

Rapports sur la santé

Changements signalés dans les hospitalisations en soins de courte durée chez les enfants et les jeunes autochtones : résultats des Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011

par Gisèle Carrière et Evelyne Bougie

Date de diffusion : le 18 janvier 2023



Comment obtenir d'autres renseignements

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

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

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

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

Normes de service à la clientèle

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

Note de reconnaissance

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

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Sa Majesté le Roi du chef du Canada, représenté par le ministre de l'Industrie 2023

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.

Changements signalés dans les hospitalisations en soins de courte durée chez les enfants et les jeunes autochtones : résultats des Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011

par Gisèle Carrière et Evelyne Bougie

DOI: <https://www.doi.org/10.25318/82-003-x202300100002-fra>

RÉSUMÉ

Contexte

La présente étude décrit les différences dans les taux d'hospitalisation des enfants et jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve et hors réserve, des enfants et jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik), et des enfants et jeunes métis, comparativement aux enfants et jeunes non autochtones. Elle permet d'examiner les changements de taux de 2006 et de 2011.

Données et méthodes

Les Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011 ont fourni des enregistrements d'hospitalisation sur une période de cinq ans. Statistique Canada a pu par la suite coupler ces données à l'identité autochtone autodéclarée des répondants du recensement. Les causes des hospitalisations reposaient sur le principal diagnostic codé selon la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version (CIM-10-CA) du Canada (agrégée par code de chapitre). Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) ont été calculés pour 100 000 habitants. Des rapports de taux (RT) ont été indiqués pour chaque groupe autochtone, comparativement aux enfants et aux jeunes non autochtones.

Résultats

Pour les cohortes de 2006 et de 2011, les THNA étaient généralement plus élevés parmi les enfants et jeunes autochtones, comparativement aux enfants et aux jeunes non autochtones. Pour certains problèmes de santé, les tendances d'hospitalisation au sein des groupes autochtones donnés variaient aussi entre les deux périodes observées. Chez les enfants, les RT les plus élevés ont été observés pour les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif et les blessures. Des RT élevés liés à la santé mentale ont été observés dans presque tous les groupes autochtones pour les deux années de cohortes chez les jeunes. On a observé des hausses importantes des THNA liés à la santé mentale en 2011, comparativement à 2006, dans tous les groupes de jeunes, exception faite des jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat, ce qui s'explique probablement en partie par les limites des données. Parmi les jeunes autochtones, des RT élevés ont été observés pour la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, et les blessures. Pour tous les jeunes (à l'exclusion des jeunes inuits), les THNA liés à l'accouchement ont baissé en 2011, comparativement à 2006.

Interprétation

Les constatations cadrent avec les disparités signalées en matière d'hospitalisation entre les enfants et jeunes autochtones et les enfants et jeunes non autochtones. Ces données ont permis de faire le suivi des changements au fil du temps pour combler en partie les lacunes statistiques à l'échelle nationale en ce qui a trait aux résultats en matière de santé des enfants et des jeunes, notamment les hospitalisations.

Mots-clés

Cohorte santé et environnement du recensement canadien, couplage d'enregistrements, désagrégation, hospitalisation, Inuit, Inuit Nunangat, Métis, Premières Nations, recensement, vivant dans les réserves, vivant hors réserve.

AUTEURS

Gisèle Carrière travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, et Evelyne Bougie travaille à la Division de l'analyse stratégique, des publications et de la formation de Statistique Canada.

Ce que l'on sait déjà sur le sujet

- Les disparités en matière de santé observées auparavant entre les personnes autochtones et les personnes non autochtones ont entraîné des taux de morbidité disproportionnés.
- Des études antérieures ont montré des taux plus élevés d'hospitalisation en soins de courte durée au Canada chez les personnes des Premières Nations, les Métis et les Inuit, comparativement aux personnes non autochtones.

Ce qu'apporte l'étude

- Jusqu'à présent, aucune étude nationale utilisant une approche normalisée n'a permis d'examiner les changements dans les tendances en matière de taux d'hospitalisation des enfants et jeunes autochtones au Canada au fil du temps.
- Les taux d'hospitalisation par cause principale, comprenant les changements observés sur deux périodes, sont évalués séparément pour les enfants et les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, les enfants et jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik), et les enfants et jeunes métis. Ces taux ont aussi été comparés aux taux observés pour les enfants et jeunes non autochtones.
- La présente étude comble en partie les lacunes statistiques existantes pour rendre compte d'une façon plus exhaustive l'utilisation des soins de santé par les populations autochtones.

En 2015, la Commission de vérité et réconciliation (CVR) du Canada a placé le bien-être des enfants au cœur de ses appels à l'action. La mesure à prendre n° 19 exige que le gouvernement fédéral cerne les écarts dans les résultats en matière de santé entre les peuples autochtones et les peuples non autochtones, y compris l'évaluation de mesures à long terme¹. Il est important d'obtenir régulièrement des résultats en matière de santé à l'échelle nationale pour les enfants et les jeunes autochtones afin d'évaluer les disparités et les tendances liées à la santé. L'obtention de ces données permet d'orienter les politiques visant à réduire les écarts signalés dans les résultats en matière de santé entre les différents groupes de population, ainsi qu'à cadrer avec des priorités, notamment la réponse fédérale à l'égard des appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Toutefois, il y a encore un fossé en matière de renseignements sur les résultats et les tendances liés aux enfants et jeunes autochtones, en partie parce que les données administratives recueillies couramment à l'échelle nationale sur la santé de la population ne contiennent habituellement pas de renseignements sur l'identité autochtone.

Les disparités en matière de santé observées auparavant entre les personnes autochtones et les personnes non autochtones incluaient des disproportions à l'égard de la morbidité^{2,3,4,5}, surtout chez les enfants et les jeunes^{6,7,8}, de la mortalité^{9,10}, ainsi qu'une espérance de vie écourtée¹¹. L'interprétation des écarts dans les données sur la santé entre les populations autochtones et les populations non autochtones nécessite la reconnaissance des déterminants socioéconomiques distincts de la santé, y compris les différents modèles de prestation de services de santé pour les personnes autochtones au Canada, lesquels sont ancrés dans les processus historiques et continus de la colonisation^{12,13,14} et entraînent des effets négatifs sur la santé¹⁵. D'autres ont souligné que le système de soins de santé au

Canada manque de programmes adaptés aux réalités culturelles et crée une inégalité systémique, où les personnes autochtones vivent une expérience différente des autres en ce qui a trait à la prestation des soins^{8,12,16,17,18}. Compte tenu de ces constatations, on s'attendait à signaler une disparité dans les taux d'hospitalisation chez les enfants et jeunes autochtones, comparativement aux enfants et jeunes non autochtones. Toutefois, des résultats nationaux concernant l'évolution des tendances d'hospitalisation au fil du temps pour les enfants et les jeunes de chaque groupe autochtone n'étaient pas connus.

Récemment, des méthodes normalisées pour créer des données couplées à Statistique Canada ont été appliquées à des questionnaires détaillés du recensement actuel et antérieurs, ainsi qu'à l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM)¹⁹. Ce couplage prospectif permet de comparer les différentes cohortes au fil du temps pour mener des analyses des tendances^{20,21}. Les données ont par la suite été couplées à Statistique Canada pour fournir des renseignements prospectifs sur les résultats en matière de santé, et elles sont utilisées dans la présente étude pour présenter de nouvelles données sur les taux d'hospitalisation et les changements signalés au fil du temps dans les résultats en matière de santé chez les enfants et les jeunes des Premières Nations, métis et inuits. Les statistiques nationales pour ces résultats couplés d'une façon prospective pour les enfants et les jeunes n'ont pas encore été publiées adéquatement ou couramment par le Canada.

La présente étude vise à déterminer s'il y a des écarts à l'échelle nationale dans les taux d'hospitalisation en soins de courte durée pour les enfants et les jeunes, par groupe autochtone, et à détecter les changements dans les tendances d'hospitalisation de 2006 et de 2011.

Cette étude vise à élargir la portée des travaux antérieurs⁶ en déclarant séparément les taux d'hospitalisation pour deux cohortes d'enfants et de jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, ainsi que pour des cohortes d'enfants et de jeunes métis et d'enfants et de jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik), comparativement aux taux enregistrés pour les enfants et les jeunes non autochtones.

Méthodes

Sources des données

La présente étude repose sur les données tirées des Cohortes santé et environnement des recensements du Canada (CSERCan) de 2006 et de 2011^{19,20}. Davantage de renseignements sur les CSERCan et les bases de données pertinentes se trouvent à l'adresse <https://www.statcan.gc.ca/fr/microdonnees/centres-donnees/donnees/csercan>.

Les CSERCan fournissent des données couplées qui combinent les dossiers d'hospitalisation des patients tirés de la Base de données sur les congés des patients (BDCP) et les réponses au questionnaire détaillé de recensement et à l'ENM. La BDCP contient les dossiers d'hospitalisation des patients compilés par toutes les provinces et tous les territoires, à l'exception du Québec²². L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) fournit les données de la BDCP à Statistique Canada chaque année.

Ce couplage a permis de joindre aux dossiers d'hospitalisation des personnes les données socioéconomiques et les renseignements sur l'identité autochtone fournis par les répondants dans le recensement ou l'ENM. Ce couplage a été approuvé par le Comité de gestion stratégique de Statistique Canada, et l'utilisation de ces données est régie par la Directive sur le couplage de microdonnées de Statistique Canada²³. Statistique Canada assure la protection des renseignements personnels des participants grâce à des protocoles qui permettent uniquement aux employés qui interviennent directement dans le couplage des données de la base de données d'avoir un accès limité aux renseignements d'identification uniques (p. ex. noms) et qui restreignent l'accès aux dossiers complets contenant des renseignements sur les caractéristiques personnelles. Tous les renseignements d'identification ont été supprimés du dossier utilisé dans la présente analyse.

La présente étude, qui s'appuie sur les méthodes établies par Evelyne Bougie²⁴, repose sur les CSERCan de 2006 et de 2011. Les données figurant dans le questionnaire détaillé du Recensement de 2006 étaient couplées avec les données de la BDCP ayant une date d'admission entre le 15 mai 2006 et le 14 mai 2011, et les données tirées de l'ENM de 2011 étaient

couplées avec les données de la BDCP ayant une date d'admission entre le 10 mai 2011 et le 9 mai 2016.

Les CSERCan comprennent la population excluant les pensionnaires d'établissements institutionnels, comme dénombrée par le recensement ou l'ENM (c.-à-d. elles excluent les personnes qui vivent dans les établissements de soins pour bénéficiaires internes). Contrairement aux habituelles enquêtes nationales sur la santé, les CSERCan incluent les personnes vivant dans des réserves. Plus de renseignements sur la portée et les exclusions de l'ENM (comme les personnes vivant dans un logement collectif) sont disponibles ailleurs^{24,25}.

La présente étude repose seulement sur les dossiers d'hospitalisation en soins de courte durée, car ces données sont systématiquement communiquées à l'ICIS²². Depuis 2005, l'Ontario utilise le Système d'information ontarien sur la santé mentale (SIOSM) au lieu de la BDCP pour enregistrer les hospitalisations d'adultes et de certains adolescents dans un établissement de soins de courte durée pour cause liée à la santé mentale ou à la psychiatrie²⁶. Par conséquent, les taux d'hospitalisation toutes causes confondues et les taux d'hospitalisation en soins de courte durée pour cause liée à la santé mentale pourraient être sous-déclarés pour les jeunes dans cette étude. De plus, en raison de l'indisponibilité des taux d'hospitalisation au Québec pour le couplage²², les personnes vivant au Québec (y compris les Inuit vivant en Nunavik dans l'Inuit Nunangat) ne sont pas incluses dans la présente étude, tout comme les personnes qui ont été hospitalisées au Québec, mais qui sont résidentes des autres provinces et territoires.

Identité autochtone

L'identité autochtone a été autodéclarée par les répondants dans le Recensement de 2006 et dans l'ENM de 2011. La population habitant dans une réserve est définie davantage à l'aide des critères établis par Services aux Autochtones Canada^{25,27}. Plus de renseignements à cet égard, ainsi que sur les limites des réserves partiellement dénombrées et la définition de « vivant dans l'Inuit Nunangat », sont disponibles ailleurs^{24,25,27}.

