



**Soutenir la production de rapports sur les inégalités en santé autochtone au Canada :
un résumé de l'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé**

Bien que les peuples autochtones¹ soient la partie de la population canadienne la plus jeune et celle qui augmente le plus vite, ils ne profitent pas des avantages d'une bonne santé autant que les autres Canadiens. Les personnes, familles et communautés des Premières Nations et des peuples inuit et métis connaissent un fardeau disproportionné de problèmes de santé comparativement aux autres Canadiens, y compris des taux plus élevés de mortalité infantile, de blessures et de morts accidentelles, de tuberculose, d'obésité et de diabète, de maladies mentales, de suicide et d'exposition à des contaminants de l'environnement². Ces disparités s'enracinent dans les déterminants de la santé autochtone, c'est-à-dire les conditions socioéconomiques, environnementales et politiques dans lesquelles les peuples autochtones naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent. Pour eux, les déterminants de la santé sont inextricablement liés aux politiques et aux pratiques coloniales passées et actuelles, qui perpétuent les inégalités structurelles et les désavantages systématiques au long de leur vie et au cours des générations³. Les inégalités en santé autochtone se reflètent dans les taux dramatiquement élevés de logements surpeuplés et insalubres, de pauvreté, d'insécurité alimentaire, de chômage, d'arrestation et d'incarcération des enfants, ainsi que dans les taux plus bas de réussite scolaire et d'accès à des soins de santé de qualité.

La responsabilité incombe à tous les Canadiens d'éliminer les disparités en santé entre les populations autochtones et non autochtones au Canada. En 2015, le 19^e appel à l'action de la Commission de vérité et réconciliation du Canada demande au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs et des indicateurs quantifiables pour évaluer les tendances à long terme et de suivre les progrès accomplis pour combler ces écarts⁴. Les lacunes des données sur la santé autochtone au Canada constituent un obstacle particulier à ce travail, surtout le manque de données désagrégées et longitudinales, d'indicateurs basés sur les forces et culturellement pertinents, et d'identifiants inclusifs spécifiques aux Autochtones dans les sources primaires de données sur la santé des populations⁵. Ces lacunes des données contribuent à nous faire beaucoup sous-estimer les inégalités des déterminants de la santé, de l'état de santé et de l'accès aux soins de santé entre les Canadiens autochtones et non autochtones⁶. L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé (IPIS) est un pas en avant dans l'effort du Canada pour systématiquement mesurer et surveiller les inégalités en santé entre groupes de population et en faire rapport, notamment celles touchant les Premières Nations, les Inuits et les Métis.

L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé

L'Initiative pancanadienne sur les inégalités en santé est « le premier effort pancanadien visant à documenter les inégalités en santé au Canada et à décrire les différences au niveau des issues de santé, des conditions de la vie quotidienne et des conditions structurelles qui soutiennent la santé chez diverses populations⁷. » L'Initiative est une collaboration de l'Agence de la santé publique du

Canada (ASPC), du Réseau pancanadien de santé publique (RCSP), de Statistique Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). Le Centre de gouvernance de l'information des Premières nations (CGIPN) est un partenaire sur un des deux produits majeurs de l'Initiative, soit le rapport *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national*. Ancrée dans les engagements nationaux et internationaux du gouvernement du Canada, notamment la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé* (2011) de l'Organisation mondiale de la Santé, *Transformer notre monde : le Programme de développement durable à l'horizon 2030* (2015) des Nations Unies, et les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation, l'Initiative constitue une référence concernant les données sur les inégalités en santé qui pourra être utilisée pour orienter les politiques, les programmes et les actions futures pour faire progresser l'équité en santé⁸.

Plusieurs produits ont été développés pour soutenir cette Initiative, comme l'Infobase de la santé publique, le rapport *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* et un ensemble d'infographies sur des indicateurs de santé spécifiques.

L'Infobase de la santé publique

Le premier produit de l'Initiative, l'Infobase de la santé publique, est un outil en ligne interactif qui permet à ses utilisateurs de trouver, afficher, télécharger et imprimer des données sur les inégalités en santé au Canada. Lancé en avril 2017 et hébergé sur le site Web [Infobase de la santé publique](#) de l'ASPC, l'outil de données contient plus de 70 indicateurs de l'état de santé, des facteurs de risque et des déterminants de la santé regroupés en 12 domaines comprenant :

- la mortalité et l'espérance de vie;
- la morbidité et l'incapacité;
- la maladie mentale et le suicide;
- l'autoévaluation de la santé physique et mentale;
- les maladies et les états de santé;
- les comportements liés à la santé;
- l'environnement physique et social;
- les conditions de travail;
- les soins de santé;
- la protection sociale;
- les inégalités sociales;
- le développement de la petite enfance.

