilisant l'âge au Recensement de 2016 rajusté à 2021 (+5 ans) ou l'âge au décès si la personne est décédée au cours de la période de suivi.

Source : Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016 couplée à la Base canadienne de données de l'état civil - Décès de 2016 à 2021.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Une tendance différente est évidente pour les groupes d'âge plus jeunes. Les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 étaient considérablement plus élevés pour les membres des Premières Nations et les Métis des groupes d'âge plus jeunes que pour les non-autochtones (tableau 2). Par exemple, le taux de décès attribuables à la COVID-19 pour les membres des Premières Nations de tous les groupes d'âge de moins de 60 ans était de 6,7 à 7,7 fois plus élevé que pour les non-autochtones de ces mêmes groupes d'âge (tableau 2). Bien que les chiffres aient été trop faibles pour désagréger les données pour les Métis des groupes d'âge les plus jeunes (de 5 à 49 ans), les Métis âgés de 50 à 79 ans enregistraient un taux de décès attribuables à la COVID-19 de 1,5 à 2,2 fois supérieur à celui des non-autochtones (tableau 2).

La plupart des décès liés à la COVID-19 chez les Premières Nations et les Métis étaient concentrés sur les personnes ayant au moins trois comorbidités au moment du décès

Au Canada, les décès sont classés et totalisés selon une seule cause sous-jacente de décès⁶, c'est-à-dire la maladie ou la blessure à l'origine des événements qui ont entraîné le décès, au sens de l'Organisation mondiale de la Santé (s.d.). Toutefois, dans de nombreux cas, de multiples problèmes de santé ou maladies sont déclarés sur le certificat de décès comme contribuant au décès. Les données sur les causes multiples de décès peuvent mettre en lumière la relation entre les comorbidités et la mortalité attribuable à la COVID-19. Des études antérieures au Canada ont révélé que la majorité (90 %) des décès liés à la COVID-19 déclarés se produisaient chez des personnes atteintes de comorbidités figurant sur le certificat de décès (O'Brien et coll., 2020), soulignant l'importance des mesures préventives chez les personnes ayant des problèmes de santé préexistants. Cela était également évident pour les membres des Premières Nations et les Métis.

Le tableau 3 illustre le rôle essentiel que les comorbidités peuvent jouer dans la mortalité attribuable à la COVID-19, puisque plus de la moitié des membres des Premières Nations et des Métis décédés de la COVID-19 entre 2020 et 2021 avaient au moins trois comorbidités inscrites sur le certificat de décès. Ce résultat est particulièrement notable compte tenu de la prévalence plus élevée de problèmes de santé chroniques et de multimorbidité chez les membres des Premières Nations et les Métis, y compris le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires chroniques (Earle, 2011; Halseth, 2019; Reading et Wien, 2009; Loppie et Wien, 2022; Hahmann et coll., 2019; Kuwornu et coll. 2014).

6. Il existe diverses façons de mesurer la mortalité associée à la pandémie de COVID-19. Dans le cadre de la présente analyse, nous utilisons les certificats de décès sur lesquels la COVID-19 est inscrite comme cause initiale de décès. Statistique Canada et les organismes provinciaux et territoriaux de la statistique de l'état civil utilisent deux codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (CIM-10), pour relever les cas de COVID-19 : U07.1 pour la COVID-19 indiquée comme confirmée par un résultat de test positif, et U07.2 pour la COVID-19 décrite comme étant possible, probable ou en attente d'un résultat de test (positif).





Tableau 3
Pourcentage de décès attribuables à la COVID-19 indiquant des comorbidités sur le certificat de décès, membres des Premières Nations, Métis et non-Autochtones au Canada (à l'exclusion du Yukon), 2020-2021

	Premières Nations			Métis			Non-Autochtones (référence)		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Aucune comorbidité/affection supplémentaire indiquée sur le certificat de décès	3,9*	2,6	5,2	x	x	x	9,5	9,1	9,9
Une ou deux comorbidités/affections supplémentaires indiquées sur le certificat de décès	38,9*	37,7	42,1	x	x	x	44,2	43,5	44,8
Trois comorbidités/affections supplémentaires ou plus figurant sur le certificat de décès	56,7*	53,4	59,9	58,0*	51,9	64,1	46,3	45,6	47,0

x confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*; les chiffres ayant été arrondis, la somme des points de données peut ne pas correspondre à 100 %

* indique une différence statistique par rapport à la catégorie de référence, non-Autochtone ($p < 0,05$)

Notes : Les données du Yukon ne sont pas disponibles dans la Base canadienne de données sur l'état civil– Décès à partir de 2017; par conséquent, les estimations pour le Canada excluent le Yukon.

Ne comprend pas : les Inuit, les réponses indiquant de multiples identités autochtones ou une autre identité autochtone, les personnes de moins d'un an, la population vivant en établissement au moment de la collecte des données du recensement (p. ex. établissements de soins infirmiers, prisons), la population vivant dans des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres), les personnes non dénombrées dans le cadre du Recensement de la population de 2016. Les estimations pour les Inuit n'étaient pas publiables.

Source : Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016 couplée à la Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2016 à 2021.

Des logements de taille non convenable, surpeuplés et un faible revenu étaient des facteurs de risque communs de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les Premières Nations et les Métis vivant dans des logements privés

Des modèles de régression logistique binaire (tableau 4) ont été utilisés pour mesurer le lien entre les principaux déterminants sociaux de la santé et la cote exprimant le risque de mortalité attribuable à la COVID-19 pour les membres des Premières Nations et les Métis vivant dans des logements privés. Dans la présente analyse, on a testé les modèles séparément pour déterminer les déterminants sociaux de la santé associés à la mortalité attribuable à la COVID-19 uniquement pour les membres des Premières Nations et les Métis. Pour orienter l'analyse multivariable, certaines caractéristiques sociodémographiques et la mortalité attribuable à la COVID-19 ont été examinées. Les résultats de cette analyse sont présentés en annexe. Les modèles finaux comprennent le sexe, l'âge, le lieu de résidence en réserve ou hors réserve (pour les Premières Nations seulement), le quintile de revenu du ménage, le type de centre de population, la taille convenable du logement et le type de logement.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Tableau 4
Modélisation de la régression logistique binaire des décès liés à la COVID-19 chez les membres des Premières Nations et les Métis vivant dans des logements privés, Canada (à l'exclusion du Yukon), 2020-2021