Causes d'hospitalisation

Les causes d'hospitalisation en soins de courte durée ont été codées en fonction de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada (CIM-10-CA)^{28,29}. Les enregistrements ont été classés selon les codes de diagnostics de la CIM-10-CA (annexe A). Les personnes sont représentées plus d'une fois si elles ont été hospitalisées à maintes reprises pendant la période de suivi. Les taux déclarés représentent ainsi la fréquence des hospitalisations pour la période en question, et non le nombre de personnes hospitalisées.

Techniques d'analyse

Des statistiques descriptives ont été produites. Les taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge (THNA) pour

100 000 personnes et des intervalles de confiance (IC) de 95 % ont été calculés séparément pour les enfants et les jeunes de chaque groupe autochtone et pour les enfants et les jeunes non autochtones. La méthode directe a été utilisée pour la normalisation selon l'âge, et, pour les résultats des deux cohortes, sur la base de la structure par âge de la population

autochtone au Canada d'après la CSERCan de 2011 (les deux sexes combinés, à l'exclusion du Québec). Les groupes d'âge de normalisation 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.

Tableau 1-1

Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge¹ pour 100 000 années-personnes et rapports de taux² pour la population à domicile, selon la cause³ et le groupe de population, enfants âgés de 0 à 9 ans, Canada (à l'exclusion du Québec⁴), cohortes de 2006 et de 2011

Causes d'hospitalisation ³	THNA	2006				
		Intervalle de confiance de 95 %		Rapport de taux ²	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à
Enfants des Premières Nations vivant dans une réserve⁵ (à l'exclusion du Québec)⁴						
0 à 9 ans						
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	4 312,4	4 152,7	4 472,2	2,1	2,0	2,2
Maladies de l'appareil digestif	383,2	345,2	421,1	1,7	1,5	1,9
Maladies de l'appareil respiratoire	1 485,7	1 406,0	1 565,4	2,6	2,4	2,7
Maladies de l'appareil circulatoire	31,7	22,0	41,5	1,4	1,0	1,9
Troubles mentaux et du comportement	22,8	14,9	30,7	0,9	0,6	1,4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	57,2	34,0	80,4	1,0	0,7	1,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	163,0	139,6	186,5	2,3	2,0	2,7
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	69,1	54,8	83,4	1,3	1,1	1,7
Blessures	639,7	594,2	685,1	2,7	2,5	2,9
Enfants des Premières Nations vivant hors réserve⁵ (à l'exclusion du Québec)⁴						
0 à 9 ans						
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	3 234,2	2 933,8	3 534,6	1,6	1,4	1,7
Maladies de l'appareil digestif	282,9	226,4	339,4	1,3	1,0	1,6
Maladies de l'appareil respiratoire	1 075,5	909,1	1 242,0	1,9	1,6	2,2
Maladies de l'appareil circulatoire	46,5	17,2	75,8	2,0	1,1	3,8
Troubles mentaux et du comportement	28,2	6,4	50,0	1,2	0,5	2,5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	71,4	29,7	113,1	1,3	0,7	2,3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	139,6	95,2	183,9	2,0	1,4	2,7
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	49,4	26,1	72,8	1,0	0,6	1,5
Blessures	416,1	355,1	477,1	1,8	1,5	2,1
Enfants inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik)⁴						
0 à 9 ans						
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	3 714,9	3 301,1	4 128,6	1,8	1,6	2,0
Maladies de l'appareil digestif	287,2	203,7	370,7	1,3	1,0	1,7
Maladies de l'appareil respiratoire	1 263,7	1 062,1	1 465,3	2,2	1,8	2,6
Maladies de l'appareil circulatoire	x	x	x	x	x	x
Troubles mentaux et du comportement	x	x	x	x	x	x
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	x	x	x	x	x	x
Maladies de l'appareil génito-urinaire	78,2	41,0	115,4	1,1	0,7	1,8
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	x	x	x	x	x	x
Blessures	487,0	387,5	586,4	2,1	1,7	2,5
Enfants métis (à l'exclusion du Québec)⁴						
0 à 9 ans						
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	2 840,4	2 566,0	3 114,8	1,4	1,2	1,5
Maladies de l'appareil digestif	254,5	197,8	311,1	1,1	0,9	1,4
Maladies de l'appareil respiratoire	897,0	775,5	1 018,4	1,5	1,3	1,8
Maladies de l'appareil circulatoire	35,2	12,8	57,7	1,5	0,8	2,9
Troubles mentaux et du comportement	47,1	13,5	80,6	1,9	0,9	4,0
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	77,0	36,8	117,3	1,4	0,8	2,3
Maladies de l'appareil génito-urinaire	125,3	70,6	180,1	1,8	1,1	2,8
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	55,6	31,2	80,1	1,1	0,7	1,7
Blessures	384,3	308,2	460,4	1,6	1,3	2,0
Enfants non autochtones (à l'exclusion du Québec)⁴						
0 à 9 ans						
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	2 086,0	2 042,5	2 129,5	...	...	...
Maladies de l'appareil digestif	224,2	215,3	233,0	...	...	...
Maladies de l'appareil respiratoire	582,9	564,9	600,9	...	...	...
Maladies de l'appareil circulatoire	23,4	20,6	26,3	...	...	...
Troubles mentaux et du comportement	24,4	20,8	28,1	...	...	...
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	56,9	49,5	64,3	...	...	...
Maladies de l'appareil génito-urinaire	70,8	65,2	76,4	...	...	...
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	51,9	47,7	56,1	...	...	...
Blessures	236,1	227,3	244,8	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

x supprimé pour respecter les exigences en matière de confidentialité de la Loi sur la statistique

[†] intervalles de confiance pour la différence de taux ne se chevauchent pas

1. Les taux d'hospitalisation ont été normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population autochtone nationale de la CSERCan de 2011 (deux sexes combinés, à l'exclusion du Québec).

2. Le groupe de référence pour les rapports de taux (RT) est la population non autochtone (même sexe, même cohorte). Un RT est dit significatif si son intervalle de confiance n'inclut pas la valeur nulle.

3. Les causes d'hospitalisation reposent sur le diagnostic principal.

4. La Base de données sur les congés des patients ne comprend aucune donnée pour le Québec.

5. Pour que les taux de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 soient comparables à ceux de la CSERCan de 2011, seules les subdivisions de recensement qui étaient considérées comme étant des réserves en 2006 et en 2011 ont été définies comme étant « dans une réserve ».

Notes : THNA = taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge; RT = rapport de taux; IC = intervalle de confiance. Les logements collectifs ont été exclus de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 pour que les taux soient comparables à ceux de la CSERCan de 2011. Les logements collectifs désignent les logements utilisés à des fins commerciales, institutionnelles ou communautaires. Les logements collectifs comprennent les maisons de chambres et pensions, les hôtels, motels et établissements pour touristes, les établissements de soins infirmiers, les hôpitaux, les résidences pour le personnel, les casernes (bases militaires), les camps de chantiers, les prisons, les centres d'accueil et les foyers collectifs. Il peut s'agir d'un logement occupé par des résidents habituels ou uniquement par des résidents étrangers ou temporaires. Des poids d'échantillonnage ont été appliqués afin que la cohorte soit plus représentative de la population cible et pour réduire le biais attribuable aux appariements manqués. Des poids bootstrap généralisés ont été calculés à partir du poids final de cohorte. Des poids de rééchantillonnage bootstrap ont servi à évaluer les erreurs-types appropriées et les IC de 95 %. Dans la CSERCan de 2006, les données du Recensement de 2006 sont couplées avec les enregistrements de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) pour la période de 2006-2007 à 2010-2011. Dans la CSERCan de 2011, les données de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 sont couplées avec les enregistrements de la BDGP de 2011-2012 à 2015-2016.

Sources : Statistique Canada, Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011.

Tableau 1-2

Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge¹ pour 100 000 années-personnes et rapports de taux² pour la population à domicile, selon la cause³ et le groupe de population, enfants âgés de 0 à 9 ans, Canada (à l'exclusion du Québec⁴), cohortes de 2006 et de 2011

Causes d'hospitalisation ³	THNA	2011		Rapport de taux ²	Intervalle de confiance de 95 %		Différence de taux entre 2011 et 2006
		de	à		de	à	
Enfants des Premières Nations vivant dans une réserve⁵ (à l'exclusion du Québec)⁴							
0 à 9 ans							
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	3 756,2	3 597,2	3 915,1	1,9	1,8	2,0	-556,2 [†]
Maladies de l'appareil digestif	297,1	265,7	328,4	2,0	1,8	2,3	-86,1 [†]
Maladies de l'appareil respiratoire	1 095,7	1 022,5	1 168,8	2,0	1,9	2,2	-390,0 [†]
Maladies de l'appareil circulatoire	41,0	28,7	53,4	1,3	1,0	1,9	9,3
Troubles mentaux et du comportement	47,5	33,8	61,2	2,2	1,6	3,1	24,7 [†]
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	44,6	28,0	61,2	0,8	0,6	1,2	-12,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	125,1	103,8	146,5	2,2	1,8	2,6	-37,9
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	63,6	48,8	78,3	1,3	1,0	1,6	-5,5
Blessures	519,1	478,3	560,0	2,2	2,0	2,5	-120,6 [†]
Enfants des Premières Nations vivant hors réserve⁵ (à l'exclusion du Québec)⁴							
0 à 9 ans							
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	2 975,8	2 381,0	3 570,6	1,5	1,2	1,8	-258,4
Maladies de l'appareil digestif	389,1	37,3	741,0	2,6	1,1	6,5	106,2
Maladies de l'appareil respiratoire	692,9	573,4	812,4	1,3	1,1	1,5	-382,6 [†]
Maladies de l'appareil circulatoire	22,0	6,1	37,9	0,7	0,3	1,5	-24,5
Troubles mentaux et du comportement	71,0	35,5	106,6	3,4	2,0	5,7	42,8
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	53,7	16,8	90,5	1,0	0,5	2,0	-17,7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	85,5	25,2	145,8	1,5	0,7	3,0	-54,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	47,1	25,1	69,1	0,9	0,6	1,5	-2,3
Blessures	388,2	272,9	503,5	1,7	1,2	2,3	-27,9
Enfants inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik)⁴							
0 à 9 ans							
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	3 540,5	3 139,6	3 941,5	1,8	1,6	2,0	-174,4
Maladies de l'appareil digestif	285,0	197,5	372,6	1,9	1,4	2,6	-2,2
Maladies de l'appareil respiratoire	993,9	829,2	1 158,6	1,9	1,6	2,2	-269,8
Maladies de l'appareil circulatoire	70,1	19,0	121,3	2,3	1,1	4,8	x
Troubles mentaux et du comportement	x	x	x	x	x	x	x
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	x	x	x	x	x	x	x
Maladies de l'appareil génito-urinaire	41,1	13,3	68,8	0,7	0,4	1,4	-37,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	92,5	43,9	141,0	1,9	1,1	3,2	x
Blessures	429,4	326,1	532,8	1,9	1,5	2,4	-57,6
Enfants métis (à l'exclusion du Québec)⁴							
0 à 9 ans							
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	1 970,4	1 737,6	2 203,1	1,0	0,9	1,1	-870,0 [†]
Maladies de l'appareil digestif	130,3	77,1	183,4	0,9	0,6	1,3	-124,2 [†]
Maladies de l'appareil respiratoire	596,2	485,0	707,3	1,1	0,9	1,3	-300,8 [†]
Maladies de l'appareil circulatoire	17,9	6,6	29,2	0,6	0,3	1,1	-17,3
Troubles mentaux et du comportement	17,3	6,8	27,7	0,8	0,4	1,5	-29,8
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	57,9	22,7	93,2	1,1	0,6	2,0	-19,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	66,1	14,9	117,2	1,1	0,5	2,5	-59,2
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	39,8	17,2	62,5	0,8	0,5	1,4	-15,8
Blessures	250,0	192,8	307,2	1,1	0,9	1,4	-134,3 [†]
Enfants non autochtones (à l'exclusion du Québec)⁴							
0 à 9 ans							
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	1 989,3	1 941,4	2 037,2	...	...	...	-96,7 [†]
Maladies de l'appareil digestif	148,9	139,2	158,5	...	...	...	-75,3 [†]
Maladies de l'appareil respiratoire	537,5	519,3	555,7	...	...	...	-45,4 [†]
Maladies de l'appareil circulatoire	30,6	25,9	35,3	...	...	...	7,2
Troubles mentaux et du comportement	21,2	17,4	25,0	...	...	...	-3,2
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	54,3	48,4	60,2	...	...	...	-2,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	57,8	52,4	63,2	...	...	...	-13,0 [†]
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	49,9	45,2	54,6	...	...	...	-2,0
Blessures	232,3	221,7	242,9	...	...	...	-3,8 [†]

... n'ayant pas lieu de figurer

x supprimé pour respecter les exigences en matière de confidentialité de la Loi sur la statistique

[†] intervalles de confiance pour la différence de taux ne se chevauchent pas

1. Les taux d'hospitalisation ont été normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population autochtone nationale de la CSERCan de 2011 (deux sexes combinés, à l'exclusion du Québec).

