

La Santé des Autochtones vivant hors réserve

- En matière de santé, les inégalités entre les Autochtones vivant hors réserve et la population non autochtone persistent une fois pris en compte les facteurs socioéconomiques et les comportements ayant un effet sur la santé.
- La fréquence de certains déterminants de la santé, tels qu'un faible statut socioéconomique, l'usage du tabac et l'obésité, est plus forte chez les Autochtones vivant hors réserve que chez les personnes non autochtones.
- Les taux de déclaration d'un état de santé passable ou mauvais sont comparables chez les Autochtones vivant hors réserve, qu'ils habitent dans les régions du Nord ou dans celles du Sud.
- Dans les provinces, le nombre de consultations de professionnels de la santé prodiguant des soins subventionnés par l'État était, dans l'ensemble, comparable pour les Autochtones vivant hors réserve et pour les personnes non autochtones. Dans les territoires, les Autochtones vivant hors réserve ont déclaré un nombre plus faible de consultations de médecins que leurs concitoyens non autochtones.

Résumé

Objectif

Comparer l'état de santé, les comportements influant sur la santé et l'utilisation des services de santé chez les Autochtones vivant hors réserve et chez les non-Autochtones au Canada.

Source des données

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2000-2001, de Statistique Canada.

Techniques d'analyse

On s'est fondé sur des totalisations croisées normalisées selon l'âge pour comparer l'état de santé, les comportements influant sur la santé et l'utilisation des services de santé des Autochtones vivant hors réserve et des non-Autochtones. Puis, on a recouru à la régression logistique multiple pour déterminer si, après correction pour tenir compte de l'effet des facteurs sociodémographiques et des comportements qui influent sur la santé, la population Autochtone était plus susceptible que la population non Autochtone de déclarer certains résultats en matière de santé.

Principaux résultats

Les Autochtones vivant hors réserve étaient en moins bonne santé que la population non autochtone. Ces inégalités en matière de santé persistent une fois pris en compte les facteurs socioéconomiques et les comportements influant sur la santé. Les taux de consultation d'un médecin omnipraticien au moins une fois au cours de l'année précédente étaient comparables entre les Autochtones vivant hors réserve et les non-Autochtones établis dans les provinces. Dans les territoires, les Autochtones vivant hors réserve ont consulté moins fréquemment un médecin que leurs concitoyens non autochtones.

Mots clés

Autochtones canadiens vivant hors réserve, indicateurs de l'état de santé, comportements influant sur la santé, utilisation des services de santé, revenu, nord

Auteur

Michael Tjepkema (416-952-4620; Michael.Tjepkema@statcan.ca) travaille à la Division de la statistique de la santé, Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6.

Michael Tjepkema

De façon générale, les Autochtones sont en moins bonne santé que les autres Canadiens¹. Bien que l'écart entre l'espérance de vie des Indiens inscrits (c'est-à-dire les personnes dont le statut d'Indien est reconnu légalement, en vertu de la *Loi sur les Indiens* du Canada) et celle de la population non autochtone s'atténue, on estime que l'espérance de vie des Indiens inscrits est plus courte de six à huit années environ²⁻⁴. En outre, au cours des dernières décennies, des maladies auparavant rares dans les collectivités autochtones sont devenues nettement plus courantes⁵. On pense que la manifestation de ces « nouvelles » maladies, comme le diabète et les maladies cardiovasculaires, est imputable à l'évolution rapide de la trame sociale, des habitudes alimentaires et du mode de vie qu'ont connue certaines collectivités autochtones durant cette période⁶⁻⁸. Le statut socioéconomique plus faible des Autochtones, caractéristique généralement reconnue comme étant associée à un moins bon état de santé, explique en partie ces inégalités en matière de santé^{1,9,10}.

Méthodologie

Source des données

L'article se fonde sur des données provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), de 2000-2001. Voir l'annexe pour la description de l'ESCC.

Techniques d'analyse

L'analyse est fondée sur des données recueillies auprès de 123 994 personnes qui ont précisé leurs antécédents culturels et raciaux. Les 1 043 personnes qui n'ont pas fourni ce renseignement ont été exclues de l'échantillon. Les proportions ont été calculées d'après les poids d'échantillonnage de l'ESCC dont la somme correspond à la population cible au moment de la collecte des données. Les intervalles de confiance des estimations ont été calculées au moyen de la formule établie pour l'échantillonnage aléatoire simple à laquelle a été intégré un effet de plan de sondage estimatif de 2 afin de tenir compte du plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC. Lors de toute comparaison, on a considéré les deux estimations comme étant significativement différentes si les intervalles de confiance à 95 % ne se chevauchaient pas.

Pour l'analyse par régression logistique multiple (voir *Effet des comportements influant sur la santé et des caractéristiques sociodémographiques sur l'état de santé des Autochtones vivant hors réserve*), on a normalisé les coefficients de pondération et utilisé des intervalles de confiance à 99 % pour les tests de signification, à cause du plan d'échantillonnage complexe de l'ESCC.

La structure par âge étant différente pour les populations autochtone et non autochtone, afin que les comparaisons soient fiables, toutes les estimations ont été normalisées selon l'âge en prenant pour référence la structure par âge de la population canadienne telle qu'établie d'après les données de l'ESCC. Les chiffres et pourcentages non corrigés et les tailles d'échantillons figurent en annexe.

Limites

Comme toutes les données autodéclarées, celles de l'ESCC sont susceptibles de contenir des erreurs de remémoration ou d'interprétation incorrecte des questions. En outre, des différences

d'opinion d'ordre culturel entre les Autochtones et les personnes non autochtones quant au caractère approprié de la déclaration des problèmes de santé, des comportements et de l'utilisation des services de santé pourraient influencer les résultats de l'analyse. Plusieurs études ont montré que l'interprétation des questions et la disposition à répondre à des questions délicates varient d'un groupe culturel à l'autre¹¹⁻¹⁵. On ignore l'importance de ce biais de déclaration; cependant, en vue de le réduire, on a testé minutieusement le questionnaire de l'ESCC afin de s'assurer de recueillir des réponses exactes et complètes.

Seules les personnes qui ont indiqué que le groupe ethnique ou culturel auquel elles appartenaient était celui des « Autochtones d'Amérique du Nord » ont été considérées comme des Autochtones. Celles qui n'ont pas précisé leur appartenance ethnique ou culturelle ont été exclues de l'analyse. Or, selon certaines études, l'opinion d'une personne quant à son appartenance ethnique ou culturelle évolue au cours du temps¹⁶ et il existe de nombreuses raisons pour lesquelles une personne pourrait choisir de ne pas divulguer son origine ethnique ou culturelle. On ne sait donc pas dans quelle mesure les Autochtones qui ont participé à l'ESCC représentent la population complète d'Autochtones vivant hors réserve au Canada.

La taille et le revenu du ménage sont les variables dont on s'est servi pour déterminer l'adéquation du revenu. La catégorie la plus grande de taille du ménage était cinq personnes ou plus. Comme les Autochtones vivant hors réserve sont plus susceptibles que les personnes non autochtones d'appartenir à un ménage comptant au moins cinq personnes, le nombre de ménages autochtones à faible revenu pourrait être sous-estimé.

Pour chaque catégorie de revenu du ménage (faible, moyen et élevé), une plus forte proportion d'Autochtones que de non-Autochtones se situaient à l'extrémité inférieure de l'échelle, particulièrement pour la catégorie de revenu élevé. Par conséquent, l'effet du revenu n'est pas entièrement neutralisé quand les données sont présentées selon le niveau de revenu et dans les modèles de régression logistique multiple basés sur ces catégories de revenu.

Les données de l'ESCC étant transversales, aucun lien temporel ou causal entre les variables ne peut être établi.

La plupart des études sur la santé des Autochtones se sont concentrées sur les Autochtones vivant dans les réserves, les Indiens inscrits et les Inuits. En revanche, on en sait fort peu au sujet des Autochtones (inscrits et non inscrits) vivant hors réserve dans les diverses villes du Canada. De surcroît, les études visant à comparer la santé des Autochtones à celle de la population non autochtone au Canada tiennent généralement compte des différences d'âge, mais non des différences de statut socioéconomique¹.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) permet de réaliser ce genre d'analyse. Dans le présent article, on compare l'état de santé des Autochtones vivant hors réserve et celui de la population non autochtone en tenant compte de l'effet des différences d'âge, de revenu et de région géographique. On y examine en outre les différences quant aux comportements ayant un effet sur la santé et à l'utilisation des services de santé.

Au Canada, la population autochtone comprend trois grands groupes : les Indiens d'Amérique du Nord, les Métis et les Inuits. Ensemble, ils englobent une série de groupes plus petits qui se distinguent les uns des autres et qui diffèrent de la population non autochtone, de par leur passé, leur culture et leurs traditions^{17,18}.

Nettement plus jeune que la population canadienne dans son ensemble, la population autochtone est concentrée de façon disproportionnée dans le Nord, dans l'Ouest et dans les régions rurales du pays¹⁹. Selon les données du Recensement de 1996, 46 % des Autochtones vivant hors réserve âgés de 15 ans et plus sont des Indiens inscrits. Par ailleurs, au sein de la population d'Autochtones vivant hors réserve, 57 % ont déclaré être des Indiens d'Amérique du Nord, 38 % des Métis, tandis que 6 % se déclarent Inuits. Étant donné que les personnes interrogées pouvaient donner plus d'une réponse, le total est supérieur à 100 %.

Selon l'ESCC de 2000-2001, environ 337 000 personnes de 15 ans et plus vivant hors réserve, soit environ 1,4 % de la population canadienne (non compris les habitants des réserves), ont indiqué qu'elles appartenaient à un groupe culturel ou racial autochtone (voir *Définition de la population d'Autochtones vivant hors réserve*).

État de santé autoévalué

L'état de santé autoévalué est une mesure de l'état de santé utilisée fréquemment dans les enquêtes sur la santé de la population²⁰. On a en effet montré que sa fiabilité ne varie pas d'une culture à l'autre²¹. En 2000-2001, 23,1 % d'Autochtones vivant hors réserve ont jugé leur santé passable ou mauvaise, cette proportion étant 1,9 fois plus forte que celle observée pour la population non autochtone (tableau 1). Ces résultats confirment ceux d'une étude fondée sur une autre mesure de l'état de santé, selon laquelle, au Manitoba, le taux de mortalité prématurée est deux fois plus élevé chez les membres inscrits des Premières nations que chez les autres Manitobains².

Dans chaque région géographique (urbaine, rurale, et territoires), la proportion de personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise était plus forte pour les Autochtones vivant hors réserve que pour leurs concitoyens non autochtones. En outre, la proportion d'Autochtones déclarant leur santé passable ou mauvaise ne varient pas de façon significative d'une région géographique à l'autre (tableau 1).

La proportion de personnes jugeant leur santé passable ou mauvaise diminue à mesure qu'augmente le revenu du ménage. Cependant, l'écart entre les Autochtones et les non-Autochtones persiste pour les trois catégories de revenu (graphique 1).