Caractéristiques	Premières Nations				Métis			
	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance de 95 %		Valeur de p	Rapports de cotes corrigés	Intervalle de confiance de 95 %		Valeur de p
		inférieur	supérieur			inférieur	supérieur	
Sexe								
Femme (référence)	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Homme	1,4*	1,2	1,6	<0,05	1,1	0,8	1,4	0,6
Âge								
Âge (continu)	1,1*	1,1	1,1	<0,05	1,1*	1,1	1,1	<0,05
Résidence en réserve ou hors réserve								
Hors réserve (référence)	1,0	...	...	...	...	...	...	...
Dans une réserve	2,4*	2,0	2,8	<0,05	...	...	...	...
Quintile de revenu (corrigé en fonction de la taille du ménage)								
Ne fait pas partie du quintile de revenu le plus bas (référence)	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Quintile de revenu le plus bas (quintile 1)	1,7*	1,5	2,0	<0,05	3,1*	2,4	4,0	<0,05
Vivant dans un centre de population¹								
Vivant dans un petit centre de population ou une région rurale (référence)	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Vivant dans un centre de population de taille moyenne ou grande	1,2	1,0	1,4	0,08	1,3*	1,0	1,7	<0,05
Logement de taille convenable pour le nombre d'occupants								
Logement de taille convenable (référence)	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Logement de taille non convenable (manque une chambre à coucher et plus)	2,8*	2,4	3,2	<0,05	2,8*	1,9	4,2	<0,05
Type de logement								
Maisons et autres types de logements (référence)	1,0	...	...	...	1,0	...	...	...
Appartements	1,5*	1,2	1,8	<0,05	1,1	0,8	1,5	0,41

... n'ayant pas lieu de figurer

* indique une différence statistique par rapport à la catégorie de référence (p < 0,05)

Notes : Les données du Yukon ne sont pas disponibles dans la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès à partir de 2017; par conséquent, les estimations pour le Canada excluent le Yukon.

Ne comprend pas : les Inuit, les réponses indiquant de multiples identités autochtones ou une autre identité autochtone, les personnes de moins d'un an, la population vivant en établissement au moment de la collecte des données du recensement (p. ex. établissements de soins infirmiers, prisons), la population vivant dans des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres), les personnes non dénombrées dans le cadre du Recensement de la population de 2016. La modélisation pour les Inuit n'était pas publiable.

Les grands et les moyens centres urbains désignent ceux dont la population du recensement dépasse 30 000 habitants. Les petits centres de population et les régions rurales comprennent les centres de population dont la population du recensement est inférieure à 29 999 habitants ou les régions à l'extérieur de centres de population.

Source : Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016 couplée à la Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2016 à 2021.

Lorsque tous les déterminants sélectionnés sont pris en compte, une cote exprimant le risque de décès attribuables à la COVID-19 significativement plus élevée a été observée pour les membres des Premières Nations (tableau 4, modèle 1) vivant dans un logement de taille non convenable et surpeuplé (manque une chambre à coucher ou plus) (RC = 2,8, IC à 95 % : 2,4 à 3,2), vivant dans une réserve ou un établissement (RC = 2,4 pour un IC à 95 % : 2,0 à 2,8) et appartenant au quintile de revenu le plus bas (RC = 1,7, IC à 95 % : 1,5 à 2,0) (tableau 4). D'autres facteurs statistiquement associés à une plus forte cote exprimant le risque de décès attribuables à la COVID-19 comprenaient le fait de vivre dans un appartement (RC = 1,5; IC à 95 % : 1,2 à 1,8), être de sexe masculin (RC = 1,4, IC à 95 % : 1,2 à 1,6) et d'âge plus avancé (RC = 1,1; IC à 95 % : 1,1 à 1,1) (tableau 4, modèle 1).

Chez les Métis, la cote exprimant le risque de décès attribuables à la COVID-19 était significativement plus élevée chez ceux du quintile de revenu du ménage le plus bas (RC = 3,1; IC à 95 % : 2,4 à 4,0), vivant dans un logement de taille non convenable et surpeuplé (RC = 2,8; IC à 95 % : 1,9 à 4,2), vivant dans un centre de population de taille moyenne ou grande (RC = 1,3; IC à 95 % : 1,0 à 1,7) et d'âge plus avancé (RC = 1,1; IC à 95 % : 1,1 à 1,1)

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



(tableau 4, modèle 2). Le fait d'être de sexe masculin et de vivre dans un appartement n'était pas un prédicteur important de la mortalité attribuable à la COVID-19 chez les Métis (tableau 4, modèle 2).

Discussion

Le présent rapport vise à examiner les taux de prévalence nationaux et les déterminants sociaux pertinents de la mortalité attribuable à la COVID-19 pour les membres des Premières Nations et les Métis vivant dans des logements privés au Canada. Des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 plus élevés ont été observés tant chez les membres des Premières Nations que chez les Métis comparativement aux non-autochtones, même si les membres des Premières Nations affichent les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 les plus élevés. De plus, des disparités plus importantes sont observées entre les rapports de taux de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les femmes de Premières Nations et métisses par rapport aux hommes de Premières Nations et métis. Cela peut être attribuable aux différences de genre à l'intersection de divers déterminants sociaux et structurels de la santé, y compris la colonisation, la pauvreté, les possibilités économiques et l'accès à des soins de santé sécuritaires et culturellement pertinents pour les femmes de Premières Nations et métisses (Bourassa et coll., 2004; Hu et Hajizadeh, 2023; Sruogo et coll., 2023; Loppie et Wien, 2022).