2. Le groupe de référence pour les rapports de taux (RT) est la population non autochtone (même sexe, même cohorte). Un RT est dit significatif si son intervalle de confiance n'inclut pas la valeur nulle.

3. Les causes d'hospitalisation reposent sur le diagnostic principal.

4. La Base de données sur les congés des patients ne comprend aucune donnée pour le Québec.

5. Pour que les taux de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 soient comparables à ceux de la CSERCan de 2011, seules les subdivisions de recensement qui étaient considérées comme étant des réserves en 2006 et en 2011 ont été définies comme étant « dans une réserve ».

Notes : THNA = taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge; RT = rapport de taux; IC = intervalle de confiance. Les logements collectifs ont été exclus de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 pour que les taux soient comparables à ceux de la CSERCan de 2011. Les logements collectifs désignent les logements utilisés à des fins commerciales, institutionnelles ou communautaires. Les logements collectifs comprennent les maisons de chambres et pensions, les hôtels, motels et établissements pour touristes, les établissements de soins infirmiers, les hôpitaux, les résidences pour le personnel, les casernes (bases militaires), les camps de chantiers, les prisons, les centres d'accueil et les foyers collectifs. Il peut s'agir d'un logement occupé par des résidents habituels ou uniquement par des résidents étrangers ou temporaires. Des poids d'échantillonnage ont été appliqués afin que la cohorte soit plus représentative de la population cible et pour réduire le biais attribuable aux appariements manqués. Des poids bootstrap généralisés ont été calculés à partir du poids final de cohorte. Des poids de rééchantillonnage bootstrap ont servi à évaluer les erreurs-types appropriées et les IC de 95 %. Dans la CSERCan de 2006, les données du Recensement de 2006 sont couplées avec les enregistrements de la Base de données sur les congés des patients (BDGP) pour la période de 2006-2007 à 2010-2011. Dans la CSERCan de 2011, les données de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 sont couplées avec les enregistrements de la BDGP de 2011-2012 à 2015-2016.

Sources : Statistique Canada, Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011.

La période de suivi a été censurée lorsque des personnes sont décédées, comme il a été déterminé par les données couplées entre la CSERCan et la Base canadienne de données de l'état civil – Décès.

Les THNA des cohortes de 2006 et de 2011 ont été comparés au moyen d'un calcul de différence de taux et ont été considérés comme étant significativement différents si leurs IC ne se chevauchaient pas. Les rapports de taux (RR) et les intervalles de confiance de 95 % ont été calculés pour comparer les THNA des enfants et jeunes des Premières Nations, des enfants et jeunes inuits et des enfants et jeunes métis (chaque groupe séparément) avec les THNA des enfants et jeunes non autochtones à l'échelle nationale (à l'exclusion du Québec).

Des poids d'échantillonnage ont été appliqués pour rendre les cohortes représentatives de la population cible et pour réduire le biais attribuable aux couplages manqués. Des poids de rééchantillonnage bootstrap ont servi à évaluer les erreurs-types appropriées et les IC de 95 %. Les règles de contrôle de la CSERCan ont été appliquées pour éliminer les petits nombres d'unités et les petites estimations afin de prévenir les risques de divulgation de tout renseignement confidentiel fourni à Statistique Canada soit par les répondants à l'enquête, soit au moyen des données administratives. De plus, pour assurer la qualité des données, les nombres qui étaient trop petits pour produire des statistiques fiables ont été supprimés.

Résultats

La CSERCan de 2006 (annexe B) se composait au total d'environ 84 850 enfants et jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve (représentant 32 875 hospitalisations), 29 960 enfants et jeunes des Premières Nations vivant hors réserve (8 015 hospitalisations), 12 105 Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat (sauf le Nunavik) (4 110 hospitalisations), 27 075 Métis (6 315 hospitalisations) et 982 835 enfants et jeunes non autochtones (118 560 hospitalisations).

La CSERCan de 2011 (annexe C) se composait au total d'environ 82 520 enfants et jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves (représentant 27 780 hospitalisations), 35 295 enfants et jeunes des Premières Nations vivant hors réserve (8 040 hospitalisations), 9 785 Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat (sauf le Nunavik) (3 215 hospitalisations), 26 745 Métis (4 990 hospitalisations) et 1 036 815 enfants et jeunes non autochtones (116 590 hospitalisations).

Les THNA, les RT et les différences de taux pour les deux cohortes sont présentés séparément pour les enfants âgés de 0 à 9 ans (tableau 1) et les jeunes âgés de 10 à 19 ans (tableau 2). Les RT utilisent la population non autochtone à titre de groupe de référence. Les différences de taux comparent les taux pour l'ensemble des années de recensement pour chaque groupe d'identité.

Hospitalisations toutes causes confondues

Les THNA pour les hospitalisations toutes causes confondues (à l'exclusion de l'accouchement) étaient constamment et considérablement plus élevés chez les enfants et les jeunes autochtones que chez les enfants et les jeunes non autochtones, une tendance qui a été observée dans les CSERCan de 2006 et de 2011 pour chaque groupe d'identité, à l'exclusion des enfants métis dans la cohorte de 2011 (figure 1). Comparativement à la population non autochtone, on a observé des disparités importantes dans les cohortes de 2006 et de 2011 chez les enfants et les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, et chez les enfants et les jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (tableau 1 et tableau 2). Dans la cohorte de 2011, les enfants et jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves étaient, respectivement, 1,9 et 2,4 fois plus susceptibles d'être hospitalisés (à l'exclusion des accouchements), comparativement aux enfants et jeunes non autochtones. Pour les enfants et jeunes inuits dans la cohorte de 2011, les RT se chiffraient à 1,8 et à 2,3, respectivement. Parmi les jeunes autochtones, les RT étaient plus élevées dans les deux cohortes lorsque les THNA pour accouchement ont été inclus.

Lorsque les taux d'hospitalisation pour accouchement sont exclus, les THNA toutes causes confondues étaient considérablement plus faibles en 2011, par rapport à 2006, pour les groupes d'identité suivants : enfants des Premières Nations vivant dans une réserve; jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve; enfants métis; enfants non autochtones et jeunes non autochtones (tableau 1 et tableau 2). Un tel écart n'a pas été constaté pour les enfants et jeunes des Premières Nations vivant hors réserve ou pour les enfants et jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat.

Hospitalisations propres à une cause

Parmi les enfants dans chaque groupe d'identité des deux cohortes, les principales causes d'hospitalisation étaient les mêmes : maladies de l'appareil respiratoire; blessures et maladies de l'appareil digestif (tableau 1, figure 2). Parmi les jeunes de tous les groupes des deux cohortes, les hospitalisations étaient principalement liées à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité (les premières semaines après l'accouchement), suivies le plus souvent d'hospitalisations pour des problèmes liés à la santé mentale et pour des blessures (tableau 2, figure 2). Les ratios de taux par groupes d'âge sont présentés à la figure 3.

Enfants et jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve

Les enfants des Premières Nations vivant dans une réserve en 2006 ont enregistré des THNA plus élevés que les enfants non autochtones en ce qui a trait aux blessures (RT = 2,7), aux maladies de l'appareil respiratoire (RT = 2,6) et aux maladies de l'appareil génito-urinaire (RT = 2,3). Les maladies de l'appareil digestif représentent une autre cause principale d'hospitalisation, comme il est déterminé par l'estimation de la

Tableau 2-1

Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge¹ pour 100 000 années-personnes et rapports de taux² pour la population à domicile, selon la cause³ et le groupe de population, jeunes âgés de 10 à 19 ans, Canada (à l'exclusion du Québec)⁴, cohortes de 2006 et de 2011

Causes d'hospitalisation ³	THNA	2006		Rapport de taux ²	Intervalle de confiance de 95 %	
		de	à		de	à
Jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve⁵ (à l'exclusion du Québec)⁴						
10 à 19 ans						
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	11 729,6	11 427,0	12 032,2	4,6	4,5	4,8
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	5 552,8	5 399,1	5 706,4	2,8	2,7	2,9
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	5 682,9	5 497,7	5 868,0	11,1	10,6	11,6
Maladies de l'appareil digestif	660,5	616,9	704,2	1,9	1,8	2,0
Maladies de l'appareil respiratoire	519,5	482,2	556,8	3,0	2,8	3,3
Maladies de l'appareil circulatoire	63,2	50,4	76,0	1,6	1,3	2,0
Troubles mentaux et du comportement	789,3	728,8	849,8	3,1	2,9	3,4
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	137,8	101,0	174,5	2,0	1,5	2,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	207,3	186,1	228,4	2,5	2,2	2,8
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	105,7	88,6	122,8	1,2	1,0	1,4
Blessures	1 133,8	1 082,5	1 185,2	3,0	2,9	3,2
Jeunes des Premières Nations vivant hors réserve⁵ (à l'exclusion du Québec)⁴						
10 à 19 ans						
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	7 184,1	6 717,4	7 650,9	2,8	2,7	3,0
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	3 772,3	3 519,8	4 024,9	1,9	1,8	2,0
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	3 031,3	2 783,3	3 279,2	5,9	5,4	6,5
Maladies de l'appareil digestif	436,1	367,8	504,3	1,3	1,1	1,5
Maladies de l'appareil respiratoire	387,7	315,7	459,7	2,3	1,9	2,7
Maladies de l'appareil circulatoire	56,3	33,4	79,2	1,4	0,9	2,1
Troubles mentaux et du comportement	761,2	657,6	864,8	3,0	2,6	3,5
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	78,3	45,5	111,2	1,1	0,7	1,7
Maladies de l'appareil génito-urinaire	140,6	108,5	172,8	1,7	1,3	2,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	100,5	70,9	130,1	1,1	0,8	1,5
Blessures	723,2	638,6	807,7	1,9	1,7	2,2
Jeunes Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik)⁴						
10 à 19 ans						
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	9 669,2	8 937,5	10 400,9	3,8	3,5	4,1
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	4 985,8	4 605,9	5 365,8	2,5	2,3	2,7
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	4 020,6	3 634,0	4 407,2	7,8	7,1	8,7
Maladies de l'appareil digestif	478,7	397,2	560,1	1,4	1,2	1,6
Maladies de l'appareil respiratoire	487,4	382,5	592,3	2,8	2,3	3,5
Maladies de l'appareil circulatoire	x	x	x	x	x	x
Troubles mentaux et du comportement	774,5	624,8	924,3	3,1	2,5	3,7
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	x	x	x	x	x	x
Maladies de l'appareil génito-urinaire	112,6	70,3	154,9	1,3	0,9	2,0
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	66,3	34,0	98,6	0,7	0,4	1,2
Blessures	1 090,4	953,6	1 227,2	2,9	2,6	3,3
Jeunes métis (à l'exclusion du Québec)⁴						
10 à 19 ans						
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	5 229,8	4 802,6	5 657,1	2,1	1,9	2,3
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	3 001,9	2 778,5	3 225,3	1,5	1,4	1,6
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	2 057,7	1 815,3	2 300,1	4,0	3,6	4,5
Maladies de l'appareil digestif	382,6	324,8	440,5	1,1	1,0	1,3
Maladies de l'appareil respiratoire	283,2	235,0	331,4	1,7	1,4	2,0
Maladies de l'appareil circulatoire	50,6	28,3	73,0	1,3	0,8	2,0
Troubles mentaux et du comportement	466,9	377,4	556,4	1,9	1,5	2,3
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	66,9	30,8	103,0	1,0	0,6	1,6
Maladies de l'appareil génito-urinaire	138,0	104,6	171,5	1,6	1,3	2,1
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	105,0	74,3	135,6	1,1	0,9	1,5
Blessures	616,2	539,9	692,5	1,6	1,5	1,9
Jeunes non autochtones (à l'exclusion du Québec)⁴						
10 à 19 ans						
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	2 531,3	2 481,2	2 581,5	...	...	...
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	2 012,4	1 981,1	2 043,6	...	...	...
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	512,7	495,9	529,6	...	...	...
Maladies de l'appareil digestif	347,2	338,0	356,4	...	...	...
Maladies de l'appareil respiratoire	171,6	165,0	178,2	...	...	...
Maladies de l'appareil circulatoire	39,7	36,6	42,8	...	...	...
Troubles mentaux et du comportement	252,4	242,4	262,5	...	...	...
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	70,6	64,0	77,1	...	...	...
Maladies de l'appareil génito-urinaire	84,2	79,4	89,0	...	...	...
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	91,9	87,5	96,3	...	...	...
Blessures	374,7	365,4	384,0	...	...	...