Les mesures absolues et relatives des inégalités en santé sont données pour chaque indicateur aux niveaux national, provincial et territorial dans la mesure du possible. Les indicateurs sont aussi stratifiés selon jusqu'à 14 caractéristiques socioéconomiques et démographiques ou stratificateurs sociaux concernant l'égalité en santé, dont le revenu, le niveau de scolarité, la situation d'emploi, la profession, la défavorisation matérielle ou sociale, l'appartenance aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis (la plupart des indicateurs incluent seulement les Premières Nations vivant hors des réserves), la résidence rurale ou urbaine, l'âge, le statut d'immigration, l'orientation sexuelle, la santé fonctionnelle, l'origine raciale ou culturelle, le sexe et le territoire (p. ex. pays, province ou territoire)⁹. Les données sur les individus pour les stratificateurs comme le revenu, le niveau de

scolarité, la défavorisation, le statut d'immigration et l'identité autochtone ne sont pas disponibles pour tous les indicateurs, et des mesures par région sont utilisées le cas échéant.

L'outil de données tire ses renseignements de 14 bases de données nationales couvrant la période 2007-2014, comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, l'Enquête nationale auprès des ménages, le Registre canadien du cancer, l'Instrument de mesure du développement de la petite enfance et le Système canadien de déclaration des cas de tuberculose, entre autres sources. Bien que ces bases de données contiennent les renseignements sur les Premières Nations vivant hors des réserves, les Inuits et les Métis, la plupart n'ont pas de données sur les Premières Nations vivant dans des réserves et des communautés du Nord. L'Enquête régionale sur la santé (ERS) des Premières nations, la seule enquête de santé nationale dirigée par les Premières Nations au Canada, recueille des données équivalentes chez les Premières Nations qui vivent dans des réserves et des communautés du Nord. Même si les données de l'ERS ne sont pas comprises dans l'Infobase de la santé publique, celle-ci peut être utilisée conjointement avec ces données, accessibles par l'entremise de l'outil de [données en ligne](#) du CGIPN et les rapports nationaux de l'ERS : l'Enquête régionale sur la petite enfance, l'éducation et l'emploi des Premières Nations, et les sondages de l'ERS 2008-2010 et 2015-2016.

L'Infobase de la santé publique peut aider les personnes et les organisations dans le domaine de la santé ou non à déceler les principales disparités en santé entre divers groupes de population pour inspirer l'élaboration des programmes, des politiques, des activités de surveillance et le choix des secteurs d'action prioritaires dans tous les territoires. Par exemple, l'écart frappant entre le taux de tuberculose active chez les Inuits et celui chez les Premières Nations, les Métis et les Canadiens non autochtones souligne le besoin de stratégies, de programmes et de financement nationaux et territoriaux pour supprimer cet écart. L'Infobase peut aussi aider à formuler des questions et des hypothèses de recherche sur les relations entre des indicateurs spécifiques, des états de santé et des stratificateurs sociaux. Par exemple, les données indiquent que les jeunes enfants des Inuits, des Métis et des Premières Nations vivant hors des réserves sont plus vulnérables que les enfants non autochtones dans au moins un domaine de développement. Cette information suggère que davantage de recherche est nécessaire pour comprendre la nature et la portée de la vulnérabilité des enfants autochtones et ses déterminants principaux et pour mettre au point de possibles interventions.

Pour plus d'information sur cet outil, consultez le site Web de l'Infobase de la santé publique de l'ASPC à l'adresse <https://infobase.phac-aspc.gc.ca/health-inequalities/index-fr.aspx>.

Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national

Le [rapport](#) *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* « met à profit et complète l'Outil de données en faisant ressortir certaines des inégalités en santé les plus prononcées et répandues au Canada, en tant que domaines potentiels pour une action prioritaire¹⁰. » Le rapport contient 22 indicateurs principaux des inégalités en santé choisis parmi plus de 70 indicateurs de l'outil de données, qui sont énoncés ci-dessous.