Dans l'ensemble, la mortalité attribuable à la COVID-19 était la plus élevée chez les personnes d'âge avancé (80 ans et plus) de tous les groupes. Dans les groupes d'âge plus jeunes (moins de 80 ans), les membres des Premières Nations et les Métis étaient exposés à un risque disproportionné de décès liés à la COVID-19 par rapport aux non-autochtones. Ces résultats soulignent la nécessité de stratégies de vaccination ciblées et culturellement sécuritaires et d'autres mesures de prévention pour tous les groupes d'âge parmi les peuples autochtones. De plus, parmi les personnes décédées de la COVID-19, une prévalence plus élevée de comorbidités multiples au moment du décès a été observée chez les membres des Premières Nations et les Métis par rapport aux non-autochtones décédés de la COVID-19. Malgré les limites de la capacité de désagréger le type de comorbidités et de problèmes de santé chroniques au moment du décès, ce résultat donne à penser que les comorbidités ont peut-être joué un rôle clé dans le risque accru de mortalité attribuable à la COVID-19 pour ces groupes.

De nombreux éléments croisés peuvent expliquer les taux plus élevés de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les membres des Premières Nations et les Métis. Cela comprend des variations dans les ressources disponibles et les mesures de santé publique pendant la pandémie, comme le port du masque, les décrets ordonnant de rester à domicile, les tests, la recherche de contacts, la disponibilité et la couverture vaccinales (Detsky et Bogoch, 2021; Services aux Autochtones Canada, s.d.; Services aux Autochtones Canada 2022; Anderson et MacKinnon, 2023; Smylie et coll., 2022; McDonald, 2021; Guay et coll. 2022; Pickering et coll., 2023; Mosby et Swidrovich, 2021). D'autres études ont en outre mis l'accent sur des enjeux systémiques, y compris les répercussions continues de la colonisation, qui jouent un rôle dans la prévalence plus élevée de problèmes de santé chroniques et de multimorbidité pour les membres des Premières Nations et les Métis, ce qui se traduit par de moins bonnes conditions socioéconomiques, de la discrimination et un moindre accès aux ressources, comme les soins de santé et une infrastructure de moins bonne qualité, qui ont tous été liés aux décès liés à la COVID-19 (Earle, 2011; Albitar et coll., 2020; Dessie et Zewotir, 2021; O'Brien et coll., 2020; Reading et Wien, 2009; Loppie et Wien, 2022; Hahmann et Kumar, 2022).

Une modélisation de régression logistique binaire a été utilisée pour examiner les facteurs de risque de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les membres des Premières Nations et les Métis vivant dans des logements privés. Les résultats ont mis en évidence de nombreuses vulnérabilités sociales interreliées, y compris l'environnement physique et les familles à faible revenu, qui étaient liées à une cote exprimant le risque plus élevé de décès des suites de la COVID-19.



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve, la probabilité de décès liés à la COVID-19 a presque doublé, ce qui peut être attribuable à de nombreux facteurs interreliés, y compris le fardeau plus élevé des problèmes de santé préexistants, notamment le diabète, un accès plus limité à des soins de santé appropriés et à des soins spécialisés, un accès inadéquat à un logement, à de la nourriture et à de l'eau de qualité convenable, ainsi que des obstacles à la sécurisation des ressources économiques et sociales (Williams et coll., 2022). Un rapport a établi des corrélations entre les éclosions de COVID-19 et l'utilisation de citernes de stockage d'eau dans plusieurs collectivités de Premières Nations (Beaudin, 2021). De plus, il a déjà été démontré que les mauvaises conditions de logement dans les réserves sont associées à d'autres problèmes respiratoires (Kovesi et coll., 2022).

La cote exprimant le risque de décès lié à la COVID-19 était plus élevée pour les membres des Premières Nations et les Métis vivant dans les grands et les moyens centres de population que pour ceux vivant dans les régions rurales ou les petits centres de population, même si l'incidence de cette probabilité était modeste (cote exprimant le risque de 20 % à 30 % plus élevée) comparativement aux autres variables prises en compte dans le modèle. Bien que la présente étude n'ait pas permis de mesurer l'utilisation des soins de santé ou l'accès aux soins de santé, d'autres travaux ont souligné que la pandémie pourrait avoir aggravé les disparités existantes en matière de soins de santé et l'accès aux soins pour les groupes autochtones (Richardson et Crawford, 2020; Hahmann, 2021).

De plus, la taille non convenable du logement ou le surpeuplement étaient un facteur de risque pour les membres des Premières Nations et les Métis. Des recherches ont mis en évidence que les membres des Premières Nations et les Métis sont plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés et de taille non convenable que les non-autochtones⁷ (Statistique Canada, 2018; Loppie et Wien, 2022; Kovesi et coll., 2022; Statistique Canada, 2017). Cela pourrait avoir augmenté le risque de contracter la COVID-19, qui se propage plus facilement grâce à une proximité avec d'autres (Organisation mondiale de la Santé, 2020; Agence de la santé publique du Canada, 2023).

Les deux modèles pour les membres des Premières Nations et les Métis ont également révélé que la baisse du revenu des ménages augmentait la probabilité de décès des suites de la COVID-19. Alors que les Métis enregistraient des taux de faible revenu inférieurs à ceux des membres des Premières Nations (tableau A1), l'incidence du revenu le plus faible était plus élevée pour les Métis, dont la cote exprimant le risque de mourir de la COVID-19 était 3,1 fois plus élevée que celle des personnes des quintiles de revenu supérieurs. D'autres études (Statistique Canada, 2022a; Statistique Canada, 2022b; Agence de la santé publique du Canada, 2022) ont également établi un lien entre la mortalité attribuable à la COVID-19 et les ménages à faible revenu, ce qui pourrait accroître la vulnérabilité des peuples autochtones à l'insécurité alimentaire et aux logements surpeuplés (Loppie et Wien, 2022).