... n'ayant pas lieu de figurer

x supprimé pour respecter les exigences en matière de confidentialité de la Loi sur la statistique

¹ les intervalles de confiance pour la différence de taux ne se chevauchent pas

1. Les taux d'hospitalisation ont été normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population autochtone nationale de la CSERCan de 2011 (deux sexes combinés, à l'exclusion du Québec).

2. Le groupe de référence pour les rapports de taux (RT) est la population non autochtone (même sexe, même cohorte). Un RT est dit significatif si son intervalle de confiance n'inclut pas la valeur nulle.

3. Les causes d'hospitalisation reposent sur le diagnostic principal.

4. La Base de données sur les congés des patients ne comprend aucune donnée pour le Québec.

5. Pour que les taux de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 soient comparables à ceux de la CSERCan de 2011, seules les subdivisions de recensement qui étaient considérées comme étant des réserves en 2006 et en 2011 ont été définies comme étant « dans une réserve ».

Notes : THNA = taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge; RT = rapport de taux; IC = intervalle de confiance. Les logements collectifs ont été exclus de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 pour que les taux soient comparables à ceux de la CSERCan de 2011. Les logements collectifs désignent les logements utilisés à des fins commerciales, institutionnelles ou communautaires. Les logements collectifs comprennent les maisons de chambres et pensions, les hôtels, motels et établissements pour touristes, les établissements de soins infirmiers, les hôpitaux, les résidences pour le personnel, les casernes (bases militaires), les camps de chantiers, les prisons, les centres d'accueil et les foyers collectifs. Il peut s'agir d'un logement occupé par des résidents habituels ou uniquement par des résidents étrangers ou temporaires. Des poids d'échantillonnage ont été appliqués afin que la cohorte soit plus représentative de la population cible et pour réduire le biais attribuable aux appariements manqués. Des poids bootstrap généralisés ont été calculés à partir du poids final de cohorte. Des poids de rééchantillonnage bootstrap ont servi à évaluer les erreurs-types appropriées et les IC de 95 %. Dans la CSERCan de 2006, les données du Recensement de 2006 sont couplées avec les enregistrements de la Base de données sur les congés des patients (BDPCP) pour la période de 2006-2007 à 2010-2011. Dans la CSERCan de 2011, les données de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 sont couplées avec les enregistrements de la BDPCP de 2011-2012 à 2015-2016.

Sources : Statistique Canada, Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011.

Tableau 2-2

Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge¹ pour 100 000 années-personnes et rapports de taux² pour la population à domicile, selon la cause³ et le groupe de population, jeunes âgés de 10 à 19 ans, Canada (à l'exclusion du Québec⁴), cohortes de 2006 et de 2011

Causes d'hospitalisation ³	2011						Différence de taux entre 2011 et 2006
	THNA	Intervalle de confiance de 95 % de		Rapport de taux ²	Intervalle de confiance de 95 % de		
		de	à		de	à	
Jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve⁵ (à l'exclusion du Québec)⁴							
10 à 19 ans							
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	10 104,3	9 672,7	10 535,9	3,8	3,6	4,0	-1 625,3 †
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	5 070,0	4 876,4	5 263,5	2,4	2,3	2,5	-482,8 †
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	4 384,4	4 119,7	4 649,1	11,2	10,3	12,1	-1 298,5 †
Maladies de l'appareil digestif	592,6	548,7	636,4	1,8	1,6	1,9	-67,9
Maladies de l'appareil respiratoire	351,9	316,5	387,3	2,4	2,1	2,7	-167,6 †
Maladies de l'appareil circulatoire	70,4	50,4	90,5	1,8	1,3	2,4	7,2
Troubles mentaux et du comportement	1 188,1	1 095,6	1 280,6	2,7	2,5	3,0	398,8 †
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	105,3	75,2	135,4	1,3	0,9	1,7	-32,5
Maladies de l'appareil génito-urinaire	198,1	172,8	223,4	2,6	2,3	3,0	-9,2
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	83,3	65,7	101,0	1,0	0,8	1,2	-22,4
Blessures	931,1	875,0	987,3	2,9	2,7	3,1	-202,7 †
Jeunes des Premières Nations vivant hors réserve⁵ (à l'exclusion du Québec)⁴							
10 à 19 ans							
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	6 938,6	6 361,4	7 515,8	2,6	2,4	2,9	-245,5
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	3 860,7	3 557,1	4 164,3	1,8	1,7	2,0	88,4
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	2 218,2	1 960,9	2 475,6	5,6	5,0	6,4	-813,1 †
Maladies de l'appareil digestif	386,0	330,1	442,0	1,2	1,0	1,3	-50,1
Maladies de l'appareil respiratoire	244,5	186,3	302,7	1,7	1,3	2,2	-143,3 †
Maladies de l'appareil circulatoire	49,3	28,2	70,3	1,3	0,8	2,0	-7,0
Troubles mentaux et du comportement	1 131,1	987,3	1 275,0	2,6	2,3	3,0	369,9 †
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	105,2	26,0	184,3	1,3	0,6	2,7	26,9
Maladies de l'appareil génito-urinaire	167,8	124,1	211,5	2,2	1,7	2,9	27,2
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	78,7	54,9	102,5	0,9	0,7	1,2	-21,8
Blessures	575,4	494,5	656,4	1,8	1,6	2,1	-147,8
Jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik)⁴							
10 à 19 ans							
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	9 624,5	8 643,7	10 605,3	3,6	3,3	4,0	-44,7
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	4 826,4	4 369,6	5 283,1	2,3	2,1	2,5	-159,4
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	3 645,0	3 179,0	4 111,1	9,3	8,1	10,6	-375,6
Maladies de l'appareil digestif	621,3	500,6	741,9	1,9	1,5	2,3	142,6
Maladies de l'appareil respiratoire	361,6	267,9	455,3	2,5	1,9	3,2	-125,8
Maladies de l'appareil circulatoire	45,0	15,2	74,7	1,2	0,6	2,2	x
Troubles mentaux et du comportement	639,7	503,6	775,9	1,5	1,2	1,8	-134,8
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	x	x	x	x	x	x	x
Maladies de l'appareil génito-urinaire	65,9	35,3	96,6	0,9	0,6	1,4	-46,7
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	87,8	44,5	131,0	1,0	0,6	1,6	21,5
Blessures	865,3	723,7	1 006,9	2,7	2,3	3,2	-225,1
Jeunes métis (à l'exclusion du Québec)⁴							
10 à 19 ans							
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	4 514,5	4 017,0	5 012,1	1,7	1,5	1,9	-715,3
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	2 960,2	2 684,9	3 235,6	1,4	1,3	1,5	-41,7
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	1 332,5	1 097,1	1 567,9	3,4	2,8	4,1	-725,2 †
Maladies de l'appareil digestif	415,7	349,3	482,2	1,3	1,1	1,5	33,1
Maladies de l'appareil respiratoire	196,6	145,0	248,2	1,4	1,0	1,8	-86,6
Maladies de l'appareil circulatoire	48,0	16,4	79,6	1,2	0,6	2,4	-2,6
Troubles mentaux et du comportement	714,9	605,7	824,0	1,6	1,4	1,9	248,0 †
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	165,0	64,1	265,9	2,0	1,1	3,7	98,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	112,3	75,4	149,1	1,5	1,1	2,1	-25,7
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	79,4	50,1	108,8	0,9	0,6	1,3	-25,6
Blessures	485,2	409,7	560,8	1,5	1,3	1,8	-131,0
Jeunes non autochtones (à l'exclusion du Québec)⁴							
10 à 19 ans							
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	2 650,7	2 581,0	2 720,5	...	...	...	119,4
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	2 111,4	2 067,1	2 155,7	...	...	...	99,0 †
Grossesse, accouchement et puerpéralité ⁵	393,3	372,7	413,9	...	...	...	-119,4 †
Maladies de l'appareil digestif	333,5	322,0	345,0	...	...	...	-13,7
Maladies de l'appareil respiratoire	145,9	135,6	156,2	...	...	...	-25,7 †
Maladies de l'appareil circulatoire	39,1	35,2	43,0	...	...	...	-0,6
Troubles mentaux et du comportement	436,2	419,7	452,8	...	...	...	183,8 †
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	83,7	74,3	93,2	...	...	...	13,1
Maladies de l'appareil génito-urinaire	75,3	70,5	80,0	...	...	...	-8,9
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	87,9	82,5	93,3	...	...	...	-4,0
Blessures	321,3	311,1	331,5	...	...	...	-53,4 †

... n'ayant pas lieu de figurer

x supprimé pour respecter les exigences en matière de confidentialité de la Loi sur la statistique

† les intervalles de confiance pour la différence de taux ne se chevauchent pas

1. Les taux d'hospitalisation ont été normalisés selon l'âge par la méthode directe en prenant pour référence la structure par âge de la population autochtone nationale de la CSERCan de 2011 (deux sexes combinés, à l'exclusion du Québec).

2. Le groupe de référence pour les rapports de taux (RT) est la population non autochtone (même sexe, même cohorte). Un RT est dit significatif si son intervalle de confiance n'inclut pas la valeur nulle.

3. Les causes d'hospitalisation reposent sur le diagnostic principal.

4. La Base de données sur les congés des patients ne comprend aucune donnée pour le Québec.

5. Pour que les taux de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 soient comparables à ceux de la CSERCan de 2011, seules les subdivisions de recensement qui étaient considérées comme étant des réserves en 2006 et en 2011 ont été définies comme étant « dans une réserve ».

Notes : THNA = taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge; RT = rapport de taux; IC = intervalle de confiance. Les logements collectifs ont été exclus de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2006 pour que les taux soient comparables à ceux de la CSERCan de 2011. Les logements collectifs désignent les logements utilisés à des fins commerciales, institutionnelles ou communautaires. Les logements collectifs comprennent les maisons de chambres et pensions, les hôtels, motels et établissements pour touristes, les établissements de soins infirmiers, les hôpitaux, les résidences pour le personnel, les casernes (bases militaires), les camps de chantiers, les prisons, les centres d'accueil et les foyers collectifs. Il peut s'agir d'un logement occupé par des résidents habituels ou uniquement par des résidents étrangers ou temporaires. Des poids d'échantillonnage ont été appliqués afin que la cohorte soit plus représentative de la population cible et pour réduire le biais attribuable aux appariements manqués. Des poids bootstrap généralisés ont été calculés à partir du poids final de cohorte. Des poids de rééchantillonnage bootstrap ont servi à évaluer les erreurs-types appropriées et les IC de 95 %. Dans la CSERCan de 2006, les données du Recensement de 2006 sont couplées avec les enregistrements de la Base de données sur les congés des patients (BDPC) pour la période de 2006-2007 à 2010-2011. Dans la CSERCan de 2011, les données de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 sont couplées avec les enregistrements de la BDPC de 2011-2012 à 2015-2016.

