

## Rapports sur la santé

# Issues des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

par Amanda J. Sheppard, Gabriel D. Shapiro, Tracey Bushnik,  
Russell Wilkins, Serenity Perry, Jay S. Kaufman, Michael S. Kramer  
et Seungmi Yang

Date de diffusion : le 15 novembre 2017



Statistique  
Canada

Statistics  
Canada

Canada

---

## Comment obtenir d'autres renseignements

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

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

**Courriel** à [STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca](mailto:STATCAN.infostats-infostats.STATCAN@canada.ca)

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

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

**Programme des services de dépôt**

- |                             |                |
|-----------------------------|----------------|
| • Service de renseignements | 1-800-635-7943 |
| • Télécopieur               | 1-800-565-7757 |

## Normes de service à la clientèle

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

## Note de reconnaissance

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

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2017

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

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

*This publication is also available in English.*

---

# Issues des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis

par Amanda J. Sheppard, Gabriel D. Shapiro, Tracey Bushnik, Russell Wilkins, Serenity Perry, Jay S. Kaufman, Michael S. Kramer et Seungmi Yang

## Résumé

**Contexte :** Les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont un risque supérieur d'issues défavorables des grossesses par rapport aux non-Autochtones. Cependant, il existe relativement peu de renseignements périnataux à l'échelle nationale pour les peuples autochtones en général ou des groupes d'identité particuliers.

**Données et méthodes :** Cette analyse décrit et compare les taux de naissances prématurées, de naissances de petite taille pour l'âge gestationnel, de naissances de grande taille pour l'âge gestationnel, de mortinaissances et de mortalité infantile (néonatale, postnéonatale et attribuable à une cause) dans un échantillon représentatif à l'échelle nationale de naissances de mères des Premières Nations, inuites et métisses et de mères non autochtones. La cohorte de l'étude était constituée de 17 547 naissances de mères autochtones et de 112 112 naissances de mères non autochtones ayant eu lieu de 2004 à 2006. La cohorte a été créée à la suite du couplage de la Base canadienne de données sur les naissances vivantes, les décès infantiles et les mortinaissances au questionnaire détaillé du Recensement de 2006, qui renfermait un code d'autodéclaration comme Autochtone.

**Résultats :** À l'exception de la petite taille pour l'âge gestationnel, les issues défavorables des grossesses se sont produites plus fréquemment chez les femmes des Premières Nations, inuites et métisses que chez les femmes non autochtones. Les Inuites affichaient le taux de naissance prématurée le plus élevé (11,4 pour 100 naissances; intervalle de confiance [IC] de 95 % : 9,7 à 13,1) parmi les trois groupes autochtones. Le taux de naissances de grande taille pour l'âge gestationnel était le plus élevé pour les naissances de mères des Premières Nations (20,9 pour 100 naissances; IC de 95 % : 19,9 à 21,8). Les taux de mortalité infantile étaient plus de deux fois supérieurs chez chaque groupe autochtone par rapport à la population non autochtone. Les taux de syndrome de mort subite du nourrisson étaient plus de sept fois supérieurs chez les Premières Nations et les Inuits.

**Discussion :** Les résultats confirment les disparités concernant les issues des grossesses chez les populations autochtones et non autochtones, et illustrent les différences entre les Premières Nations, les Métis et les Inuits.

**Mots clés :** Mortalité infantile, grande taille pour l'âge gestationnel, naissance prématurée, petite taille pour l'âge gestationnel, mortinaissance.

Selon les rapports, les issues des grossesses chez les peuples autochtones, c'est-à-dire les Premières Nations, les Inuits et les Métis, sont, de manière constante, moins favorables que celles au sein de la population non autochtone<sup>1</sup>. Cependant, il existe relativement peu de renseignements à l'échelle nationale sur les peuples autochtones en général ou les groupes d'identité autochtone particuliers, qui ont des langues, des coutumes, des cultures et des expériences coloniales uniques.

Un examen systématique et des méta-analyses des issues des grossesses chez les femmes autochtones (principalement du Canada, des États-Unis et de l'Australie) soulignaient les facteurs associés au risque supérieur : accès réduit aux soins prénatals normalisés; estimation inexacte de l'âge gestationnel et complications subséquentes des grossesses prolongées; troubles médicaux préexistants; taux élevés de grossesses multiples; jeune âge de la mère; état matrimonial; faible niveau de scolarité<sup>2</sup>. Les déterminants vont au-delà des comportements influant sur la santé et des caractéristiques socioéconomiques<sup>3</sup>, et comprennent le patrimoine des politiques qui ont causé des traumatismes intergénérationnels ayant eu une incidence sur la santé physique et mentale des personnes, des familles et des communautés<sup>4,5</sup>. En outre, les responsabilités des secteurs de compétence pour la prestation des services de santé aux Autochtones sont complexes et varient selon la région; les difficultés s'accroissent dans les collectivités de petite taille et éloignées<sup>6,7</sup>.