Dans l'ensemble, la présente étude a mis en évidence des disparités en matière de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les membres des Premières Nations et les Métis vivant dans des logements privés. Il est probable que ces disparités soient sous-estimées en raison de l'exclusion de ceux qui vivent dans des logements collectifs, comme les établissements correctionnels, les établissements de soins de longue durée et les maisons de retraite, et de ceux en situation d'itinérance. Les résultats soulignent également les facteurs de risque et les vulnérabilités sociales potentiels relatifs au décès lié à la COVID-19, y compris le fait de vivre dans une réserve pour les membres des Premières Nations, ainsi que les logements surpeuplés et un revenu de ménage inférieur pour les membres des Premières Nations et les Métis. De futures études pourraient continuer de surveiller les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les peuples autochtones, y compris les Inuit, qui ont des vulnérabilités sociales et des facteurs de risque uniques pour contracter et transmettre le virus, y compris une piètre qualité et un surpeuplement des logements, ainsi qu'un accès limité à des soins primaires et spécialisés dans l'Inuit Nunangat (Inuit Tapiriit Kanatami, 2020). De plus, une analyse future pourrait élargir les connaissances sur l'influence des problèmes de santé chroniques sur la mortalité attribuable à la COVID-19, ainsi que les répercussions selon la région géographique, le statut vaccinal, les hospitalisations et l'accès aux soins.

7. Selon le Recensement de la population de 2016, les autochtones étaient plus susceptibles de vivre dans des logements de taille non convenable pour le nombre d'habitants, c'est-à-dire 18,3 % comparativement à 8,5 % des non-autochtones (Statistique Canada, 2017).



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Données et méthodologie

Les auteurs tiennent à souligner l'examen des résultats provisoires et des versions de l'étude par le Congrès des peuples autochtones, l'Assemblée des Premières Nations et le Ralliement national des Métis.

La présente étude repose sur la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2016 en couplant la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès (BCDECD) de 2016 à 2021⁸ au questionnaire détaillé du Recensement de la population de 2016, afin d'examiner les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 chez les Premières Nations et les Métis. Les CSERCan sont une série d'ensembles de données fondées sur la population, couplées de façon probabiliste et dépersonnalisées, qui permettent de suivre la population de ménages privés vivante le jour du recensement pour différents résultats en matière de santé, comme la mortalité, les hospitalisations et le cancer (Tjepkema et coll., 2019).

Malgré les diverses façons de mesurer la mortalité attribuable à la pandémie, la présente analyse est fondée sur des certificats de décès sur lesquels la COVID-19 est recensée comme étant la cause sous-jacente du décès. Statistique Canada et les registraires provinciaux et territoriaux de la statistique de l'état civil utilisent deux codes de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, 10^e révision (CIM-10), pour relever les cas de COVID-19 déclarée comme cause de décès : U071 pour la COVID-19 précisée comme confirmée par un résultat de test positif et U072 pour la COVID-19 décrite comme étant « possible », « probable » ou « en attente d'un résultat de test (positif) ». (Organisation mondiale de la Santé, s.d.; O'Brien et coll., 2020).

L'ensemble de données comprenait des renseignements dépersonnalisés sur les décès attribués à diverses causes étant survenus entre 2016 et 2021, notamment la COVID-19. Le dénombrement et les taux ont été calculés à l'aide des poids de la cohorte, tandis que l'estimation de la variance et les tests de signification ont été effectués à l'aide de la linéarisation par série de Taylor et de la méthode d'ajustement de Fay utilisant 100 poids de rééchantillonnage élaborés pour la CSERCan de 2016. Tous les chiffres et taux bruts ont été arrondis aléatoirement à un multiple de 5, afin de protéger la confidentialité des répondants.

Les décès survenus au sein de la cohorte avant 2020 (entre le 1er janvier 2016 et le 31 décembre 2019) ont été exclus de la population, afin de mieux saisir la population à risque de mourir de la COVID-19 en 2020 et 2021. De plus, cette cohorte exclut les données du Yukon, car la Base canadienne de données sur l'état civil – Décès ne contient pas de données à compter de 2017. Les données sur les décès de 2019 à 2021 sont considérées comme provisoires et pourraient faire l'objet de révisions plus poussées. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge (pour 100 000 habitants) ont été calculés avec un suivi de deux ans à l'aide de la méthode SUDAAN exécutable en SAS et de la méthode de normalisation directe. La population autochtone de 2016 a été choisie comme population type et obtenue à partir des microdonnées du Recensement de la population de 2016. Les taux de mortalité normalisés selon l'âge et propres à l'âge (pour 100 000 habitants) ont été calculés en utilisant l'âge au Recensement de 2016 rajusté à 2021 (+5 ans) ou l'âge au décès si la personne est décédée au cours de la période de suivi. L'âge au moment du décès a été calculé à l'aide de la date de décès tirée de la statistique de l'état civil du Canada et de la date de naissance tirée du Recensement de 2016.

Une modélisation de régression logistique binaire a été utilisée pour examiner le lien entre les déterminants sociaux de la santé et la mortalité attribuable à la COVID-19 (oui/non). Les variables incluses dans le modèle étaient l'âge (continu), le sexe (homme et femme), les quintiles de revenu établis à partir du revenu du ménage corrigé en fonction de la taille du ménage, le fait de vivre dans une réserve ou un établissement (uniquement pour le modèle des membres Premières Nations), le type de logement (logements de type appartement comparativement aux maisons et aux autres types de logements) et la taille convenable du logement pour le nombre de personnes y vivant (mesurant le surpeuplement du ménage). Des quintiles de revenu des ménages ont été générés pour chaque subdivision de recensement à partir du questionnaire abrégé du recensement, afin de tenir compte des différences régionales en matière de revenu.

8. Les statistiques présentées dans cet article reflètent les versions de la base de données sur la mortalité diffusée le 27 novembre 2023.