Sources : Statistique Canada, Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011.

fréquence absolue et le RT considérablement élevé (1,7). Dans la cohorte de 2011, les hospitalisations pour les blessures, les maladies de l'appareil génito-urinaire et les problèmes liés à la santé mentale étaient plus de deux fois plus élevées (RT = 2,2) chez les enfants des Premières Nations vivant dans les réserves, comparativement aux enfants non autochtones.

Au fil du temps, les THNA propres à une cause pour les maladies de l'appareil respiratoire, les blessures et les maladies de l'appareil digestif ont diminué considérablement de 2006 à 2011 chez les enfants des Premières Nations vivant dans des réserves. Toutefois, les THNA pour les hospitalisations liées à la santé mentale étaient deux fois plus élevés chez les enfants vivant dans des réserves pour la cohorte de 2011 (THNA = 47,5 par 100 000 personnes), comparativement à ceux de la cohorte de 2006 (THNA = 22,8 par 100 000 personnes).

Parmi les jeunes des Premières Nations vivant dans une réserve, les causes suivantes étaient les principales causes d'hospitalisation pour les deux cohortes (2006 et 2011) : grossesse, accouchement et puerpéralité; blessures; problèmes liés à la santé mentale. Les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement affichaient les RT les plus élevés parmi toutes les causes en 2006 (RT = 11,1) et en 2011 (RT = 11,2). Dans la cohorte de 2006, les THNA pour les problèmes liés à la santé mentale (RT = 3,1) étaient trois fois plus fréquents pour les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves, comparativement aux jeunes non autochtones, tout comme les THNA pour les maladies de l'appareil respiratoire (RT = 3,0) et les blessures (RT = 3,0). Pour la cohorte de 2011, parmi les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves, les hospitalisations liées à la santé mentale se sont classées au deuxième rang en ce qui a trait au THNA le plus fréquent. Les THNA parmi ce groupe dans cette cohorte étaient aussi élevés pour les blessures (RT = 2,9), les problèmes liés à la santé mentale (RT = 2,7), les maladies de l'appareil génito-urinaire (RT = 2,6) et les maladies de l'appareil respiratoire (RT = 2,4), comparativement aux jeunes non autochtones.

À l'instar des résultats obtenus pour les enfants, les taux d'hospitalisation liés à la santé mentale chez les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves étaient considérablement plus élevés, de l'ordre de 1,5 (soit une augmentation de près de 51 %), pour la cohorte de 2011 (THNA = 1 188,1) par rapport à la cohorte de 2006 (THNA = 789,3). Contrairement à cette tendance, on a observé des THNA considérablement plus faibles pour les hospitalisations liées à la grossesse, à l'accouchement et à la puerpéralité, aux blessures et aux maladies de l'appareil respiratoire pour les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves de la cohorte de 2011, comparativement à ce même groupe de la cohorte de 2006.

Enfants et jeunes des Premières Nations vivant hors réserve

Parmi les enfants vivant hors réserve, les principales causes d'hospitalisation, mesurées en estimations de la fréquence

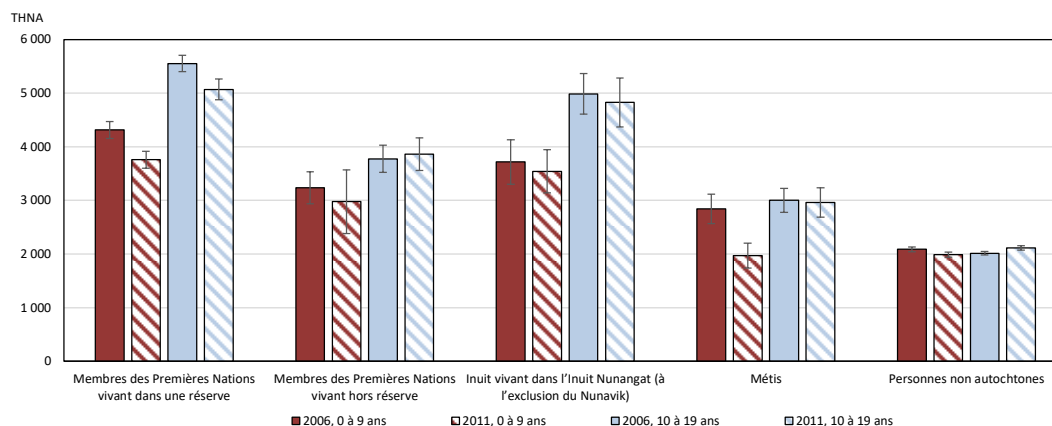
absolue (figure 2), étaient les mêmes pour les deux cohortes : maladies de l'appareil respiratoire, blessures et maladies de l'appareil digestif. En termes relatifs, des THNA plus élevés ont aussi été observés surtout pour les maladies de l'appareil circulatoire (RT = 2,0) et les maladies de l'appareil génito-urinaire (RT = 2,0) dans la cohorte de 2006. Pour les enfants de la cohorte de 2011, les THNA liés à la santé mentale étaient considérablement élevés (RT = 3,4), tout comme les THNA liés aux maladies de l'appareil digestif (RT = 2,6) et aux blessures (RT = 1,7). Au fil du temps, moins d'hospitalisations pour des problèmes respiratoires ont été observées parmi les enfants des Premières Nations vivant hors réserve en 2011 (THNA = 692,9), comparativement à 2006 (THNA = 1 075,5).

Parmi les jeunes des Premières Nations vivant hors réserve, les mêmes trois principales causes d'hospitalisation ont été observées pour les deux années de cohorte : grossesse, accouchement et puerpéralité; problèmes liés à la santé mentale; blessures. Les hospitalisations liées à la grossesse et à l'accouchement ont enregistré des RT très élevés dans chaque cohorte (RT = 5,9 en 2006 et 5,6 en 2011). Par contre, au fil du temps, ces THNA chez les jeunes des Premières Nations vivant hors réserve étaient considérablement plus faibles (d'environ 27 %) en 2011, comparativement à 2006 (tableau 2). Les RT étaient élevés pour les hospitalisations liées à la santé mentale parmi les jeunes vivant hors réserve dans la cohorte de 2006 (RT = 3,0) et la cohorte de 2011 (RT = 2,6). Il importe de souligner que les estimations de la fréquence absolue pour les hospitalisations liées à la santé mentale pour les jeunes des Premières Nations vivant hors réserve dans la cohorte de 2011 (THNA = 1 131,1) représentent une augmentation approximative de 48 %, comparativement au taux observé pour les jeunes des Premières Nations vivant hors réserve dans la cohorte de 2006 (THNA = 761,2). De plus, parmi les jeunes des Premières Nations vivant hors réserve, les maladies de l'appareil respiratoire ont enregistré des RT élevés en 2006 (2,3) et en 2011 (1,7). Cependant, contrairement à la tendance observée pour les THNA liés à la santé mentale, il y avait moins d'hospitalisations pour des maladies de l'appareil respiratoire dans la cohorte de 2011, comparativement à la cohorte de 2006.

Enfants et jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik)

Les mêmes trois principales causes d'hospitalisation ont été observées chez les enfants inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik) dans les deux cohortes (2006 et 2011) : maladies de l'appareil respiratoire; blessures; maladies de l'appareil digestif. Parmi la cohorte de 2006, des taux d'hospitalisation élevés ont été signalés pour les maladies de l'appareil respiratoire (RT = 2,2) et les blessures (RT = 2,1). Bien que les différences de taux pour chaque cause d'hospitalisation précise observée pour les enfants inuits vivant dans l'Inuit Nunangat des deux cohortes semblent indiquer une diminution des taux d'hospitalisation en 2011, comparativement à 2006, les THNA n'étaient pas

Figure 1
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge en soins de courte durée pour 100 000 personnes, toutes causes confondues, selon le groupe de population et l'âge, Canada (à l'exclusion du Québec), cohortes de 2006 et de 2011



Notes : Les hospitalisations pour accouchement sont exclues. THNA = taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge.
Sources : Statistique Canada, Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011.

statistiquement différents (chevauchement des IC). Par conséquent, aucun changement n'a été observé au fil du temps pour les causes précises signalées chez les enfants inuits dans ces cohortes (tableau 1). Notamment, lorsque les données ont été examinées en fonction des causes d'hospitalisation précises, divers taux devaient être supprimés pour les enfants inuits en raison de la petite taille de cette population. Il est aussi possible que l'indisponibilité des données d'hospitalisation couplées provenant du Québec ait contribué à cette limite dans la présente étude.

Parmi les jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik), les principales causes d'hospitalisation étaient les mêmes pour les deux cohortes : grossesse, accouchement et puerpéralité; blessures; problèmes liés à la santé mentale. Pour la cohorte de 2011, il y avait aussi les maladies de l'appareil digestif. Des RT plus élevés pour la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité ont été observés chez les jeunes inuits, comparativement aux jeunes non autochtones, et ce, dans les deux cohortes (RT = 7,8 en 2006 et 9,3 en 2011). De plus, en 2006, les THNA pour les problèmes liés à la santé mentale et les blessures chez les jeunes inuits étaient environ trois fois plus élevés que ceux observés chez les jeunes non autochtones (RT = 3,1 et 2,9, respectivement). Pour la cohorte de 2011, des THNA élevés pour les problèmes liés à la santé mentale (RT = 1,5), les blessures (RT = 2,7) et les maladies de l'appareil respiratoire (RT = 2,5) ont été observés chez les jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat.

Comme cela a été noté pour les enfants inuits dans les deux cohortes, des comparaisons des THNA pour les cohortes de 2006 et de 2011 pour les jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat semblent indiquer des tendances à la baisse au fil du temps pour les hospitalisations toutes causes confondues et les hospitalisations pour cause précise, mais ces tendances n'étaient pas statistiquement différentes (chevauchement des IC). Par conséquent, aucun changement n'a été observé. Encore une fois, les résultats auraient peut-être été différents si les

renseignements sur les hospitalisations au Québec avaient été disponibles aux fins de couplage.

