

Rapports sur la santé

Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux et troubles du comportement chez les Premières Nations

par Gisèle Carrière, Evelyne Bougie et Dafna Kohen

Date de diffusion : le 20 juin 2018



Statistique
Canada

Statistics
Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

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

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à 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 sous « Contactez-nous » > « [Normes de service à la clientèle](#) ».

Note de reconnaissance

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

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de l'Industrie 2018

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.

Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux et troubles du comportement chez les Premières Nations

par Gisèle Carrière, Evelyne Bougie et Dafna Kohen

Résumé

Contexte : Les données nationales sur les hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux ou troubles du comportement chez les Autochtones au Canada sont limitées.

Données et méthodes : La présente étude décrit les hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux ou troubles du comportement chez les Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve. Le Recensement de 2006 a été couplé à la Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009 pour toutes les provinces, à l'exception de l'Ontario et du Québec, et pour les trois territoires. Les cas d'hospitalisation pour sept types de troubles ont été relevés. Le diagnostic principal et les diagnostics secondaires ont été examinés de façon distincte. Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) pour 100 000 habitants et les rapports de taux ont été calculés.

Résultats : Les THNA pour le diagnostic principal et les diagnostics secondaires de troubles mentaux ou de troubles du comportement ont été significativement supérieurs chez les Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve par rapport à ceux observés chez les non-Autochtones. Les principaux diagnostics étaient les mêmes pour chaque groupe, mais leur classement différait. Chez les Premières Nations, les diagnostics les plus fréquents visaient les troubles liés à l'utilisation de substances, les troubles de l'humeur ainsi que les troubles schizophréniques et psychotiques. Chez les non-Autochtones, les troubles de l'humeur faisaient partie des diagnostics principaux, suivis des troubles schizophréniques et psychotiques et des troubles liés à l'utilisation de substances. Les troubles liés à l'utilisation de substances présentaient les différences de taux les plus importantes en ce qui concerne le diagnostic principal et les diagnostics secondaires entre les Premières Nations et les non-Autochtones.

Interprétation : Le fardeau accru des hospitalisations attribuables à des troubles mentaux ou à des troubles du comportement chez les Premières Nations fournit des repères et souligne la nécessité de considérer toutes les admissions à l'hôpital comme une occasion importante de faire de la prévention et d'intervenir. La Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) a reconnu que les mauvais résultats en matière de santé des Autochtones au Canada sont une séquelle de la colonisation. D'autres études sont nécessaires pour mieux comprendre les répercussions directes sur la santé mentale.

Mots-clés : Autochtone, couplage de données, dossiers d'hospitalisation, recensement, troubles liés à l'utilisation de substances

Chaque année, un Canadien sur sept reçoit un traitement pour une maladie mentale¹. La recherche sur la santé mentale de la population, sur les dépendances et les traitements attire fortement l'attention. Cependant, comme le notent des rapports fédéraux, des données pertinentes pour l'élaboration de politiques et de programmes sont requises dans de nombreux domaines clés²⁻⁵. En particulier, les statistiques nationales sur l'utilisation des services de santé mentale par les Autochtones, surtout les Premières Nations vivant dans une réserve, sont insuffisantes⁶. La nécessité de combler les lacunes statistiques est mise en évidence par des renseignements récents confirmant une prévalence supérieure des pensées suicidaires chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits, par rapport à celle observée chez la population non autochtone⁷.

Il a été reconnu que les processus découlant du contexte historique de la colonisation au Canada représentent des « déterminants de la santé clés sous-jacents » pour les Autochtones^{6,8-10} et que les disparités actuelles en ce qui concerne la santé mentale chez les Autochtones ont été attribuées à certains facteurs, comme les effets intergénérationnels des pensionnats indiens, le déplacement forcé de communautés, le retrait forcé d'enfants de leurs familles et de leurs communautés et les services inadéquats aux personnes vivant dans les réserves¹¹⁻¹⁵.

La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR)¹⁵ a exprimé ses préoccupations concernant les lacunes persistantes dans les résultats en matière de santé des populations autochtones par rapport à celle des populations non

autochtones. La Commission a demandé au gouvernement fédéral de produire des rapports sur les données relatives à la santé mentale, aux dépendances et à l'accès aux services de santé appropriés chez les Autochtones. Parmi les défis à relever pour dresser le portrait national de l'utilisation des services de santé mentale par les Autochtones, il y a le fait que les données administratives, de manière générale, ne permettent pas d'identifier les Autochtones¹⁶. Les études sur l'utilisation des services hospitaliers en soins de courte durée en santé mentale par les Autochtones se sont limitées à des régions particulières^{16,17} où il existait des renseignements permettant de déterminer l'appartenance à une Première Nation. Cependant, les méthodes ne sont pas normalisées. Des identificateurs de certaines communautés des Premières Nations sont absents¹⁶.

À l'échelon provincial, la Colombie-Britannique et le Manitoba ont couplé des enregistrements provenant du Registre des Indiens, de données d'enquête et de dossiers administratifs pour surmonter les défis associés à l'identification des Autochtones dans les dossiers administratifs de la santé^{18,19}. Plus récemment, Statistique Canada a ajouté les identificateurs des Autochtones aux dossiers d'hospitalisation lors de couplages nationaux avec le Recensement de 2006²⁰. Grâce à ces données, il a été possible d'analyser l'ensemble des hospitalisations en soins de courte durée selon l'identité autochtone²¹. Cette dernière étude avait relevé un taux d'hospitalisation pour troubles mentaux et troubles du comportement supérieur chez les Autochtones; cependant, elle faisait état d'hospitalisations pour ces troubles

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Des taux d'hospitalisations en soins de courte durée supérieurs chez les Premières Nations, par rapport aux non-Autochtones, ont été enregistrés, de manière générale, pour les troubles mentaux et les troubles du comportement.