Définition de la population d'Autochtones vivant hors réserve

Le mot « Autochtone » a plusieurs significations, selon le contexte et la personne qui l'utilise. Dans le présent article, il englobe uniquement les Autochtones vivant hors réserve qui font partie de la population à domicile. Dans le contexte de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), on a d'abord posé les questions suivantes : « À quel(s) groupe(s) ethnique(s) ou culturel(s) vos ancêtres appartenaient-ils? (Par exemple : Français, Écossais, Chinois) ». On a supposé qu'en commençant par poser une question sur les ancêtres, la question suivante paraîtrait plus claire. Cette question, qui a été utilisée pour repérer les Autochtones aux fins du présent article, se lisait comme suit : « Les gens qui habitent au Canada ont des origines culturelles et raciales très variées. Êtes-vous : [...] Autochtone d'Amérique du Nord (Indien(ne) d'Amérique du Nord, Métis(se), Inuit/Esquimau(de))? » La question comportait une liste de 12 catégories (y compris celles susmentionnées) et les réponses multiples étaient permises. Toute personne qui a répondu qu'elle était un Autochtone d'Amérique du Nord a été classée dans la catégorie des Autochtones. La présente analyse porte sur 3 555 répondants (représentant 337 000 personnes) qui ont déclaré être un Autochtone d'Amérique du Nord. Parmi ce groupe, 573 (représentant 88 000 membres de la population canadienne) ont déclaré une combinaison d'antécédents autochtones et non autochtones. Les personnes qui ont répondu à la question, mais n'ont pas décrit leur race ou leur culture comme étant autochtone ont été considérées comme des non-Autochtones. En tout, 1 043 personnes (représentant 196 000 membres de la population canadienne) ont choisi de ne pas répondre à la question. Ces personnes ont été exclues de l'analyse.

La méthode de collecte des données de l'ESCC et la définition des peuples autochtones utilisée aux fins du présent article (voir plus haut) diffèrent de celles du Recensement de 1996²⁴. Les données de l'ESCC ont été recueillies par interview sur place ou par interview téléphonique, tandis que celles du recensement ont été recueillies à l'aide d'un questionnaire à remplir soi-même. Dans le cas de l'ESCC, la définition de l'état d'Autochtone se fonde sur le concept d'antécédents raciaux et culturels, tandis que dans le cas du Recensement de 1996, elle repose sur le concept d'identité (les répondants s'étant identifiés personnellement comme étant Autochtones). Selon les données de l'ESCC, 337 000 Autochtones de 15 ans et plus vivaient hors réserve. Par contre, selon les données du Recensement de 1996, 374 400 personnes se sont identifiées comme étant Autochtones. Par conséquent, les données de l'ESCC et celles du Recensement doivent être comparées avec prudence.

Définitions

Pour déterminer l'état de santé autoévalué, on a posé la question « En général, diriez-vous que votre santé est excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise? ». Les réponses ont été groupées en trois catégories : passable ou mauvaise; bonne; très bonne ou excellente.

Le Canada a été divisé en trois régions géographiques. On a considéré que les personnes habitant le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest ou le Nunavut vivaient dans les territoires. Dans les provinces, on a considéré les personnes habitant une région métropolitaine de recensement (RMR) ou une agglomération de recensement (AR) comme vivant en région urbaine et celles établies à l'extérieur d'une RMR ou d'une AR, mais dans une province, comme vivant en région rurale. En général, une RMR est une région géographique comptant au moins 100 000 habitants et une AR est une région géographique comptant au moins 10 000 habitants. Pour une définition complète de la RMR et de l'AR, consulter le *Dictionnaire du recensement de 1996*²⁴.

Les catégories de revenu du ménage sont établies d'après le revenu annuel total du ménage et le nombre de personnes formant ce dernier. Les catégories sont les suivantes :

Catégorie de revenu du ménage	Nombre de personnes dans le ménage	Revenu total du ménage
Faible	1 ou 2	Moins de 15 000 \$
	3 ou 4	Moins de 20 000 \$
	5 ou plus	Moins de 30 000 \$
Moyen	1 ou 2	15 000 \$ à 29 999 \$
	3 ou 4	20 000 \$ à 39 999 \$
	5 ou plus	30 000 \$ à 59 999 \$
Élevé	1 ou 2	30 000 \$ ou plus
	3 ou 4	40 000 \$ ou plus
	5 ou plus	60 000 \$ ou plus

Les personnes de 25 ans et plus ont été réparties en quatre catégories, en fonction du niveau le plus élevé de *scolarité* atteint, c'est-à-dire, pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certaines études postsecondaires et diplôme d'études postsecondaires.

Les personnes de 15 à 75 ans ont été réparties en cinq catégories selon leur situation d'emploi l'année qui a précédé l'enquête, à savoir : a travaillé toute l'année; a travaillé une partie de l'année et a cherché du travail; a travaillé une partie de l'année et n'a pas cherché de travail; n'a pas travaillé l'année précédente et a cherché du travail; n'a pas travaillé l'année précédente et n'a pas cherché de travail.

Pour mesurer la prévalence des problèmes de santé chroniques, on a demandé aux personnes qui ont participé à l'enquête si elles avaient un problème de santé de longue durée, c'est-à-dire un problème ayant duré ou devant durer au moins six mois, diagnostiqué par un professionnel de la santé. L'intervieweur leur a lu une liste de problèmes de santé. Ceux inclus dans la présente analyse sont l'asthme, la fibromyalgie, l'arthrite ou le rhumatisme, les maux de dos (sauf ceux dus à la fibromyalgie ou à l'arthrite et au rhumatisme), l'hypertension, la migraine, la bronchite chronique, l'emphysème ou la bronchopneumopathie chronique obstructive, le diabète, l'épilepsie, les maladies cardiaques, le cancer, les ulcères à l'estomac ou à l'intestin, les troubles dus à un accident vasculaire cérébral, l'incontinence urinaire, la maladie d'Alzheimer ou toute autre forme de démence, la cataracte et le glaucome. Les réponses ont été réparties en deux catégories, à savoir les personnes n'ayant eu aucun de ces problèmes de santé et celles ayant eu un ou plusieurs de ces problèmes de santé en 2000-2001.

Pour déterminer si une personne a vécu un épisode dépressif majeur, l'ESCC s'appuie, conformément à la méthode de Kessler et coll., sur un sous-ensemble de questions de la Composite International Diagnostic Interview²⁵. Ces questions couvrent un groupe de symptômes du trouble dépressif énumérés dans la troisième édition révisée du *Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*²⁶. Les réponses aux questions sont cotées en fonction d'une échelle et la somme des cotes est transformée en une probabilité estimative de diagnostic d'un épisode dépressif majeur. On a considéré comme ayant vécu un épisode dépressif majeur au cours des 12 mois précédents toute personne pour laquelle la probabilité était égale ou supérieure à 0,9 (autrement dit, toute personne pour laquelle la certitude d'un diagnostic positif était de 90 %).

Pour évaluer la limitation prolongée des activités, on a posé la question « À cause d'une incapacité physique ou mentale ou d'un problème de santé chronique, êtes-vous limité(e) d'une façon quelconque dans le genre ou dans le nombre d'activités que vous exercez à la maison, à l'école ou au travail, ou dans d'autres activités comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le

lieu de travail ou l'école? ». Par « problème de santé de longue durée », on entend un état qui persiste ou qui devrait persister six mois ou plus. Les personnes qui ont déclaré que leurs activités étaient souvent limitées ont été considérées comme présentant une limitation prolongée des activités.

On a défini cinq catégories d'usage du tabac. Les personnes qui ont déclaré qu'elles fumaient habituellement au moins 20 cigarettes par jour ont été considérées comme de grands fumeurs. Les personnes qui fumaient quotidiennement, mais moins de 20 cigarettes par jour, ont été classées dans la catégorie des petits fumeurs. Celles qui fumaient, mais pas quotidiennement, ont été classées dans la catégorie des fumeurs occasionnels. Enfin, la catégorie des anciens fumeurs quotidiens regroupe les personnes ayant fumé tous les jours dans le passé, mais qui, au moment de l'entrevue, ne fumaient plus. Toutes les autres personnes ont été classées dans la catégorie des personnes n'ayant jamais fumé quotidiennement.

Pour déterminer le niveau d'activité physique d'une personne, on a calculé la dépense d'énergie pour chacune des activités à laquelle cette personne s'adonnait durant ses loisirs. Pour calculer cette dépense d'énergie, on a multiplié le nombre de fois qu'elle s'était adonnée à une activité physique au cours d'une période de 12 mois (période de remémoration de trois mois multipliée par quatre) par la durée moyenne de l'activité, exprimée en minutes, et par la dépense énergétique (exprimée en kilocalories dépensées par kilogramme de poids corporel par heure d'activité). Pour calculer la dépense énergétique quotidienne moyenne pour l'activité, on a divisé l'estimation de la dépense annuelle par 365. On a effectué le calcul pour chaque activité entreprise durant les loisirs et on a additionné les estimations résultantes pour obtenir la dépense énergétique quotidienne moyenne globale. Les personnes dont la dépense énergétique était inférieure à 1,5 kcal/jour ont été considérées comme physiquement inactives, celles dont la dépense était comprise entre 1,5 et 2,9 kcal/jour comme moyennement actives et celles dont la dépense énergétique était égale ou supérieure à 3,0 kcal/jour, comme étant actives. Cet indice ne tient pas compte de l'activité physique au lieu de travail.

Pour calculer l'indice de masse corporelle (IMC), on a divisé le poids exprimé en kilogrammes par le carré de la taille exprimée en mètres. Trois catégories ont été définies : poids sain ou insuffisance pondérale (IMC inférieur à 25), surpoids/embonpoint (IMC de 25 à moins de 30) et obésité (IMC égal ou supérieur à 30). Les femmes enceintes ont été exclues de cet aspect de l'analyse.

Pour établir la catégorie de consommation d'alcool, on a posé la question « Au cours des 12 derniers mois, à quelle fréquence avez-vous consommé des boissons alcoolisées? ». Trois catégories ont été définies, à savoir la consommation d'alcool hebdomadaire, les anciens buveurs (personnes n'ayant pas bu au cours des 12 derniers mois, mais ayant bu à un moment donné dans le passé) et la consommation d'alcool occasionnelle ou l'abstinence (personnes buvant moins d'une fois par semaine ou ne buvant jamais).

Pour évaluer la consommation abusive d'alcool, on a demandé aux participants à l'enquête d'indiquer le nombre de fois qu'ils avaient consommé cinq verres ou plus d'alcool en une même occasion au cours des 12 derniers mois. Les personnes qui ont répondu une fois par mois ou plus souvent ont été classées dans la catégorie de consommation abusive d'alcool.

Pour déterminer le nombre de consultations avec les professionnels de la santé, on a demandé à chaque personne interrogée d'indiquer combien de fois, au cours des 12 mois précédant l'enquête, elle avait consulté, en personne ou par téléphone, un professionnel de la santé pour des troubles physiques, émotifs ou mentaux; à partir d'une énumération de diverses catégories de professionnels de la santé, on a aussi demandé à chacune de préciser le professionnel ou les professionnels de la santé dont il s'agissait. L'intervieweur a demandé aux personnes interrogées d'exclure les cas où elles avaient passé la nuit dans un établissement de santé. La liste de professionnels de la santé comptait un médecin de famille ou un omnipraticien, un spécialiste de la vue (comme un ophtalmologue ou un optométriste), un autre médecin ou spécialiste (comme un chirurgien, un allergologue, un orthopédiste, un gynécologue ou un psychiatre), une infirmière pour recevoir des soins ou des conseils, un dentiste ou un orthodontiste.

Pour déterminer si une personne avait un médecin régulier, on a posé la question « Avez-vous un médecin régulier? »

Pour évaluer les besoins non satisfaits de soins de santé, on a posé la question « Au cours des 12 derniers mois, y a-t-il eu un moment où vous avez cru que vous aviez eu besoin de soins de santé mais ne les avez pas obtenus? » Aux personnes qui ont répondu « Oui », on a demandé d'indiquer les raisons pour la situation la plus récente. Les raisons ont été regroupées en trois catégories, selon qu'il s'agissait de problèmes de disponibilité de services (services non disponibles où vivait la personne ou au moment où celle-ci en avait eu besoin, ou période d'attente trop longue), d'accessibilité (coût ou transport) et d'acceptabilité (réponses ayant trait à des attitudes ou à des responsabilités concurrentes).

