

# Mortalité prématurée dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone

Yvon E. Allard, Russell Wilkins et Jean-Marie Berthelot

## Résumé

### Objectifs

Comparer le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans, selon la cause de décès, observé dans les régions sociosanitaires où la proportion de résidents autochtones est assez forte à celui observé dans les autres régions sociosanitaires.

### Sources des données

Les résultats sont fondés sur les données sur la mortalité couvrant la période de 1995 à 1997 tirées de la Base canadienne de données sur l'état civil et sur les estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997 à l'échelle de la région sociosanitaire.

### Techniques d'analyse

Le nombre d'APVP selon l'âge et le sexe a été calculé pour deux groupes de régions sociosanitaires : les 18 régions comptant une forte proportion de résidents autochtones (19 % ou plus) et les 120 autres régions, où la proportion de résidents autochtones est plus faible. Les deux groupes ont été comparés d'après les différences de taux d'APVP et les rapports des taux.

### Principaux résultats

Le taux d'APVP pour 1 000 années-personnes à risque, toutes causes de décès confondues, est environ 50 % plus élevé dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone que dans l'autre groupe. Dans les régions où le nombre d'Autochtones est élevé, presque 40 % des APVP sont attribuables à des traumatismes, notamment au suicide et aux accidents impliquant un véhicule à moteur.

### Mots-clés

Taux de mortalité, accidents, planification régionale des services de santé, santé rurale, bases de données.

### Auteurs

Yvon E. Allard est un conseiller privé en santé autochtone; Russell Wilkins (613-951-5305; Russell.Wilkins@statcan.ca) et Jean-Marie Berthelot (613-951-3760; jean-marie.berthelot@statcan.ca) font partie du Groupe d'analyse et de mesure de la santé de Statistique Canada.

Au cours des dernières décennies, les populations autochtones partout dans le monde ont connu d'importantes transformations sociales, économiques et culturelles qui, dans certains cas, pourraient avoir eu des effets indésirables sur leur état de santé<sup>1,2</sup>. Au Canada, comme dans d'autres pays, le fardeau de la maladie qui pèse sur les Autochtones est anormalement lourd et ceux-ci meurent plus jeunes et en proportions plus élevées que les membres de la population non autochtone<sup>2-8</sup>.

Les trois principales causes de décès au Canada sont les maladies de l'appareil circulatoire, le cancer et les maladies de l'appareil respiratoire; les traumatismes occupent la quatrième place<sup>2,6,9,10</sup>. Par contre, chez les Autochtones, les traumatismes sont la cause principale de décès, suivis par les maladies de l'appareil circulatoire et le cancer<sup>2,4-6,9</sup>. En 1996 et en 1997, comparativement à l'ensemble de la population canadienne, les Autochtones étaient plus de six fois plus susceptibles de mourir à la suite d'un traumatisme<sup>5,6,9,10</sup>.

Au Canada, les autorités provinciales ont défini des régions administratives, appelées régions sociosanitaires, pour la prestation locale des services de santé et des services sociaux. Selon une étude réalisée en 1999, dans 9 des 12 régions sociosanitaires où l'espérance de vie est la plus courte, au moins 20 % des résidents étaient d'origine autochtone<sup>11</sup>. La composition raciale et ethnique de la population de ces régions et la façon dont cette composition pourrait influencer sur l'état de santé de la population sont par conséquent autant de facteurs dont les décideurs pourraient vouloir tenir compte.

Les épidémiologistes et les responsables de la santé publique cherchent depuis longtemps à quantifier l'état de santé. Bien que l'espérance de vie en l'absence d'une cause et la mortalité par cause soient des mesures utiles pour évaluer l'effet relatif des maladies cliniques, elles ont tendance à refléter

principalement les décès survenant aux âges avancés. L'espérance de vie plus courte des Autochtones est due en grande partie aux taux de mortalité élevés enregistrés pour nombre de causes qui ont tendance à être associées à des décès survenant à un jeune âge<sup>1,2,4,8</sup>. La mesure qui rend le mieux compte de ce phénomène est celle des années potentielles de vie perdues, ou APVP, qui accorde plus de poids aux décès qui surviennent à un jeune âge.

Le présent article vise à comparer les régions sociosanitaires comptant une proportion assez élevée (19 % ou plus) de résidents autochtones aux autres régions sociosanitaires en ce qui concerne les années potentielles de vie perdues. Il met l'accent sur les causes de décès qui représentent un risque plus élevé de mortalité prématurée chez les résidents des régions à forte population autochtone (voir *Méthodologie, Définitions et Limites*).

## Méthodologie

### Sources des données

Les données sur la mortalité pour 1995 à 1997 proviennent de la Base canadienne de données sur l'état civil, qui est fondée sur des renseignements recueillis sur les enregistrements de décès par les bureaux provinciaux et territoriaux de l'état civil.

Les estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997 à l'échelle de la région sociosanitaire<sup>12</sup> ont été corrigées pour le sous-dénombrement net au recensement et le recensement incomplet dans certaines réserves indiennes (voir *Limites*).

### Techniques d'analyse

La présente analyse porte sur le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans pour deux groupes de régions sociosanitaires : 18 considérées comme étant « à forte population autochtone » parce qu'au moins 19 % de leurs résidents se sont auto-identifiés comme étant Autochtones lors du Recensement de 1996 et les 120 autres régions considérées comme étant « à faible population autochtone », car moins de 19 % de leurs résidents se sont dits d'origine autochtone (voir *Définitions*). Le seuil d'exclusion de 19 % représente un clivage naturel entre les régions sociosanitaires en ce qui concerne la proportion de résidents autochtones. Parmi les 18 régions choisies pour la présente analyse, la proportion d'Autochtones la plus faible était de 19,3 % (tableau A en annexe). Dans l'ensemble, dans les 18 régions à forte population autochtone, 35 % des résidents ont déclaré des

origines autochtones; pour les autres régions, le chiffre global était de 2 %.