Ce qu'apporte l'étude

- Cette étude fait état des taux d'hospitalisation en soins de courte durée pour sept groupes de troubles mentaux et de troubles du comportement chez les Premières Nations, par rapport aux non-Autochtones.
- Les taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge ont été supérieurs chez les Premières Nations par rapport aux non-Autochtones pour chaque groupe de troubles mentaux et de troubles du comportement, à l'exception des troubles organiques.
- Chez les Premières Nations, les groupes de diagnostics principaux de troubles mentaux et de troubles du comportement les plus fréquents étaient les troubles liés à l'utilisation de substances, les troubles de l'humeur ainsi que les troubles schizophréniques et psychotiques. Chez les non-Autochtones, les troubles de l'humeur se sont classés au premier rang, suivis des troubles schizophréniques ou psychotiques et des troubles liés à l'utilisation de substances.
- La Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) a reconnu que les mauvais résultats en matière de santé des Autochtones au Canada sont une séquelle de la colonisation. Le lourd fardeau des hospitalisations attribuables à des troubles mentaux ou à des troubles du comportement chez les Premières Nations fournit des repères et souligne la nécessité de considérer toutes les admissions à l'hôpital comme une occasion importante de faire de la prévention et d'intervenir.

de manière générale. La présente étude s'appuie sur cette analyse. Elle décrit l'utilisation des services hospitaliers en soins de courte durée par les Premières Nations (le groupe d'identité autochtone le plus nombreux) vivant dans une réserve et hors réserve par rapport à celle observée chez les non-Autochtones, pour sept catégories de troubles mentaux et de troubles du comportement (troubles liés à l'utilisation de substances, troubles de l'humeur, troubles schizophréniques et psychotiques, troubles anxieux et d'adaptation, troubles organiques, troubles de la personnalité et tous les autres troubles mentaux et troubles du comportement correspondant aux codes F00 à F99 de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada* [CIM-10-CA]). Les données portent sur huit provinces (à l'exception de l'Ontario et du Québec) et sur les trois territoires.

Méthodes

Sources de données

Le Recensement de la population de 2006 a été couplé à la Base de données sur les congés des patients (BDCP) de l'Institut canadien d'information sur la santé pour la période de 2006-2007 à 2008-2009²⁰. Chaque année, la BDCP compile environ trois millions de dossiers d'hospitalisation provenant de tous les établissements de soins de courte durée et de certains établissements de soins psychiatriques, de soins aux malades chroniques, de réadaptation et de chirurgie d'un jour, dans toutes les provinces, à l'exception du Québec, et tous les territoires²²⁻²⁴. Puisque les données d'hospitalisation ne sont pas disponibles pour le Québec, les résidents de cette province ne sont pas représentés dans la présente étude et les hospitalisations au Québec de résidents d'autres provinces sont aussi exclues. En outre, l'Ontario enregistre l'utilisation des services de santé mentale dans le Système d'information ontarien sur la santé mentale depuis 2005, au lieu d'enregistrer l'ensemble des services utilisés par les personnes hospitalisées dans la BDCP²⁵. Par conséquent, la présente

analyse exclut aussi les répondants ontariens au recensement ainsi que les congés de patients en Ontario.

Des renseignements détaillés sur la méthode de couplage peuvent être obtenus ailleurs²⁰. Une étude de validation du fichier de la cohorte couplé a déterminé que ce fichier est pertinent dans le cadre d'études sur la santé et qu'il représente de manière générale la population au Canada²⁰, même si les taux de couverture du recensement et d'admissibilité au couplage étaient inférieurs chez les Autochtones.

Le couplage a été effectué conformément à la Politique relative au couplage d'enregistrements²⁶ et a été approuvé par le Conseil exécutif de gestion de Statistique Canada²⁷. Statistique Canada veille au respect de la vie privée des répondants lors du couplage et de l'utilisation subséquente des fichiers couplés. Seuls les employés qui interviennent directement dans le processus ont accès aux données d'identification nécessaires au couplage (comme le nom et le sexe); cependant, ces employés n'ont pas accès aux renseignements relatifs à la santé. Une fois le couplage de données terminé, un fichier analytique est créé, dans lequel les données d'identification sont supprimées. Les analystes ont accès uniquement au fichier exempt de données d'identification.

Dans la présente étude, on se sert de renseignements fournis par les répondants au questionnaire détaillé du recensement, ce qui représente habituellement environ 20 % de la population ne vivant pas en établissement institutionnel. Cependant, tous les ménages au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon (sauf Yellowknife et Whitehorse, où 20 % de la population avait reçu un questionnaire détaillé), ainsi que dans les établissements indiens et les réserves indiennes, devaient remplir le questionnaire détaillé. Puisque le questionnaire détaillé n'est pas transmis aux pensionnaires d'établissements institutionnels, les maladies psychiatriques graves et la démence, dont la prévalence est supérieure chez ces pensionnaires, peuvent être sous-représentées.

**Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux
et troubles du comportement chez les Premières Nations • Article de recherche**

La cohorte admissible au couplage à la BDCP comprenait 4,65 millions de répondants au questionnaire détaillé du recensement. Au cours des exercices financiers 2006-2007 à 2008-2009, 1 028 604 hospitalisations en soins de courte durée ont été couplées à ces répondants au recensement²⁰. Selon l'étude de validation, entre 7,2 % et 7,7 % des Autochtones ont été couplés à au moins un dossier d'hospitalisation au cours de ces trois années. Les chiffres correspondants étaient de 7,6 % à 8,1 % dans le cas des Premières Nations et de 5,0 % à 5,4 % dans le cas des non-Autochtones. Dans la présente analyse, on a utilisé des données couplées non pondérées : 2 298 200 répondants au questionnaire détaillé du recensement auxquels 563 643 hospitalisations en soins de courte durée ont été couplées au cours de ces trois années (tableau A de l'annexe).

Identité autochtone

Tout au long de cette analyse, le terme « Autochtone », utilisé lors de la collecte du Recensement de 2006, est employé. Il a été possible de déterminer l'identité autochtone au moyen des réponses à la question du recensement suivante : « Cette personne est-elle un Autochtone, c'est-à-dire un Indien de l'Amérique du Nord, un Métis ou un Inuit (Esquimaux)? ». Les répondants indiquaient toutes les réponses pertinentes. Cette étude met l'accent sur les répondants qui ont déclaré une identité unique, celle d'Indien d'Amérique du Nord (Premières Nations).