Limites

Les cohortes de la CSERCan présentent plusieurs limites. Premièrement, les données incluses dans la cohorte portent uniquement sur les répondants au questionnaire détaillé du recensement. Cela pourrait entraîner un biais d'inclusion, car ce questionnaire n'inclut pas certaines populations (comme les populations vivant dans des établissements institutionnels et les personnes en situation d'itinérance au moment du Recensement de 2016) qui pourraient être en moins bonne santé que le reste de la population (Tjepkema et coll., 2019). De plus, les groupes autochtones peuvent être surreprésentés parmi les populations exclues, comme celles vivant dans une réserve qui ont été partiellement dénombrées, et dans des établissements correctionnels, ainsi que parmi les personnes en situation d'itinérance (Reading et Wien, 2009; ministère de la Justice du Canada, 2017; Rotondi et coll. 2017; Tjepkema et coll., 2019). Cela peut signifier que les taux de mortalité attribuable à la COVID-19 parmi les différents groupes autochtones peuvent être sous-représentés dans les ensembles de données couplées, comparativement aux non-autochtones.

De plus, ces résultats ne devraient pas servir à estimer la mortalité globale attribuable à la COVID-19. Les données sur la COVID-19 figurant dans la présente étude sont provisoires, puisqu'elles ne rendent pas compte de tous les décès survenus pendant la période de référence, en raison des délais de déclaration et du fait que les données n'incluent pas le Yukon. De plus, les décès recensés dans cette étude ne tiennent pas compte des décès pour lesquels la COVID-19 a pu n'être qu'un élément contributeur. Par conséquent, les données pourraient ne pas correspondre à celles d'autres sources ou aux chiffres et aux estimations des autorités provinciales ou territoriales de la santé ou d'autres organismes.

En outre, la présente étude n'a pas été en mesure d'examiner ces prédicteurs clés de la mortalité attribuable à la COVID-19, y compris les problèmes de santé ou l'état de santé sous-jacents, l'accès à des soins de santé sécuritaires et adaptés sur le plan culturel, les taux de vaccination contre la COVID-19, d'autres déterminants sociaux de la santé, y compris l'insécurité alimentaire et l'état nutritionnel. L'identité autochtone est autodéclarée et pourrait ne pas correspondre à d'autres estimations reposant sur d'autres ensembles de données ou cohortes. Les déterminants sociaux étudiés dans le cadre de la présente recherche ont été recueillis au moment du Recensement de la population de 2016 et pourraient avoir changé au fil du temps. Enfin, l'étude est limitée sur le plan de la capacité de désagrégation par groupe autochtone, ce qui a entraîné l'exclusion des Inuit, ainsi que d'autres personnes à identités autochtones multiples.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Annexe

Tableau A1

Répartition de certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques parmi les membres des Premières Nations, les Métis et les non-Autochtones vivant dans des logements privés à la date de référence (mai 2016), Canada (à l'exclusion du Yukon), 2020-2021

Caractéristiques	Premières Nations			Métis			Non-Autochtones (référence)		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Sexe									
Femme	52,0*	51,9	52,1	50,7*	50,6	50,8	50,9	50,9	50,9
Homme	48,0*	47,9	48,1	49,3*	49,2	49,4	49,1	49,1	49,1
Résidence en réserve ou hors réserve									
Hors réserve	69,0	68,9	69,1	...	...	...	...	...	...
Dans une réserve	31,0	30,9	31,1	...	...	...	...	...	...
Quintile de revenu (corrigé en fonction de la taille du ménage)									
Quintile de revenu le plus élevé (quintile 5)	14,9*	14,8	15,0	18,8*	18,7	18,9	22,5	22,5	22,5
Quintile 4	17,7*	17,6	17,7	20,9*	20,8	21,0	22,1	22,1	22,1
Quintile 3	19,3*	19,2	19,4	20,9	20,8	21,0	21,1	21,0	21,1
Quintile 2	21,5*	21,4	21,6	19,6*	19,5	19,7	19,1	19,1	19,1
Quintile de revenu le plus bas (quintile 1)	26,7*	26,6	26,8	19,8*	19,7	19,9	15,3	15,3	15,3
Vivant dans un centre de population									
Vivant dans un petit centre de population ou une région rurale	60,3*	60,2	60,4	50,1*	49,9	50,2	29,7	29,7	29,7
Vivant dans un centre de population de taille moyenne ou grande	39,7*	39,6	39,7	49,9*	49,8	50,1	70,3	70,3	70,3
Logement de taille convenable pour le nombre d'occupants									
Logement de taille convenable	77,9*	77,9	78,0	91,7	91,6	91,7	91,6	91,6	91,6
Logement de taille non convenable (manque une chambre à coucher et plus)	22,1*	22,0	22,1	8,3	8,3	8,4	8,4	8,4	8,4
Type de logement									
Maisons et autres types de logements	82,0*	81,9	82,1	81,3*	81,2	81,4	73,9	73,9	73,9
Appartements	18,0*	17,9	18,1	18,7*	18,6	18,8	26,1	26,1	26,1

... n'ayant pas lieu de figurer

* indique une différence statistique par rapport aux catégories de référence, non-Autochtones ($p < 0,05$)

Notes : Les chiffres ayant été arrondis aléatoirement, la somme des points de données peut ne pas correspondre à 100 %.

Ne comprend pas : les Inuit, les réponses indiquant de multiples identités autochtones ou une autre identité autochtone, la population vivant en établissement au moment de la collecte des données du recensement (p. ex. établissements de soins infirmiers, prisons), la population vivant dans des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres), les personnes non dénombrées dans le cadre du Recensement de la population de 2016.