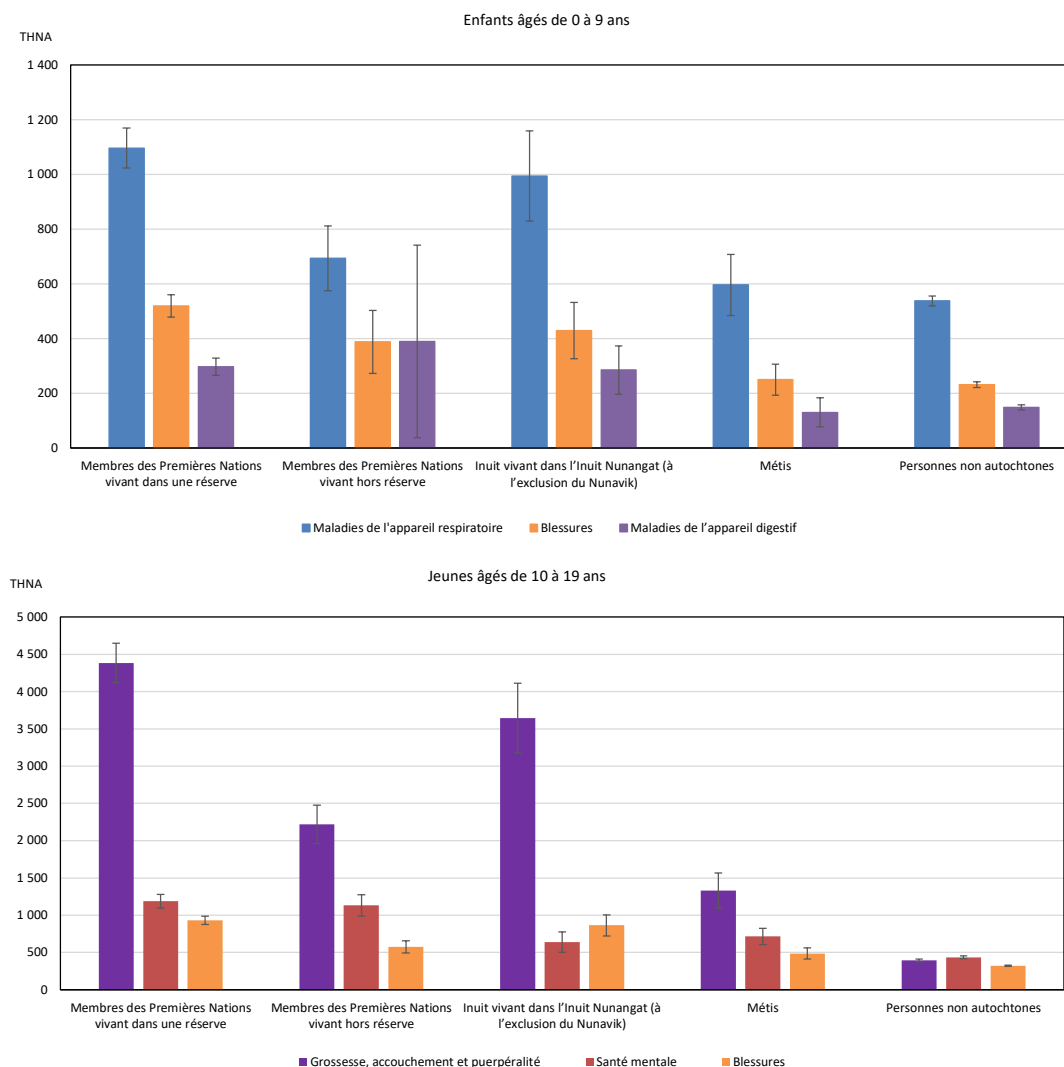
Enfants et jeunes métis

Parmi les enfants métis de la cohorte de 2006, trois causes étaient à l'origine des taux d'hospitalisation : les maladies de l'appareil respiratoire (RT = 1,5), les blessures (RT = 1,6) et les maladies de l'appareil digestif (RT = 1,1). En 2011, les principales causes étaient les troubles respiratoires (RT = 1,1) et les blessures (RT = 1,1). Les THNA pour ces deux dernières causes, ainsi que pour les maladies de l'appareil digestif, étaient considérablement plus faibles chez les enfants métis de la cohorte de 2011, comparativement à ceux de la cohorte de 2006. Aucun changement n'a été observé entre la cohorte de 2006 et la cohorte de 2011 en ce qui a trait aux THNA liés à la santé mentale chez les enfants métis.

Parmi les jeunes métis des deux cohortes (2011 et 2006), les principales causes d'hospitalisation étaient la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité, les blessures, les hospitalisations liées aux problèmes de santé mentale et les maladies de l'appareil digestif. Les taux d'hospitalisation liés à la grossesse et à l'accouchement étaient quatre fois plus élevés en 2006 (RT = 4,0) et plus de trois fois plus fréquents en 2011 (RT = 3,4) chez les jeunes métis, comparativement aux jeunes non autochtones. Les THNA liés à la santé mentale étaient deux fois plus élevés chez les jeunes métis de la cohorte de 2006 (RT = 1,9). De plus, en 2011, les THNA pour les affections liées aux maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques étaient deux fois plus élevés chez les jeunes métis, comparativement aux jeunes non autochtones (RT = 2,0).

Des comparaisons de THNA au fil du temps chez les jeunes métis ont permis d'observer que les THNA pour la grossesse, l'accouchement et la puerpéralité étaient plus bas en 2011 comparativement à 2006 (THNA = 1 333 et 2 058, respectivement), mais que les taux d'hospitalisation liés à la

Figure 2
Taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge en soins de courte durée pour 100 000 personnes pour les principales causes, selon le groupe de population et le groupe d'âge, Canada (à l'exclusion du Québec), cohorte de 2011



Note : THNA = taux d'hospitalisation normalisés selon l'âge.
Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011.

santé mentale ont augmenté considérablement en 2011 par rapport à 2006 (THNA = 714,9 et 466,9, respectivement), représentant une hausse de 53 % des hospitalisations liées à la santé mentale.

On a observé une tendance semblable chez les jeunes non autochtones en ce qui a trait aux hospitalisations liées à la santé mentale : les THNA ont augmenté de 73 % entre la cohorte de 2006 et la cohorte de 2011.

Discussion

Au sein de chaque cohorte par année de recensement (2006 et 2011), les hospitalisations toutes causes confondues et les hospitalisations pour certaines causes précises variaient dans l'ensemble des groupes d'enfants et de jeunes autochtones,

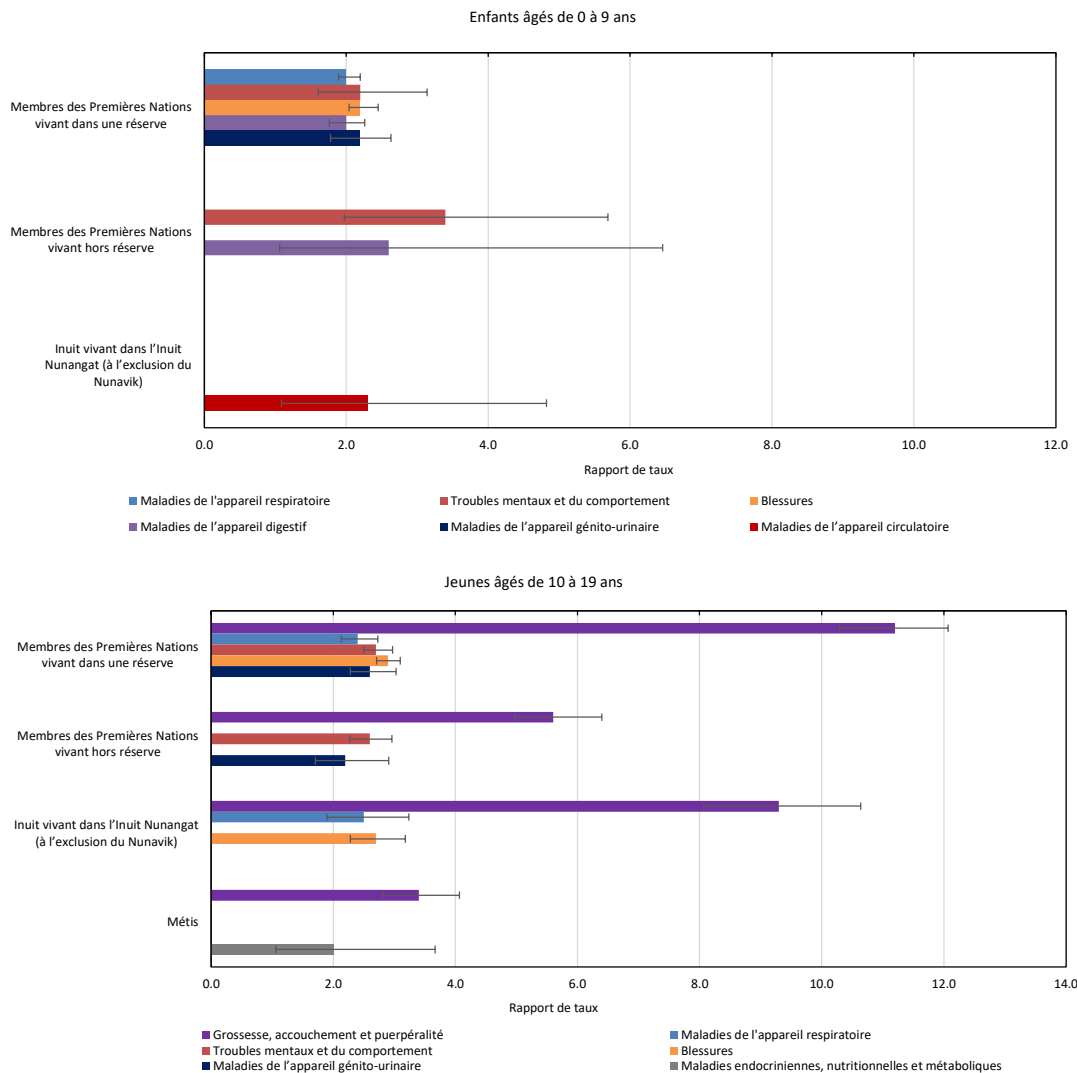
comparativement aux enfants et jeunes non autochtones. D'ordre général, des THNA plus élevés ont été signalés chez les groupes autochtones. Ces données permettent de fournir des mesures pour évaluer les écarts et les changements au fil du temps en ce qui concerne la morbidité hospitalière disproportionnée chez les enfants et les jeunes des Premières Nations, inuits et métis et non autochtones au Canada, et incluent une couverture plus complète des populations autochtones. Cela permet de combler en partie les lacunes en matière de renseignements dans les enquêtes nationales sur la santé, lesquelles ne portent habituellement pas sur les populations vivant dans les réserves. Les CSERCan fournissent habituellement des renseignements désagrégés sur les enfants et les jeunes afin de les diffuser à plus grande échelle aux communautés, aux décideurs en matière de politiques et aux planificateurs de programmes.

Les THNA et les RT élevés observés chez les enfants et les jeunes autochtones pour les deux années de cohorte cadrent avec les attentes précises consignées précédemment à l'égard des effets négatifs sur la santé découlant de conditions sociales défavorables, y compris les pensionnats, la discrimination la discrimination, et la plus grande distance physique aux services de santé qui sont vécues de manière disproportionnée par les Autochtones^{8,16,18,30}. La méfiance¹⁶, des différences culturelles et linguistiques peuvent aussi entraver d'une manière disproportionnée l'accès aux soins. Les résultats cadrent avec ce qui a été observé auparavant en ce qui a trait à la fréquence disproportionnée chez les peuples autochtones de ces obstacles à l'accès aux soins de santé, ainsi qu'aux déterminants de la santé qui peuvent avoir une incidence défavorable sur la

santé^{2,8,17,18,31,32,33,34,35}. De plus, des responsabilités complexes partagées et négociées avec les secteurs de compétence pour la prestation des services en soins de santé sont distinctes pour les peuples autochtones^{36,37}.

Bien qu'il faille redoubler de prudence jusqu'à ce que des analyses futures confirment l'orientation des changements aux tendances observées dans la présente étude, cette dernière a permis de constater que les hospitalisations pour divers types d'états de santé (p. ex. les maladies de l'appareil respiratoire) chez les enfants et les jeunes de divers groupes autochtones étaient moins fréquentes en 2011 par rapport à 2006. Les CSERCan pourraient être utilisées à l'avenir pour poursuivre cette étude grâce aux analyses multivariées afin de mieux clarifier les facteurs sous-jacents liés aux écarts observés selon

Figure 3
Rapports de taux les plus élevés pour les taux d'hospitalisation en soins de courte durée normalisés selon l'âge, selon le groupe autochtone et le groupe d'âge, Canada (excluant le Québec), cohorte de 2011



Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien

le groupe de population et aux changements au fil du temps. De telles analyses dépassent la portée de cette étude.

Contrairement aux autres principales causes d'hospitalisation présentées dans le présent document, il convient de noter les hausses distinctes au fil du temps des hospitalisations liées à la santé mentale chez les jeunes de presque tous les groupes autochtones, ainsi que l'ampleur des disparités relatives (RT). Le fardeau disproportionné des troubles de santé mentale et du suicide chez les peuples autochtones a été signalé auparavant^{8,17,38,39}, notamment chez les enfants et les jeunes^{6,38}. Les iniquités à l'égard de la santé mentale ont été interprétées par d'autres comme étant une indication du déséquilibre ou du manque de cohérence en raison de la perte de la culture, de la langue et de l'identité découlant de l'imposition de modes de vie non autochtones⁸. On a aussi déterminé que des iniquités socioéconomiques sont attribuables à de lourds facteurs de stress et que les peuples autochtones subissent de la discrimination de manière disproportionnée de la part des autres^{8,14,38}. Bien que cela avance des explications pour les écarts observés entre les groupes de population visés dans la présente étude, de futures recherches pourraient fournir des données empiriques permettant d'examiner le lien entre les iniquités socioéconomiques et les risques d'hospitalisations accrues liées à la santé mentale.