Tableau 1

Indicateurs de l'état de santé, population à domicile de 15 ans et plus, selon le statut d'Autochtone vivant hors réserve et la région géographique, Canada, 2000-2001

	Canada		Provinces				Territoires(T)		Comparaison régionale pour les Autochtones [†]
	Autochtones	Non-Autochtones	Régions urbaines (U)		Régions rurales (R)		Autochtones	Non-Autochtones	
			Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones			
	%	%	%	%	%	%	%	%	
État de santé autoévalué									
Très bon ou excellent	42,4*	61,2	43,2*	61,5	42,8*	60,2	38,2*	60,3	R<T
bon	34,4*	26,6	34,8*	26,5	31,5	27,1	40,2*	28,6	
Passable ou mauvais	23,1*	12,2	22,0*	12,1	25,8*	12,7	21,6*	11,1	
Un problème de santé chronique ou plusieurs	60,1*	49,6	62,6*	49,4	59,6*	50,3	45,2	48,0	U,R>T
Type de problème de santé chronique									
Hypertension	15,4*	13,2	15,7	13,2	15,8	13,4	12,7	12,7	U,R>T
Diabète	8,7*	4,3	8,8*	4,2	9,2*	4,6	4,3 ^{E1}	4,0	
Arthrite	26,4*	15,8	28,7*	15,6	24,7*	16,9	15,9	16,9	
Limitation prolongée des activités	16,2*	10,3	15,5*	10,2	18,1*	10,5	13,4	11,6	
Épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois[‡]	13,2*	7,3	13,8*	7,4	13,1*	6,8	9,0	7,5	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001

Nota : Les pourcentages ont été normalisés selon l'âge en prenant pour référence l'ensemble de la population canadienne.

† Seules les différences significatives entre régions géographiques sont présentées pour les Autochtones.

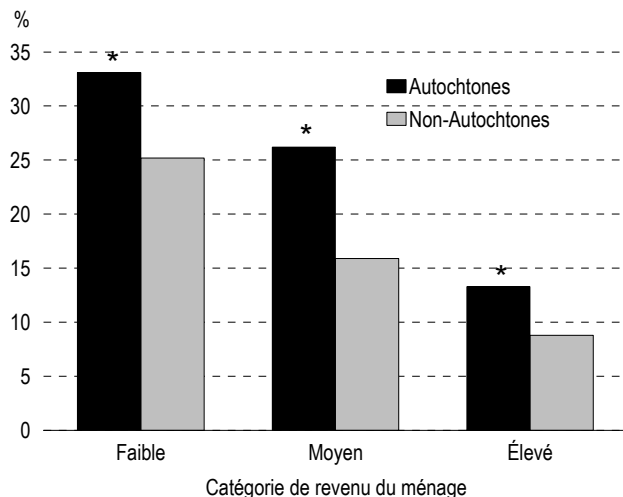
‡ Sont exclues deux régions sociosanitaires, à savoir la Brant Public Health Unit, en Ontario et la Northern Health Services Branch, en Saskatchewan.

* Valeur significativement différente de celle obtenue pour les non-autochtones.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

Graphique 1

Pourcentage de personnes déclarant leur état de santé passable ou mauvais, selon le revenu du ménage et le statut d'Autochtone vivant hors réserve, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001

Nota : Les pourcentages ont été normalisés selon l'âge en prenant pour référence l'ensemble de la population canadienne.

* Valeur significativement différente de celle obtenue pour les non-Autochtones.

Parmi les Autochtones vivant hors réserve, la proportion des personnes déclarant leur santé passable ou mauvaise est plus faible chez celles dont le revenu du ménage est élevé que chez celles dont le revenu du ménage est faible ou moyen.

Problèmes de santé chroniques

En 2000-2001, 60,1 % d'Autochtones vivant hors réserve ont déclaré au moins un problème de santé chronique (voir *Définitions*), comparativement à 49,6 % seulement de non-Autochtones. Trois problèmes de santé chroniques dont on sait la prévalence plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones ont été choisis pour approfondir l'analyse, à savoir l'hypertension, le diabète et l'arthrite^{22,23}. De ces trois problèmes de santé, l'arthrite est celui dont la prévalence est la plus forte chez les Autochtones (26,4 %). Viennent ensuite l'hypertension (15,4 %) et le diabète (8,7 %). La prévalence de chacun de ces problèmes de santé était plus forte chez les Autochtones vivant hors réserve qu'au sein de la population non Autochtone (tableau 1). C'est pour le diabète que l'écart est le plus important, la prévalence de celui-ci étant deux fois plus forte chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Cependant, ce rapport est plus faible que celui observé lors de deux études antérieures : dans un cas, la

prévalence du diabète était 4.2 fois plus forte chez les membres inscrits des Premières nations que chez les non-Autochtones du Manitoba² et dans l'autre cas, la prévalence du diabète était 3,3 fois plus forte chez les hommes Autochtones vivant dans les réserves et 5,3 fois plus forte chez les femmes autochtones vivant dans les réserves qu'au sein de la population non autochtone²³.

Dans les régions urbaines et rurales, une plus forte proportion d'Autochtones vivant hors réserve que de personnes non autochtones ont dit souffrir de problèmes de santé chroniques (tableau 1). Cependant, dans les territoires, la prévalence des problèmes de santé chroniques était la même pour les Autochtones que pour les non-Autochtones. Par contre, lors d'une étude antérieure, la prévalence des problèmes de santé chroniques était plus faible chez les Autochtones vivant dans le Nord que chez les autres résidents non autochtones des territoires²⁷.

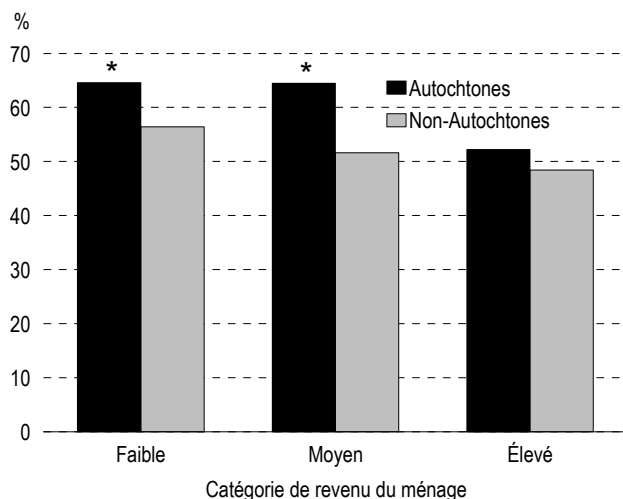
La prévalence des problèmes de santé chroniques était plus faible chez les Autochtones hors réserve habitant les territoires que chez ceux établis dans les provinces (tableau 1). Similairement, une autre étude montre que les résidents des collectivités autochtones du nord du Manitoba se jugent en meilleure santé que ceux des collectivités autochtones du sud de la province². Ces résultats pourraient indiquer que le mode de vie des collectivités autochtones du Nord

n'a pas évolué autant que celui des collectivités établies dans le Sud^{28,29}. Il se pourrait aussi que la probabilité qu'on diagnostique un problème de santé chronique chez les Autochtones du Nord soit plus faible du fait qu'ils consultent peu souvent un médecin²⁷. En outre, des différences culturelles quant à la déclaration des renseignements liés à la santé entre les populations du Nord (principalement des Inuits) et du Sud (principalement des membres des Premières nations et des Métis) pourraient expliquer en partie ces écarts²⁷.

Par rapport aux Canadiens non autochtones ayant le même statut socioéconomique, une plus forte proportion d'Autochtones vivant hors réserve appartenant à un ménage dont le revenu est faible ou moyen ont déclaré souffrir de problèmes de santé chroniques (graphique 2). Parmi les Canadiens appartenant à la catégorie de revenu du ménage élevé, la prévalence des problèmes de santé chroniques est la même, qu'ils s'agissent d'Autochtones ou de non-Autochtones.

Les avantages que procure un revenu élevé s'observe aussi au sein de la population autochtone vivant hors réserve, la proportion de personnes déclarant souffrir d'au moins un problème de santé chronique étant plus faible chez celles dont le revenu est élevé que chez celles dont le revenu est faible ou moyen.

Graphique 2
Pourcentage de personnes déclarant un problème de santé chronique ou plusieurs, selon le revenu du ménage et le statut d'Autochtone vivant hors réserve, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001
 Nota : Les pourcentages ont été normalisés selon l'âge en prenant pour référence l'ensemble de la population canadienne.
 * Valeur significativement différente de celle obtenue pour les non-Autochtones.

Limitation prolongée des activités

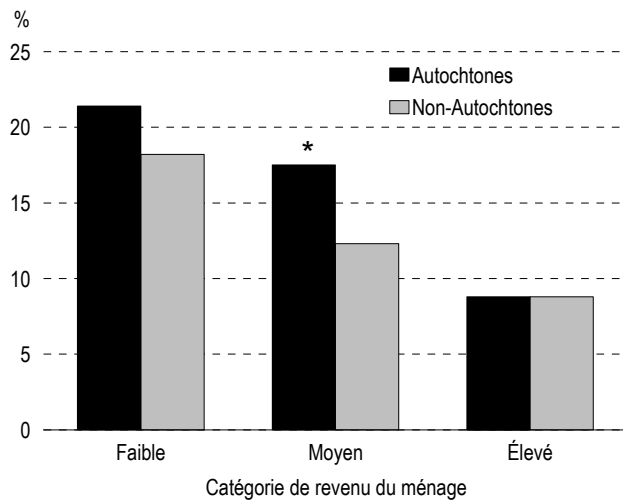
En 2000-2001, 16,2 % d'Autochtones vivant hors réserve ont déclaré une limitation prolongée des activités (voir Définitions), ce taux étant 1,6 fois plus élevé que celui enregistré chez les non-Autochtones (tableau 1). Ce rapport est plus faible que celui observé lors d'une étude antérieure selon laquelle le taux d'incapacité était 2,4 fois plus élevé pour les Autochtones que pour l'ensemble de la population canadienne³⁰.

La prévalence de la limitation des activités était plus forte chez les Autochtones vivant hors réserve dans les provinces que chez les habitants non autochtones des provinces. Cependant, dans les territoires, la prévalence de la limitation des activités était la même pour les Autochtones que pour les personnes non autochtones (tableau 1).

Une proportion plus forte d'Autochtones vivant hors réserve et ayant un revenu moyen que de non-Autochtones ayant un revenu moyen ont déclaré une limitation des activités (graphique 3); pour les autres catégories de revenu, la prévalence de la limitation des activités est la même pour les Autochtones vivant hors réserve que pour les non-Autochtones.

Graphique 3

Pourcentage de personnes déclarant une limitation prolongée des activités, selon le revenu du ménage et le statut d'Autochtone vivant hors réserve, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001

Nota : Les pourcentages ont été normalisés selon l'âge en prenant pour référence l'ensemble de la population canadienne.

* Valeur significativement différente de celle obtenue pour les non-Autochtones.

Chez les Autochtones vivant hors réserve, la proportion de personnes déclarant une limitation des activités est plus faible pour la catégorie de revenu élevé que pour les catégories de revenu faible et moyen.