Les données sur les issues périnatales chez les Premières Nations et les Inuits sont restreintes aux provinces du Québec (un indicateur de la première langue parlée sert comme mesure indirecte pour identifier les Premières Nations et les Inuits<sup>8</sup>), du Manitoba (le statut de Première Nation est attribué en fonction de l'autodéclaration des parents<sup>9</sup>) et de la Colombie-Britannique (l'autodéclaration et le couplage d'enregistrements servent à identifier les Premières Nations<sup>10</sup>), ainsi qu'aux régions de règlement des revendications territoriales des Inuits (on suppose que la plupart des enfants en bas âge sont d'ascendance inuite<sup>11</sup>). Les données sur les issues de grossesses des Métis n'existent que pour le Manitoba, où l'identité métisse a été établie au moyen d'une liste de membres de la Fédération des Métis du Manitoba et de l'autodéclaration dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes et de l'Enquête nationale sur la santé de la population<sup>12</sup>.

En raison du manque de données uniformes, de l'utilisation de différentes méthodes d'analyse et de la rareté de certaines issues de grossesses, des estimations très variables ont été publiées pour les naissances prématurées<sup>13-17</sup>, les naissances de petite taille pour l'âge gestationnel<sup>9,10,13,15,18</sup>, les naissances de grande taille pour l'âge gestationnel<sup>8-10,15,18</sup>, les mortinaissances<sup>13,15,17</sup>, ainsi que la mortalité infantile<sup>9,10,13,15,18</sup> chez les peuples autochtones.

Cette étude examine les issues périnatales défavorables chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis dans le cadre d'un échantillon représentatif à l'échelle nationale, en fonction des enregistrements de naissance et de décès couplés aux données du recensement. On cherche principalement à décrire et à comparer les taux de naissances prématurées de naissances de petite taille pour l'âge gestationnel, de naissances de grande taille pour l'âge gestationnel, de mortinaissances et de mortalité infantile (néonatale, postnéonatale et attribuable à une cause) pour un échantillon inclusif des trois groupes autochtones et de la population non autochtone pour la période de 2004 à 2006.

## Données et méthodes

### Sources des données

L'analyse porte sur une cohorte de naissances simples (du 16 mai 2004 au 15 mai 2006) qui a été créée en couplant la Base canadienne de données sur les naissances vivantes, les décès infantiles et les mortinaissances aux résultats du Recensement de 2006, le recensement avec questionnaire détaillé le plus récent qui était accessible. Le couplage a été réalisé en fonction de la date de naissance et du sexe de l'enfant, des dates et des lieux de naissance de la mère et du père, ainsi que du code postal. Un taux de couplage global de 90 % a été atteint, assorti d'un taux d'appariements faussement positifs inférieur à 1 %. Les méthodes utilisées pour produire cet ensemble de données sont décrites ailleurs<sup>19</sup>.

Le questionnaire détaillé du recensement a été distribué à 20 % des ménages. Il a recueilli des données sur les caractéristiques socioéconomiques et démographiques, dont l'identité autochtone. Les Premières Nations qui vivent hors réserve, les Inuits vivant hors de leurs territoires traditionnels et les Métis ont été choisis au hasard dans ces ménages. En outre, les réserves et les régions éloignées ont été surreprésentées dans l'échantillon; c'est-à-dire qu'on a demandé à la totalité des ménages dans ces régions de remplir le questionnaire

détaillé<sup>20</sup>. C'est pourquoi l'ensemble de données fournit des renseignements périnataux sur une cohorte de naissances représentative à l'échelle nationale qui comprend des codes d'identification pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

### Identité autochtone

Il a été possible de déterminer l'identité autochtone au moyen de la question du Recensement de 2006 suivante : « Cette personne est-elle un Autochtone, c'est-à-dire un Indien de l'Amérique du Nord, un Métis ou un Inuit (Esquimau)? » Parmi les options de réponse, il y avait « Non », « Oui, Indien de l'Amérique du Nord », « Oui, Métis » ou « Oui, Inuit (Esquimau) ». Le terme « Autochtone » renvoie aux personnes qui ont répondu « Oui » à une de ces catégories; le terme « Premières Nations » renvoie aux personnes qui ont répondu « Oui, Indien de l'Amérique du Nord ». Dans le cadre de la présente analyse, les répondants au recensement qui ont déclaré plus d'une identité autochtone (0,3 % de la catégorie de l'identité autochtone combinée) ont été ajoutés au total des Autochtones, mais ont été exclus des groupes particuliers.