- Issues de santé
 - espérance de vie et espérance de vie ajustée en fonction de l'état de santé
 - mortalité infantile

- mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles
 - mortalité attribuable au suicide
 - santé mentale perçue et hospitalisations liées à la santé mentale
 - arthrite
 - asthme
 - incapacité
 - obésité
 - santé buccodentaire
 - tuberculose
- Déterminants de la santé
 - consommation élevée d'alcool
 - tabagisme, exposition à la fumée secondaire et incidence du cancer du poumon
 - besoins impérieux en matière de logement
 - développement de la petite enfance
 - insécurité alimentaire des ménages
 - travailleurs à faible revenu

Les indicateurs d'inégalités en santé ont été choisis au moyen d'une combinaison de critères quantitatifs et qualitatifs qui ont tenu compte de plusieurs facteurs, comme la grandeur des inégalités, la distribution au sein des groupes de population, le mélange de déterminants en amont et en aval, la couverture de tous les stratificateurs sociaux et la conformité aux priorités des politiques fédérales, provinciales et territoriales¹¹. Les données sur les Premières Nations vivant hors des réserves, les Inuits et les Métis sont fournies pour tous les indicateurs. Les données de l'ERS et l'information contextuelle sur les Premières Nations vivant dans les réserves et les communautés du Nord sont fournies pour 10 indicateurs. L'inclusion, l'interprétation et la contextualisation des données de l'ERS ont été rendues possibles par une collaboration étroite entre l'ASPC et le CGIPN et leur utilisation respecte les principes PCAP® (propriété, contrôle, accès et possession) des Premières Nations. Le Ralliement national des Métis a fourni du contexte additionnel pour comprendre les déterminants sociaux de la santé des Métis. Bien que les indicateurs soient utiles pour découvrir et mesurer des inégalités entre les groupes de population, le rapport reconnaît qu'ils ont des limites quand ils s'appliquent aux populations autochtones. Par exemple, s'ils sont mal employés, les indicateurs quantitatifs basés sur des manques peuvent renforcer les stéréotypes négatifs et les attitudes discriminatoires envers les peuples autochtones¹². Idéalement, les indicateurs relatifs aux Autochtones doivent être axés sur leurs communautés, inclure leur vision du monde, leur histoire et leurs ressources, et accentuer les facteurs de protection comme la résilience, l'autonomie et l'identité¹³.

Les inégalités en santé chez les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont mises en évidence par tous les indicateurs, qui montrent des taux très élevés pour plusieurs issues de santé principales (espérance de vie, mortalité infantile, mortalité attribuable à des blessures non intentionnelles, mortalité attribuable au suicide et tuberculose) et déterminants de la santé (vulnérabilité sur le plan du développement de la petite enfance et insécurité alimentaire). Même si la portée de ce rapport ne comprend pas l'évaluation des relations causales entre les issues de santé, les déterminants de la santé et les stratificateurs sociaux, le rapport dégage des facteurs de risque importants qui jouent un certain rôle. Par exemple, des taux disproportionnés de pauvreté, d'insécurité alimentaire, d'accès insuffisant à des soins de santé et de logement insalubre chez les

Autochtones sont essentiels pour comprendre des taux beaucoup plus élevés de mortalité infantile¹⁴. Tout comme l'outil de données, le rapport peut aider les personnes et les organisations dans le domaine de la santé et à l'extérieur à mieux comprendre certaines des inégalités en santé les plus prononcées qui affectent les Canadiens. Cette connaissance peut servir à inspirer l'élaboration des programmes, des politiques, des activités de surveillance et le choix des secteurs d'action et de recherche prioritaires dans tous les territoires.

Pour plus d'information sur le rapport, consultez <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/rapport-principales-inegalites-sante-canada-sommaire-executif.html>.