Dépression

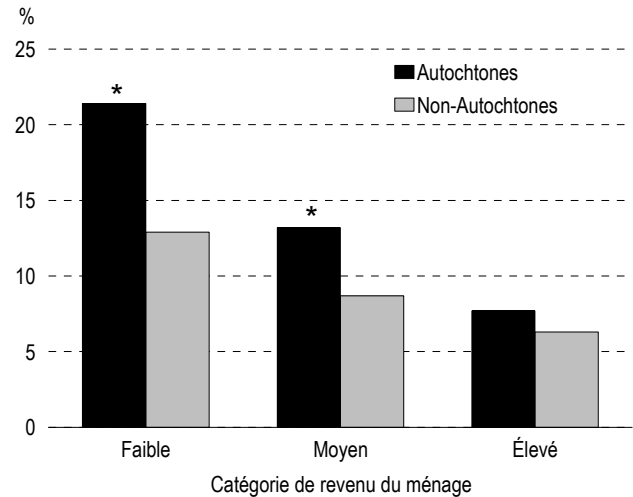
En 2000-2001, 13,2 % d'Autochtones vivant hors réserve ont vécu un épisode dépressif majeur l'année qui a précédé l'enquête (voir *Définitions*), cette proportion étant 1,8 fois plus forte que celle observée chez les non-Autochtones (tableau 1). D'autres chercheurs ont décrit des taux élevés de problèmes de santé mentale au sein des collectivités autochtones du Canada^{1,31,32}. Selon une étude, dans le nord-ouest de l'Ontario, la prévalence de la dépression chez les Autochtones serait sous-estimée³³.

Dans les provinces, la prévalence de la dépression était plus forte chez les Autochtones vivant hors réserve que chez les non-Autochtones; par contre, dans les territoires, elle était la même pour les deux groupes (tableau 1). Cependant, la proportion d'Autochtones vivant hors réserve ayant vécu un épisode dépressif ne varie pas de façon significative d'une région à l'autre.

Parmi les ménages à faible revenu ou à revenu moyen, un Autochtone vivant hors réserve était plus

Graphique 4

Pourcentage de personnes ayant vécu un épisode dépressif majeur l'année précédente, selon le revenu du ménage et le statut d'Autochtone vivant hors réserve, Canada, 2000-2001



Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001

Nota : Les pourcentages ont été normalisés selon l'âge en prenant pour référence l'ensemble de la population canadienne.

Sont exclues deux régions socio-sanitaires, à savoir la Brant Public Health Unit, en Ontario et la Northern Health Services Branch, en Saskatchewan.

* Valeur significativement différente de celle obtenue pour les non-Autochtones.

susceptible qu'un non-Autochtone d'avoir vécu un épisode dépressif. Parmi les ménages à revenu élevé, la prévalence de la dépression était la même pour les Autochtones que pour les non-Autochtones (graphique 4).

Déterminants de la santé

Les déterminants de la santé sont nombreux. À cet égard, un lien bien connu est celui entre le faible statut socioéconomique et un mauvais état de santé^{7,9,18}. Dans le présent article, l'évaluation du statut socioéconomique est fondée principalement sur le revenu du ménage. Cependant, les données sur le niveau de scolarité et sur la situation d'emploi sont présentées et ont été utilisées dans les modèles de régression logistique (voir *Effet des comportements influant sur la santé et des caractéristiques sociodémographiques sur l'état de santé des Autochtones vivant hors réserve*). En 2000-2001, par rapport à la population non autochtone, le niveau de scolarité, le revenu du ménage et la probabilité d'avoir travaillé toute l'année étaient plus faibles au sein de la population d'Autochtones vivant hors réserve, qu'elle soit prise dans son ensemble ou selon la région géographique (tableau 2). Des études antérieures ont également montré que le statut socioéconomique de

la population autochtone est plus faible que celui de la population non autochtone^{1,10}.

Parmi le groupe des Autochtones vivant hors réserve, on note certaines différences de statut socioéconomique selon la région. Ceux établis dans les provinces étaient plus susceptibles d'avoir obtenu un diplôme d'études secondaires que ceux vivant dans les territoires. Cependant, malgré cette différence de niveau de scolarité, le revenu du ménage et la situation d'emploi étaient généralement les mêmes quelle que soit la région géographique (tableau 2).

Outre le statut socioéconomique, nombre de comportements sont associés à l'état de santé. Par exemple, l'usage du tabac est lié à certaines formes de cancer, aux maladies cardiaques et aux accidents vasculaires cérébraux³⁴. En 2000-2001, 51,4 % d'Autochtones vivant hors réserve fumaient, soit un taux 1,9 fois plus élevé que celui observé chez les non-Autochtones. La majorité étaient des petits fumeurs quotidiens (27,2 %); venaient ensuite les grands fumeurs quotidiens (14,3 %) et les fumeurs occasionnels (9,9 %). L'écart le plus important entre

Tableau 2
Déterminants de la santé, population à domicile de 15 ans et plus, selon le statut d'Autochtone vivant hors réserve et la région géographique, Canada, 2000-2001

	Canada		Provinces				Territoires (T)		Comparaison régionale pour les Autochtones [†]
	Autochtones	Non-Autochtones	Régions urbaines (U)		Régions rurales (R)		Autochtones	Non-Autochtones	
			Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones			
	%	%	%	%	%	%	%		
Niveau de scolarité (25 ans et plus)									
Pas de diplôme d'études secondaires	43,9*	23,1	39,6*	20,9	48*	32,1	61,3*	18,8	U,R<T
Diplôme d'études secondaires	13,5*	19,4	14,3*	19,5	13,8*	19,2	6,7*	13,8	U,R>T
Certaines études postsecondaires	10,2*	6,7	11,4*	6,8	9,0	6,0	4,0	4,5	U,R>T
Diplôme d'études postsecondaires	32,5*	50,8	34,6*	52,8	29,3*	42,6	28*	62,8	
Revenu du ménage									
Faible	27,3*	10,1	28*	9,7	23,3*	11,5	32,1*	9,7	R<T
Moyen	24,8*	19,9	23,5*	18,6	26,1	25,0	29,1*	14,2	
Élevé	37,0*	60,1	38,4*	61,9	36,2*	53,1	31,3*	66,6	
Données manquantes	10,9	9,9	10,0	9,8	14,4*	10,4	7,5	9,6	R>T
Situation d'emploi l'année précédente (15 à 75 ans)									
A travaillé toute l'année	38,1*	53,2	39,6*	53,8	36,2*	50,5	35,5*	52,7	
A travaillé une partie de l'année et a cherché de travail	13,4*	8,3	12,4*	8,0	15,1*	9,4	15,8	10,8	
A travaillé une partie de l'année et n'a pas cherché de travail	13,2	14,6	11,8	14,3	14,9	15,8	17,5	19,0	
N'a pas travaillé et a cherché du travail	4,6*	1,7	5,9*	1,7	1,8 ^{E2}	1,5	3,7	1,9 ^{E2}	U>R
N'a pas travaillé et n'a pas cherché de travail	30,7*	22,3	30,3*	22,2	31,9*	22,7	27,4*	15,6	
Usage du tabac									
Petit fumeur quotidien	27,2*	12,6	26,9*	12,4	24,4*	13,2	38,0*	15,8	U,R<T
Gros fumeur quotidien	14,3*	9,5	14,1*	8,8	16,0*	12,4	10,6	12,5	
Fumeur occasionnel	9,9*	4,4	10,4*	4,5	8,4*	4,1	10,1*	4,8	
Ancien fumeur quotidien	23,5	23,2	21,8	22,8	27,2	24,9	23,0	23,2	
N'a jamais fumé quotidiennement	25,2*	50,2	26,8*	51,5	23,9*	45,3	18,3*	43,7	U>T
Activité physique									
Actif(ve)	23,3	21,8	23,3	21,9	23,5	21,5	20,3*	29,0	
Modérément actif(ve)	22,6	23,5	23,0	23,6	23,3	22,8	18,1	24,1	
Inactif(ve)	54,1	54,7	53,8	54,5	53,2	55,7	61,6*	47,0	
Indice de masse corporelle									
Poids sain ou insuffisance pondérale	41,8*	54,3	41,9*	55,6	40,7*	48,8	41,8	48,5	
Surpoids/embonpoint	33,5	31,7	32,5	31,1	35,8	34,0	33,7	31,5	
Obèse	24,7*	14,0	25,6*	13,2	23,5*	17,3	24,5	20,1	
Consommation d'alcool									
Hebdomadaire	27,2*	38,4	29,4*	39,0	26,0*	36,0	14,6*	41,3	U,R>T
Ancien buveur	22,7*	11,9	21,0*	11,5	22,8*	13,4	31,7*	14,6	U,R<T
Moins qu'hebdomadaire ou abstinence	50,1	49,8	49,6	49,5	51,2	50,6	53,6*	44,2	
Consommation abusive d'alcool	22,6*	16,1	22,5*	15,6	22,9*	18,3	24,4	24,3	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001

Nota : Les pourcentages ont été normalisés selon l'âge en prenant pour référence l'ensemble de la population canadienne.

† Seules les différences significatives entre régions géographiques sont présentées pour les Autochtones.

* Valeur significativement différente de celle obtenue pour les non-Autochtones.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

Effet des comportements influant sur la santé et des caractéristiques sociodémographiques sur l'état de santé des Autochtones vivant hors réserve

Pour déterminer si la cote exprimant la probabilité de déclarer un résultat particulier en matière de santé est plus élevée pour les Autochtones vivant hors réserve que pour les non-Autochtones, après correction pour tenir compte de l'effet des variables sociodémographiques et des comportements influant sur la santé, nous avons utilisé quatre séries de modèles de régression logistique multiple, c'est-à-dire une par résultat particulier en matière de santé. Dans chaque modèle, la variable dépendante est la proportion de la population déclarant le résultat en question en matière de santé. Les quatre résultats étudiés sont l'autoévaluation d'un état de santé passable ou mauvais, l'existence d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques, l'existence d'une limitation prolongée des activités et l'existence d'un épisode dépressif majeur l'année précédente. Dans le premier ensemble de modèles de régression (âge/sexe), les quatre résultats ont été examinés séparément en tenant compte de l'effet de l'âge, du sexe et du statut d'Autochtone. Pour obtenir le deuxième ensemble de modèles (variables sociodémographiques), on a étoffé les modèles âge/sexe en y ajoutant les variables suivantes : région géographique (urbaine, rurale, territoire), état matrimonial (célibataire, marié(e), marié(e) antérieurement, non déclaré), niveau de scolarité (pas de diplôme d'études secondaires, diplôme d'études secondaires, certaines études postsecondaires, diplôme d'études postsecondaires), niveau de revenu (faible, moyen, élevé, non déclaré) et situation d'emploi (a travaillé toute l'année, a travaillé une partie de l'année et a cherché du travail, a travaillé une partie de l'année et n'a pas cherché de travail, n'a pas travaillé l'année précédente et a cherché du travail, n'a pas travaillé l'année précédente et n'a pas cherché de travail). L'ensemble final de modèles (comportements influant sur la santé) comprend toutes les variables des modèles précédents, ainsi que les facteurs suivants : activité physique (personne inactive, moyennement active, active), catégorie d'usage du tabac (grand fumeur quotidien, petit fumeur quotidien, fumeur occasionnel, ancien fumeur quotidien, personne n'ayant jamais fumé quotidiennement), indice de masse corporelle (poids sain ou insuffisance pondérale, surpoids/embonpoint; obèse) et consommation abusive d'alcool.