### Résultats et facteurs descriptifs

Parmi les issues périnatales, il y avait la naissance prématurée (avant 37 semaines de gestation), la naissance de petite taille pour l'âge gestationnel (poids à la naissance selon le sexe inférieur au 10<sup>e</sup> centile pour l'âge gestationnel, en fonction de la référence canadienne<sup>21</sup>), la naissance de grande taille pour l'âge gestationnel (poids à la naissance selon le sexe supérieur au 90<sup>e</sup> centile pour l'âge gestationnel), la mortinaissance, le décès de l'enfant attribuable à n'importe quelle cause, le décès néonatal, le décès postnéonatal et le décès de l'enfant attribuable à une cause. L'âge de la mère, l'âge du père, les issues périnatales et la parité étaient tirés des données du registre des naissances. La cause du décès a été déterminée au moyen des codes de la *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième*

*révision* (CIM-10) tirés des données des enregistrements de décès, et a été codée selon les groupements modifiés de l'International Collaborative Effort on Perinatal and Infant Mortality<sup>22</sup>. L'état matrimonial et le niveau de scolarité de la mère étaient tirés du recensement.

### Analyses statistiques

Les caractéristiques parentales et les issues défavorables des grossesses ont été comparées en fonction de l'identité autochtone. Les analyses étaient restreintes aux naissances simples, puisque les naissances multiples sont plus susceptibles d'avoir des issues défavorables, comme la mortalité périnatale<sup>23</sup>.

Pour tenir compte des préoccupations concernant la qualité des données sur l'enregistrement des naissances en Ontario, une analyse de sensibilité a été réalisée afin d'évaluer l'effet qu'aurait le fait d'omettre cette province dans le cadre de l'étude<sup>22,24</sup>. Après examen, les données de l'Ontario ont été conservées parce qu'aucune preuve concrète de biais n'a été observée (les données de l'Ontario sont accessibles sur demande). Cela a permis l'ajout de 2 085 naissances de mères autochtones (Premières Nations = 1 754; Métis = 302; Inuits = 22; identités autochtones multiples = 7), ce qui représentait 12 % de toutes les naissances autochtones de la cohorte.

La répartition des facteurs de l'étude a été comparée par groupe. Toutes les analyses ont été pondérées avec le poids d'échantillonnage de la cohorte. Des intervalles de confiance (IC) ont été calculés au moyen de poids bootstrap pour tenir compte de l'échantillonnage, de la non-réponse et du processus de couplage<sup>19</sup>. Pour déterminer la limite de confiance supérieure de 95 % pour les taux de mortalité attribuable à une cause de 0, la limite de confiance supérieure de 95 % a été divisée, en fonction d'une répartition de Poisson supposée avec 0 événement observé, par le dénominateur non pondéré. Toutes les analyses de données ont été réalisées au moyen de la version 9.1 de SAS.

Tableau 1

## Caractéristiques parentales, selon l'identité autochtone, naissances simples, Canada, 2004 à 2006

Caractéristiques	Autochtones									
	Non-Autochtones		Total		Premières Nations		Métis		Inuits	
	Nombre non pondéré	% pondéré	Nombre non pondéré	% pondéré	Nombre non pondéré	% pondéré	Nombre non pondéré	% pondéré	Nombre non pondéré	% pondéré
<b>Total</b>	112 112	100,0	17 547	100,0	13 506	100,0	2 267	100,0	1 730	100,0
<b>Groupe d'âge de la mère</b>										
Moins de 20 ans	2 891	3,1	3 395	18,6	2 722	20,5	285	12,7	379	24,0
20 à 34 ans	88 585	79,0	12 703	73,5	9 675	71,5	1 777	79,0	1 220	68,9
35 ans et plus	20 597	17,9	1 445	7,9	1 105	7,9	205	8,4	131	7,2
<b>Groupe d'âge du père</b>										
Moins de 20 ans	762	0,8	1 218	6,1	1 077	7,5	73	3,1	66	4,0
20 à 34 ans	70 496	62,9	10 102	60,0	7 892	59,0	1 436	65,8	750	44,8
35 ans et plus	36 770	32,4	2 831	16,3	2 218	16,3	397	16,9	203	12,1
Caractéristique manquante	4 084	3,8	3 396	17,6	2 319	17,1	361	14,2	711	39,1
<b>État matrimonial de la mère</b>										
Non mariée <sup>1</sup>	25 955	26,3	10 271	68,8	7 923	73,5	959	54,0	1 363	82,0
Mariée ou conjointe de fait	76 048	73,7	3 805	31,2	2 709	26,5	781	46,0	302	18,0
<b>Niveau de scolarité de la mère</b>										
Sans diplôme d'études secondaires	13 062	11,3	9 794	46,7	7 887	52,9	743	28,5	1 147	62,4
Diplôme d'études secondaires	23 866	21,9	3 743	24,5	2 849	23,2	627	29,4	260	17,4
Diplôme d'études postsecondaires	40 103	36,0	3 343	23,1	2 322	19,4	713	33,0	291	18,4
Grade universitaire	35 048	30,9	622	5,6	410	4,6	182	9,1	27	1,8
<b>Parité</b>										
0	50 668	46,6	5 450	38,6	4 155	35,8	920	46,1	361	33,0
1 ou 2	54 505	47,8	7 079	43,5	5 532	43,1	1 049	45,3	475	37,7
Plus de 2	6 735	5,7	4 327	17,9	3 646	21,1	279	8,6	396	29,3

<sup>1</sup> célibataire, veuve, divorcée, séparée ou jamais mariée si elle n'est pas en union libre

Note : p < 0,01 des tests du khi carré pour toutes les variables, comparaison entre des non-Autochtones et des Autochtones, et comparaison des trois populations autochtones.