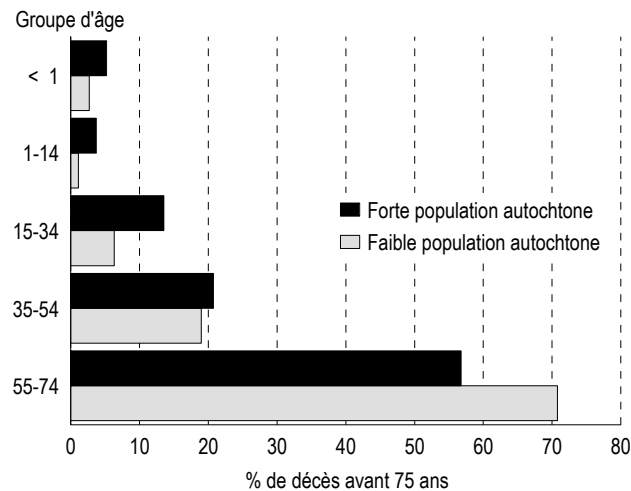
Selon une version modifiée des méthodes décrites par Romeder et McWhinnie<sup>13</sup>, on a calculé le nombre d'APVP avant 75 ans, selon le sexe et pour les hommes et les femmes confondus, en multipliant le nombre de décès observés pour chaque groupe d'âge par la différence entre 75 et l'âge au point médian du groupe d'âge en question, puis on a fait la somme des produits sur l'ensemble des groupes d'âge<sup>14,15</sup>. L'âge de 75 ans a été choisi parce qu'il s'agit de la limite conventionnelle pour le décès prématuré au Canada et que les décès survenant avant 75 ans sont moins susceptibles que ceux survenant à un âge plus avancé d'avoir plus d'une cause contributive. Cet âge est également proche de l'espérance de vie moyenne pour les 18 régions sociosanitaires à forte population autochtone.

Pour chaque sexe et cause de décès, la variance du nombre d'APVP a été calculée par sommation sur les 16 groupes d'âge de la quantité ( $C^2 \times N \times P \times Q$ ), où C est le nombre d'années potentielles de vie perdues par décès dans le groupe d'âge, N est le nombre d'années-personnes à risque dans le groupe d'âge, P est le taux de mortalité par âge (nombre de décès dans le groupe d'âge / N), et Q est égal à 1-P. Les résultats ont été utilisés pour tester la signification des différences entre les taux d'APVP et des rapports des taux d'APVP comparant les régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone.

## Décès survenant à un jeune âge

Les résidents des régions sociosanitaires à forte population autochtone ont tendance à mourir à un âge comparativement jeune. De 1995 à 1997, dans ces régions, 54 % des décès sont survenus avant 75 ans, comparativement à 45 % dans les autres régions sociosanitaires. En outre, dans les régions à forte population autochtone, on associe aux jeunes une part nettement plus importante des décès survenus avant 75 ans que dans l'autre groupe de régions (graphique 1). Par exemple, les nourrissons de moins d'un an représentaient 5 % de ces décès dans les régions à forte population autochtone, et 2 % dans l'autre groupe. Pour les enfants de 1 à 14 ans, les proportions étaient de 4 % et 1 %, respectivement. Pour les 15 à 34 ans, les chiffres correspondants étaient de 14 % et 6 %.

Graphique 1  
Répartition selon l'âge des décès avant 75 ans, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997



Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

## Années potentielles de vie perdues

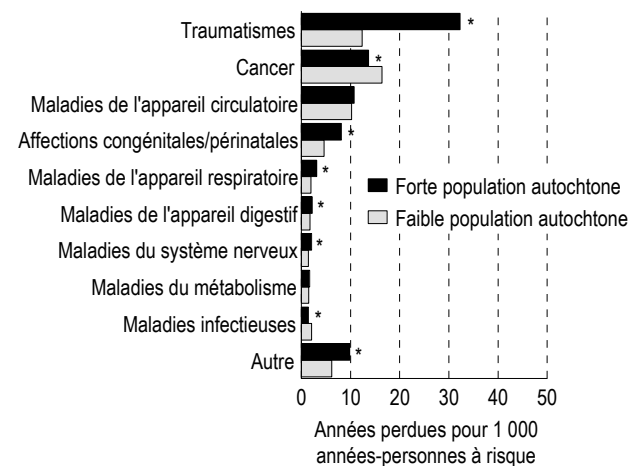
Le nombre d'années potentielles de vie perdues, qui met en relief la perte résultant d'un décès prématuré, permet d'évaluer l'effet de diverses causes de décès sur les populations caractérisées par une mortalité prématurée. Le taux d'APVP est le nombre d'années potentielles de vie perdues divisé par le nombre d'années-personnes à risque.

De 1995 à 1997, le taux d'APVP était de 84 années potentielles de vie perdues pour 1 000 années-personnes à risque dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, mais de 56 dans celles à faible population autochtone (tableau 1). Dans les deux groupes de régions, le taux d'APVP était nettement plus élevé pour les hommes que pour les femmes, mais la différence entre les régions à forte et à faible population autochtone persistait. Chez les hommes, les taux respectifs d'APVP étaient de 104 contre 72 et chez les femmes, de 62 contre 41.

## Causes principales

Dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, les traumatismes étaient la cause de la perte la plus importante d'années potentielles de vie; venaient ensuite le cancer, les maladies de l'appareil circulatoire, et les affections congénitales ou périnatales (graphique 2). Dans les régions à faible population autochtone, les quatre causes principales d'APVP étaient les mêmes, mais le cancer occupait le premier rang et les traumatismes, le deuxième. Pour les traumatismes, le taux d'APVP était 2,6 fois

Graphique 2  
Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans, par grand groupe de causes de décès<sup>†</sup>, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997



Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

<sup>†</sup> Chapitres de la CIM.

\* Valeur significativement différente de celle observée pour les régions à faible population autochtone ( $p < 0,05$ ).