Selon les modèles âge/sexe, la cote exprimant la probabilité de déclarer un état de santé passable ou mauvais, un ou plusieurs problèmes de santé chroniques, une limitation prolongée des activités et un épisode dépressif majeur est plus élevée pour les Autochtones vivant hors réserve que pour les non-Autochtones. Le rapport de cotes pour la population autochtone varie de 1,6 (pour les problèmes de santé chroniques) à 2,3 (pour un état de santé passable ou mauvais) (tableau 3).

Chez les Autochtones vivant hors réserve, les rapports de cotes après correction pour tenir compte de l'effet de certaines variables sociodémographiques sont plus faibles que ceux produits par les modèles âge/sexe, ce qui signifie que la différence d'état de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones est attribuable en partie à des différences sociodémographiques. En moyenne, la cote exprimant la probabilité de déclarer n'importe lequel des quatre résultats en matière de santé compris dans les modèles est environ 1,5 fois plus élevée pour les Autochtones que pour les non-Autochtones.

Pour les modèles tenant compte des comportements qui influent sur la santé, les rapports de cotes ayant trait aux Autochtones vivant hors réserve étaient plus faibles que les rapports de cotes correspondants des modèles sociodémographiques. Cependant, la cote exprimant la probabilité de déclarer un état de santé passable ou mauvais, un ou plusieurs problèmes de santé chroniques et un épisode dépressif majeur demeure plus élevée chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Par contre, pour ce qui est de la limitation prolongée des activités, la différence entre les rapports de cotes calculés pour les Autochtones vivant hors réserve et pour les non-Autochtones n'est plus significative. En moyenne, la cote exprimant la probabilité de déclarer l'un des résultats en matière de santé compris dans les modèles est environ 1,3 fois plus élevée pour les Autochtones que pour la population non autochtone.

Les résultats donnent à penser que les différences d'état de santé entre les populations autochtone et non autochtone sont en partie attribuables à des différences d'âge, de caractéristiques sociodémographiques et de comportements ayant un effet sur la santé, tels que mesurés aux fins de la présente analyse.

Tableau 3

Rapport corrigé de cotes pour certaines variables d'état de santé, selon le statut d'Autochtone vivant hors réserve, après correction pour tenir compte des caractéristiques socioéconomiques et des comportements influant sur la santé, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, 2000-2001

Statut d'Autochtone vivant hors réserve	État de santé passable ou mauvais		Un problème de santé chronique ou plusieurs		Limitation prolongée des activités		Épisode dépressif majeur l'année précédente†	
	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %	Rapport de cotes	Intervalle de confiance de 99 %
Modèle âge/sexe								
Non-Autochtones‡	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Autochtone vivant hors réserve	2,3*	1,9 - 2,7	1,6*	1,4 - 1,9	1,8*	1,5 - 2,2	1,9*	1,6 - 2,3
Modèle sociodémographique								
Non-Autochtones‡	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Autochtone vivant hors réserve	1,5*	1,3 - 1,8	1,5*	1,3 - 1,7	1,4*	1,1 - 1,7	1,5*	1,3 - 1,9
Modèle des comportements influant sur la santé								
Non-Autochtones‡	1,0	...	1,0	...	1,0	...	1,0	...
Autochtone vivant hors réserve	1,3*	1,1 - 1,7	1,3*	1,1 - 1,5	1,2	1,0 - 1,5	1,3*	1,1 - 1,6

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001

Nota : À part le statut d'Autochtone vivant hors réserve, les variables indépendantes figurant dans chaque modèle (comme suit) ne sont pas présentées.

Modèle âge/sexe : variable indépendante = statut d'Autochtone vivant hors réserve, âge, sexe.

Modèle sociodémographique : variable indépendante = statut d'Autochtone vivant hors réserve, âge, sexe, région géographique, état matrimonial, niveau de scolarité, revenu du ménage, situation d'emploi.

Modèle des comportements influant sur la santé : variable indépendante = statut d'Autochtone vivant hors réserve, âge, sexe, région géographique, état matrimonial, niveau de scolarité, revenu du ménage, situation d'emploi, usage du tabac, activité physique, indice de masse corporelle, consommation abusive d'alcool.

† Sont exclues deux régions sociosanitaires, à savoir la Brant Public Health Unit, en Ontario et la Northern Health Services Branch, en Saskatchewan.

‡ Catégorie de référence pour laquelle le rapport de cote est toujours égal à 1,0.

* Le rapport de cotes est significativement plus élevé pour les Autochtones vivant hors réserve que pour les non-Autochtones.

... N'ayant pas lieu de figurer.

les Autochtones vivant hors réserve et la population non autochtone est celui observé pour les petits fumeurs quotidiens et les fumeurs occasionnels (tableau 2). De nombreuses autres études indiquent qu'on trouve des taux élevés d'usage du tabac chez les Autochtones^{27,35,36}. En outre, il semble que ces taux ne soient pas à la baisse³⁷.

Dans toutes les régions géographiques, les Autochtones vivant hors réserve étaient plus susceptibles de faire usage du tabac que leurs concitoyens non autochtones. Au sein de ce groupe d'Autochtones, le taux le plus élevé était celui enregistré pour les territoires (58,7 %); pour les provinces, il était d'environ 50 %. Ces taux sont comparables aux estimations antérieures^{27,36}.

Les travaux de recherche indiquent que l'activité physique a des effets salutaires, comme la réduction du risque des maladies cardiaques^{6,38}. L'activité physique durant les loisirs est l'un des comportements influant sur la santé pour lequel il n'existe pour ainsi dire aucune différence entre les Autochtones vivant hors réserve et les non-Autochtones. En 2000-2001, 23,3 % d'Autochtones vivant hors réserve s'adonnaient à des activités physiques [actifs] et 54,1 % n'en pratiquaient aucune [inactifs] (les autres étaient moyennement actifs). Dans les provinces, le taux d'activité physique était presque le même pour les Autochtones vivant hors réserve et pour la population non autochtone; par contre, dans les territoires, les Autochtones étaient moins susceptibles de s'adonner à des activités physiques que les non-Autochtones des régions du Nord (tableau 2).

L'embonpoint et l'obésité (voir *Définitions*) ont été associés à plusieurs problèmes de santé chroniques, comme l'asthme, l'hypertension et le diabète³⁹. En 2000-2001, 33,5 % d'Autochtones vivant hors réserve faisaient de l'embonpoint et 24,7 % étaient obèses. Les Autochtones vivant hors réserve étaient aussi susceptibles que les non-Autochtones de faire de l'embonpoint et étaient 1,8 fois plus susceptibles d'être obèses (tableau 2). Plusieurs études montrent que les enfants et les adultes autochtones pèsent plus que les autres Canadiens^{7,35,40}. On ne sait pas exactement pourquoi il en est ainsi, mais d'aucuns pensent que des facteurs génétiques et environnementaux, ainsi que l'évolution rapide du mode de vie et du régime alimentaire sont en cause^{8,41}. Dans les territoires, le taux d'obésité était le même chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (tableau 2), mais, dans les provinces, les Autochtones vivant hors réserve étaient plus susceptibles que leurs concitoyens non autochtones d'être obèses.

En 2000-2001, une proportion plus faible d'Autochtones vivant hors réserve que de

non-Autochtones ont déclaré consommer de l'alcool chaque semaine. Ce profil s'observe pour les trois régions géographiques étudiées, l'écart le plus important étant celui observé pour les territoires (tableau 2). En fait, les Autochtones vivant hors réserve dans le Nord étaient moins susceptibles de consommer de l'alcool chaque semaine que les Autochtones hors réserve établis dans les provinces. Cette différence pourrait tenir en partie aux restrictions concernant les boissons alcoolisées dans les territoires²⁷. S'ils étaient moins susceptibles que le reste de la population canadienne de consommer de l'alcool chaque semaine, les Autochtones vivant hors réserve étaient proportionnellement plus nombreux à déclarer une consommation abusive d'alcool (tableau 2). De façon comparable, une autre étude montre que les femmes autochtones du nord du Québec consomment de l'alcool moins fréquemment, mais en plus grande quantité³⁵. Parmi les Autochtones vivant hors réserve, le taux de consommation abusive d'alcool était comparable pour les trois régions géographiques. Dans le Nord, elle était la même pour les Autochtones que pour la population non autochtone.

Utilisation des services de santé

En plus de fournir des mesures de l'état de santé et des déterminants de la santé, les données de l'ESCC permettent d'analyser l'utilisation des services de santé. Selon des études antérieures, chez les Autochtones, l'utilisation des services offerts par les médecins dépend de l'emplacement géographique¹⁸. Dans les territoires, les Autochtones ont déclaré un nombre plus faible de contacts avec les omnipraticiens et les dentistes et un nombre plus élevé de contacts avec les infirmières que les autres résidents²⁷. D'après une étude plus récente, au Manitoba, la proportion des personnes ayant rendu visite à un médecin était la même pour les membres inscrits des Premières nations que pour les autres Manitobains (81,5 % comparativement à 83,0 %)².

En 2000-2001, 76,8 % d'Autochtones vivant hors réserve ont dit avoir consulté un omnipraticien au moins une fois au cours des 12 mois qui ont précédé l'enquête; cette proportion ne diffère pas significativement de celle observée chez les non-Autochtones. Toutefois, les Autochtones établis dans les territoires étaient nettement moins susceptibles que les autres résidents du Nord d'avoir consulté un omnipraticien (58,8 % comparativement à 75,9 %). Dans les provinces, la proportion de personnes ayant déclaré avoir un médecin régulier était un peu plus faible chez les Autochtones vivant hors réserve que chez les autres résidents.

Cependant, c'est dans les territoires que l'écart était le plus important, 31,1 % seulement d'Autochtones vivant hors réserve, comparativement à 67,0 % de personnes non autochtones ayant déclaré avoir un médecin régulier.

Les proportions de personnes ayant consulté un spécialiste de la vue et d'autres médecins étaient généralement les mêmes pour les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones établis dans les provinces. Par contre, dans les territoires, une plus faible proportion d'Autochtones que de non-Autochtones avaient consulté d'autres médecins. En ce qui concerne la consultation des infirmières, la proportion était un peu plus forte pour les Autochtones que pour les non-Autochtones dans les provinces et nettement plus forte dans les territoires (tableau 4).

Les Autochtones vivant hors réserve étaient moins susceptibles d'avoir consulté un dentiste, dont les services ne sont pas subventionnés par l'État, et ce, quelle que soit la région géographique. Selon des études antérieures, les Autochtones vivant dans les réserves ont une mauvaise santé dentaire et ont besoin de services de soins dentaires⁴².

En 2000-2001, 19,6 % d'Autochtones vivant hors réserve ont signalé des besoins non satisfaits en matière de soins de santé; cette proportion est plus élevée que celle enregistrée au sein de la population non autochtone. Les études montrent que les personnes en mauvaise santé sont plus susceptibles

que les personnes en bonne santé de faire état de besoins non satisfaits à ce chapitre⁴³. Il se peut donc, à cet égard, que la proportion plus forte de besoins non satisfaits chez les Autochtones vivant hors réserve soit attribuable en partie aux différences entre l'état de santé des Autochtones et celui des personnes non autochtones. D'autres analyses qui tiennent compte des différences quant à l'état de santé autoévalué montrent que chez les Autochtones vivant hors réserve, la proportion de personnes faisant état de besoins non satisfaits en matière de soins de santé continue d'être plus forte qu'au sein de la population non autochtone (données non présentées).