Source : Base de données sur la cohorte canadienne de naissance du Recensement de 2006.

## Résultats

La cohorte était constituée de 17 547 naissances simples de mères autochtones et de 112 112 naissances simples de mères non autochtones. Les Premières Nations représentaient la majorité (77 %) des naissances autochtones.

Dans l'ensemble, les mères métisses, inuites et des Premières Nations étaient plus jeunes, moins susceptibles d'être mariées et d'être en union libre, moins susceptibles d'avoir un diplôme d'études secondaires, et avaient eu davantage de naissances antérieures que les mères non autochtones (tableau 1). Les pères autochtones avaient tendance à être plus jeunes que les non-Autochtones au moment de la naissance. Cependant, cette donnée était absente plus fréquemment des enregistrements (18 % contre 4 %).

Parmi les groupes autochtones, les mères inuites étaient les plus jeunes (24 % étaient âgées de moins de 20 ans), étaient plus susceptibles de ne pas être

mariées (82 %) et étaient moins susceptibles d'avoir un diplôme d'études secondaires (62 %); près de 30 % d'entre elles avaient déjà donné naissance à au moins trois enfants vivants. Les mères métisses étaient les plus susceptibles d'avoir un diplôme universitaire (9 %) et étaient les moins susceptibles d'être âgées de moins de 20 ans (13 %).

À l'exception des naissances de petite taille pour l'âge gestationnel, les enfants autochtones en bas âge affichaient des taux d'issues défavorables des grossesses plus élevés que les enfants non autochtones (tableau 2). Les enfants inuits en bas âge affichaient le taux de naissance prématurée le plus élevé (11,4 %; IC de 95 % : 9,7 % à 13,1 %). Les enfants en bas âge des Premières Nations avaient le taux de naissances de petite taille pour l'âge gestationnel le plus faible (5,8 %; IC de 95 % : 5,2 % à 6,3 %) et le taux de naissances de grande taille pour l'âge gestationnel le plus élevé (20,9 %; IC : 19,9 % à 21,8 %).

Les taux de mortalité infantile étaient plus de deux fois supérieurs pour chaque groupe autochtone, par rapport à la population non autochtone. Les décès postnéonataux représentaient près de la moitié de tous les décès d'enfants en bas âge au sein de la population autochtone par rapport à environ le quart de tous les décès d'enfants en bas âge au sein de la population non autochtone.

Les taux de décès par syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN — décès soudain et inattendu d'un enfant de moins de 1 an qui semble en bonne santé) étaient plus de sept fois supérieurs au sein des populations des Premières Nations et inuites (2,2; IC de 95 % : 1,4 à 3,6 et 2,5; IC de 95 % : 1,9 à 3,3 pour 1 000 naissances vivantes respectivement) que dans la population non autochtone (0,3; IC de 95 % : 0,2 à 0,5) (tableau 3). Le SMSN représentait 24 % des décès d'enfants en bas âge des Premières Nations et 21 % des décès d'enfants en bas âge inuits. Il s'agissait de la principale cause de mor-

Tableau 2

## Taux d'issues défavorables des grossesses, selon l'identité autochtone, naissances simples, Canada, 2004 à 2006

Issues défavorables des grossesses	Non-Autochtones			Autochtones			Valeur- p**	Premières Nations			Métis			Inuits			Valeur- p†
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %				Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			
	Taux	de	à	Taux	de	à		Taux	de	à	Taux	de	à	Taux	de	à	
Naissances prématurées (pour 100)	6,7	6,6	6,9	8,7	8,1	9,3	< 0,01	9,0	8,2	9,7	7,6	6,3	8,9	11,4	9,7	13,1	< 0,01
Naissances de petite taille pour l'âge gestationnel (pour 100)	8,6	8,5	8,8	6,6	6,0	7,1	< 0,01	5,8	5,2	6,3	8,3	6,8	9,7	8,0	6,3	9,7	< 0,01
Naissances de grande taille pour l'âge gestationnel (pour 100)	10,6	10,5	10,8	18,8	18,1	19,6	< 0,01	20,9	19,9	21,8	14,4	12,7	16,1	15,6	13,5	17,7	< 0,01
Mortinaissances (pour 1 000)	5,6	5,3	5,8	9,0	7,0	11,0	< 0,01	10,4	7,8	12,9	5,7	1,8	9,5	9,7	5,0	14,4	0,01
Mortalité infantile (pour 1 000 naissances vivantes)	4,4	4,2	4,7	9,6	7,8	11,5	< 0,01	9,2	7,5	11,3	10,5	7,1	15,5	12,3	9,9	15,2	0,52
Décès néonataux (pour 1 000 naissances vivantes)	3,4	3,1	3,6	4,9	3,5	6,3	< 0,01	4,4	3,4	5,8	7,5	4,6	12,3	7,2	5,4	9,7	0,04
Décès postnéonataux (pour 1 000 naissances vivantes)	1,1	0,9	1,3	4,8	3,4	6,1	< 0,01	4,8	3,6	6,4	3,1	1,5	6,1	5,1	4,0	6,4	0,29

\*\* Des tests du khi carré pour comparer la population non autochtone à la population autochtone

† Des tests du khi carré pour comparer dans l'ensemble les trois populations autochtones

Source : Base de données sur la cohorte canadienne de naissance du Recensement de 2006.