L'emplacement géographique a servi à repérer les personnes vivant dans une réserve (les réserves indiennes ou les établissements indiens) ou hors réserve. Selon le Recensement de 2006, la population vivant dans une réserve comprenait les habitants de huit types de subdivisions de recensement (SDR) légalement affiliées aux Premières Nations/bandes indiennes ainsi que les habitants des SDR sélectionnées situées en Saskatchewan, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Yukon qui comptent de grandes concentrations de Premières Nations. Par « réserves », on entend au sens de la loi

les réserves indiennes, les établissements indiens, d'autres types de terres créées grâce à la ratification d'accords sur l'autonomie gouvernementale de même que d'autres collectivités du Nord rattachées aux Premières Nations, conformément aux critères établis par Affaires autochtones et du Nord Canada.

Hospitalisation

La fréquence totale des hospitalisations attribuables à des troubles mentaux ou à des troubles du comportement pendant la période de 2006-2007 à 2008-2009 a été compilée séparément pour les Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve et pour les non-Autochtones, en fonction de l'identité autochtone déclarée lors du recensement par le patient et de l'emplacement géographique, au lieu du dossier d'hospitalisation transmis par la province. Ainsi, on a pu déclarer les hospitalisations dans une province autre que la province de résidence du répondant au moment du Recensement de 2006. En tout, 26 870 hospitalisations pour troubles mentaux ou troubles du comportement ont été couplées, ce qui représentait 4,8 % de tous les dossiers d'hospitalisation couplés. De ces hospitalisations, 4 064 touchaient les Premières Nations vivant dans une réserve, 1 000 touchaient les Premières Nations vivant hors réserve et 21 806 touchaient des non-Autochtones.

Diagnostic principal et diagnostics secondaires

Chaque dossier d'hospitalisation renferme jusqu'à 25 diagnostics codés en fonction de la *Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada* (CIM-10-CA)²⁸. Le diagnostic principal est le trouble le plus important qui a été diagnostiqué ou le trouble pour lequel la durée du séjour a été la plus longue. Un maximum de 24 diagnostics additionnels pouvait apparaître dans un dossier d'hospitalisation donné; tous les diagnostics ont été pris en considération pour déterminer les diagnostics secondaires de troubles mentaux ou de troubles du comportement. Pour minimiser les écarts attribuables à des méthodes de

codage différentes d'une province à l'autre²⁹, les diagnostics n'ont été utilisés que si le « type » enregistré indiquait que les exigences de l'Institut canadien d'information sur la santé pour déterminer la comorbidité avaient été respectées.

Les dossiers ont été classés en sept groupes³⁰⁻³² de troubles mentaux et troubles du comportement : 1) troubles liés à l'utilisation de substances; 2) troubles de l'humeur; 3) troubles schizophréniques et psychotiques; 4) troubles anxieux; 5) troubles organiques (comme la maladie d'Alzheimer); 6) troubles de la personnalité; 7) tous les autres troubles mentaux et troubles du comportement correspondant aux codes F00 à F99 de la CIM-10-CA. Chaque groupe représente des agrégations de diagnostics définies en fourchette de codes (tableau B de l'annexe). Sept indicateurs de groupe de troubles mentaux dichotomiques ont été créés pour déterminer si un diagnostic précis au sein de chaque groupe de la CIM-10-CA apparaissait au moins une fois.

Un dossier d'hospitalisation unique pouvait renfermer plus d'un indicateur de groupe de troubles mentaux ou de troubles du comportement. Une personne pouvait donc être représentée plus d'une fois dans les sept groupes de troubles. Les personnes pouvaient être représentées plus d'une fois si elles avaient été hospitalisées à de nombreuses reprises pendant la période de 2006-2007 à 2008-2009. Les fréquences et les taux enregistrés pour un trouble donné représentent le nombre d'hospitalisations, pas le nombre de personnes.

Techniques analytiques

Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) pour 100 000 habitants, les rapports de taux utilisant la cohorte non autochtone comme référence et les intervalles de confiance à 95 % ont été calculés pour les Premières Nations vivant dans une réserve, pour les Premières Nations vivant hors réserve ainsi que pour les non-Autochtones. Le regroupement des dossiers d'hospitalisation des trois exercices financiers (2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009)

Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux et troubles du comportement chez les Premières Nations • Article de recherche

a permis de réduire l'écart qui peut être observé lorsque les données sont présentes en petit nombre.

Pour calculer les THNA, on a pris comme numérateur la somme des dossiers d'hospitalisation couplés pour chaque cohorte de Premières Nations et de non-Autochtones et on l'a divisé par le nombre non pondéré de personnes dans la même cohorte d'étude couplée (dénominateur), puis on a multiplié le résultat par trois (nombre d'années de données de la BDCP). La normalisation selon l'âge utilisait la méthode directe pour appliquer la structure par âge de la population autochtone nationale d'après le Recensement de 2006. Les groupes d'âge étaient les suivants : 0 à 9 ans, 10 à 19 ans, 20 à 29 ans, 30 à 39 ans, 40 à 49 ans et 50 ans et plus.

Résultats

Les troubles mentaux et les troubles du comportement représentaient des pourcentages semblables du total des hospitalisations pour chaque groupe de la cohorte : 5,0 % et 6,5 % respectivement pour les Premières Nations vivant dans une réserve et pour celles vivant hors réserve et 4,6 % pour les non-Autochtones (annexe C).

Diagnostic principal

En fonction du diagnostic principal, les THNA pour les troubles mentaux et les troubles du comportement étaient de 740 pour 100 000 habitants chez les Premières Nations vivant dans une réserve et de 621 chez les Premières Nations vivant hors réserve (tableau 1). Ces taux étaient plus de deux fois supérieurs au taux observé chez les non-Autochtones (309 pour 100 000 habitants).

En ce qui concerne les Premières Nations vivant dans une réserve, près de la moitié du THNA tenait compte des troubles liés à l'utilisation de substances (348 pour 100 000 habitants); chez les personnes vivant hors réserve, il s'agissait d'environ le tiers du THNA (212 pour 100 000 habitants). Les troubles de l'humeur (128 et 165 pour 100 000 habitants

pour les Premières Nations vivant dans une réserve et pour celles vivant hors réserve, respectivement) et les troubles schizophréniques et psychotiques (95 et 98 pour 100 000 habitants, respectivement) se classaient au deuxième et au troisième rang, respectivement.

Chez les non-Autochtones, les trois mêmes groupes de diagnostics se démarquaient; cependant, leur classement différait. Les troubles de l'humeur se classaient au premier rang, ayant enregistré un THNA de 105 pour 100 000 habitants, suivis des troubles schizophréniques et psychotiques (53 pour 100 000 habitants) et des troubles liés à l'utilisation de substances (50 pour 100 000 habitants).