Source : Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016 couplée à la Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2016 à 2021.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Tableau A2

Répartition de certaines caractéristiques socioéconomiques et démographiques parmi les membres des Premières Nations, les Métis et les non-Autochtones décédés de la COVID-19 dans des logements privés à la date de référence (mai 2016), Canada (à l'exclusion du Yukon), 2020-2021

Caractéristiques	Premières Nations			Métis			Non-Autochtones (référence)		
	Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %		Pourcentage	Intervalle de confiance de 95 %	
		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur		inférieur	supérieur
Sexe									
Femme	48,3*	45,1	51,6	54,0*	47,8	60,2	43,5	42,8	44,1
Homme	51,7*	48,4	54,9	46,0*	39,8	52,2	56,5	55,9	57,2
Résidence en réserve ou hors réserve									
Hors réserve	52,2	49,0	55,5	...	...	...	...	...	...
Dans une réserve	47,8	44,5	51,0	...	...	...	...	...	...
Quintile de revenu (corrige en fonction de la taille du ménage)									
Ne fait pas partie du quintile de revenu le plus bas	70,6*	67,6	73,5	56,0*	49,8	62,2	77,8	77,2	78,4
Quintile de revenu le plus bas (quintile 1)	29,4*	26,5	32,4	44,0*	37,8	50,2	22,2	21,6	22,8
Vivant dans un centre de population									
Vivant dans un petit centre de population ou une région rurale	66,7*	63,6	69,7	46,0*	39,8	52,2	20,1	19,6	20,7
Vivant dans un centre de population de taille moyenne ou grande	32,8*	29,7	35,8	54,0*	47,8	60,2	79,9	79,3	80,4
Logement de taille convenable pour le nombre d'occupants									
Logement de taille convenable	71,1*	68,1	74,1	90,0	86,3	93,7	93,6	93,2	93,9
Logement de taille non convenable (manque une chambre à coucher et plus)	28,9*	25,9	31,9	10,0	6,3	13,7	6,4	6,1	6,8
Type de logement									
Maisons et autres types de logements	76,1*	73,3	78,9	68,0*	62,2	73,8	54,1	53,4	54,8
Appartements	23,9*	21,1	26,7	32,0*	26,2	37,8	45,9	45,2	46,6

... n'ayant pas lieu de figurer

* indique une différence statistique par rapport aux catégories de référence, non-Autochtones ($p < 0,05$)

Notes : Les chiffres ayant été arrondis aléatoirement, la somme des points de données peut ne pas correspondre à 100 %.

Ne comprend pas : les Inuit, les réponses indiquant de multiples identités autochtones ou une autre identité autochtone, la population vivant en établissement au moment de la collecte des données du recensement (p. ex. établissements de soins infirmiers, prisons), la population vivant dans des ménages collectifs (p. ex. motels, hôtels, maisons de chambres), les personnes non dénombrées dans le cadre du Recensement de la population de 2016.

Source : Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2016 couplée à la Base canadienne de données de l'état civil – Décès de 2016 à 2021.

StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2022). « [Inégalités sociales des décès liés à la COVID-19 au Canada, par caractéristiques individuelles et locales, de janvier 2020 à décembre 2020/mars 2021](#) ». Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé. Consulté en ligne à https://health-infobase.canada.ca/src/doc/inequalities-deaths/RapportTechnique_InegalitesMortaliteCOVID.pdf.

Agence de la santé publique du Canada (ASPC). (2023). « [Résumé de données probantes à l'appui des mesures de santé publique liées à la COVID-19](#) ». Documents d'orientation, Maladie à coronavirus (COVID-19). Consulté en ligne à <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/document-orientation/resume-donnees-probantes-appui-mesures-sante-publique-covid-19.html>.

Albitar, O., Ballouze, R., Ooi, J.P., et Ghadzi, S.M.S. (2020). « [Risk factors for mortality among COVID-19 patients](#) ». *Diabetes research and clinical practice* 166: p. 108239, août 2020. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2020.108293>.

Anderson, M., et MacKinnon, M. (2023). « [We can learn from the covid-19 pandemic management strategy of First Nations communities in Canada](#) ». *BMJ* 382: p. 1675. Consulté en ligne à <https://doi.org/10.1136/bmj.p1675>.

Aduze. (n.d.). « [Aduze Mino Nesewinong \(Place of Healthy Breathing\)](#) ». We count COVID-19 information and resource sharing hub. Consulté en ligne à <https://www.wecountcovid.com/auduzhe-mino-nesewinong>

Beaudin, J. (2021). « [Water is life: The fatal links between water infrastructure, COVID-19 and First Nations in Canada](#) ». *Yellowhead Institute* 89, 9 mars 2021. Consulté en ligne à <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2021/03/j-beaudin-water-is-life-yi-brief-3.2021.pdf>.

Bourassa, C., McKay-McNabb, K., et Hampton, M. (2004). « [Racism, sexism, and colonialism: The impact on the health of Aboriginal women in Canada](#) ». *Canadian woman studies – Les cahiers de la femme* 24(1): p. 23 à 30.

Clark, K., Crooks, K., & Charania, N.A. (2024). « [Highlighting models of Indigenous leadership and self-governance for COVID-19 vaccination programmes](#) ». *AlterNative: An International journal of Indigenous Peoples* 20(1). Consulté en ligne à <https://doi.org/10.1177/11771801241235418>.

Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). [Honoré la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada](#). Consulté en ligne à https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/1-Honorer_la_verite_reconcilier_pour_lavenir-Sommaire.pdf.

Dessie, Z.G., et Zewotir, T. (2021). « [Mortality-related risk factors of COVID-19: a systematic review and meta-analysis of 42 studies and 423,117 patients](#) ». *BMC Infectious diseases* 21: p. 855. <https://doi.org/10.1186/s12879-021-06536-3>.

Detsky, A.S., et Bogoch, I.I. (2021). « [COVID-19 in Canada: Experience and response to waves 2 and 3](#) ». *JAMA* 326(12): p. 1145 à 1146. Consulté en ligne à <https://jamanetwork.com/journals/jama/fullarticle/2783610> | Global Health | JAMA | JAMA Network.

Earle, L. (2011). « [Understanding chronic disease and the role for traditional approaches in Aboriginal communities](#) ». *Social determinants of health*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. Consulté en ligne à [Understanding chronic disease and the role for traditional approaches in Aboriginal communities \(nccih.ca\)](https://www.nccih.ca/understanding-chronic-disease-and-the-role-for-traditional-approaches-in-aboriginal-communities)



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Guay, M., Maquiling, A., Chen, R., Lavergne, V., Baysac, D.-J., Kokaua, J., Dufour, C., Dubé, E., MacDonald, S.E., et Gilbert, N.L. (2022). « [Disparités sociodémographiques quant à la couverture vaccinale et à l'intention de se faire vacciner contre la COVID-19 au Canada](#) ». *Rapports sur la santé*, 33(12), p. 37 à 54. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2022012/article/00004-fra.htm>.