Tableau 3

## Taux de mortalité infantile attribuable à une cause pour 1 000 naissances vivantes selon les groupements modifiés de l'International Collaborative Effort, selon l'identité autochtone, naissances simples, Canada, 2004 à 2006

Groupement de l'International Collaborative Effort	Autochtones														
	Non-Autochtones			Total			Premières Nations			Métis			Inuits		
	Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %		
Taux	de	à	Taux	de	à	Taux	de	à	Taux	de	à	Taux	de	à	
Anomalies congénitales	1,3	1,1	1,5	2,2	1,6	3,0	1,9	1,5	2,5	3,1	1,4	6,6	x	x	x
Troubles associés à l'asphyxie	0,6	0,4	0,8	0,6	0,3	1,1	0,4	0,2	0,6	x	x	x	x	x	x
Troubles associés à l'immaturation	1,2	1,0	1,4	1,6	1,0	2,5	2,0	1,2	3,4	x	x	x	x	x	x
Infections	0,3	0,2	0,4	1,4	0,8	2,4	1,0	0,5	1,9	x	x	x	x	x	x
Syndrome de mort subite du nourrisson	0,3	0,2	0,5	2,0	1,3	2,9	2,2	1,4	3,6	x	x	x	2,5	1,9	3,3
Autres causes de décès inexplicables	0,1	0,1	0,2	0,8	0,4	1,5	0,7	0,3	1,5	x	x	x	x	x	x
Causes externes	0,1	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	1,7
Autres causes	0,6	0,5	0,8	1,2	0,8	1,8	1,0	0,7	1,5	x	x	x	x	x	x

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

Source : Base de données sur la cohorte canadienne de naissance du Recensement de 2006.

talité infantile au sein des deux groupes, tandis qu'elle représentait 7 % des décès d'enfants en bas âge au sein de la population non autochtone. En raison des faibles valeurs dans la cellule, il était, dans l'ensemble, impossible de déclarer les taux de mortalité attribuables à une cause chez les Métis et les Inuits.

## Discussion

La cohorte de naissances de 2004 à 2006 couplée au recensement donne

l'occasion d'examiner les issues de grossesses des Premières Nations, des Inuits et des Métis à l'échelle nationale. Les conclusions confirment les rapports antérieurs concernant les disparités entre les Canadiens autochtones et les Canadiens non autochtones, et ajoutent à l'information accessible des comparaisons entre les trois principaux groupes d'Autochtones.

Des études antérieures ont montré des taux supérieurs de naissances prématurées, de naissances de grande taille pour

l'âge gestationnel, de mortinaissances et de décès d'enfants en bas âge chez les mères des Premières Nations par rapport aux mères non autochtones, ainsi que des taux supérieurs de naissances de grande taille pour l'âge gestationnel et de mortinaissances chez les Premières Nations, par rapport aux Inuits et aux Métis. Parmi les risques associés à ces issues, mentionnons le diabète préexistant<sup>25</sup>, des soins prénataux inadéquats<sup>26</sup> et des mères qui étaient elles-mêmes nées prématurément ou qui avaient une grande taille

## *Ce que l'on sait déjà sur le sujet*

- Selon les déclarations, les issues des grossesses chez les peuples autochtones sont, de manière constante, moins favorables que celles au sein de la population non autochtone.
- Il existe relativement peu de renseignements périnataux à l'échelle nationale sur les peuples autochtones en général et des groupes d'identité particuliers.

## *Ce qu'apporte l'étude*

- Une cohorte des naissances qui ont eu lieu entre le 16 mai 2004 et le 15 mai 2006 a été créée en couplant la Base canadienne de données sur les naissances vivantes, les décès infantiles et les mortinaissances aux données du questionnaire détaillé du Recensement de 2006.
- L'ensemble de données fournit des renseignements périnataux représentatifs à l'échelle nationale sur les Premières Nations, les Inuits et les Métis.
- À l'exception des naissances de petite taille pour l'âge gestationnel, les enfants autochtones en bas âge affichaient des taux d'issues défavorables des grossesses plus élevés que les enfants non autochtones.
- Les enfants en bas âge inuits affichaient le taux de naissance prématurée le plus élevé.
- Les enfants en bas âge des Premières Nations affichaient le taux de naissances de petite taille pour l'âge gestationnel le plus bas et le taux de naissances de grande taille pour l'âge gestationnel le plus élevé.
- Les taux de décès d'enfants en bas âge, de décès néonataux et de décès postnéonataux étaient significativement supérieurs chez les peuples autochtones par rapport à la population non autochtone.

pour l'âge gestationnel à leur naissance<sup>2</sup>. En outre, de nombreux Autochtones vivent dans des communautés éloignées ou rurales, où le taux de roulement des fournisseurs de soins de santé est élevé; il y a peu de professionnels de la santé autochtones; et le financement et les problèmes relatifs à la compétence peuvent nuire à l'accès aux soins de santé<sup>7</sup>.