Les rapports de taux (RT) montrent des THNA beaucoup plus élevés pour la plupart des troubles mentaux et des troubles du comportement chez les Premières Nations par rapport à ceux

observés chez les non-Autochtones (tableau 2). Les disparités les plus importantes touchaient les troubles liés à l'utilisation de substances, pour lesquels les taux étaient 7,0 fois supérieurs chez les Premières Nations vivant dans une réserve et 4,3 fois supérieurs chez les Premières Nations vivant hors réserve.

Les Premières Nations vivant dans une réserve étaient presque deux fois plus susceptibles que les non-Autochtones d'être hospitalisées pour des troubles anxieux (RT = 2,3), pour des troubles schizophréniques et psychotiques (RT = 1,8) et pour la catégorie regroupant tous les autres troubles mentaux et troubles du comportement (RT = 1,7). Les RT pour les troubles de la personnalité et les troubles organiques n'étaient pas plus élevés chez les Premières Nations vivant dans une réserve par rapport à ceux observés chez les non-Autochtones.

Tableau 1

Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) pour 100 000 habitant pour troubles mentaux et troubles du comportement, selon le type de trouble et le type de diagnostic, Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve et non-Autochtones, pensionnaires d'établissements institutionnels exclus, Canada, à l'exception de l'Ontario et du Québec, de 2006-2007 à 2008-2009

Type de troubles (type de diagnostic)	Premières Nations								
	Dans une réserve			Hors réserve			Non-Autochtones		
	THNA	Intervalle de confiance à 95 %		THNA	Intervalle de confiance à 95 %		THNA	Intervalle de confiance à 95 %	
	de	à		de	à		de	à	
Total (principal)	740	717	763	621	583	660	309	305	314
Total (comorbidité)[†]	720	698	743	583	547	622	246	242	249
Liés à l'utilisation de substances (principal)	348	333	364	212	191	236	50	48	51
Liés à l'utilisation de substances (comorbidité) [†]	485	467	504	374	345	405	75	73	77
Humeur (principal)	128	119	138	165	147	187	105	102	107
Humeur (comorbidité) [†]	101	93	110	86	73	102	51	50	53
Schizophréniques et psychotiques (principal)	95	88	104	98	84	115	53	51	55
Schizophréniques et psychotiques (comorbidité) [†]	21	17	25	21	15	29	11	10	12
Anxieux (principal)	47	41	53	34	26	45	20	19	21
Anxieux (comorbidité) [†]	65	58	72	59	48	72	41	40	43
Organiques (principal)	26	22	31	24	17	33	25	24	26
Organiques (comorbidité) [†]	43	37	49	38	29	49	52	50	53
Personnalité (principal)	10	8	13	12	7	18	9	8	9
Personnalité (comorbidité) [†]	32	28	37	45	36	56	27	26	28
Autre (principal)	85	78	93	75	63	89	49	47	51
Autre (comorbidité) [†]	57	52	64	44	35	55	34	32	35

[†] exclut le diagnostic principal

Source : Données couplées du Recensement de 2006 et de la Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009.

**Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux
et troubles du comportement chez les Premières Nations • Article de recherche**

Les Premières Nations vivant hors réserve étaient presque deux fois plus susceptibles que les non-Autochtones d'être hospitalisées pour des troubles schizophréniques ou psychotiques (RT = 1,9). Les RT étaient aussi élevés pour les troubles anxieux (RT = 1,7), pour les troubles de l'humeur (RT = 1,6) et pour la catégorie regroupant tous les autres troubles mentaux ou troubles du comportement (RT = 1,5). Les THNA pour les troubles de la personnalité et les troubles organiques chez les Premières Nations vivant hors réserve ne différaient pas de ceux observés chez les non-Autochtones.

Diagnostiques secondaires

Les principaux diagnostics secondaires de troubles mentaux ou de troubles du comportement différaient légèrement des principaux diagnostics (tableau 1). En ce qui concerne les Premières

Nations vivant dans une réserve et hors réserve, les troubles liés à l'utilisation de substances et les troubles de l'humeur faisaient partie des diagnostics secondaires les plus fréquents. Les troubles anxieux se classaient au troisième rang. Chez les non-Autochtones aussi, les troubles liés à l'utilisation de substances étaient les diagnostics secondaires les plus fréquents. En ce concerne les troubles organiques (comme la démence) et les troubles de l'humeur, ils se classaient respectivement au deuxième rang et au troisième rang.

Les THNA pour les troubles mentaux et les troubles de comportement comme diagnostics secondaires chez les Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve étaient supérieurs aux THNA pour toutes les catégories de troubles, à l'exception des troubles organiques, chez les non-Autochtones (tableau 2).

Discussion

S'appuyant sur des études antérieures²¹, on a examiné, dans la présente étude, les taux d'hospitalisation des Premières Nations et des non-Autochtones pour des troubles mentaux ou pour des troubles du comportement, en fonction de sept groupes de troubles au Canada, à l'exception du Québec et de l'Ontario.

Chez les Premières Nations vivant dans une réserve ou hors réserve, les troubles liés à l'utilisation de substances faisaient partie du plus important diagnostic principal de trouble mental ou de trouble du comportement. Par rapport à la cohorte des non-Autochtones, les taux étaient sept fois plus élevés chez les Premières Nations vivant dans une réserve et plus de quatre fois supérieurs chez les Premières Nations vivant hors réserve. Les taux d'hospitalisation pour les troubles schizophréniques ou psychotiques et les troubles anxieux étaient environ deux fois plus élevés.

Ces conclusions coïncident avec les analyses fondées sur les données administratives des hôpitaux provinciaux^{16,17,33} et des données d'enquête nationale³⁴. Les résultats correspondent aussi à ceux tirés des études sur la population des Indiens d'Amérique³⁵.