Infographies sur les inégalités en santé

Une série d'infographies sur les inégalités en santé sont en cours d'élaboration pour servir de complément au rapport. Plusieurs infographies, par exemple celles portant sur le [développement de la petite enfance](#), les [décès par suicide](#) et l'[insécurité alimentaire](#), montrent des disparités importantes entre les Premières Nations vivant hors des réserves, les Inuits, les Métis et les Canadiens non autochtones. Par exemple, il est apparu que, par rapport à celle chez les adultes non autochtones, l'insécurité alimentaire des Inuits est multipliée par 3,7; celle des Premières Nations vivant hors des réserves par 2,7 et celle des Métis par 2,2. Les infographies reconnaissent que ces inégalités « sont enracinées dans les politiques et les pratiques coloniales qui ont commencé avec les pensionnats, la perte de continuité culturelle, des territoires et de la langue. Les traumatismes intergénérationnels non résolus s'ajoutent aux défis auxquels sont confrontés les peuples autochtones¹⁵. »

Pour voir les infographies, consultez <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/publications/science-recherche-et-donnees/comprendre-rapport-principales-inegalites-sante-canada.html>.

Implications

L'IPIS est un pas en avant dans l'effort pour rassembler des données sur la distribution, l'ampleur et les effets des inégalités en santé à travers les populations au Canada, dont celles des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Le rapport *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national* énumère plusieurs principes d'intervention clés et des pratiques prometteuses qui peuvent être adaptés pour faire progresser l'équité en santé dans le contexte canadien :

- adopter une approche axée sur les droits de la personne pour agir sur les déterminants sociaux de la santé et l'équité en santé;
- intervenir à travers le parcours de vie grâce à des politiques fondées sur des données probantes et à des services sociaux et de santé appropriés sur le plan culturel;
- intervenir à la fois sur les déterminants proximaux et distaux de la santé et de l'équité en santé;
- déployer une combinaison d'interventions ciblées et d'interventions ou de politiques universelles;
- s'occuper à la fois des contextes matériels et des processus socioculturels de pouvoir, de privilège et d'exclusion;
- mettre en œuvre une approche plaçant « la santé dans toutes les politiques »;

- effectuer une surveillance et une évaluation continues¹⁶.

Ces principes d'intervention peuvent avoir plus de force si nous reconnaissons et appuyons constamment les principes directeurs et les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et les droits intrinsèques des peuples autochtones formulés dans la Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones. La lutte contre les inégalités dont souffrent les Autochtones exige des collaborations et des partenariats soutenus et respectueux avec les peuples autochtones et les organisations qui les gouvernent et les représentent.

¹ Le terme « autochtone » désigne les premiers habitants du Canada et leurs descendants, y compris les Premières Nations, les peuples inuits et métis, au sens de l'article 35 de la loi constitutionnelle de 1982.

² Greenwood, M., S. de Leeuw et N. Lindsay. « Challenges in health equity for Indigenous peoples in Canada », *The Lancet*, vol. 391, n° 10131 (2018), p. 1645-1648.

³ Reading, C. « Structural determinants of Aboriginal peoples' health », dans M. Greenwood, S. de Leeuw, N. Lindsay et C. Reading (éd.), *Determinants of Indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social*, Toronto, Canadian Scholars' Press, 2015.

⁴ Commission de vérité et réconciliation du Canada. *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final de la commission de vérité et réconciliation du Canada*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2015.

⁵ Smylie, J. et M. Firestone. « Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for Indigenous populations in Canada », *Statistical Journal of the International Association for Official Statistics*, vol. 31, n° 1 (2015), p. 67-87; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. *L'importance des données désagrégées*, Prince George, CCNSA, 2009.

⁶ Smylie, J. et M. Firestone (2015).

⁷ Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé. *Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national*, Ottawa, Gouvernement du Canada, 2018.

⁸ *Ibid.*

⁹ Agence de la santé publique du Canada. Aperçu de l'outil de données sur les inégalités en santé – FAQ, (s.d.).

¹⁰ Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018, p. 21.

¹¹ Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018, p. 21.

¹² Anderson, M., J. Smylie, I. Anderson, R. Sinclair et S. Crengle. « Discussion Paper No. 18. First Nations, Métis, and Inuit Health Indicators in Canada. A Background Paper for the project "Action Oriented Indicators of health and health systems Development for Indigenous Peoples in Australia, Canada, and New Zealand" », Melbourne, Onemda VicHealth Koori Health Unit, 2006. Sur Internet : <http://onemda.unimelb.edu.au/sites/default/files/docs/dp18.pdf>

¹³ Donatuto J., L. Campbell et R. Gregory. « Developing responsive indicators of indigenous community health », *International journal of environmental research and public health*, vol. 13, n° 9 (2016), p. 899.

¹⁴ Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018, p. 89.

¹⁵ Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018.

¹⁶ Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par la ministre de la Santé, 2018, p. 10-11.