L'analyse confirme le taux supérieur de naissances prématurées déclaré précédemment chez les mères inuites<sup>13,27</sup>. Parmi les explications possibles, il y a le taux élevé de fécondité, le jeune âge de la mère, une vulnérabilité accrue face aux infections (vaginose bactérienne)<sup>11,28,29</sup> et le stress attribuable à des évacuations d'ordre médical pour l'accouchement<sup>30</sup>. La mortalité chez les enfants inuits en bas âge a été répartie également entre le premier mois (souvent associée à une naissance prématurée ou à une petite taille pour l'âge gestationnel) et les mois suivants de la première année de vie (souvent attribuable au SMSN ou à une blessure). Ces résultats vont de pair avec une étude sur la mortalité infantile chez les Inuits au Nunavut réalisée de 1999 à 2011, selon laquelle les causes principales de décès (lorsqu'elles étaient documentées; n = 95) étaient un décès soudain et inattendu en bas âge, le SMSN et les infections<sup>28</sup>. Certains facteurs, comme l'environnement propice au sommeil du bébé, la surpopulation, le taux élevé de tabagisme chez les mères (jusqu'à 80 %) <sup>16</sup>, et les naissances prématurées, peuvent expliquer en partie la mortalité élevée chez les enfants inuits en bas âge.

Les Métis ont tendance à être sous-représentés dans des publications évaluées par les pairs<sup>31</sup>. Malgré tout, les conclusions ont suggéré de moins bons résultats en matière de santé par rapport aux non-Autochtones, mais plus favorables dans leur ensemble par rapport aux autres groupes d'Autochtones<sup>29,32-35</sup>. Selon un rapport provincial fondé sur des données couplées des membres de la Fédération des Métis du Manitoba et des enquêtes nationales, les taux de grossesses chez les adolescentes sont supérieurs et les taux d'allaitement

sont inférieurs chez les Métisses par rapport aux autres mères au Manitoba. Cependant, les taux de réadmission à l'hôpital des nouveau-nés sont comparables au cours des quatre semaines qui suivent le congé<sup>12</sup>. Les taux de mortalité infantile étaient légèrement inférieurs chez les Métis comparativement aux Manitobains non autochtones (5,7 contre 6,8 pour 1 000 naissances)<sup>12</sup>. Le taux de mortalité des enfants métis en bas âge au Manitoba est considérablement plus faible que le taux national déclaré dans cette analyse (7,1 pour 1 000), tandis que le taux de la population non autochtone au Manitoba est supérieur au taux national (4,4 pour 1 000). Des études supplémentaires sont requises pour comprendre ces différences et expliquer la probabilité supérieure de décès néonataux par rapport aux décès postnéonataux chez les enfants métis en bas âge.

Les taux élevés de SMSN au sein des populations inuites et des Premières Nations sont connus et revêtent une importance élevée en matière de santé publique<sup>28</sup>.

## Limites

Le taux de couplage global entre le Recensement de 2006 et la Base canadienne de données sur les naissances vivantes, les décès infantiles et les mortinaissances était de 90 % pour la cohorte, ce qui a permis d'obtenir des estimations des issues défavorables des grossesses pour tous les groupes d'identité autochtone et niveaux de scolarité des mères avec un biais de sélection minime<sup>20</sup>. Cependant, l'ensemble de données fait l'objet de limites qui touchent particulièrement les analyses des peuples autochtones. La prévalence des issues défavorables des grossesses chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis peut être sous-estimée.

Les grossesses associées à une mortinaissance ou au décès d'un enfant en bas âge étaient moins susceptibles d'être couplées au Recensement de 2006, puisqu'un nombre inférieur de variables était accessible en vue de la mise en correspondance. Les naissances de mères âgées de moins

de 25 ans et les naissances en Colombie-Britannique, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut étaient aussi couplées moins fréquemment<sup>19</sup>. Puisque 99 % de la population autochtone au Nunavut en 2006 était inuite, et que les données montrent que 24 % des mères inuites étaient âgées de moins de 20 ans, le potentiel d'estimations biaisées est supérieur pour ce groupe. Le couplage a aussi été compromis par les enregistrements de naissance qui n'affichaient pas le code postal, le sexe de l'enfant, la date de naissance, l'âge de la mère, ni le lieu de naissance de la mère.