Tableau 1

Taux d'années potentielles de vie perdue (APVP) avant 75 ans pour 1 000 années-personnes à risque, selon la cause de décès et le sexe, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997

Causes de décès	Les deux sexes				Hommes				Femmes			
	Taux d'APVP		Écart entre les taux	Rapport des taux	Taux d'APVP		Écart entre les taux	Rapport des taux	Taux d'APVP		Écart entre les taux	Rapport des taux
	Régions à forte population autochtone	Régions à faible population autochtone			Régions à forte population autochtone	Régions à faible population autochtone			Régions à forte population autochtone	Régions à faible population autochtone		
<b>Toutes causes confondues</b>	<b>83,8</b>	<b>56,3</b>	<b>27,4*</b>	<b>1,49*</b>	<b>104,4</b>	<b>71,5</b>	<b>32,9*</b>	<b>1,46*</b>	<b>61,6</b>	<b>41,0</b>	<b>20,6*</b>	<b>1,50*</b>
Traumatismes	32,3	12,4	20,0*	2,61*	46,7	18,7	27,7*	2,49*	17,0	6,0	11,0*	2,84*
Suicide	9,1	4,4	4,7*	2,06*	14,3	7,0	7,3*	2,04*	3,5	1,8	1,7*	1,95*
Accidents de véhicule à moteur	9,0	3,8	5,2*	2,35*	12,2	5,4	6,7*	2,24*	5,6	2,2	3,4*	2,54*
Noyade	2,3	0,4	1,9*	5,69*	3,3	0,7	2,7*	5,07*	1,3	0,2	1,1*	7,84*
Homicide	2,0	0,6	1,4*	3,14*	2,4	0,9	1,5*	2,75*	1,6	0,4	1,2*	3,92*
Incendie	1,5	0,3	1,2*	5,72*	2,0	0,4	1,6*	5,60*	2,0	0,2	1,8*	5,78*
Autres traumatismes	8,5	2,9	5,6*	2,99*	12,5	4,4	8,1*	2,83*	4,1	1,3	2,9*	3,23*
Cancer	13,7	16,4	-2,7*	0,84*	14,3	17,0	-2,7*	0,84*	13,0	15,8	-2,7*	0,83*
Cancer du poumon	3,5	4,1	-0,6*	0,86*	4,1	4,9	-0,8*	0,83*	3,0	3,3	-0,4	0,89
Autres formes de cancer	10,2	12,3	-2,1*	0,83*	10,3	12,1	-1,9*	0,85*	10,1	12,5	-2,4*	0,81*
Maladies de l'appareil circulatoire	10,7	10,2	0,5	1,05	14,4	14,2	0,3	1,02	6,7	6,2	0,5	1,08
Cardiopathie ischémique	5,6	6,1	-0,5*	0,92*	8,6	9,3	-0,7	0,93	2,4	2,9	-0,5*	0,82*
Accident vasculaire cérébral	1,8	1,5	0,3*	1,19*	1,9	1,7	0,2	1,11	1,8	1,4	0,4	1,29
Autres maladies de l'appareil circulatoire	3,3	2,6	0,7*	1,28*	4,0	3,2	0,8*	1,24*	2,6	1,9	0,6*	1,32*
Affections congénitales/périnatales	8,1	4,6	3,5*	1,77*	9,0	5,1	3,9*	1,76*	7,2	4,1	3,1*	1,76*
Congénitales	3,8	2,1	1,7*	1,78*	3,6	2,2	1,2*	1,53*	4,0	1,9	2,1*	2,10*
Périnatales	4,4	2,5	1,9*	1,75*	5,5	2,8	2,7*	1,95*	3,2	2,2	1,0*	1,46*
Maladies de l'appareil respiratoire	3,1	1,9	1,2*	1,60*	3,2	2,3	0,9*	1,41*	3,0	1,6	1,4*	1,87*
Maladies de l'appareil digestif	2,2	1,8	0,5*	1,26*	2,0	2,3	-0,2	0,89	2,4	1,2	1,2*	1,95*
Maladies du système nerveux	2,1	1,4	0,7*	1,47*	2,2	1,6	0,6*	1,40*	2,0	1,3	0,7*	1,56*
Maladies du métabolisme	1,7	1,5	0,2	1,14	1,6	1,8	-0,2	0,92	1,7	1,2	0,6*	1,49*
Maladies infectieuses	1,4	2,1	-0,7*	0,66*	1,6	3,5	-1,8*	0,47*	1,1	0,8	0,4	1,47
Troubles mentaux	1,2	0,6	0,6*	2,13*	1,3	0,8	0,6*	1,71*	1,0	0,3	0,7*	3,06*
Toutes les autres causes	7,3	3,7	3,2*	2,06*	8,0	4,4	3,6*	1,81*	6,4	2,6	3,8*	2,48*

**Sources des données :** Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

**Nota :** Les chiffres présentés sont arrondis, mais les calculs sont fondés sur des données non arrondies. Pour les codes de la CIM, voir Définitions.

\*  $p < 0,05$ .

plus élevé pour les régions à forte population autochtone que pour l'autre groupe, tandis que pour les causes périnatales et congénitales, il était 1,8 fois plus élevé. Pour les maladies de l'appareil circulatoire, le taux d'APVP était à peu près le même pour les deux groupes de régions sociosanitaires, et pour le cancer, il était, en fait, plus faible pour celles à forte population autochtone.

Dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, les taux d'APVP étaient

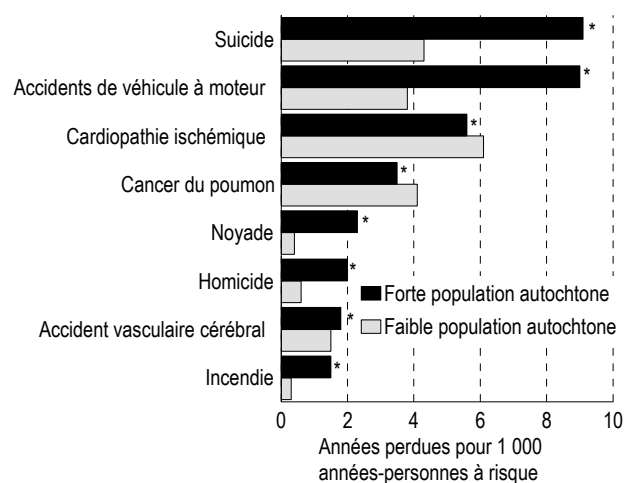
considérablement plus élevés chez les hommes que chez les femmes pour tous les traumatismes, sauf ceux provoqués par le feu. En outre, dans ces régions, le taux d'APVP était plus élevé chez les hommes que chez les femmes pour la cardiopathie ischémique, les autres maladies de l'appareil circulatoire (sauf l'accident vasculaire cérébral), les affections périnatales (mais non les anomalies congénitales) et les maladies infectieuses.

## Rôle important des traumatismes

Le nombre d'années potentielles de vie perdues attribuables à des traumatismes est considérable dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, soit 32 pour 1 000 années-personnes à risque comparativement à 12 pour celles à faible population autochtone. Les traumatismes sont à l'origine de 39 % des APVP dans les régions où la population autochtone est forte comparativement à 22 % dans celles où elle est faible. En fait, presque les trois quarts (73 %) de la différence entre les taux d'APVP calculés pour les deux groupes de régions sociosanitaires sont attribuables à des traumatismes.