Un certain nombre de facteurs peuvent avoir une incidence sur les taux d'hospitalisation pour troubles mentaux et troubles du comportement supérieurs chez les Premières Nations. Les traumatismes et le sentiment d'impuissance attribuables aux pensionnats indiens, le déplacement forcé de communautés et le retrait forcé d'enfants de leurs familles sont, par exemple, des facteurs qui font en sorte que les Autochtones affichent un risque élevé de maladie mentale¹¹⁻¹⁵, comme la dépression et la détresse psychologique^{6,36,37}. Les inégalités relatives aux déterminants sociaux de la santé peuvent aussi influencer sur les disparités en ce qui concerne le taux d'hospitalisation. Dans de nombreuses communautés des Premières Nations, les infrastructures municipales (évacuation des eaux d'égout et traitement de l'eau

Tableau 2

Rapports de taux (RT) pour les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge pour 100 000 habitants pour troubles mentaux et troubles du comportement, selon le type de troubles et le type de diagnostic, Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve par rapport aux non-Autochtones, excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels, Canada, à l'exception de l'Ontario et du Québec, de 2006-2007 à 2008-2009

Type de troubles (type de diagnostic)	Dans une réserve			Hors réserve		
	RT	Intervalle de confiance à 95 %		RT	Intervalle de confiance à 95 %	
		de	à		de	à
Total (principal)	2,4	2,3	2,5	2,0	1,9	2,1
Total (comorbidité)[†]	2,9	2,8	3,0	2,4	2,2	2,5
Liés à l'utilisation de substances (principal)	7,0	6,6	7,4	4,3	3,8	4,8
Liés à l'utilisation de substances (comorbidité) [†]	6,5	6,2	6,8	5,0	4,6	5,4
Humeur (principal)	1,2	1,1	1,3	1,6	1,4	1,8
Humeur (comorbidité) [†]	2,0	1,8	2,1	1,7	1,4	2,0
Schizophréniques et psychotiques (principal)	1,8	1,6	2,0	1,9	1,6	2,2
Schizophréniques et psychotiques (comorbidité) [†]	1,8	1,5	2,3	1,9	1,3	2,6
Anxieux (principal)	2,3	2,0	2,7	1,7	1,3	2,3
Anxieux (comorbidité) [†]	1,6	1,4	1,8	1,4	1,2	1,8
Organiques (principal)	1,1	0,9	1,3	1,0	0,7	1,3
Organiques (comorbidité) [†]	0,8	0,7	0,9	0,7	0,6	0,9
Personnalité (principal)	1,2	0,9	1,5	1,3	0,9	2,1
Personnalité (comorbidité) [†]	1,2	1,0	1,4	1,7	1,3	2,1
Autre (principal)	1,7	1,6	1,9	1,5	1,3	1,8
Autre (comorbidité) [†]	1,7	1,5	1,9	1,3	1,0	1,6

[†] exclut le diagnostic principal

Source : Données couplées du Recensement de 2006 et de la Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009.

potable) sont inadéquates³⁸. L'accès aux études et les possibilités d'emploi sont limitées. La prévalence d'un faible revenu est élevée³⁹. En outre, ces gens peuvent faire face à des obstacles lorsqu'ils cherchent à obtenir des soins de santé primaires^{6,36,40} ou percevoir de la discrimination en tant que patients⁴¹. Les problèmes de santé chroniques supplémentaires représentent aussi un facteur de risque d'hospitalisation pour des problèmes de santé mentale¹. Par exemple, l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) et le diabète sont plus fréquents chez les Autochtones que chez les non-Autochtones.

En ce qui concerne l'hospitalisation pour des troubles mentaux ou des troubles du comportement, les écarts entre les Premières Nations et les non-Autochtones peuvent illustrer des différences en ce qui a trait à la gestion des patients, comme des transferts vers des établissements spécialisés. L'emplacement éloigné ou rural de la résidence pourrait jouer un rôle, surtout en ce qui concerne les réserves qui sont éloignées des services de santé spécialisés. Des analyses exploratoires ont révélé des différences quant à la durée du séjour à l'hôpital entre les Premières Nations et les non-Autochtones, dans le cas où un trouble mental ou un trouble du comportement était le diagnostic principal (données non présentées). Cependant, un examen plus approfondi était hors du champ d'observation de la présente étude. Il est nécessaire de réaliser des études portant sur la durée du séjour et sur les admissions à l'hôpital pour des troubles mentaux ou des troubles du comportement.

En outre, les résultats de la présente étude pourraient être bonifiés par des études supplémentaires qui utilisent ces données et les corrigent pour tenir compte des différences entre les Premières Nations et les non-Autochtones en ce qui concerne les caractéristiques socioéconomiques, la distance à parcourir pour se rendre à l'hôpital et l'emplacement géographique.

Limites

Les hospitalisations en soins de courte durée représentent seulement une petite portion des traitements en santé mentale; les données couplées du recensement et de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) ne tiennent pas compte de la plupart des services de soins en santé mentale habituellement utilisés, comme le médecin traitant et le service de consultation. Par conséquent, les résultats ne devraient pas être considérés comme s'ils représentaient la prévalence des troubles mentaux ou des troubles du comportement ou l'utilisation de l'ensemble des services de santé mentale.

Même les hospitalisations sont sous-représentées dans la présente étude. Les tendances pourraient être différentes si les données de l'Ontario et du Québec avaient été disponibles. En ce qui concerne l'Ontario, les renseignements sur 60 200 personnes ayant déclaré être des Premières Nations ont été exclus. En ce qui concerne le Québec, les renseignements sur 65 085 personnes ayant déclaré être des Premières Nations, fondés sur les estimations provenant du Recensement de 2006, ne pouvaient pas être pris en considération. En outre, on estime à environ 40 000 personnes celles qui vivaient dans les 22 réserves indiennes et établissements indiens qui ont été partiellement dénombrés en 2006⁴². Ces personnes résidaient principalement en Ontario.

Au cours de la période de référence de l'étude, des changements notables ont été apportés à la structure de gouvernance et à la prestation de soins de santé^{43,44}. Par conséquent, les tendances décrites dans la présente étude pourraient ne pas être révélées lors des analyses de différentes séries de données.

Les taux de couverture du recensement et d'éligibilité du couplage d'enregistrements étaient inférieurs chez les Autochtones²⁰. Les taux d'admissibilité au couplage avec la BDGP étaient inférieurs chez les personnes déclarant une origine autochtone, les personnes ayant un statut socioéconomique inférieur, les personnes vivant en milieu rural ou vivant dans une exploitation agricole ainsi que les résidents du Nunavut

et ceux de la Colombie-Britannique. La validation des fichiers couplés utilisés dans le cadre de la présente étude a fait ressortir une couverture plus faible des populations dans les territoires et des groupes d'âge plus jeunes²⁰.