Les données du questionnaire détaillé du recensement n'ont pas été recueillies auprès des résidents d'établissements (comme les hôpitaux, les maisons de convalescence et les prisons) et de refuges. Les Autochtones sont plus susceptibles que les non-Autochtones de vivre dans des refuges ou dans des établissements correctionnels<sup>36,37</sup>. C'est

pourquoi les issues de grossesses des femmes autochtones les plus vulnérables peuvent ne pas avoir été saisies.

En outre, les causes de décès peuvent être déclarées de manière moins fiable dans les communautés autochtones éloignées. Cela réduirait l'exactitude des conclusions concernant les causes rares de décès d'enfants en bas âge (de ce nombre, plusieurs sont déjà imprécises ou ne peuvent pas être déclarées en raison de la faible valeur de la cellule)<sup>38</sup>.

Enfin, les données datent d'il y a plus de 10 ans.

## Conclusion

Avant la création de cette cohorte, les analyses des issues des grossesses au Canada étaient restreintes par le manque d'identificateurs autochtones dans les enregistrements de naissance. Les données sur les naissances couplées au recensement peuvent servir à

comparer les issues périnatales chez les trois principaux groupes d'Autochtones. Les résultats confirment les disparités concernant les issues des grossesses chez les femmes autochtones et non autochtones et illustrent les différences entre les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Selon les conclusions sur la mortalité infantile attribuable à une cause, il existe des disparités en ce qui concerne le taux de SMSN. Cela souligne la nécessité d'avoir des interventions ciblées afin de réduire le SMSN au sein des populations inuites et des Premières Nations. De manière plus générale, une littérature accrue en santé, l'accès à des soins prénataux, les possibilités d'accouchement sur place et le soutien après l'accouchement peuvent aider à améliorer la santé à long terme des enfants en bas âge, des femmes, des familles et des communautés métis, inuits et des Premières Nations.

## Références

1. J. Smylie, D. Fell, A. Ohlsson *et al.*, « A review of Aboriginal infant mortality rates in Canada: Striking and persistent Aboriginal/non-Aboriginal inequities », *Canadian Journal of Public Health*, 101, 2010, p. 143-148.
2. P.S. Shah, J. Zao, H. Al-Wassia *et al.*, « Pregnancy and neonatal outcomes of Aboriginal women: A systematic review and meta-analysis », *Women's Health Issues*, 21, 2011, p. 28-39.
3. M. Gracey et M. King, « Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns », *Lancet*, 374, 2009, p. 65-75.
4. C. Reading, « Structural determinants of Aboriginal peoples' health », dans *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: Beyond the Social*, publié sous la direction de M. Greenwood, S. de Leeuw, N.M. Lindsay et C. Reading, Toronto, Canadian Scholars' Press, 2015, p. 3-15.
5. C.L. Reading et F. Wien, *Health Inequalities and the Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*, Prince George, British Columbia, National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2009.
6. J.G. Lavoie, « Governed by contracts: The development of Indigenous primary health services in Canada, Australia and New Zealand », *International Journal of Indigenous Health*, 1(1), 2004, p. 6-24.
7. L. Lemchuk-Favel et R. Jock, « Aboriginal health systems in Canada: Nine case studies », *Journal of Aboriginal Health*, 1, 2004, p. 28-51.
8. N. Auger, A.L. Park, H. Zougrana *et al.*, « Rates of stillbirth by gestational age and cause in Inuit and First Nations populations in Quebec », *Canadian Medical Association Journal*, 185, 2013, p. E256-262.
9. Z.C. Luo, R. Wilkins, M. Heaman *et al.*, « Neighborhood socioeconomic characteristics, birth outcomes and infant mortality among First Nations and non-First Nations in Manitoba, Canada », *Open Women's Health Journal*, 4, 2010, p. 55-61.
10. Z.C. Luo, W.J. Kierans, R. Wilkins *et al.*, « Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: Temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000 », *International Journal of Epidemiology*, 33, 2004, p. 1252-1259.
11. Z.C. Luo, S. Sénécal, F. Simonet *et al.*, « Birth outcomes in the Inuit-inhabited areas of Canada », *Canadian Medical Association Journal*, 182, 2010, p. 235-242.
12. P.J. Martens, J. Bartlett, E. Burland *et al.*, *Profile of Métis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study*, Winnipeg, Manitoba, Manitoba Centre for Health Policy, 2010.
13. F. Simonet, R. Wilkins et Z.C. Luo, « Temporal trends in Inuit, First Nations and non-Aboriginal birth outcomes in rural and northern Quebec », *International Journal of Circumpolar Health*, 2012, p. 71.
14. V.V. Wagner, C. Osepchook, E. Harney *et al.*, « Remote midwifery in Nunavik Quebec, Canada: Outcomes of perinatal care for the Inuulitsivik Health Centre, 2000-2007 », *Birth Issues in Perinatal Care*, 39(3), 2012, p. 230-237.
15. Z.C. Luo, R. Wilkins, M. Heaman *et al.*, « Birth outcomes and infant mortality among First Nations, Inuit and non-Indigenous women by northern versus southern residence, Quebec », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 66, 2012, p. 328-333.
16. K. Mehaffey, A. Higginson, J. Cowan *et al.*, « Maternal smoking at first prenatal visit as a marker of risk for adverse pregnancy outcomes in the Qikiqtaaluk (Baffin) Region », *Rural and Remote Health*, 10, 2010, p. 1484.
17. F. Simonet, R. Wilkins, E. LaBranche *et al.*, « Primary birthing attendants and birth outcomes in remote Inuit communities—a natural “experiment” in Nunavik, Canada », *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(7), 2009, p. 546-551.