Parmi les décès dus à un traumatisme, le suicide et les accidents liés à l'usage de véhicules à moteur sont les causes les plus courantes d'APVP dans les régions à forte population autochtone (graphique 3). Les taux d'APVP pour le suicide et pour les accidents liés à l'utilisation d'un véhicule à moteur sont chacun d'environ neuf pour 1 000 années-personnes à risque, soit plus du double des taux observés pour les régions à faible population autochtone. Selon plusieurs observateurs, certains décès classés dans la catégorie des accidents liés à l'utilisation de véhicules à moteur pourraient être volontaires,

Graphique 3  
Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans, selon certaines causes de décès, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997



Sources des données : Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

\* Valeur significativement différente de celle observée pour les régions à faible population autochtone ( $p < 0,05$ ).

autrement dit, des suicides<sup>5,16</sup>. Les décès par traumatisme peuvent aussi être associés à la toxicomanie, particulièrement chez les jeunes<sup>17</sup>. D'après des études récentes, dans la population générale, les accès de consommation d'alcool jusqu'à l'intoxication ont tendance à être associés à des agressions violentes, à des traumatismes liés aux accidents de la route et à la noyade<sup>17,18</sup>.

Les taux d'APVP associés à la noyade, à l'incendie, à l'homicide et à d'autres traumatismes sont considérablement plus élevés dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone que dans l'autre groupe de régions : pour la noyade et l'incendie, ils sont plus de cinq fois plus élevés, et pour l'homicide et les autres traumatismes, trois fois plus élevés.

## Cancer et maladies de l'appareil circulatoire

Après les traumatismes, le cancer et les maladies de l'appareil circulatoire, qui habituellement surviennent à un âge plus avancé, étaient les causes principales d'APVP dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Cependant, les taux d'APVP n'étaient pas plus élevés que dans les autres régions sociosanitaires et, dans le cas du cancer, il était en fait plus faible. Même le taux observé pour le cancer du poumon était plus faible dans les régions à forte population autochtone que dans les autres, malgré la prévalence nettement plus élevée de l'usage du tabac chez les Autochtones<sup>5,6,9</sup>.

Parmi les décès liés aux maladies de l'appareil circulatoire, ceux attribuables à la cardiopathie ischémique prédominaient, particulièrement chez les hommes. Même si les taux d'APVP dans les régions à forte et à faible population autochtone ne différaient pas considérablement, des études récentes montrent que la prévalence des maladies cardiovasculaires est plus élevée chez les Autochtones que dans la population dans son ensemble et que leur taux est à la hausse chez les premiers<sup>2,19,20</sup>.

## Affections congénitales ou périnatales

Les affections congénitales et périnatales sont une cause importante d'APVP dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone. Pour les anomalies congénitales et les affections périnatales, à l'exception des mortinaissances, le taux était de 8 années potentielles de vie perdues pour 1 000 années-personnes à risque pour les régions où les Autochtones sont nombreux, comparativement à 5 pour les régions où ils sont peu nombreux. Dans une certaine mesure, cette différence pourrait refléter l'âge de la mère, puisque la mortalité infantile est élevée chez les mères adolescentes<sup>21</sup> et que les grossesses d'adolescente sont courantes chez les Autochtones<sup>5,9</sup>. La pneumonie et la grippe, ainsi que la mort subite du nourrisson et le syndrome d'alcoolisme fœtal, qui sont généralement des causes

de décès prématuré du nourrisson, sont des affections particulièrement préoccupantes au sein de la collectivité autochtone, car leur prévalence y est forte et des mesures appropriées des services de santé permettent de les prévenir<sup>2,5,6,9</sup>.

## Différences entre les hommes et les femmes

Aussi bien dans les régions sociosanitaires où la population autochtone est nombreuse que dans celles où elle est faible, les taux d'APVP sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, résultat qui témoigne d'un risque plus élevé de décès prématuré chez les premiers que chez les secondes, quelle que soit la région de résidence. Dans les régions à forte population autochtone, le taux d'APVP était de 104 années pour

### Définitions

Le terme *Autochtone* désigne les personnes qui se sont identifiées elles-mêmes comme appartenant à un groupe autochtone—Premières nations, Inuits ou Métis—lors du Recensement de 1996 (voir *Limites*). Cette définition inclut les membres de plein droit des Premières nations et les personnes possédant l'identité autochtone ou étant membres d'une bande. Aucune distinction n'a été faite dans la présente analyse entre les Autochtones vivant dans les réserves ou hors réserve.

Les *régions sociosanitaires* sont définies par les gouvernements provinciaux comme étant les régions administratives correspondant au domaine de responsabilité d'un conseil régional de santé ou au domaine d'intérêt d'une autorité sanitaire.

La proportion de résidents autochtones dans une région sociosanitaire est le nombre de personnes déclarant une identité autochtone divisé par la population totale de la région. Les régions sociosanitaires où au moins 19 % de la population étaient Autochtones ont été classées comme étant « à forte population autochtone » et celles qui en comptaient moins de 19 %, comme étant « à faible population autochtone ».

Le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) est une mesure de la mortalité prématurée qui accorde plus de poids aux décès survenant à un jeune âge que d'autres indices sommaires de la mortalité qui reflètent principalement les décès survenant chez les personnes âgées. Un décès prématuré est défini ici comme étant un décès survenu avant l'âge de 75 ans.

Les causes de décès qui suivent, codées conformément à la *Classification internationale des maladies, neuvième révision* (CIM-9)<sup>22</sup>, ont été utilisées pour la présente analyse :

- traumatismes (E800-E999), y compris le suicide (E950-E959), les accidents de véhicule à moteur (de la circulation et hors de la voie publique) (E810-E825), la noyade (E910), l'homicide (E960-E978), les accidents provoqués par le feu (E890-E899) et les autres traumatismes (E816-E889; E900-E909; E911-E949; E979-E999);
- tumeurs (cancer), y compris le cancer du poumon (162) et les autres cancers (140-161; 163-239);
- maladies de l'appareil circulatoire (390-459), y compris la cardiopathie ischémique (410-414), les maladies vasculaires cérébrales (accident vasculaire cérébral) (430-438) et les autres maladies de l'appareil circulatoire (390-405; 415-429; 440-459);
- anomalies congénitales (740-759) et affections périnatales (sauf les mortinaissances) (760-779);
- maladies de l'appareil respiratoire (460-519);
- maladies de l'appareil digestif (520-579);
- maladies du système nerveux (320-389);
- maladies du métabolisme (240-279);
- maladies infectieuses (001-139);
- troubles mentaux (290-319).