Ces résultats désagrégés fournissent de nouveaux renseignements significatifs du point de vue statistique concernant les changements observés dans les taux de morbidité hospitalière au fil du temps pour les populations autochtones (d'après deux cohortes comparables). De plus, étant donné la grande taille des échantillons (annexes B et C), les données des CSERC pourraient être utiles pour examiner des diagnostics plus précis de troubles de santé mentale, principalement à l'origine de l'augmentation des hospitalisations liées à la santé mentale en 2011. À la suite d'une méta-analyse importante, on a soulevé le grand besoin d'avoir une représentation plus diverse dans les données sur la santé mentale et d'inclure un éventail de problèmes de santé mentale plus précis et plus varié⁴⁰. Ces résultats et fonds de données pourraient être utiles pour satisfaire en partie à ce besoin.

Les réductions considérables observées dans les THNA liés à des maladies de l'appareil respiratoire ou à des blessures chez les enfants et les jeunes des Premières Nations vivant dans des réserves ou hors réserve, les métis et les enfants non autochtones, d'après les cohortes de 2006 et de 2011, nécessitent aussi une étude plus poussée afin de mieux comprendre si ces tendances représentent une amélioration de la santé, un accès accru aux comportements ou services de prévention, ou la fréquentation réduite des hôpitaux.

D'importantes contraintes sont liées à ces données. Ce ne sont pas tous les dossiers de santé mentale des jeunes en Ontario qui

étaient disponibles. Par conséquent, les hospitalisations toutes causes confondues et liées à la santé mentale pour les jeunes étaient sous-estimées²⁶. Les données sur les hospitalisations au Québec n'étaient pas disponibles aux fins de couplage par Statistique Canada. Par conséquent, les THNA pour les populations autochtones qui sont plus susceptibles de recevoir des soins hospitaliers au Québec, surtout les peuples inuits³⁰, sont plus susceptibles d'être sous-estimés. Les résultats reposent sur deux cohortes de recensement indépendantes et ne devraient pas être interprétés comme représentant les changements chez une personne en 2011 par rapport à 2006. Pour établir des tendances, il faut plus de points temporels. Puisque la prestation des soins de santé relève des secteurs de compétence provinciaux et territoriaux, les tendances signalées pourraient être différentes si elles sont examinées par région géographique⁸. Il faut donc redoubler de prudence si les résultats de la présente étude sont généralisés à des groupes autochtones dans des régions géographiques précises. Puisque les personnes vivant dans des logements collectifs ont été exclues de l'étude, que des régions ont été partiellement dénombrées et que des données n'ont pas été couplées, les taux présentés pourraient être sous-estimés, surtout pour les populations autochtones.

Conclusion

Les tendances élevées des THNA chez les enfants et les jeunes des Premières Nations vivant dans les réserves et hors réserve, les enfants et jeunes inuits vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik) et les enfants et jeunes métis, comparativement aux enfants et jeunes non autochtones, persistent en 2006 et en 2011. Au fil du temps, les THNA pour maladies de l'appareil respiratoire et blessures chez les enfants et les jeunes dans la plupart des groupes d'identité étaient inférieurs en 2011, comparativement à 2006, comme l'étaient les THNA liés à la grossesse et à l'accouchement chez les jeunes. En revanche, une augmentation importante des hospitalisations liées à la santé mentale a été observée pour presque tous les groupes de jeunes et parmi divers groupes d'identité des enfants. Il faudra justifier d'autres études pour mieux comprendre ces tendances. Un suivi dans l'avenir pourrait permettre d'évaluer ces tendances pour les situations émergentes. La présente étude utilise une source de données unique pour examiner les taux d'hospitalisation des enfants et jeunes autochtones. Par contre, il serait bon de mener des recherches plus poussées en utilisant des études qualitatives et quantitatives pour aider à mieux comprendre ces résultats en matière de santé. Les conclusions de la présente étude pourraient servir de renseignements repères pour comparer d'autres tendances à l'avenir en vue de suivre les résultats en matière de santé et de déterminer si les écarts entre les populations se sont élargis ou ont diminué pour les enfants et les jeunes.

Remerciements

Les auteurs souhaitent remercier les examinateurs autochtones du Centre de la statistique et des partenariats autochtones de Statistique Canada, ainsi que les conseillers au Programme de liaison avec les Autochtones de Statistique Canada et les personnes autochtones à l'externe qui ont eu l'occasion de

passer en revue le présent rapport et qui ont fourni des conseils d'experts aux auteurs. Nous reconnaissons aussi que la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit, Services aux Autochtones Canada, a fourni un financement et la demande initiale pour produire les tableaux sur lesquels le présent rapport est fondé.

Tableau A en annexe

Hospitalisations groupées en fonction de la Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version, Canada, selon le code de diagnostic principal

Causes d'hospitalisation	Abréviation dans le texte	Codes
Toutes causes confondues (y compris les hospitalisations pour accouchement)	...	Toutes les causes
Toutes causes confondues (à l'exception des hospitalisations pour accouchement)	...	Toutes les causes, à l'exception des codes de diagnostic O10 à O16, O21 à O29, O30 à O46, O48, O60 à O75, O85 à O92, O95 ou O98 à O99, comportant un sixième chiffre de 1 ou 2, peu importe sa position, ou du code Z37, peu importe sa position
Grossesse, accouchement et puerpéralité	Grossesse	Chapitre 15, O00 à O99
Maladies de l'appareil digestif	Appareil digestif	Chapitre 11, K00 à K93
Maladies de l'appareil respiratoire	Appareil respiratoire	Chapitre 10, J00 à J99
Maladies de l'appareil circulatoire	Appareil circulatoire	Chapitre 9, I00 à I99
Troubles mentaux et du comportement	Santé mentale	Chapitre 5, F00 à F99
Maladies endocriniennes, nutritionnelles et métaboliques	Maladies endocriniennes	Chapitre 4, E00 à E90
Maladies de l'appareil génito-urinaire	Organes génito-urinaires	Chapitre 14, N00 à N99
Maladies du système ostéo-articulaire, des muscles et du tissu conjonctif	Système ostéo-articulaire	Chapitre 13, M00 à M99
Blessures	Blessures	Chapitre 19, S00 à T98

... n'ayant pas lieu de figurer

Source : Institut canadien d'information sur la santé. Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes, dixième version (CIM-10), Canada. Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, 2009.

Tableau B en annexe

Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2006 (logements collectifs exclus), couplé avec la Base de données sur les congés des patients (2006-2007 à 2010-2011), selon l'âge et le groupe de population, Canada (à l'exclusion du Québec)

	Total (à l'exclusion du Québec)	Membres des Premières Nations		Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik)	Métis (à l'exclusion du Québec)	Personnes non autochtones (à l'exclusion du Québec)
		Membres des Premières Nations vivant dans une réserve (à l'exclusion du Québec)	Membres des Premières Nations vivant hors réserve (à l'exclusion du Québec)			
nombre						
Enfants âgés de 0 à 9 ans						
Cohorte totale	529 020	41 955	14 780	6 040	12 250	447 110
Pourcentage de la cohorte totale	100	8	3	1	2	85
Sexe						
Femmes	258 030	20 415	7 330	2 960	5 930	218 000
Hommes	270 990	21 540	7 450	3 080	6 320	229 110
Province ou territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	9 800	255	290	305	365	8 405
Île-du-Prince-Édouard	2 635	80	35	0	15	2 500
Nouvelle-Écosse	17 750	1 580	195	0	170	15 785
Nouveau-Brunswick	14 460	1 230	175	0	85	12 960
Ontario	252 600	5 470	3 605	0	1 690	239 305
Manitoba	34 920	11 405	1 970	0	2 450	18 670
Saskatchewan	30 895	9 835	2 715	0	2 385	15 690
Alberta	78 330	7 075	2 495	0	3 125	65 395
Colombie-Britannique	76 900	5 025	2 575	0	1 535	66 410
Yukon	1 405	0	325	0	50	775
Territoires du Nord-Ouest	3 690	0	385	500	375	865
Nunavut	5 635	0	15	5 235	15	350
Nombre total d'hospitalisations	58 705	8 650	2 410	1 170	1 800	43 405
Pourcentage du nombre total d'hospitalisations	100	15	4	2	3	74
Jeunes âgés de 10 à 19 ans						
Cohorte totale	621 750	42 895	15 180	6 065	14 825	535 720
Pourcentage de la cohorte totale	100	7	2	1	2	86
Sexe						
Femmes	302 630	20 785	7 385	2 990	7 350	260 740
Hommes	319 120	22 110	7 795	3 075	7 470	274 980
Province ou territoire						
Terre-Neuve-et-Labrador	12 850	230	395	440	465	11 050
Île-du-Prince-Édouard	3 485	80	25	0	10	3 365
Nouvelle-Écosse	22 440	1 610	280	0	225	20 285
Nouveau-Brunswick	17 865	1 245	190	0	95	16 310
Ontario	298 570	5 725	3 925	0	2 430	284 285
Manitoba	38 780	11 120	1 925	0	2 770	22 620
Saskatchewan	35 275	10 000	2 380	0	2 660	19 985
Alberta	86 230	6 985	2 425	0	3 565	72 950
Colombie-Britannique	95 090	5 895	2 775	0	2 085	82 745
Yukon	1 655	0	355	0	45	965
Territoires du Nord-Ouest	4 205	0	490	640	470	875
Nunavut	5 310	0	15	4 990	15	285
Nombre total d'hospitalisations	115 510	24 220	5 600	2 940	4 515	75 155
Pourcentage du nombre total d'hospitalisations	100	21	5	3	4	65

Notes : La Base de données sur les congés des patients (BDPC) ne contient aucune donnée pour le Québec aux fins de couplage. Pour que la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2006 soit comparable à la CSERCAN de 2011, seules les subdivisions de recensement qui étaient considérées comme étant des réserves en 2006 et en 2011 ont été définies comme étant « dans une réserve ». Les logements collectifs ont été exclus de la CSERCAN de 2006 pour la rendre comparable à la CSERCAN de 2011. Les logements collectifs désignent les logements utilisés à des fins commerciales, institutionnelles ou communautaires. Les logements collectifs comprennent les maisons de chambres et pensions, les hôtels, motels et établissements pour touristes, les établissements de soins infirmiers, les hôpitaux, les résidences pour travailleurs, les casernes (bases militaires), les camps de chantiers, les prisons, les centres d'accueil et les foyers collectifs. Il peut s'agir d'un logement occupé par des résidents habituels ou uniquement par des résidents étrangers ou temporaires. Dans la CSERCAN de 2006, les données du Recensement de 2006 sont couplées avec les enregistrements de la BDPC pour la période de 2006-2007 à 2010-2011.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2006.