18. S. Wassimi, N.G.L. Mchugh, R. Wilkins *et al.*, « Community remoteness, perinatal outcomes and infant mortality among First Nations in Quebec », *The Open Women's Health Journal*, 4, 2010, p. 32-38.
19. T. Bushnik, S. Yang, M.S. Kramer *et al.*, « Cohort canadienne de naissance du Recensement de 2006 », *Rapports sur la santé*, 27, 2016, p. 12-22.
20. Statistique Canada, *Rapport technique du Recensement de 2006 : Échantillonnage et pondération* (n° 92-568-X au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2009.
21. M.S. Kramer, R.W. Platt, S.W. Wen *et al.*, « A new and improved population-based Canadian reference for birth weight for gestational age », *Pediatrics*, 108, 2001, p. E35.
22. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport sur la santé périnatale au Canada*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, Édition 2008.
23. J.C. Payne, K. Campbell, O. DaSilva et J. Koval, « Perinatal mortality in term and preterm twin and singleton births », *Twin Research*, 5(4), 2002, p. 260-264.
24. B. Minore, M. Katt et M.E. Hill, « Planning without Facts: Ontario's Aboriginal health information challenge », *Journal of Agromedicine*, 14, 2009, p. 90-96.
25. R.T. Oster et E.L. Toth, « A retrospective analysis of stillbirth epidemiology and risk factors among First Nations and non-First Nations pregnancies in Alberta from 2000 to 2009 », *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37, 2015, p. 117-121.
26. M.I. Heaman, J.F. Blanchard, A.L. Gupton *et al.*, « Risk factors for spontaneous preterm birth among Aboriginal and non-Aboriginal women in Manitoba », *Paediatrics and Perinatal Epidemiology*, 19(3), 2005, p. 181-193.
27. L. Chen, L. Xiao, N. Auger *et al.*, « Disparities and trends in birth outcomes, perinatal and infant mortality in Aboriginal vs. non-Aboriginal populations: A population-based study in Quebec, Canada 1996-2010 », *PLoS One*, 10, 2015, e0138562.
28. S.A. Collins, P. Surmala, G. Osborne *et al.*, « Causes and risk factors for infant mortality in Nunavut, Canada 1999-2011 », *BMC Pediatrics*, 12, 2012.
29. W.M. Wenman, M.R. Joffres, I.V. Tataryn et Edmonton Perinatal Infections Group, « A prospective cohort study of pregnancy risk factors and birth outcomes in Aboriginal women », *Canadian Medical Association Journal*, 171, 2004, p. 585-589.
30. P.M. Moffitt, « Colonialization: A health determinant for pregnant Dogrib women », *Journal of Transcultural Nursing*, 15, 2004, p. 323-330.
31. M.B. Kumar, S. Wesche et C. McGuire, « Trends in Métis-related health research (1980-2009): Identification of research gaps », *Canadian Journal of Public Health*, 103, 2012, p. 23-28.
32. R.T. Oster et E.L. Toth, « Differences in the prevalence of diabetes risk-factors among First Nations, Métis and non-Aboriginal adults attending screening clinics in rural Alberta, Canada », *Rural and Remote Health*, 9, 2009, p. 1170.
33. K. Ralph-Campbell, R.T. Oster, T. Connor *et al.*, « Increasing rates of diabetes and cardiovascular risk in Métis settlements in northern Alberta », *International Journal of Circumpolar Health* 68, 2009, p. 433-442.
34. M. Tjepkema, R. Wilkins, S. Sénécal *et al.*, « La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : Une étude de suivi sur 11 ans », *Rapports sur la santé*, 20, 2009, p. 33-55.
35. Conseil canadien de la santé, *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada : Conversations sur les pratiques prometteuses au pays*, Toronto, Conseil canadien de la santé, 2011.
36. Service correctionnel Canada, *Plan stratégique relatif aux services correctionnels pour Autochtones: 1 Innovation, apprentissage et adaptation, 2006-07 à 2010-11*, Ottawa, Service correctionnel Canada, 2003.
37. E. Guimond, « Fuzzy definitions and population explosion: Changing identities of Aboriginal groups in Canada », dans *Not Strangers in These Parts: Urban Aboriginal Peoples*, publié sous la direction de D. Newhouse, E. Peters, Ottawa, Policy Research Initiative, 2003.
38. B. Elias, L. Hart, P. Martens, « "Just get on with it." Linking data systems to report on infant mortality and the First Nations population in Manitoba (Canada) », *Statistical Journal of the IAOS*, 30, 2014, p. 285-298.