La catégorie finale « toutes les autres causes » regroupe toutes les causes de décès non mentionnées ci-dessus.

1 000 années-personnes à risque chez les hommes, comparativement à 62 chez les femmes, soit un taux 1,7 fois plus élevé. Dans les régions sociosanitaires comptant peu d'Autochtones, les taux étaient plus faibles, mais le rapport entre les taux observés pour les hommes et pour les femmes restait le même (1,7).

Dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, les taux d'APVP attribuables aux suicides et aux décès à la suite d'un accident impliquant un véhicule à moteur étaient particulièrement élevés chez les hommes (graphique 4). Pour le suicide, le taux d'APVP était de 14 années pour 1 000 années-personnes à risque chez les hommes, comparativement à 4 années chez les femmes; pour les accidents impliquant un véhicule à moteur, les taux étaient de 12 et 6, respectivement.

Toutefois, les taux d'APVP enregistrés chez les femmes résidant dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone étaient souvent égaux ou supérieurs à ceux observés chez les hommes résidant dans les régions sociosanitaires à faible population autochtone. Il en était ainsi pour les

décès ayant pour cause un accident de véhicule à moteur, la noyade, l'homicide, un accident provoqué par le feu, l'accident vasculaire cérébral, une maladie congénitale ou périnatale, une maladie de l'appareil respiratoire, une maladie de l'appareil digestif, une maladie du système nerveux ou un trouble mental.

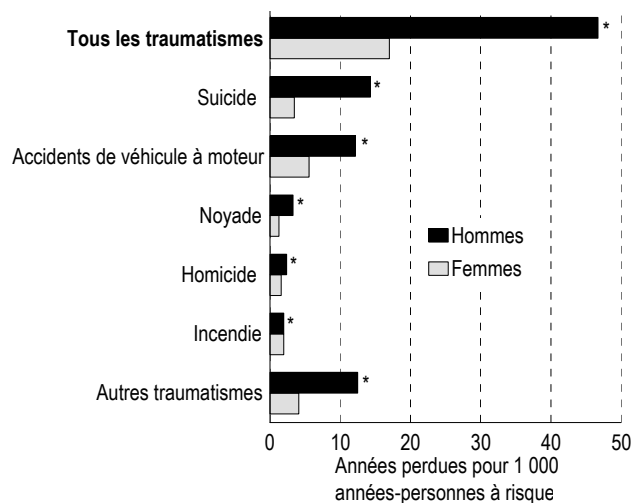
### Importance de la structure par âge

Contrairement aux statistiques habituelles sur la mortalité, qui reflètent en grande partie les décès survenus chez les personnes âgées, le nombre d'années potentielles de vie perdues met l'accent sur les décès qui surviennent chez les personnes plus jeunes. Dans toute population, le décès d'un enfant, d'un adolescent ou d'un jeune adulte représente un plus grand nombre d'années potentielles de vie perdues que celui d'une personne âgée. Et, dans les régions à forte population autochtone, les jeunes représentent une part plus importante de la population que dans l'autre groupe de régions sociosanitaires. Par conséquent, les taux élevés d'APVP observés dans les régions où la population autochtone est forte reflètent dans une certaine mesure la proportion élevée de jeunes dans ces populations.

Pourtant, si l'on calcule les taux d'APVP pour chaque groupe d'âge, ils demeurent plus élevés dans les régions à forte population autochtone que dans les autres (tableau 2). Pour les nourrissons de moins d'un an, le taux d'APVP était de 730 années pour 1 000 années-personnes à risque dans les régions comptant un grand nombre d'Autochtones, comparativement à 410 pour les régions où ils sont peu nombreux. Pour les enfants de 1 à 14 ans et pour les jeunes adultes de 15 à 29 ans, les taux d'APVP étaient nettement plus de deux fois plus élevés dans les régions à forte population autochtone que dans l'autre groupe de régions. Bien que l'écart entre les taux d'APVP dans les régions à forte et à faible population autochtone diminue quelque peu lorsque l'âge augmente, il persiste pour presque tous les groupes âge-sexe.

Graphique 4

**Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans pour les traumatismes dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone, selon le sexe, Canada, 1995 à 1997**



**Sources des données :** Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

\* Valeur significativement plus élevée que celle observée pour les femmes ( $p < 0,05$ ).

Tableau 2

**Taux d'années potentielles de vie perdues (APVP) avant 75 ans pour 1 000 années-personnes à risque, toutes causes de décès confondues, selon le sexe et le groupe d'âge, régions sociosanitaires à forte et à faible population autochtone, Canada, 1995 à 1997**