Tableau C en annexe

Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011, couplé avec la Base de données sur les congés des patients (2011-2012 à 2015-2016), selon l'âge et le groupe de population, Canada (à l'exclusion du Québec)

	Total (à l'exclusion du Québec)	Membres des Premières Nations vivant dans une réserve (à l'exclusion du Québec)	Membres des Premières Nations vivant hors réserve		Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat (à l'exclusion du Nunavik)	Métis (à l'exclusion du Québec)	Personnes non autochtones (à l'exclusion du Québec)
			(à l'exclusion du Québec)	nombre			
Enfants âgés de 0 à 9 ans							
Cohorte totale	571 960	42 845	17 230	5 245	12 215	490 705	
Pourcentage de la cohorte totale	100	7	3	1	2	86	
Sexe							
Femmes	279 335	20 935	8 560	2 550	5 940	239 520	
Hommes	292 625	21 910	8 670	2 690	6 275	251 185	
Province ou territoire							
Terre-Neuve-et-Labrador	9 280	350	355	335	335	7 520	
Île-du-Prince-Édouard	2 570	85	35	0	10	2 435	
Nouvelle-Écosse	17 325	1 745	320	0	190	15 010	
Nouveau-Brunswick	14 145	1 100	225	0	95	12 690	
Ontario	270 105	5 000	4 535	0	1 875	257 555	
Manitoba	36 355	11 700	1 955	0	2 240	20 360	
Saskatchewan	29 945	9 555	1 930	0	1 890	16 465	
Alberta	93 940	8 270	2 575	0	3 400	79 280	
Colombie-Britannique	89 070	5 040	3 280	0	1 840	77 580	
Yukon	1 060	0	415	0	30	600	
Territoires du Nord-Ouest	3 410	0	1 590	470	310	920	
Nunavut	4 750	0	20	4 435	10	285	
Nombre total d'hospitalisations	57 175	7 800	2 310	980	1 380	44 140	
Pourcentage du nombre total d'hospitalisations	100	14	4	2	2	77	
Jeunes âgés de 10 à 19 ans							
Cohorte totale	626 760	39 675	18 065	4 540	14 530	546 110	
Pourcentage de la cohorte totale	100	6	3	1	2	87	
Sexe							
Femmes	305 300	19 290	8 910	2 210	7 035	265 995	
Hommes	321 465	20 385	9 155	2 330	7 495	280 115	
Province ou territoire							
Terre-Neuve-et-Labrador	10 500	295	505	340	405	8 565	
Île-du-Prince-Édouard	3 085	65	30	0	20	2 965	
Nouvelle-Écosse	20 080	1 705	395	0	280	17 635	
Nouveau-Brunswick	16 365	1 130	310	0	135	14 755	
Ontario	306 905	4 935	5 035	0	2 545	293 230	
Manitoba	37 760	10 165	1 860	0	2 570	23 045	
Saskatchewan	29 895	8 435	1 830	0	2 040	17 495	
Alberta	91 200	7 585	2 375	0	3 760	77 045	
Colombie-Britannique	102 525	5 355	3 630	0	2 370	89 800	
Yukon	1 065	0	430	0	40	580	
Territoires du Nord-Ouest	3 425	0	1 655	435	350	830	
Nunavut	3 965	0	15	3 770	10	170	
Nombre total d'hospitalisations	105 275	19 980	5 730	2 230	3 610	72 450	
Pourcentage du nombre total d'hospitalisations	100	19	5	2	3	69	

Notes : La Base de données sur les congés des patients (BDCP) ne contient aucune donnée pour le Québec aux fins de couplage. Pour que la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) de 2006 soit comparable à la CSERCAN de 2011, seules les subdivisions de recensement qui étaient considérées comme étant des réserves en 2006 et en 2011 ont été définies comme étant « dans une réserve ». Dans la CSERCAN de 2011, les données de l'Enquête nationale auprès des ménages de 2011 sont couplées avec les enregistrements de la BDCP de 2011-2012 à 2015-2016.

Source : Statistique Canada, Cohorte santé et environnement du recensement canadien de 2011.

Références

1. Commission de vérité et réconciliation du Canada. 2015. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada*.
2. Katz, A., M.L. Urquia, L. Star, J.G. Lavoie, C. Taylor, D. Chateau, J.E. Enns, M.J. Tait et C. Burchill. 2021. « Changes in Health Indicator Gaps Between First Nations and Other Residents of Manitoba », *The Canadian Medical Association Journal*, vol. 193, n° 48, p. E1830-E1835.
3. MacMillan, H.L., E. Jamieson, C. Walsh, M. Boyle, A. Crawford et A. MacMillan. 2010. « The Health of Canada's Aboriginal Children: Results from the First Nations and Inuit Regional Health Survey », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 69, n° 2, p. 158-167.
4. Möller, H., K. Falster, R. Ivers et L. Jorm. 2014. « Inequities in Unintentional Injuries Between Indigenous and Non-Indigenous Children: A Systematic Review », *Injury Prevention*, vol. 21, p. E144-E152, <https://injuryprevention.bmj.com/content/21/e1/e144.full> (site consulté le 30 décembre 2020).
5. Santé Canada. 2014. *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada : déterminants de la santé, de 2006 à 2010*, Ottawa, Santé Canada.
6. Guèvremont, A., G. Carrière, E. Bougie et D. Kohen. 2017. « Hospitalisation en soins de courte durée des enfants et des jeunes autochtones », *Rapports sur la santé*, vol. 28, n° 7, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, p. 11-17, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017007/article/14844-fra.htm> (site consulté le 25 novembre 2020).
7. Kohen, D., E. Bougie et A. Guèvremont. 2015. « Logement et santé des enfants inuits », *Rapports sur la santé*, vol. 26, n° 7, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, p. 21-27.
8. Manitoba Centre for Health Policy. Hiver 2020. *Our Children, Our Future: The Health and Well-being of First Nations Children in Manitoba*, http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/FNKids_Report_Web.pdf (site consulté le 11 décembre 2020).
9. Oliver, L., D. Kohen et P.A. Peters. 2012. « Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008 », *Rapports sur la santé*, produit n° 82-003-XPE au catalogue de Statistique Canada, vol. 23, n° 3, p. 1-6.
10. Park, J. 2021. « La mortalité chez les Premières Nations, 2006 à 2016 », *Rapports sur la santé*, vol. 32, n° 10, p. 2-12.
11. Tjepkema, M., T. Bushnik et E. Bougie. 2019. « Espérance de vie des populations des Premières Nations, des Métis et des Inuits à domicile au Canada », *Rapports sur la santé*, vol. 30, n° 12, p. 3-10.
12. Mowbray, M., pour la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé. 2007, avril. *Social Determinants and Indigenous Health: The International Experience and Its Policy Implications*, International Symposium on the Social Determinants of Indigenous Health, Adélaïde, Genève, Organisation mondiale de la Santé.
13. de Leeuw, S., et M. Greenwood. 2010. « Deviant Constructions: How Governments Preserve Colonial Narratives of Addictions and Poor Mental Health to Intervene into the Lives of Indigenous Children and Families in Canada », *International Journal of Mental Health and Addiction*, vol. 8, p. 282-295.
14. Greenwood, M., et de Leeuw, S. 2012. « Social Determinants of Health and the Future Well-being of Aboriginal Children in Canada », *Paediatric Child Health*, vol. 17, p. 381-384.
15. Bombay, A., K. Matheson et H. Anisman. 2009. « Intergenerational Trauma: Convergence of Multiple Processes Among First Nations Peoples in Canada », *Journal of Aboriginal Health*, vol. 5, n° 3, p. 6-47.
16. First Nations Health Council, First Nations Health Directors Association, Régie de la santé des Premières Nations et Gouvernement de la Colombie-Britannique. *In Plain Sight: Addressing Indigenous-specific Racism and Discrimination in B.C. Health Care – Addressing Racism Review, Summary Report November 2020*, <https://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/zero-tolerance-of-racism-basic-first-step-to-ensure-equal-access-to-health-care-for-first-nations-people-in-bc> (site consulté le 9 décembre 2020).
17. Firestone, M., J. Smylie, S. Maracle, C. McKnight, M. Spiller et P. O'Campo. 2015. « Mental Health and Substance Use in an Urban First Nations Population in Hamilton, Ontario », *Canadian Journal of Public Health*, vol. 106, n° 6, p. E375-E381.
18. McLane, P., C. Barnabe, L. Mackey, et coll. 2022. « First Nations Status and Emergency Department Triage Scores in Alberta: A Retrospective Cohort Study », *Canadian Medical Association Journal*, vol. 194, n° 2, p. E37-E45, <https://www.cmaj.ca/content/194/2/E37>
19. Statistique Canada et Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN). s.d. *Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN)*, <https://www.statcan.gc.ca/fr/microdonnees/centres-donnees/donnees/csercan>
20. Tjepkema, M., T. Christidis, T. Bushnik et L. Pineault. 2019. « Profil de cohorte : Cohortes santé et environnement du recensement canadien (CSERCAN) », *Rapports sur la santé*, vol. 30, n° 12.
21. Statistique Canada. *Environnement de couplage de données sociales (ECDS)*, <https://www.statcan.gc.ca/fr/ecds/index>
22. Institut canadien d'information sur la santé. *Métadonnées de la Base de données sur les congés des patients (BDCP)*, <https://www.cihi.ca/fr/metadonnees-de-la-base-de-donnees-sur-les-conges-des-patients-bdcp>
23. Statistique Canada. s.d. *Directive sur le couplage de microdonnées*, <https://www.statcan.gc.ca/fr/enregistrement/politique4-1> (site consulté le 27 avril 2021).

24. Bougie, E. 2021. « Hospitalisations en soins de courte durée chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis : résultats des Cohortes santé et environnement des recensements du Canada de 2006 et de 2011 », *Rapports sur la santé*, vol. 32, n° 7, produit n° 82-003-X au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, Ontario, p. 11-26, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021007/article/00002-fra.htm>
25. Statistique Canada. 2013. *Guide de l'utilisateur de l'ENM : enquête nationale auprès des ménages, 2011*, produit n° 99-001-X2011001 au catalogue de Statistique Canada, Ottawa, ministre de l'Industrie, https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/ref/nhs-enm_guide/99-001-x2011001-fra.pdf
26. Institut canadien d'information sur la santé. 2017. *Système d'information ontarien sur la santé mentale : document sur la qualité des données*, Ottawa, Ontario, Institut canadien d'information sur la santé.
27. Statistique Canada. *Dictionnaire du Recensement de 2006*, <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/ref/dict/index-fra.cfm>
28. Institut canadien d'information sur la santé. 2006. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième version, Ottawa, Canada, Institut canadien d'information sur la santé.
29. Institut canadien d'information sur la santé. 2012. *Classification statistique internationale des maladies et des problèmes de santé connexes*, dixième version, Ottawa, Canada, Institut canadien d'information sur la santé.
30. Institut canadien d'information sur la santé. 2010, mars. *Analysis in Brief – Have Health Card, Will Travel: Out-of-Province/Territory Patients*, Health System Performance, Ottawa, Ontario, Institut canadien d'information sur la santé.
31. Guèvremont, A., et D. Kohen. 2013. « The Physical and Mental Health of Off-Reserve First Nations Children of Teen Mothers », *International Indigenous Policy Journal*, vol. 4.
32. Willows, N., P. Veugelers, K. Raine et S. Kuhle. 2011. « Liens entre l'insécurité alimentaire du ménage et les résultats pour la santé chez les Autochtones (excluant les réserves) », *Rapports sur la santé*, vol. 22, n° 2, p. 1-6.
33. Wong, S., et S. Regan. 2009. « Patient Perspectives on Primary Health Care in Rural Communities: Effects of Geography on Access, Continuity and Efficiency », *Rural Remote Health*, vol. 9, p. 1-12.
34. Statistique Canada. 2021. *Tableau : 46-10-0055-01 – Personnes éprouvant des problèmes de logement, selon certaines populations vulnérables et les besoins impérieux en matière de logement, y compris les normes de qualité, d'abordabilité et de taille, 2018, inactif*, https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=4610005501&request_locale=fr
35. Statistique Canada. 2017. *Série thématique sur les peuples autochtones – Un aperçu : Membres inscrits des Premières Nations au Canada*, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/41-20-0002/412000022021001-fra.htm>
36. Gouvernement du Canada et Services aux Autochtones Canada. *Soins de santé pour les Autochtones au Canada* [page Web], <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1626810177053/1626810219482>
37. Gouvernement du Canada et Services aux Autochtones Canada. *Principe de Jordan* [page Web], <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1568396042341/1568396159824>
38. Young, C., C. Hanson, J.C. Craig, K. Clapham et A. Williamson. 2017. « Psychosocial Factors Associated with the Mental Health of Indigenous Children Living in High Income Countries: A Systemic Review », *International Journal for Equity in Health*, vol. 16, article 153, <https://doi.org/10.1186/s12939-017-0652-5> (site consulté le 5 avril 2022).
39. Kumar, M.B., et M. Tjepkema. 2019. Taux de suicide chez les Premières Nations, les Métis et les Inuits (2011 à 2016) : résultats de la Cohorte santé et environnement du recensement canadien (CSERCan) de 2011, produit n° 99-011-X2019-001 au catalogue de Statistique Canada, <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-fra.htm>
40. Nelson, S.E., et K.W. Wilson. 2017. « The Mental Health of Indigenous Peoples in Canada: A Critical Review of Research », *Social Science & Medicine*, vol. 176, p. 93-112.