Les genres de besoins non satisfaits dont il est fait mention le plus souvent chez les Autochtones vivant hors réserve sont liés aux questions d'« acceptabilité » (51,3 %) [c.-à-d. les questions ayant trait aux attitudes ou à des responsabilités concurrentes] et à la disponibilité (47,5 %) des services; ces proportions sont comparables à celles qu'on trouve au sein de la population non autochtone. Toutefois, les Autochtones vivant hors réserve étaient plus susceptibles que les non-Autochtones de soulever des points liés à l'accessibilité, tels les coûts et le transport (tableau 4). Dans un rapport antérieur, on constatait qu'une proportion plus forte d'Autochtones vivant hors réserve attribuaient les besoins non satisfaits à des problèmes d'« acceptabilité »; ce lien était d'ailleurs maintenu une fois pris en compte les effets du revenu du ménage et de l'état de santé⁴³.

Tableau 4
Utilisation des services de santé, population à domicile de 15 ans et plus, selon le statut d'Autochtone vivant hors réserve et la région géographique, Canada, 2000-2001

	Canada		Provinces				Territoires (T)		Comparaison régionale pour les Autochtones [†]
	Autochtones	Non-Autochtones	Régions urbaines (U)		Régions rurales (R)		Autochtones	Non-Autochtones	
			Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtones			
	%	%	%	%	%	%	%		
Consultation de professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois									
Omnipraticien	76,8	78,7	79,4	79,3	76,4	76,5	58,8*	75,9	U,R>T
Spécialiste de la vue	37,9	38,0	37,1	38,3	40,0	36,9	35,3	39,1	
Autre médecin	24,7*	28,9	26,3	29,9	23,6	25,4	15,1*	24,1	U,R>T
Infirmière	16,8*	9,8	12,6*	9,5	16,3*	10,9	49,0*	22,0	U,R<T
Dentiste	45,2*	59,4	46,6*	61,5	41,6*	50,9	45,0*	53,5	
A un médecin régulier	76,4*	83,9	81,5	84,0	79,0*	83,6	31,1*	67,0	U,R>T
Besoins non satisfaits de soins de santé									
Acceptabilité [‡]	51,3	46,3	56,0	46,7	43,0	44,9	37,2	36,9	
Disponibilité [‡]	47,5	50,9	42,8	50,1	51,4	53,6	59,1	62,2	
Accessibilité [‡]	16,9*	11,9	18,9	12,4	16,1	10,0	8,8	7,6 ^{E2}	

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001

Nota : Les pourcentages ont été normalisés selon l'âge en prenant pour référence l'ensemble de la population canadienne.

† Seules les différences significatives entre régions géographiques sont présentées pour les Autochtones.

‡ Les réponses multiples étaient permises.

* Valeur significativement différente de celle obtenue pour les non-Autochtones.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

Peu importe la région géographique, les Autochtones vivant hors réserve étaient plus susceptibles que les personnes non Autochtones de faire état d'un besoin non satisfait en matière de soins de santé. Le genre de besoins dont il était question semblait varier selon qu'il s'agissait d'Autochtones ou de non-Autochtones établis en milieu urbain, mais cette fluctuation n'atteignait pas un niveau significatif (tableau 4).

Conclusion

Si l'on s'en tient aux données de l'ESCC, la population d'Autochtones vivant hors réserve, dans son ensemble, se considérait en moins bonne santé que la population de non-Autochtones. Cette différence s'observe aussi pour les Autochtones vivant dans les provinces et pour ceux appartenant aux catégories de revenu faible ou moyen. Par contre, il n'en était pas nécessairement de même pour ceux vivant dans les territoires ou appartenant à la catégorie de revenu élevé puisque, pour ces groupes, seul l'état de santé autoévalué (l'une des quatre mesures de l'état de santé analysées ici) était significativement moins bon pour les Autochtones que pour leurs concitoyens non autochtones.

Les Autochtones hors réserve appartenant à un ménage à revenu élevé étaient en meilleure santé que ceux vivant dans un ménage à revenu faible ou moyen. En outre, la proportion d'Autochtones vivant hors réserve souffrant de problèmes de santé chroniques était plus faible dans les territoires que dans le sud du pays.

En général, les déterminants ayant un effet indésirable sur la santé, comme le faible statut socioéconomique, l'usage du tabac et l'obésité, étaient plus fréquents chez les Autochtones vivant hors réserve que chez les non-Autochtones.

Selon l'analyse multivariée (voir *Effet des comportements influant sur la santé et des caractéristiques sociodémographiques sur l'état de santé des Autochtones vivant hors réserve*), qui tient compte de l'effet des variables socioéconomiques et des variables de comportements influant sur la santé, la cote exprimant la probabilité de juger sa santé passable ou mauvaise, de souffrir d'un ou de plusieurs problèmes de santé chroniques, de présenter une limitation prolongée des activités et d'avoir vécu un épisode dépressif majeur l'année qui a précédé l'enquête était plus élevée pour les Autochtones vivant hors réserve que pour les non-Autochtones. Sauf pour ce qui est de la limitation prolongée des activités, les rapports de cotes sont significatifs. Bon nombre d'inégalités en matière d'état de santé entre les

Autochtones et les non-Autochtones sont attribuables à des différences de statut socioéconomique et de comportements ayant un effet sur la santé.

Le taux de consultation de prestataires de soins subventionnés par l'État est généralement le même pour les Autochtones hors réserve et pour les non-Autochtones établis dans les provinces. Dans les territoires, les Autochtones vivant hors réserve sont nettement moins susceptibles que les non-Autochtones de consulter un omnipraticien ou un autre médecin, et nettement moins susceptibles d'avoir un médecin régulier. Le taux de visites chez le dentiste (dont les services ne sont pas subventionnés par l'État) est nettement plus faible chez les Autochtones vivant hors réserve que chez les non-Autochtones, quel que soit l'endroit où ils vivent. Dans l'ensemble, les Autochtones canadiens vivant hors réserve sont proportionnellement plus nombreux que les non-Autochtones à déclarer des besoins non satisfaits en matière de soins de santé.

Le présent article représente un premier effort en vue de comparer l'état de santé, les comportements influant sur la santé et l'utilisation des services de santé chez les Autochtones vivant hors réserve et chez les non-Autochtones, en tenant compte de l'effet de l'âge, du revenu et de la région géographique. Il serait utile de poursuivre l'analyse en vue d'étudier plus en détail les différences observées quant à l'état de santé et de surveiller la santé de la population autochtone au cours du temps.

Références

1. H.L. MacMillan, A.B. MacMillan, D.R. Offord, et al., « Aboriginal Health », *Canadian Medical Association Journal*, 155(11), 1996, p. 1569 à 1578.
2. P. Martens, R. Bond, L. Jebamani, et al., *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg, Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy, University of Manitoba, mars 2002. Disponible à : <http://www.umanitoba.ca/centres/mchp/report.htm>, site consulté le 10 juillet, 2002.
3. British Columbia Vital Statistics Agency, *Regional Analysis of Health Statistics for Status Indians in British Columbia 1991–1999. Birth Related and Mortality Summaries for British Columbia and 20 Health Regions*, Victoria, British Columbia, Government of British Columbia, juillet 2001. Disponible à : <http://www.vs.gov.bc.ca/stats/indian/hrindian/mort.html>, site consulté le 10 juillet, 2002.
4. Department of Indian Affairs and Northern Development, *Basic Departmental Data* (N° R12-7/2001E au catalogue), Ottawa, Ontario, Ministry Indian Affairs and Northern Development Canada, mars 2002.
5. T.K. Young, J. Reading, B. Elias, et al., « Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: status of an epidemic in progress », *Canadian Medical Association Journal*, 163(5), 2000, p. 561 à 566.

6. A.M. Kriska, A.J. Hanley, S.B. Harris, et al., « Physical activity, physical fitness, and insulin and glucose concentrations in an isolated Native Canadian population experiencing rapid lifestyle change », *Diabetes Care*, 24(10), 2001, p. 1787 à 1792.
7. S.S. Anand, S. Yusuf, R. Jacobs, et al., « Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Autochtones people in Canada: the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Autochtones Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, 358 (9288), 2001, p. 1147 à 1153.
8. S.J. Whiting et M.L. Mackenzie, « Assessing the changing diet of indigenous peoples », *Nutrition Reviews*, 56(8), 1998, p. 248 à 250.
9. Statistique Canada, « Introduction dans: Santé et l'enjeu des sexes—l'écart homme-femme », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, N° 82-003 au catalogue), 12(3), 2001, p. 9 à 10.
10. Indian and Northern Affairs Canada, *Comparison of Social Conditions, 1991 and 1996. Registered Indians, Registered Indians Living On Reserve and the Total Population of Canada* (N° R32-163/2000 au catalogue), Ottawa, Ontario, Indian Affairs and Northern Development Canada, 2000.
11. R.B. Warnecke, T.P. Johnson, N. Chávez, et al., « Improving question wording in surveys of culturally diverse populations », *Annals of Epidemiology*, 7(5), 1997, p. 334 à 342.
12. S.A. Reijneveld, « The cross-cultural validity of self-reported use of health care: a comparison of survey and registration data », *Journal of Clinical Epidemiology*, 53(3), 2000, p. 267 à 272.
13. R.J. Pasick, S.L. Stewart, J.A. Bird, et al., « Quality of data in multiethnic health surveys », *Public Health Reports*, 116, supplément n° 1, 2001, p. 223 à 243.
14. K. Peng, R.E. Nisbett et N.Y.C. Wong, « Validity problems comparing values across cultures and possible solutions », *Psychological Methods*, 2(4), 1997, p. 329 à 344.
15. S. Noh, M. Speechley, V. Kaspar, et al., « Depression in Korean immigrants in Canada: I. Method of the study and prevalence of depression », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 180(9), 1992, p. 573 à 377.
16. N.R. McKenney et C.E. Bennett, « Issues regarding data on race and ethnicity: the Census Bureau experience », *Public Health Reports*, 109(1), 1994, p. 16 à 25.
17. K.A. Svenson et C. Lafontaine, « Chapter 6. The search for wellness », *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, Ottawa, Ontario, First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, 1999
18. K.B. Newbold, « Problems in search of solutions: health and Canadian Aboriginals », *Journal of Community Health*, 23(1), 1998, p. 59 à 73.
19. Statistique Canada, *Le Quotidien* (N° 11-001E au catalogue), 13 janvier, 1998, p. 2 à 7.
20. M. Shields et S. Shooshtari, « Déterminants de l'autoévaluation de la santé », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), 13(1), 2001, p. 39 à 63.
21. E.L. Idler et Y. Benyamini, « Self-rated health and mortality: a review of twenty-seven community studies », *Journal of Health and Social Behavior*, 38(1), 1997, p. 21 à 37.
22. J. Jacono, B. Jacono, P. Cano, et al., « An epidemiological study of rheumatoid arthritis in a northern Ontario clinical practice: the role of ethnicity », *Journal of Advanced Nursing*, 24(1), 1996, p. 31 à 35.
23. T.K. Young, J. O'Neil, B. Elias, et al., « Chapter 3. Chronic diseases », *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, Ottawa, Ontario, First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, 1999.
24. Statistique Canada, *1996 Census Dictionary* (N° 92-351 au catalogue), Ottawa, Ontario, Statistique Canada, 1996.
25. R.C. Kessler, K.A. McGonagle, S. Zhao, et al., « Lifetime and 12-month prevalence of DSM-III-R psychiatric disorders in the United States. Results from the National Comorbidity Survey », *Archives of General Psychiatry*, 51(1), 1994, p. 8 à 19.
26. American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, 3^e édition révisée, Washington, DC, American Psychiatric Association, 1987.
27. B. Diverty et C. Pérez, « La santé des résidents du nord », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, N° 82-003 au catalogue), 9(4), 1998, p. 51 à 61.
28. T.K. Young, E.J. Szathmary, S. Evers, et al., « Geographical distribution of diabetes among the native population of Canada: a national survey », *Social Science and Medicine*, 31(2), 1990, p. 129 à 139.
29. M.P. Piro, R.F. Dyck et D.C. Gillis, « Diabetes prevalence rates among First Nations adults on Saskatchewan reserves in 1990: comparison by tribal grouping, geography and with non-First Nations people », *Canadian Journal of Public Health*, 87(5), 1996, p. 325 à 328.
30. E. Ng, « L'incapacité chez les Autochtones du Canada en 1991 », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), 8(1), 1996, p. 25 à 33.
31. L.J. Kirmayer, G.M. Brass et C.L. Tait, « The mental health of Aboriginal peoples: transformations of identity and community », *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 2000, p. 607 à 616.
32. S. Isaacs, S. Keogh, C. Menard, et al., « Suicide in the Northwest Territories: a descriptive review », *Chronic Diseases in Canada*, 19(4), 1998, p. 152 à 156.
33. A.J. Dalrymple, J.J. O'Doherty et K.M. Nietschei, « Comparative analysis of native admissions and registrations to Northwestern Ontario treatment facilities: hospital and community sectors », *Canadian Journal of Psychiatry*, 40(8), 1995, p. 467 à 473.
34. E.M. Makomaski Illing et M.J. Kaiserman, « Mortality attributable to tobacco use in Canada and its regions, 1994 and 1996 », *Chronic Diseases in Canada*, 20(3), 1999, p. 111 à 117.
35. C. Lavalée et C. Bourgault, « The health of Cree, Inuit and southern Quebec women: similarities and differences », *Canadian Journal of Public Health*, 91(3), 2000, p. 212 à 216.
36. W.J. Millar, « Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les Canadiens », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), 4(1), 1992, p. 7 à 24.
37. J. Reading, « Chapter 4. The tobacco report », *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, Ottawa, Ontario, First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, 1999
38. J. Chen et W.J. Millar, « Les conséquences de l'activité physique sur la santé », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), 11(1), 1999, p. 21 à 31.
39. J. Gilmore, « L'indice de masse corporelle et la santé », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), 11(1), 1999, p. 33 à 47.
40. J. Gittelsohn, T.M. Wolever, S.B. Harris, et al., « Specific patterns of food consumption and preparation are associated with diabetes and obesity in a Native Canadian community », *Journal of Nutrition*, 128(3), 1998, p. 541 à 547.
41. A.J. Hanley, S.B. Harris, J. Gittelsohn, et al., « Overweight among children and adolescents in a Native Canadian community: prevalence and associated factors », *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(3), 2000, p. 693 à 700.
42. F. Wien et L. McIntyre, « Chapter 7. Health and dental services for Autochtones people », *First Nations and Inuit Regional Health Survey*, Ottawa, Ontario, First Nations and Inuit Regional Health Survey National Steering Committee, 1999.
43. J. Chen et F. Hou, « Soins de santé : besoins non satisfaits », *Rapports sur la santé* (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue), 13(2), 2002, p. 27 à 40.