	Taux d'APVP		Écart entre les taux	Rapport des taux
	Régions à forte population autochtone	Régions à faible population autochtone		
<b>Hommes et femmes</b>	<b>84</b>	<b>56</b>	<b>28*</b>	<b>1,49*</b>
<1 an	730	410	320*	1,78*
1 à 4 ans	54	19	34*	2,77*
5 à 9 ans	22	10	12*	2,24*
10 à 14 ans	27	11	16*	2,38*
15 à 19 ans	71	31	41*	2,32*
20 à 24 ans	85	34	51*	2,50*
25 à 29 ans	75	32	43*	2,35*
30 à 34 ans	62	37	25*	1,67*
35 à 39 ans	64	43	21*	1,48*
40 à 44 ans	64	54	9*	1,17*
45 à 49 ans	84	68	16*	1,23*
50 à 54 ans	115	89	26*	1,29*
55 à 59 ans	142	115	27*	1,24*
60 à 64 ans	159	133	25*	1,19*
65 à 69 ans	161	130	31*	1,24*
70 à 74 ans	71	69	3	1,04
<b>Hommes</b>	<b>104</b>	<b>72</b>	<b>33*</b>	<b>1,46*</b>
<1 an	785	449	336*	1,75*
1 à 4 ans	55	21	34*	2,63*
5 à 9 ans	25	11	14*	2,34*
10 à 14 ans	35	13	22*	2,69*
15 à 19 ans	97	42	55*	2,29*
20 à 24 ans	131	51	81*	2,59*
25 à 29 ans	107	46	61*	2,32*
30 à 34 ans	86	52	34*	1,64*
35 à 39 ans	79	59	21*	1,35*
40 à 44 ans	79	69	10	1,14
45 à 49 ans	99	83	16*	1,19*
50 à 54 ans	137	112	25*	1,23*
55 à 59 ans	168	143	25*	1,17*
60 à 64 ans	197	172	25*	1,15*
65 à 69 ans	201	171	30*	1,18*
70 à 74 ans	87	92	-5	0,94
<b>Femmes</b>	<b>62</b>	<b>41</b>	<b>21*</b>	<b>1,50*</b>
<1 an	672	370	303*	1,82*
1 à 4 ans	52	18	34*	2,95*
5 à 9 ans	20	9	10*	2,13*
10 à 14 ans	19	10	9*	1,95*
15 à 19 ans	44	18	25*	2,38*
20 à 24 ans	35	16	19*	2,12*
25 à 29 ans	43	18	25*	2,41*
30 à 34 ans	36	21	15*	1,70*
35 à 39 ans	48	28	20*	1,71*
40 à 44 ans	47	39	8	1,19
45 à 49 ans	66	53	14*	1,26*
50 à 54 ans	90	67	23*	1,34*
55 à 59 ans	113	87	26*	1,30*
60 à 64 ans	116	97	20*	1,20*
65 à 69 ans	119	93	25*	1,27*
70 à 74 ans	56	50	6*	1,12*

**Sources des données :** Base canadienne de données sur l'état civil, 1995 à 1997; estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997

**Nota :** Les chiffres présentés ont été arrondis, mais les calculs reposent sur des chiffres non arrondis.

\*  $p < 0,05$ .

## Mot de la fin

La présente analyse s'appuie sur le nombre d'années potentielles de vie perdues (APVP) pour quantifier la mortalité prématurée, selon l'âge, le sexe et la cause de décès, dans deux groupes de régions sociosanitaires. Les résultats font ressortir le caractère évitable d'une partie importante des vies perdues dans les régions où la proportion d'Autochtones est forte.

Dans l'ensemble, le taux d'APVP est environ 50 % plus élevé dans les régions où la population autochtone est forte que dans celles où elle est faible. Qui plus est, les taux d'APVP liés aux traumatismes (notamment le suicide et les accidents impliquant un véhicule à moteur) sont particulièrement élevés dans les régions sociosanitaires où résident un grand nombre d'Autochtones, surtout parmi les hommes.

Les taux d'APVP classés deuxième et troisième par ordre décroissant d'importance dans les régions à forte population autochtone sont ceux enregistrés pour le cancer et pour les maladies de l'appareil circulatoire. Ces taux reflètent la diminution de la mortalité liée à la plupart des maladies infectieuses (comme la tuberculose) et l'augmentation de la mortalité due aux maladies chroniques chez les Autochtones au cours des 50 dernières années<sup>2,5,6,8</sup>.

Néanmoins, la composante autochtone de la population n'est pas le seul facteur susceptible d'influer sur le taux d'APVP. Les liens entre la mortalité prématurée, la santé de la population et les déterminants de la santé, comme le statut socioéconomique, ne peuvent être écartés. Selon trois rapports récents, la majorité des 18 régions sociosanitaires formant le groupe à forte population autochtone ont les niveaux d'espérance de vie et (ou) d'espérance de vie sans incapacité les plus faibles au Canada<sup>11,23,24</sup>. Ces régions non seulement possèdent une population autochtone importante, mais sont aussi peu peuplées, éloignées des régions métropolitaines importantes et caractérisées par un taux de chômage élevé, un faible niveau de scolarité, un faible revenu du ménage et un recours supérieur à la moyenne aux paiements de transfert gouvernementaux. Donc, les taux élevés d'APVP observés dans les régions sociosanitaires à forte population autochtone ne sont peut-être pas dus uniquement à la mortalité plus élevée dans le



## Limites

Les estimations démographiques pour 1995, 1996 et 1997 ont été corrigées pour le sous-dénombrement net au recensement, mais au Recensement de 1996, ce sous-dénombrement était plus important pour les Autochtones que pour les autres segments de la population. Le recensement n'a pas été permis ou a été interrompu avant qu'il ne soit achevé dans 77 réserves et établissements indiens représentant environ 44 000 personnes<sup>25</sup>. En outre, les dénombremens des Autochtones varient d'un recensement au suivant, ce qui influe sur les estimations de la population autochtone<sup>5,25</sup>. En outre, la qualité des données sur les naissances, les décès et la migration chez les Autochtones, qui sont toutes nécessaires pour produire des estimations démographiques exactes, pourrait présenter des lacunes.

Le codage de la cause de décès peut être erroné; par conséquent, il se pourrait que des problèmes de qualité des données aient des répercussions sur les nombres d'APVP calculés pour certaines causes. Toutefois, ce genre d'erreur de classification ne devrait pas être plus courant pour un groupe de régions sociosanitaires que pour l'autre.

Les analyses qui s'appuient sur une seule cause initiale de décès pourraient sous-estimer l'importance des autres causes qui ont contribué au décès. Par exemple, le diabète de type II, dont la prévalence est élevée chez les Autochtones<sup>5,6</sup>, est un facteur qui contribue fréquemment au décès subséquent dû à une maladie de l'appareil circulatoire ou à une insuffisance rénale. Il convient donc de tenir compte des effets éventuels de ces causes « concurrentes » lors de l'interprétation des résultats de la présente analyse.

segment autochtone de la population. Les autres facteurs jouant un rôle dans ces régions, comme l'éloignement, la ruralité et le faible statut socioéconomique, pourraient contribuer à la mortalité prématurée et, en principe, devraient avoir un effet comparable sur les résidents autochtones et non autochtones.

Cependant, une étude réalisée en Australie en 2001 dans laquelle l'éloignement et les conditions socioéconomiques défavorables étaient prises en compte dans les divisions statistiques de ce pays révèle que ces deux facteurs sont corrélés aux taux de mortalité, mais le facteur pour lequel la corrélation est la plus forte est la proportion de résidents qui se

Il se pourrait que les décès dans les régions éloignées fassent l'objet d'un certain sous-dénombrement, mais on pense que l'importance de ce dernier est faible.