Une couverture du recensement plus faible est la plupart du temps synonyme de sous-représentation. Un taux d'admissibilité au couplage inférieur signifie qu'un plus petit nombre de dossiers renfermaient suffisamment de renseignements pour réaliser le couplage. Parmi les répercussions éventuelles, il y a une sous-estimation des THNA des Premières Nations ainsi qu'un biais vers le bas en ce qui concerne les estimations des différences entre les Premières Nations et les non-Autochtones.

Les données n'ont pas été corrigées en fonction du décès de participants de la cohorte à l'étude. Le risque de mortalité prématurée est supérieur chez les Autochtones^{45,46}. Il est donc possible qu'un nombre disproportionné de personnes de la cohorte des Premières Nations soient décédées au cours de la période à l'étude.

La présente étude examinait les taux d'hospitalisation à l'échelle nationale (à l'exception de l'Ontario et du Québec). Cependant, une analyse de niveaux géographiques, de collectivités ou de régions plus précis pourrait révéler des taux inférieurs. La désagrégation des données nationales pour les Premières Nations vivant dans une réserve peut aussi souligner le fait que les communautés des Premières Nations ont réussi à faire la promotion de la santé mentale positive et à assurer son maintien⁴⁷.

Malgré ces limites, les analyses montrent qu'il existe des possibilités d'intervention. Ces données sont importantes dans le cadre du suivi et de la surveillance des services de santé mentale utilisés par les Autochtones. Elles appuient donc les stratégies d'intervention. De futures études utilisant d'autres sources de données pourraient mettre l'accent sur les causes fondamentales de la santé mentale et des troubles liés à l'utilisation de substances ainsi que sur les facteurs axés sur les points forts qui sont associés à la résilience et au mieux-être.

Conclusion

Les taux d'hospitalisation pour les troubles mentaux ou les troubles de comportement ont été significativement supérieurs chez les Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve par rapport aux taux observés chez les non-Autochtones, surtout en ce qui concerne les troubles liés à l'utilisation de substances. Le lourd fardeau des hos-

pitalisations attribuables à des troubles mentaux ou à des troubles du comportement chez les Premières Nations fournit des repères où les admissions à l'hôpital représentent des occasions d'intervenir et de faire de la prévention.

Remerciements

Cette étude a été parrainée par la Direction générale de la santé des Premières

Nations et des Inuits (DGSPNI), anciennement au sein de Santé Canada. La DGSPNI a été officiellement transférée au nouveau ministère des Services aux Autochtones Canada. Les auteurs remercient la DGSPNI pour son soutien financier ainsi que les données et commentaires fournis lors de la conception et l'établissement du plan de sondage et lors de l'analyse et de l'interprétation des données. ■

Références

1. Agence de la santé publique du Canada, *Rapport du système Canadien de surveillance des maladies chroniques: les maladies mentales au Canada, 2015*, Ottawa, Agence de la santé publique du Canada, 2015.
2. M.J.L. Kirby et W.J. Keon, « *De l'ombre à la lumière : La transformation des services concernant la santé mentale, la maladie mentale et la toxicomanie au Canada* », Rapport final de la Comité sénatorial permanent des affaires sociales, des sciences et de la technologie, 2006, disponible à l'adresse <https://sencanada.ca/content/sen/committee/391/soci/rep/rep02may06-f.htm>
3. Gouvernement du Canada, *Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006* Canada (n° HP5-19/2006^F au catalogue) Ottawa, Ministère de Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, 2006, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/rapports-publications/aspect-humain-sante-mentale-maladie-mentale-canada-2006.html>
4. Santé Canada, *Rapport sur les maladies mentales au Canada*, Ottawa, Santé Canada, 2002.
5. H. Johansen et C. Sanmartin, l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé, *La comorbidité mentale et la mesure dans laquelle elle entraîne une augmentation du recours aux services dispensés dans les hôpitaux de soins de courte durée*, Série de documents de travail de la recherche sur la santé (n° 82-622-X, N° 006 au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2011.
6. M. Firestone, J. Smylie, S. Maracle *et al.*, « Mental health and substance use in an urban First Nations population in Hamilton, Ontario », *Canadian Journal of Public Health*, 106(6), 2015, p. e375–381.
7. M.B. Kumar, *Enquête auprès des peuples autochtones de 2012, Pensées suicidaires au cours de la vie parmi les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits âgés de 26 à 59 ans : prévalence et caractéristiques connexes* (n° 89-653-X2016008 au catalogue) Ottawa, Statistique Canada, 2016.
8. M. Mowbray, for the WHO Commission on Social Determinants of Health, *Social Determinants and Indigenous Health: The International and its Policy Implications*. International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health, Adelaide, April 2007, Geneva, World Health Organization, 2007.
9. L.J. Kirmayer, L.J. Boothroyd, A. Tanner *et al.*, « Psychological distress among the Cree of James Bay », *Transcultural Psychiatry*, 37, 2000, p. 35-56.
10. M. King, A. Smith et M. Gracey, « Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap », *The Lancet*, 374, 2009, p. 76-85.
11. Aboriginal Healing Foundation, *From Truth to Reconciliation: Transforming the Legacy of Residential Schools*, Ottawa, ON, Aboriginal Healing Foundation, 2002.
12. N. Adelson, « The embodiment of inequity: health disparities in Aboriginal Canada », *Canadian Journal of Public Health*, 96(suppl 2), 2005, p. S45-S61.
13. A. Bombay, K. Matheson et H. Anisman, « Intergenerational trauma: convergence of multiple processes among First Nations peoples in Canada », *Journal of Aboriginal Health*, 2009.
14. A. Bombay, K. Matheson et H. Anisman, « The intergenerational effects of Indian Residential Schools: implications for the concept of historical trauma », *Transcultural Psychiatry*, 51(3), 2014, p. 320-338.
15. Commission de vérité et réconciliation du Canada, *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada*, 2015.
16. Santé Canada, *Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Utilisation des services de santé dans l'Ouest canadien, 2000*, Ottawa, Santé Canada, 2010.
17. Manitoba Centre for Health Policy, *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, 2002.
18. Manitoba Centre for Health Policy, *The Profile of Métis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-based Study*, Winnipeg, Manitoba, Centre for Health Policy, University of Manitoba, 2010 (mis à jour 2012).
19. *The Manitoba Data Linkage and Partnership Success Story*, Presentation by Madelyn Hall and Brenda Elias to the Aboriginal Policy Research Conference, Ottawa, March 11, 2009.
20. M. Rotermann, C. Sanmartin, R. Trudeau et H. St-Jean, « Couplage des données du Recensement de 2006 et des données hospitalières au Canada », *Rapports sur la santé*, 26(9), 2015, p. 11–15.
21. G. Carrière, E. Bougie, D. Kohen *et al.*, « Hospitalisation en soins de courte durée, selon l'identité autochtone, Canada, 2006 à 2008 inclusivement », *Rapports sur la santé*, 27(8), 2016, p. 3–12.
22. Institut canadienne d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2006-2007*, Ottawa, Institut canadienne d'information sur la santé, 2009.

**Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux
et troubles du comportement chez les Premières Nations • Article de recherche**

23. Institut canadienne d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2007-2008*, Ottawa, Institut canadienne d'information sur la santé, 2010.
24. Institut canadienne d'information sur la santé, *Étude de l'ICIS sur la qualité des données de la Base de données sur les congés des patients pour 2008-2009*, Ottawa, Institut canadienne d'information sur la santé, 2010.
25. Institut canadienne d'information sur la santé, *Exploration de l'utilisation des services de santé mentale en milieu hospitalier en Ontario, 2007-2008, Analyse en Bref*, Ottawa, Institut canadienne d'information sur la santé, 2009.
26. Statistique Canada, *Directive sur le couplage de microdonnées*, 2011, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/politique4-1>
27. Statistique Canada, *Couplage de microdonnées approuvés*, 2012, disponible à l'adresse <http://www.statcan.gc.ca/fra/enregistrement/somm>
28. Institut canadienne d'information sur la santé, *Classification Statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, Dixième version, Canada*, Ottawa, Institut canadienne d'information sur la santé, 2006.
29. Institut canadienne d'information sur la santé, *Version 2006-2007 du Manuel de saisie de l'information de la BDCP (Base de données sur les congés des patients)*, Ottawa, Institut canadienne d'information sur la santé, 2006.
30. Institut canadienne d'information sur la santé, *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2005-2006*, Ottawa, Institut canadienne d'information sur la santé, 2008.
31. Institut canadienne d'information sur la santé, *Services de santé mentale en milieu hospitalier au Canada, 2009-2010*, Ottawa, Institut canadienne d'information sur la santé, 2012.
32. H. Johansen et P. Finès, « Jours d'hospitalisation en soins de courte durée et diagnostics de troubles mentaux », *Rapports sur la santé*, 23(4), 2012, p. 3–7.
33. J.C. Cardinal, D.P. Schopflocher, L.W. Svenson et al., *First Nations in Alberta: A Focus on Health Service Use*, Edmonton, Alberta, Alberta Health and Wellness, Government of Alberta, 2004, disponible à l'adresse <https://open.alberta.ca/dataset/0778526682>
34. J. Caron et A. Liu, « Étude descriptive de la prévalence de la détresse psychologique et des troubles mentaux au sein de la population canadienne : comparaison entre la population à faible revenu et la population à revenu plus élevé », *Maladies chroniques au Canada*, 30(3), 2010.
35. J. Beals, D.K. Novins, N.R. Whitesell et al., « Prevalence of mental health disorders and utilization of health services in two American Indian reservation populations: Mental health disparities in a national context », *American Journal of Psychiatry*, 162(1), 2005, p. 723–732.
36. B. Allan et J. Smylie, *First Peoples, Second Class Treatment: The Role of Racism in the Health and Well-being of Indigenous Peoples in Canada*, Toronto, The Wellesley Institute, 2015.
37. J. Caron, E. Latimer et M. Tousignant, « Predictors of psychological distress in low income populations of Montreal », *Canadian Journal of Public Health*, 98(Suppl.), 2007, p. S35–44.
38. Comité sénatorial permanent des peuples autochtones, *Le logement et l'infrastructure dans les réserves : Recommandations de changements*, 2015, disponible à l'adresse <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/412/appa/rep/rep12jun15-f.pdf>
39. Statistique Canada, *Recensement de 2006 : Produits de données, Profil d'intérêt spécial*, disponible à l'adresse <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/sip/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=614135&GK=1&GRP=1&O=D&PID=97446&PRID=0&PTYPE=97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>
40. B. Bingham, *Aboriginal Community-Based Primary Health Care Research: Developing Community-Driven Primary Health Care Research Priorities*, Surrey, British Columbia, Aboriginal Health Services, Fraser Health, 2013.
41. A.J. Browne, V. Smye, P. Rodney et al., « Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department », *Qualitative Health Research*, 21(3), 2011, p. 333-348.
42. Statistique Canada, *Recensement de 2006 : documents de référence*, disponible à l'adresse <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/ref/notes/aboriginal-autochtones-fra.cfm>
43. One provincial board to govern Alberta's health system-Government of Alberta, Government of Alberta News Release, May 15, 2008, disponible à l'adresse https://www.google.ca/url?sa=t&source=web&rct=j&url=https://www.alberta.ca/release.cfm%3FxFID%3D23523ed9498c0-0827-451c-e98a0b8430dc1879&ved=0ahUKEwjYosvxpMHXAhVX3WMKHS6hAwwQFggmMAA&usg=AOvVaw1Z5h-LL8gMWDdTz8_UVkwWs
44. British Columbia Tripartite Framework Agreement on First Nation Health, disponible à l'adresse <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/first-nations-inuit-health/reports-publications/health-care-services/british-columbia-tripartite-framework-agreement-first-nation-health-governance.html>
45. M. Tjepkema, R. Wilkins, J. Pennock et N. Goedhuis, « Années potentielles de vie perdues de 25 à 74 ans chez les Métis et les Indiens non inscrits, 1991 à 2001 », *Rapports sur la santé*, 22(1), 2011, p. 27–39.
46. M. Tjepkema, R. Wilkins, S. Senécal et al., « La mortalité chez les Métis et les Indiens inscrits adultes au Canada : étude de suivi sur 11 ans », *Rapports sur la santé*, 20(4), 2009, p. 33-55.
47. L.J. Kirmayer, « Changing patterns in suicide among young people », *Canadian Medical Association Journal*, 184(9), 2012, p. 1015-1016.

**Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux
et troubles du comportement chez les Premières Nations • Article de recherche**

Annexe

Tableau A

Cohorte du Recensement de 2006 admissible au couplage à la Base de données sur les congés des patients, selon le sexe, le groupe d'âge, la résidence et la région, Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve et non-Autochtones, Canada, à l'exception de l'Ontario et du Québec

Caractéristiques	Cohorte totale	Premières Nations		Non-Autochtones
		Dans une réserve	Hors réserve	
Total	2 298 200	190 700	55 500	2 052 000
Sexe				
Femmes	1 165 400	94 000	29 400	1 041 900
Hommes	1 132 800	96 600	26 100	1 010 100
Groupe d'âge				
0 à 9 ans	271 600	42 000	12 000	217 500
10 à 19 ans	322 200	43 400	12 300	266 600
20 à 29 ans	296 500	27 700	8 100	260 600
30 à 39 ans	307 100	25 100	7 900	274 200
40 à 49 ans	373 100	23 500	7 200	342 500
50 ans et plus	727 700	28 900	8 000	690 700
Résidence				
Rurale	703 200	177 000	18 200	507 900
Urbaine	1 595 000	13 600	37 300	1 544 100
Région				
Atlantique	425 900	15 300	4 400	406 200
Manitoba	248 100	50 600	9 200	188 400
Saskatchewan	211 700	43 400	10 800	157 400
Alberta	620 900	33 300	12 600	575 000
Colombie-Britannique	756 400	38 000	14 300	704 100
Territoires	35 300	10 000	4 400	21 000

Notes : Les données sur les Premières Nations sont fondées sur la population déclarant une seule identité des Premières Nations. Les chiffres de la population du recensement sont arrondis à la centaine près.
Source : Recensement de la population de 2006.

Tableau B

Codes CIM-10-CA pour les groupes de troubles mentaux et de troubles du comportement

Groupe de trouble mental et trouble du comportement	Codes de la version 6 de CIM-10-CA	Exemples de diagnostic en langage commun
Troubles mentaux et troubles du comportement (chapitre V)	F00 – F99	
Liés à l'utilisation de substances	F10 - F19, F55	Troubles mentaux et troubles du comportement liés à l'utilisation d'alcool; à une intoxication aiguë; à une utilisation nocive pour la santé; à un syndrome de dépendance; à un syndrome de sevrage; à un trouble psychotique de survenue tardive lié à l'utilisation d'opiacés, de dérivés du cannabis, de sédatifs ou d'hypnotiques, de cocaïne ou d'autres stimulants.
Humeur	F30 – F33, F39, F340, F341, F348, F349, F380, F381, F388	Épisode maniaque; trouble affectif bipolaire; épisodes dépressifs; trouble dépressif récurrent; troubles de l'humeur [affectifs] persistants
Schizophréniques et psychotiques	F20 – F29	Schizophrénie; trouble schizotypique; troubles délirants persistants; troubles psychotiques aigus et transitoires; trouble délirant induit (y compris les troubles paranoïaques); autres troubles psychotiques non organiques
Anxieux	F40 – F42, F430, F431, F438, F439, F930 – F932	Troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes; troubles anxieux phobiques; trouble panique; trouble obsessionnel-compulsif; réaction à un facteur de stress sévère, et troubles de l'adaptation; état de stress post-traumatique
Organiques	F00 – F09, G30	Démence de la maladie d'Alzheimer; démence vasculaire; démence au cours d'autres maladies classées ailleurs, comme la maladie de Parkinson, la maladie de Creutzfeldt-Jakob
Personnalité	F60 – F62, F68, F69	Troubles spécifiques de la personnalité (comme la personnalité paranoïaque, la personnalité schizoïde); troubles mixtes de la personnalité et autres troubles de la personnalité; modification durable de la personnalité après une expérience de catastrophe (après une catastrophe, exposition prolongée à des situations représentant un danger vital)
Autre	F432, F45, F59, F52, F63, F64, F66, F80 – F89, F91, F92, F933 – F939, F95, F99	Troubles d'adaptation (choc culturel, réaction de deuil, hospitalisme chez l'enfant); troubles spécifiques du développement de la parole et du langage; trouble spécifique du développement moteur; troubles du comportement et troubles émotionnels apparaissant habituellement durant l'enfance et l'adolescence

CIM-10-CA = Classification internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième révision, Canada.

*Hospitalisations en soins de courte durée pour troubles mentaux
et troubles du comportement chez les Premières Nations • Article de recherche*

Tableau C

Répartition des hospitalisations couplées à la Base de données sur les congés des patients, selon le diagnostic principal, Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve et non-Autochtones, pensionnaires d'établissements institutionnels exclus, Canada, à l'exception de l'Ontario et du Québec, de 2006-2007 à 2008-2009

Diagnostic principal	Premières Nations							
	Total		Dans une réserve		Hors réserve		Non-Autochtones	
	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%	Nombre	%
Troubles mentaux et du comportement totaux	26 870	4,8	4 064	5,0	1 000	6,5	21 806	4,6
Liés à la consommation de substances	5 767	1,0	1 878	2,0	338	2,0	3 551	1,0
Humeur	8 297	1,5	710	<1,0	266	2,0	7 321	2,0
Schizophréniques et psychotiques	4 213	<1,0	528	<1,0	160	1,0	3 525	1,0
Anxieux	1 678	<1,0	254	<1,0	56	<1,0	1 368	<1,0
Organiques	3 131	<1,0	140	<1,0	35	<1,0	2 956	1,0
Personnalité	590	<1,0	56	<1,0	19	<1,0	515	<1,0
Autre trouble mental ou trouble du comportement	3 194	<1,0	498	1,0	126	1,0	2 570	1,0
Autre qu'un trouble mental ou trouble du comportement	536 773	95	71 418	95,0	14 498	93,5	450 857	95,4
Total	563 643	100,0	75 482	100,0	15 498	100,0	472 663	100,0

Source : Données couplées du Recensement de 2006 et de la Base de données sur les congés des patients de 2006-2007 à 2008-2009.