Annexe

Tableau A

Taille de l'échantillon et population estimative (non corrigée) pour les indicateurs de la santé, population autochtone hors réserve de 15 ans et plus, à domicile, selon la région géographique, Canada, 2000-2001

	Canada			Provinces						Territoires		
	Taille de l'échantillon		Population estimative	Régions urbaines			Régions rurales			Taille de l'échantillon		Population estimative
		'000	%		'000	%		'000	%		'000	%
Total	3 555	337	100,0	1 369	218	100,0	1 164	89	100,0	1 022	30	100
Sexe												
Hommes	1 567	158	47,0	555	101	46,3	499	43	47,7	513	15	50,2
Femmes	1 988	179	53,0	814	117	53,7	665	47	52,3	509	15	49,8
Groupe d'âge												
15 à 24 ans	869	82	24,4	328	53	24,1	261	21	23,9	280	8	28,4
25 à 34 ans	908	83	24,5	356	54	24,8	283	21	23,2	269	8	25,7
35 à 44 ans	766	81	24,0	311	53	24,2	232	22	24,4	223	6	21,5
45 à 54 ans	507	53	15,8	206	35	16,2	185	14	16,2	116	3	11,5
55 à 64 ans	265	20	6,0	83	12 ^{E1}	5,5 ^{E1}	114	6	7,1	68	2	6,5
65ans et plus	240	18	5,3	85	11	5,2	89	5	5,1	66	2	6,5
Marital status												
Marié(e) ou vit en union libre	1 551	161	47,9	526	97	44,7	539	49	54,6	486	15	51,4
Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)	580	46	13,7	262	33	15,2	200	10	11,6	118	3	9,0
Célibataire (jamais marié(e))	1 420	129	38,4	578	87	40,1	425	30	33,8	417	12	39,6
Niveau de scolarité (25 ans et plus)												
Pas de diplôme d'études secondaires	1 216	95	38,0	383	56	34,3	401	27	40,9	432	12	57,8
Diplôme d'études secondaires	296	35	14,2	136	23	14,2	112	11	16,3	48	2	7,3
Certaines études postsecondaires	246	30	12,1	130	22	13,7	79	7	10,4	37	1	4,4
Diplôme d'études postsecondaires	872	89	35,7	375	61	37,8	284	21	32,4	213	6	30,4
Revenu du ménage												
Faible	1 130	91	27,1	482	63	28,7	304	19	21,6	344	9	31,6
Moyen	880	82	24,3	323	51	23,3	282	23	25,2	275	9	28,7
Élevé	1 153	127	37,8	428	83	38,1	398	35	38,8	327	10	32,5
Données manquantes	392	36	10,8	136	21	9,8	180	13	14,4	76	2	7,2
Situation d'emploi l'année précédente (15 à 75 ans)												
A travaillé toute l'année	1 244	128	39,2	486	85	40,6	425	32	37,7	333	10	33,4
A travaillé une partie de l'année et a cherché du travail	541	50	15,5	168	29	13,8	176	16	18,4	197	6	19,2
A travaillé une partie de l'année et n'a pas cherché de travail	551	49	15,0	201	28	13,5	170	15	17,1	180	6	20,2
N'a pas travaillé et a cherché du travail	169	19	5,7	82	15	7,3	32	2 ^{E2}	2,3 ^{E2}	55	1	4,8
N'a pas travaillé et n'a pas cherché de travail	894	80	24,5	376	52	24,9	298	21	24,5	220	6	22,3
État de santé autoévalué												
Très bon ou excellent	1 549	157	46,6	612	103	47,2	492	41	46,1	445	13	43,6
Bon	1 293	120	35,5	474	77	35,1	398	31	34,9	421	12	40,5
Passable ou mauvais	712	60	17,9	283	39	17,7	273	17	19,0	156	5	15,9
Un problème de santé chronique ou plusieurs	1 727	180	53,8	752	122	56,3	616	47	53,6	359	10	35,4
Type de problème de santé chronique												
Hypertension	392	36	10,6	147	24	10,8	163	10	10,9	82	2	8,2
Diabètes	210	19	5,6	96	12	5,6	86	6	6,6	28	1 ^{E1}	2,8 ^{E1}
Arthrite	618	64	19,0	278	44	20,4	236	17	18,6	104	3	10,1
Limitation prolongée des activités	459	45	13,4	198	29	13,4	176	13	15,0	85	2	8,4
Épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois[†]	413	46	14,3	195	32	15,1	129	11	13,9	89	3	9,1

	Canada			Provinces						Territoires		
	Taille de l'échantillon		Population estimative '000 %	Régions urbaines		Régions rurales		Taille de l'échantillon		Population estimative '000 %		
				Taille de l'échantillon	Population estimative '000 %	Taille de l'échantillon	Population estimative '000 %	Taille de l'échantillon	Population estimative '000 %			
Usage du tabac												
Petit fumeur quotidien	1 220	106	31,5	429	68	31,4	336	25	28,1	455	13	42,4
Gros fumeur quotidien	459	46	13,7	177	28	13,1	177	15	16,3	105	3	9,8
Fumeur occasionnel	393	36	10,8	162	24	11,0	118	9	10,0	113	4	12,2
Ancien fumeur quotidien	658	63	18,8	257	39	18,0	242	19	21,7	159	5	15,9
N'a jamais fumé quotidiennement	810	85	25,2	338	57	26,5	289	21	24,0	183	6	19,7
Activité physique												
Actif(ve)	842	80	26,0	336	51	25,9	282	22	26,8	224	6	24,0
Modérément actif(ve)	738	72	23,3	294	46	23,4	268	20	24,1	176	5	20,5
Inactif(ve)	1 723	156	50,7	644	100	50,7	552	40	49,1	527	15	55,4
Indice de masse corporelle												
Poids sain ou insuffisance pondérale	1 473	146	45,2	575	96	45,5	455	37	43,7	443	13	48,1
Surpoids/embonpoint	1 087	103	32,0	419	66	31,6	377	28	33,2	291	9	31,0
Obèse	787	74	22,8	309	48	22,9	272	20	23,1	206	6	21,0
Consommation d'alcool												
Hebdomadaire	766	92	27,5	344	64	29,6	266	23	26,3	156	5	15,6
Former drinker	799	62	18,5	274	38	17,6	259	16	18,1	266	8	25,8
Moins qu'hebdomadaire ou abstinence	1 962	181	54,1	738	114	52,8	636	50	55,6	588	17	58,6
Consommation abusive d'alcool	941	87	26,1	375	56	26,0	297	23	25,9	269	8	27,5
Consultation de professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois												
Omnipraticien	2 491	249	74,4	1 086	167	77,1	858	66	74,4	547	16	54,1
Spécialiste de la vue	1 280	118	35,1	510	75	34,4	451	34	38,4	319	9	30,4
Autre médecin	776	84	25,0	371	60	27,5	256	20	22,5	149	4	14,8
Infirmière	877	56	16,5	184	26	12,1	209	15	16,8	484	14	47,7
Dentiste	1 663	164	48,9	685	109	50,0	507	41	46,3	471	14	48,2
A un médecin régulier	2 216	247	73,2	1 073	170	77,9	865	68	76,4	278	9	29,4
Besoins non satisfaits de soins de santé												
Acceptabilité [†]	697	69	20,4	287	44	19,9	234	20	22,3	176	5	18,4
Disponibilité [†]	331	36	52,4	158	26	58,8	104	9	42,2	69	2	39,3
Accessibilité [†]	354	31	44,4	131	18	40,6	115	10	48,0	108	3	61,0
	108	11	15,4	49	7 ^{E1}	15,6 ^{E1}	46	4 ^{E2}	17,6 ^{E1}	13	0	6,0

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001

Nota : La somme des valeurs présentées pour chaque catégorie pourrait ne pas être égale au total, parce que les chiffres pour les données manquantes (non-réponse) ne sont pas présentés pour la plupart des variables.

† Sont exclues deux régions sociosanitaires, à savoir la Brant Public Health Unit, en Ontario et la Northern Health Services Branch, en Saskatchewan.

‡ Les réponses multiples étaient permises.

E1 Coefficient de variation compris entre 16,6 % et 25,0 %.