La dichotomie forte/faible population autochtone utilisée pour caractériser les régions sociosanitaires ne permet pas de procéder à une analyse spécifique des APVP parmi les populations autochtones. Dans l'ensemble, dans le groupe à forte proportion autochtone, seulement 35 % des membres de la population étaient autochtones, si bien que le nombre d'années potentielles de vie perdues dans ces régions n'est pas synonyme d'APVP parmi les peuples autochtones. Contrairement à des pays comme l'Australie et les États-Unis, le Canada n'inclut pas l'identité autochtone sur les enregistrements de décès<sup>7,26,27</sup>, quoiqu'en Colombie-Britannique<sup>28</sup> et au Manitoba<sup>29</sup>, les données de l'état civil soient couplées aux fichiers de vérification du statut du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien. Cependant, il n'existe aucun moyen de déterminer l'identité autochtone pour le Canada dans son ensemble d'après la Base canadienne de données sur l'état civil de Statistique Canada.

Le nombre d'APVP est un indicateur descriptif de la santé de la population qui accorde plus de « poids » aux décès survenant chez les jeunes. On pourrait soutenir que la perte d'une personne âgée (qui représente un moins grand nombre d'APVP) est toute aussi importante, en ce sens qu'elle réduit le réservoir culturel de la collectivité. Cependant, la valeur des APVP tient au fait qu'elle met en relief les causes des décès prématurés et, par conséquent, souvent évitables, alors que les décès survenant chez les personnes âgées font partie du cours normal de la vie.

déclarent Autochtones<sup>30</sup>. Par conséquent, les facteurs géographiques et socioéconomiques (non mesurés dans la présente analyse) contribuent sans doute à l'écart entre les taux d'APVP observés pour les deux groupes de régions sociosanitaires, mais une part de celui-ci est presque certainement attribuable à la différence de composition concernant les Autochtones. Une étude supplémentaire sera nécessaire pour déterminer si une vie plus courte comptant un plus grand nombre d'années en mauvaise santé est un attribut caractéristique des populations autochtones ou s'il s'applique à toutes les personnes, indépendamment de leur ethnicité, qui vivent dans une région sociosanitaire où la

proportion de résidents autochtones est forte. Le couplage d'enregistrements<sup>31</sup> est une des méthodes auxquelles il est techniquement possible d'avoir recours et qui pourrait fournir des renseignements intéressants sur la relation entre l'état de santé, la mortalité et le statut d'Autochtone<sup>2,30</sup>. Malheureusement, à l'heure actuelle, les bases de données contenant des renseignements sur l'identité autochtone ne sont pas couplées à la Base canadienne de données sur l'état civil.

Au Canada, les autorités des régions sociosanitaires assument de plus en plus la responsabilité des services de santé et des services sociaux<sup>32</sup>. L'analyse des causes des années potentielles de vie perdues à l'échelle de la région sociosanitaire est importante en ce qui concerne la prestation de ces services. Le présent examen de la

mortalité prématurée illustre la perte causée par les traumatismes dans les régions sociosanitaires où la population autochtone est nombreuse et témoigne de l'observation faite en 2003 dans un rapport de Santé Canada selon laquelle même une réduction partielle des taux de mortalité par traumatisme aurait un effet considérable sur les taux de mortalité prématurée et sur la santé de la population en général<sup>2</sup>. Cela est particulièrement vrai dans les collectivités éloignées et isolées du Nord comptant une forte population autochtone. En effet, dans ces dernières, le fardeau sociétal<sup>1,2</sup> imposé par la mortalité prématurée, et en grande partie évitable, laisse entendre que des politiques de santé publique ou d'autres stratégies efficaces pourraient réduire le dommage causé par les traumatismes. ●

## Références

1. E.R. Rhoades, *American Indian Health: Innovations in Health Care, Promotion and Policy*, Baltimore, Maryland, Johns Hopkins University Press, 2000.
2. Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2003.
3. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, *Rassembler nos forces* (n° Z1-1991/1-3f au catalogue), Ottawa, Groupe Communication Canada, 1996.
4. Santé Canada, *Tendances relatives au taux de mortalité des premières nations, 1979-1993* (n° 34-79/1993F au catalogue), Ottawa, ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 1996.
5. Santé Canada, *La santé des Premières nations et des inuits au Canada – Un second diagnostic*, Ottawa, Santé Canada, 1999.
6. Santé Canada, *Les Canadiens en santé – Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2002*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
7. J. Cunningham et Y. Paradies, *Mortality of Aboriginal and Torres Strait Islander Australians, 1997*, parution occasionnelle (n° 3315.0 au catalogue), Canberra, Australie, Australian Bureau of Statistics, 2000.
8. F. Trovato, « Aboriginal mortality in Canada, the United States and New Zealand », *Journal of Biosocial Science*, 33, 2001, p. 67-86.
9. Statistique Canada, *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne* (n° 82-570-XIF au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 1999.
10. Statistique Canada; Institut canadien d'information sur la santé, *Indicateurs de la santé*, (n° 82-221-XIF au catalogue), 2000; 2000(1), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2000.
11. J. Gilmore et B. Wannell, « Espérance de vie », dans « La santé de la population canadienne », *Rapports sur la santé*, 11(3), 1999, p. 9-24 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
12. Statistique Canada, *Régions socio-sanitaires en l'an 2000, CD-ROM : limites, renseignements géographiques et estimations démographiques* (n° 82F0082XCB au catalogue), Ottawa, ministre de l'Industrie, 2000.
13. J.M. Romeder et J.R. McWinnie, « Potential years of life lost between ages 1 and 70: An indicator of premature mortality for health planning », *International Journal of Epidemiology*, 6, 1977, p. 143-151.
14. A.K. Marlow, « Potential years of life lost: What is the denominator? », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 49, 1995, p. 320-322.
15. A. Ortega et M. Puig, « Influence of different upper age limits on the Years of Potential Life Lost index », *European Journal of Epidemiology*, 8, 1992, p. 875-877.
16. L.J. Kirmayer, G.M. Brass et G.L. Tait, « The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community », *Revue canadienne de psychiatrie*, 45, 2000, p. 607-616.
17. E. Single, J. Rehm, L. Robson *et al.*, « The relative risks and etiologic fractions of different causes of death and disease attributable to alcohol, tobacco and illicit drug use in Canada », *Journal de l'Association médicale canadienne*, 162, 2000, p. 1669-1675.
18. T.N. Chikritzhs, H.A. Jonas, T.R. Stockwell *et al.*, « Mortality and life-years lost due to alcohol: A comparison of acute and chronic causes », *Medical Journal of Australia*, 174, 2001, p. 281-284.
19. B.R. Shah, J.E. Hux et B. Zinman, « Increasing rates of ischemic heart disease in the native population of Ontario, Canada », *Archives of Internal Medicine*, 160, 2000, p. 1862-1866.