Gupta, S., et Aitken, N. (2022). « [Mortalité attribuable à la COVID-19 au sein des populations racisées au Canada et son lien avec le revenu](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, 30 août 2022. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00010-fra.htm>.

Hahmann, T. (2021). « [Changements survenus dans la santé, l'accès aux services de santé et la capacité de respecter les obligations financières chez les Autochtones ayant un problème de santé de longue durée ou une incapacité depuis le début de la pandémie de COVID-19](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, publié le 16 novembre 2020. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00006-fra.htm>.

Hahmann, T., et Kumar, M.B. (2022). « [Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, publié le 30 août 2022. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00008-fra.htm>.

Hahmann, T., Badets, N., et Hughes, J. (2019). « [Les Autochtones ayant une incapacité au Canada : les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 15 ans et plus](#) ». *Enquête auprès des peuples autochtones*, 12 décembre 2019. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2019005-fra.htm>.

Halseth, R. (2019). « [The prevalence of type 2 diabetes among First Nations and considerations for prevention](#) ». *National Collaborating Centre for Indigenous Health*. Consulté en ligne à https://www.nccih.ca/495/The_prevalence_of_Type_2_diabetes_among_First_Nations_and_considerations_for_prevention.nccih?id=250 (nccih.ca).

Helliwell, J.F., Schellenberg G., et Fonberg, J. (2020). « [La pandémie de COVID-19 et la satisfaction à l'égard de la vie au Canada](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, 21 décembre 2020. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00093-fra.htm>.

Hu, M., et Hajizadeh, M. (2023). « [Mind the gap: What factors determine the worse health status of Indigenous women relative to men living off-reserve in Canada?](#) ». *Journal of racial and ethnic health disparities* 10: p. 1138 à 1164. Consulté en ligne à <https://doi.org/10.1007/s40615-022-01301-x>.

Huyser, K., Yellow Horse, A.J., Collins, K.A., Fischer, J., Jessome, M.G., Ronayne, E.T., Lin, J.C., Derkson, J., et Johnson-Jennings, M. (2022). « [Understanding the associations among social vulnerabilities, Indigenous peoples and COVID-19 cases within Canadian health regions](#) ». *International journal of environmental research and public health* 19: p. 12409. Consulté en ligne à [Understanding the Associations among Social Vulnerabilities, Indigenous peoples, and COVID-19 Cases within Canadian Health Regions](https://www.mdpi.com/1660-4601/19/7/12409) (nih.gov)

Inuit Tapiriit Kanatami. (2020). « [The potential impacts of COVID-19 on Inuit Nunangat](#) ». *National Inuit strategy on research*. Consulté en ligne à https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2020/06/itk_the-potential-impacts-of-covid-19-on-inuit-nunangat_english.pdf.



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Kovesi, T., Mallach, G., Schreiber, Y., McKay, M., Lawlor, G., Barrowman, N., Tsampalieros, A., Kulka, R., Root, A., Kelly, L., Kirlew, M., et Miller, J.D. (2022). « [Housing conditions and respiratory morbidity in Indigenous children in remote communities in Northwestern Ontario, Canada](#) ». *CMAJ* 194(3): p. E80 à E88. <https://doi.org/10.1503/cmaj.202465>.

Kuwornu, J.P., Lix, L.M., et Shoosthari, S. (2014). « [Multimorbidity disease clusters in Aboriginal and non-Aboriginal Caucasian populations in Canada](#) ». *Chronic diseases and injuries in Canada* 34(4) : p. 218 à 225.

Loppie, C., et Wien, F. (2022). [Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants model](#). National Collaborating Centre for Indigenous Health.

Mashford-Pringle, A., Skura, C., Stutz, S., et Yohathasan, T. (2021). [What we heard: Indigenous peoples and COVID-19, Supplementary Report for the Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada](#). Waakebiness-Bryce Institute for Indigenous Health: Toronto, Canada.

McDonald, H. (2021). COVID-19 « [Volonté de se faire vacciner contre la COVID-19 parmi les groupes de population au Canada](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, 26 mars. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00011-fra.pdf>.

Ministère de la Justice Canada. (2017). « [Surreprésentation des Autochtones dans le système de justice pénale](#) ». *Précis des faits, janvier 2017*. Consulté en ligne à <https://www.justice.gc.ca/fra/pr-rp/jr/pf-jf/2017/docs/jan02.pdf>.

Mosby, I., et Swidrovich, J. (2021). « [Medical experimentation and the roots of COVID-19 vaccine hesitancy among Indigenous Peoples in Canada](#) ». *CMAJ* 2021, 15 mars;193: p. E381 à E383. DOI: 10.1503/cmaj.210112.

O'Brien, K., St-Jean, M., Wood, P., Willbond, S., Phillips, O., Currie D., et Turcotte, M. (2020). « [Comorbidités liées aux décès impliquant la COVID-19 au Canada](#) ». *StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur*, publié le 16 novembre 2020. Consulté en ligne le 14 mars 2022 à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00087-fra.htm>.

Organisation mondiale de la Santé. (s.d.). « [Cause of death](#) ». *International Classification of Diseases (ICD)*. Consulté en ligne à [Cause of death \(who.int\)](https://www.who.int).

Organisation mondiale de la Santé. (2020). « [Transmission of SARS-CoV-2: Implications for infection prevention precautions](#) ». *Scientific brief*, 9 juillet 2020. Consulté en ligne à [Transmission of SARS-CoV-2: implications for infection prevention precautions \(who.int\)](https://www.who.int)

Province du Manitoba. (2021). « [COVID-19 Infections in Manitoba: Race, Ethnicity, and Indigeneity](#) ». *External report*. Publié en ligne le 1 mars 2021. Consulté en ligne à https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/surveillance/docs/rei_external.pdf

Pickering, K., Galappaththi, E.K., Ford, J.D., Singh, C., Zavaleta-Cortijo, C., Hyams, K., Miranda, J.J., Arotoma-Rojas, I., Togarepi, C., Kaur, H., Arvind, J., Scanlon, H., Namanya, D.B., Anza-Ramirez, C., et COVID- Observatories Team. (2023). « [Indigenous peoples and the COVID-19 pandemic: a systematic scoping review](#) ». *Environmental research letters* 18(2023): p. 033001. Consulté en ligne à <https://doi.org/10.1088/1748-9326/acb804>.