E2 Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

Tableau B

Taille de l'échantillon et population estimative (non corrigée) pour les indicateurs de la santé, population non autochtone de 15 ans et plus, à domicile, selon la région géographique, Canada, 2000-2001

	Canada			Provinces						Territoires		
	Taille de l'échantillon	Population estimative		Régions urbaines		Régions rurales		Taille de l'échantillon	Population estimative			
		'000	%	'000	%	'000	%		'000	%		
Total	120 439	24 114	100,0	76 638	19 259	100,0	42 546	4 815	100,0	1255	39	100,0
Sexe												
Hommes	55 463	11 845	49,1	34 716	9 396	48,8	20 119	2 428	50,4	628	21	53,3
Femmes	64 976	12 268	50,9	41 922	9 862	51,2	22 427	2 387	49,6	627	18	46,7
Groupe d'âge												
15 à 24 ans	17 763	4 106	17,0	11 813	3 296	17,1	5 786	804	16,7	164	6	14,1
25 à 34 ans	18 089	4 045	16,8	12 000	3 323	17,3	5 808	714	14,8	281	9	22,0
35 à 44 ans	24 537	5 206	21,6	15 900	4 204	21,8	8 301	991	20,6	336	11	26,9
45 à 54 ans	21 073	4 361	18,1	13 347	3 485	18,1	7 450	867	18,0	276	9	22,1
55 à 64 ans	15 181	2 799	11,6	9 214	2 172	11,3	5 848	623	13,0	119	4	9,8
65 ans et plus	23 796	3 598	14,9	14 364	2 779	14,4	9 353	817	17,0	79	2	5,0
État matrimonial												
Marié(e) ou vit en union libre	66 427	14 680	60,9	40 595	11 512	59,8	25 161	3 143	65,3	671	25	62,2
Séparé(e), divorcé(e), veuf(ve)	23 666	3 050	12,7	15 399	2 480	12,9	8 076	565	11,8	191	4	10,6
Célibataire (jamais marié(e))	30 201	6 362	26,4	20 552	5 249	27,3	9 258	1 103	22,9	391	11	27,2
Niveau de scolarité (25 ans et plus)												
Pas de diplôme d'études secondaires	27 884	4 599	23,2	14 989	3 264	20,6	12 736	1 330	33,6	159	5	14,6
Diplôme d'études secondaires	18 695	3 840	19,4	12 058	3 090	19,5	6 495	745	18,8	142	5	13,8
Certaines études postsecondaires	6 666	1 318	6,6	4 551	1 082	6,8	2 057	234	5,9	58	2	4,8
Diplôme d'études postsecondaires	48 349	10 067	50,8	32 643	8 393	53,0	14 986	1 652	41,7	720	22	66,8
Revenu du ménage												
Faible	15 882	2 432	10,1	9 598	1 866	9,7	6 175	563	11,7	109	3	7,6
Moyen	26 468	4 802	19,9	15 389	3 578	18,6	10 905	1 219	25,3	174	5	12,6
Élevé	65 758	14 488	60,1	44 046	11 935	62,0	20 830	2 524	52,4	882	28	71,9
Données manquantes	12 331	2 392	9,9	7 605	1 879	9,8	4 636	509	10,6	90	3	7,9
Situation d'emploi l'année précédente (15 à 75 ans)												
A travaillé toute l'année	55 055	12 042	53,1	36 189	9 817	54,1	18 144	2 202	49,1	722	23	59,0
A travaillé une partie de l'année et a cherché du travail	9 024	1 867	8,2	5 557	1 456	8,0	3 336	407	9,1	131	4	11,4
A travaillé une partie de l'année et n'a pas cherché de travail	15 925	3 293	14,5	9 788	2 585	14,3	5 909	701	15,6	228	7	18,3
N'a pas travaillé et a cherché du travail	1 822	383	1,7	1 240	314	1,7	560	68	1,5	22	1 ^{E2}	1,9 ^{E2}
N'a pas travaillé et n'a pas cherché de travail	28 158	5 077	22,4	17 558	3 962	21,8	10 484	1 111	24,8	116	4	9,4
État de santé autoévalué												
Très bon ou excellent	70 072	14 739	61,1	45 221	11 869	61,6	24 039	2 844	59,1	812	25	64,5
Bon	33 091	6 419	26,6	20 780	5 086	26,4	11 993	1 323	27,5	318	11	26,6
Passable ou mauvais	17 235	2 950	12,2	10 613	2 300	11,9	6 497	647	13,4	125	4	8,9
Un problème de santé chronique ou plusieurs	64 681	11 901	49,6	40 577	9 412	49,1	23 541	2 471	51,7	563	17	43,2
Type de problème de santé chronique												
Hypertension	18 822	3 196	13,3	11 399	2 493	13,0	7 306	699	14,5	117	4	8,9
Diabètes	6 069	1 033	4,3	3 651	793	4,1	2 376	239	5,0	42	1	2,9
Arthrite	23 744	3 831	15,9	14 421	2 960	15,4	9 161	867	18,0	162	5	12,9
Limitation prolongée des activités	14 441	2 477	10,3	9 174	1 948	10,1	5 152	526	10,9	115	4	9,2
Épisode dépressif majeur au cours des 12 derniers mois¹	9 137	1 735	7,3	6 215	1 417	7,5	2 821	315	6,6	101	3	8,1

	Canada			Provinces				Territoires				
	Taille de l'échantillon	Population estimative		Régions urbaines		Régions rurales		Taille de l'échantillon	Population estimative			
		'000	%	Taille de l'échantillon	Population estimative	Taille de l'échantillon	Population estimative		'000	%		
Usage du tabac												
Petit fumeur quotidien	15 493	3 027	12,6	9 949	2 402	12,5	5 327	619	12,9	217	6	16,0
Gros fumeur quotidien	12 684	2 282	9,5	7 544	1 692	8,8	4 978	585	12,2	162	5	13,1
Fumeur occasionnel	4 951	1 062	4,4	3 228	868	4,5	1 662	192	4,0	61	2	5,3
Ancien fumeur quotidien	30 579	5 609	23,3	19 052	4 366	22,7	11 248	1 235	25,7	279	9	21,8
N'a jamais fumé quotidiennement	56 510	12 081	50,2	36 724	9 890	51,5	19 255	2 173	45,2	531	17	43,8
Activité physique												
Actif(ve)	25 436	4 832	21,8	16 386	3 861	21,8	8 738	961	21,4	312	10	28,3
Modérément actif(ve)	27 073	5 214	23,5	17 473	4 188	23,7	9 287	1 017	22,7	313	9	25,9
Inactif(ve)	60 781	12 163	54,8	38 014	9 642	54,5	22 235	2 504	55,9	532	16	45,8
Indice de masse corporelle												
Poids sain ou insuffisance pondérale	60 105	12 727	54,2	40 017	10 439	56,6	19 494	2 269	48,4	594	19	49,2
Surpoids/embonpoint	38 478	7 463	31,8	23 749	5 848	31,2	14 354	1 603	34,2	375	12	31,1
Obèse	18 310	3 308	14,1	10 647	2 487	13,2	7 420	813	17,4	243	8	19,8
Consommation d'alcool												
Hebdomadaire	43 359	9 231	38,4	28 815	7 503	39,1	14 027	1 711	35,6	517	17	43,1
Ancien buveur	16 814	2 864	11,9	9 954	2 192	11,4	6 705	668	13,9	155	5	12,2
Moins qu'hebdomadaire ou abstinence	59 936	11 957	49,7	37 665	9 516	49,5	21 693	2 424	50,5	578	18	44,8
Consommation abusive d'alcool	19 878	3 860	16,1	12 413	3 010	15,7	7 145	839	17,5	320	10	26,1
Consultation de professionnels de la santé au cours des 12 derniers mois												
Omnipraticien	95 695	18 948	78,7	61 433	15 220	79,2	33 336	3 699	77,0	926	29	73,5
Spécialiste de la vue	47 432	9 171	38,1	30 402	7 341	38,1	16 571	1 815	37,7	459	15	36,9
Autre médecin	33 570	6 978	29,0	22 643	5 738	29,8	10 638	1 231	25,6	289	9	22,7
Infirmière	13 043	2 353	9,8	7 885	1 820	9,5	4 853	525	10,9	305	8	21,4
Dentiste	66 867	14 292	59,3	45 523	11 853	61,6	20 645	2 417	50,2	699	22	56,0
A un médecin régulier	102 467	20 234	83,9	65 675	16 155	83,9	36 007	4 053	84,2	785	25	64,5
Besoins non satisfaits de soins de santé	15 848	3 064	12,7	10 448	2 455	12,8	5 193	603	12,5	207	6	14,6
Acceptabilité [†]	7 169	1 445	46,9	4 732	1 167	47,3	2 355	275	45,3	82	2	40,3
Disponibilité [‡]	8 372	1 547	50,2	5 417	1 220	49,5	2 816	323	53,2	139	4	64,9
Accessibilité [‡]	1 865	369	12,0	1 320	309	12,5	532	60	9,9	13	0 ^{E2}	6,1 ^{E2}

Source des données : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, de 2000-2001

Nota : La somme des valeurs présentées pour chaque catégorie pourrait ne pas être égale au total, parce que les chiffres pour les données manquantes (non-réponse) ne sont pas présentés pour la plupart des variables.

[†] Sont exclues deux régions sociosanitaires, à savoir la Brant Public Health Unit, en Ontario et la Northern Health Services Branch, en Saskatchewan.

[‡] Les réponses multiples étaient permises.

^{E2} Coefficient de variation compris entre 25,1 % et 33,3 %.

Annexe

Nombre d'analyses présentées dans ce supplément aux *Rapports sur la santé* se fondent sur l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) réalisée par Statistique Canada. La collecte des données du cycle 1.1 de l'ESCC a débuté en septembre 2000 et s'est étendue sur une période de 14 mois. Le champ d'observation de l'ESCC comprend la population à domicile de 12 ans et plus des 10 provinces et des 3 territoires, sauf les personnes qui vivent dans les réserves indiennes, les bases des Forces canadiennes et certaines régions éloignées.

Le cycle 1.1 de l'ESCC a été conçu pour recueillir des renseignements au niveau de la région socio-sanitaire¹. Pour des raisons administratives, chaque province est divisée en régions socio-sanitaires (RSS) et chaque territoire est considéré comme une RSS unique. Pour les besoins de la collecte des données de l'ESCC, les régions socio-sanitaires de Burntwood et de Churchill, au Manitoba, ont été fusionnées, à cause de la petite taille de la population de Churchill. En outre, les données n'ont pas été recueillies pour deux régions socio-sanitaires éloignées, à savoir la région du Nunavik et la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James, toutes deux situées au Québec.

La principale base de sondage utilisée pour l'ESCC est la base aréolaire conçue pour l'Enquête sur la

population active. Les logements ont été sélectionnés dans la base aréolaire selon un plan d'échantillonnage en grappes stratifié à plusieurs degrés. On a commencé par dresser la liste des logements, puis on a sélectionné un échantillon de logements d'après cette liste. La majeure partie (83 %) des ménages provenaient de la base aréolaire, et des personnes ont été sélectionnées au hasard dans les ménages ainsi sélectionnés pour participer à une interview sur place. Dans certaines RSS, on a aussi utilisé la méthode de composition aléatoire (CA) et (ou) une liste de numéros de téléphone. Les personnes faisant partie des bases de sondage téléphonique, qui représentaient les 17 % restants de l'échantillon, ont été interviewées par téléphone.

Dans 82 % environ des ménages sélectionnés à partir de la base aréolaire, on a sélectionné au hasard une personne; dans les autres, on a sélectionné au hasard deux personnes. Dans les ménages échantillonnés à partir des bases de sondage téléphoniques, on a sélectionné au hasard une personne. Le taux de réponse a été de 84,7 %. Pour le cycle 1.1, l'échantillon de répondants comptait 131 535 personnes. En tout, 6,3 % d'interviews ont été réalisées par procuration.

Références

- 1 Y. Béland, « Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – aperçu de la méthodologie », *Rapports sur la santé*, 13(3), 2002, p. 9-15 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).