20. S.S. Anand, S. Yusuf, R. Jacobs *et al.*, « Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada, the Study of Health Assessment and Risk Evaluation in Aboriginal Peoples (SHARE-AP) », *Lancet*, 358, 2001, p. 1147-1153.
21. J. Chen, M. Fair, R. Wilkins *et al.*, « Niveau de scolarité de la mère et mortalité fœtale et infantile au Québec », *Rapports sur la santé*, 10(2), 1998, p. 57-70 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
22. Organisation mondiale de la santé, *Manuel de la classification statistique internationale des maladies, traumatismes et causes de décès*, fondé sur les recommandations de la Conférence pour la 9<sup>e</sup> révision, 1975, Genève, Organisation mondiale de la santé, 1977.
23. M. Shields et S. Tremblay, « La santé dans les collectivités canadiennes », *Rapports sur la santé*, 13(supplément), 2002, p. 9-35 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
24. F. Mayer, N. Ross, J.-M. Berthelot *et al.*, « Espérance de vie sans incapacité selon la région socio-sanitaire », *Rapports sur la santé*, 13(4), 2002, p. 53-66 (Statistique Canada, n° 82-003 au catalogue).
25. Statistique Canada, « Le Recensement de 1996 – Données sur les Autochtones », *Le Quotidien*, Ottawa, ministre de l'Industrie, 13 janvier 1998.
26. B.A. Carr et E.S. Lee, « Navajo tribal mortality: A life table analysis of the leading causes of death », *Social Biology*, 25, 1978, p. 279-287.
27. M.C. Mahoney, A.M. Michalek, K.M. Cummings *et al.*, « Years of potential life lost among a Native American population », *Public Health Reports*, 104, 1989, p. 279-285.
28. BC Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors, Division of Vital Statistics, *Regional Analysis of Health Statistics for Status Indians in British Columbia. Birth-related and Mortality Summaries for British Columbia and 20 Health Regions*, Victoria, BC Vital Statistics, 148, juillet 2001 [[www.vs.gov.bc.ca/stats/pdf/hrindianreport.pdf](http://www.vs.gov.bc.ca/stats/pdf/hrindianreport.pdf)].
29. Manitoba Centre for Health Policy (MCHP), *The Health and Health Care Use of Registered First Nations People Living in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg, MCHP, 2002.
30. D. Wilkinson, P. Ryan et J. Hiller, « Variation in mortality rates in Australia: correlation with Indigenous status, remoteness and socio-economic deprivation », *Journal of Public Health Medicine*, 23, 2001, p. 74-77.
31. A. Probert, « Le couplage des dossiers », *Bulletins de recherche sur les politiques de santé*, Santé Canada, 5, 2003, p. 30-31.
32. E.C. Paluck, D.L. Williamson, C.D. Milligan *et al.*, « The use of population health and health promotion research by health regions in Canada », *La revue canadienne de santé publique*, 92, 2001, p. 19-23.

## Annexe

Tableau A

Population et espérance de vie, régions sociosanitaires à forte proportion ( $\geq 19\%$ ) de résidents autochtones<sup>†</sup>, Canada, 1995 à 1997

Région sociosanitaire			Population de 1996		Espérance de vie (années)
Numéro	Nom	Province/Territoire	Numéro	Proportion d'Autochtones <sup>†</sup>	
				%	
1006	Health Labrador Corporation <sup>‡</sup>	Terre-Neuve	25 693	28,7	74,9
2417	Nunavik <sup>‡</sup>	Québec	8 905	87,6	65,4
2418	Terres-Cries-de-la-Baie-James <sup>‡</sup>	Québec	11 597	92,1	73,9
3549	Northwestern <sup>‡</sup>	Ontario	84 450	22,2	74,3
4620	North Eastman <sup>‡</sup>	Manitoba	38 182	19,7	77,6
4660	Parkland <sup>‡</sup>	Manitoba	43 558	21,1	77,4
4670	Norman <sup>‡</sup>	Manitoba	23 621	36,9	74,6
4680	Burntwood <sup>§</sup>	Manitoba	45 167	65,0	72,9
4690	Churchill <sup>§</sup>	Manitoba	1 111	45,0	72,9
4709	Prince Albert (Region I)	Saskatchewan	75 632	24,9	78,4
4710	North Battleford (Region J) <sup>‡</sup>	Saskatchewan	67 728	23,4	77,3
4711	Northern Health Services <sup>‡</sup>	Saskatchewan	32 172	78,1	73,3
4815	Keeweenaw Lakes <sup>‡</sup>	Alberta	23 563	45,5	74,8
4817	Northwestern	Alberta	17 639	35,1	80,0
5913	North West <sup>‡</sup>	Colombie-Britannique	90 212	21,5	77,9
6001	Yukon <sup>‡</sup>	Yukon	31 938	19,3	75,7
6101	Territoires du Nord-Ouest <sup>‡</sup>	Territoires du Nord-Ouest	41 829	45,4	76,8
6201	Nunavut <sup>‡</sup>	Nunavut	25 947	80,4	69,8
	Total des régions sociosanitaires dont la proportion de résidents autochtones est $\geq 19\%$		688 944	35,1	75,9
	Autres régions sociosanitaires		28 982 948	2,1	78,4
<b>Total</b>	<b>Canada</b>		<b>29 671 892</b>	<b>2,9</b>	<b>78,3</b>

Sources des données : Références n<sup>os</sup> 10 et 12

<sup>†</sup> Auto-identifié au Recensement de 1996.

<sup>‡</sup> Parmi les régions sociosanitaires où l'espérance de vie et l'espérance de vie sans incapacité sont les plus faibles (référence n<sup>o</sup> 25).

<sup>§</sup> Les espérances de vie pour Burntwood et Churchill ont été combinées.