Reading, C.L., et Wien, F. (2009). [Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health](#). Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Richardson, L., et Crawford, A. (2020). « [COVID-19 and the decolonization of Indigenous public health](#) ». *CMAJ* 192(38): p. E1098 à E1100. DOI: <https://doi.org/10.1503/cmaj.200852>.



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Services aux Autochtones Canada. (2021). [Lessons learned: Vaccine roll out for Indigenous communities](https://afn.ca/wp-content/uploads/2021/10/Dr.-Valerie-Gideon-Presentation_EN.pdf). September 2021. Consulté en ligne à FPTI COVID WG https://afn.ca/wp-content/uploads/2021/10/Dr.-Valerie-Gideon-Presentation_EN.pdf (afn.ca).

Services aux Autochtones Canada. (2022). « [Ce que nous faisons](#) ». Notre réaction à la COVID-19.

Services aux Autochtones Canada. (2023). « [Cas confirmés de COVID-19](#) ». Le coronavirus (COVID-19) et les communautés autochtones. Consulté en ligne le 17 octobre 2022. <https://stc-ndm-prod-wc.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2024001/article/00001-fra.htm>

Services aux Autochtones Canada. (s.d). « [Préparation à la deuxième vague de la COVID-19 et mesures d'intervention de Services aux Autochtones Canada](#) ». Le coronavirus (COVID-19) et les communautés autochtones. Consulté en ligne le 28 juin 2022 à R2-494-2020-fra.pdf (publications.gc.ca).

Smylie, J., McConkey, S., Rachlis, B., Avery, L., Mecredy, G., Brar, R., Bourgeois, C., Dokis, B., Vandevienne, S., et Rotondi, M.A. (2022). « [Uncovering SARS-COV-2 vaccine uptake and COVID-19 impacts among First Nations, Inuit and Métis peoples living in Toronto and London, Ontario](#) ». CMAJ, 2 (194): p. E1018 à 1026. DOI: 10.1503/cmaj.212147.

Srugo, S.A., Ricci, C., Leason, J., Jiang, Y., Luo, W., Nelson, C., et Indigenous Advisory Committee. (2023). « [Disparities in primary and emergency health care among “off-reserve” Indigenous females compared with non-Indigenous females aged 15–55 years in Canada](#) ». CMAJ 195: p. E1097 à 1111.

Statistique Canada. (2017). « [Les conditions de logement des peuples autochtones au Canada](#) ». Recensement en bref, 25 octobre 2017. Produit n° 98-200-X au catalogue. Consulté en ligne à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016021/98-200-x2016021-fra.cfm>.

Statistique Canada. (2018). Canada [Pays] (tableau). « [Profil de la population autochtone](#) ». Recensement de 2016. Produit no 98-510-X2016001 au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Publié le 18 juillet 2018. Consulté en ligne à <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/abpopprof/index.cfm?Lang=F>

Statistique Canada. (2021). « [Les répercussions de la pandémie de COVID-19 sur les Canadiens âgés](#) ». Regards sur la société canadienne, 18 octobre 2021. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2021001/article/00008-fra.htm>.

Statistique Canada. (2022a). « [Les facteurs sociodémographiques et socioéconomiques qui sont liés aux taux de mortalité attribuables à la COVID-19, 2020-2021](#) ». Le Quotidien, publié le 8 mars 2022. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220308/dq220308d-fra.htm>.

Statistique Canada. (2022b) Tableau 13-10-0833-01 [Nombre de décès, taux de mortalité normalisé selon l'âge pour 100 000 habitants et ratio des taux pour toutes les causes et certaines causes de décès selon le quintile de revenu du quartier, Canada \(à l'exclusion des territoires\) et certaines régions, 2020](#). DOI: <https://doi.org/10.25318/1310083301-eng>.

Subedi, R. et Aitken, N. (2022). « [Inégalités des taux de mortalité attribuable à la COVID-19 selon le type de quartier au Canada](#) ». StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur, 9 mai. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00006-fra.htm>.

Tjepkema, M., Christidis, T., Bushnik, T., et Pinault, L. (2019). « [Profil de cohorte : Cohortes santé et environnement du recensement canadien \(CSERCan\)](#) ». Rapports sur la santé, 18 décembre 2019. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019012/article/00003-fra.htm>.



StatCan et la COVID-19 :

Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur



Upshaw, T.L., Brown, C., Smith, R., Perri, M., Ziegler, C., et Pinto, A.D. (2021). « [Social determinants of COVID-19 incidence and outcomes: A rapid review](#) ». *PLoS ONE* 16(3): p. e0248336. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0248336>.

Williams, N.G., Alberton, A.M., et Gorey, K.M. (2022). « [Morbid and mortal inequities among Indigenous people in Canada and the United States during the COVID-19 pandemic critical review of relative risks and protections](#) ». *Journal of Indigenous social development*, 11(1): p. 3 à 32. Consulté en ligne à <https://scholar.uwindsor.ca/socialworkpub/129>.

Yang, F., et Aitken, N. (2021). « [Les personnes qui vivaient en appartement ou au sein d'un ménage plus nombreux étaient plus à risque de mourir de la COVID-19 au cours de la première vague de la pandémie](#) ». StatCan et la COVID-19 : Des données aux connaissances, pour bâtir un Canada meilleur, publié le 16 novembre 2020. Consulté en ligne à <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2021001/article/00004-fra.htm>.

Yangzom, K., Masoud, H., et Hahmann, T. (2023). « [Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020](#) ». Série thématique sur les peuples autochtones, publié le 6 octobre 2023. Consulté en ligne à [Accès aux soins de santé primaires chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuit, 2017 à 2020 \(statcan.gc.ca\)](#).

