

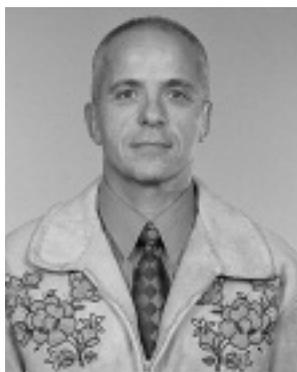
RAPPORT SUR L'ÉTAT DE SANTÉ DE LA POPULATION DES TNO

Rapport sur l'état de santé de la population des TNO 2005



Territoires du
Nord-Ouest Santé et Services sociaux

Message du ministre



Je suis heureux de faire rapport sur l'état de santé de la population des Territoires du Nord-Ouest

Le Rapport sur l'état de santé de la population vise à informer le public sur le mieux-être de l'ensemble de la population. Il vise également à informer les gens à propos des déterminants importants de la santé aux Territoires du Nord-Ouest.

Depuis le dernier rapport, en 1999, le rapport de 2005 est axé sur les changements dans l'état de santé et les déterminants aux Territoires, au fil du temps. On fait également des comparaisons entre les genres de communautés pour refléter les différentes réalités démographiques, ethniques, sociales et économiques.

Ce rapport brosse le tableau d'une population qui a fait des améliorations dans plusieurs domaines et qui a régressé dans d'autres, mais en règle générale, peu de progrès a été réalisé dans la plupart des indicateurs de santé au cours des 10-15 dernières années. Des études révèlent que la santé de plusieurs résidents des TNO est fragile en raison de leur style de vie malsain.

Chaque personne des Territoires du Nord-Ouest a un rôle à jouer dans l'amélioration de l'état de santé. Les comportements malsains, comme le tabagisme, la consommation excessive d'alcool, la consommation de drogues, la mauvaise alimentation et le fait de ne pas faire d'exercice, créent des problèmes de santé. En menant un style de vie sain, et en constituant un exemple positif pour les autres, l'état de santé de notre population s'améliorera.

En ma qualité de ministre de la Santé et des Services sociaux, j'ai hâte de surveiller notre état de santé et de faire rapport des améliorations dans le prochain rapport.

A handwritten signature in black ink, reading "J.M. Miltenberger". The signature is fluid and cursive.

L'honorable J. Michael Miltenberger

Ministre de la Santé et des Services sociaux

Tables des matières

Sommaire	v
Chapitre 1	1
1.0 Introduction.....	1
1.1 À propos du rapport	2
1.2 Organisation du rapport.....	3
1.3 La population des Territoires du Nord-Ouest	3
1.4 L'approche concernant la santé de la population	4
Partie A	
État de santé de la population	7
Chapitre 2	9
Bien-être	9
2.1 L'autoévaluation de la santé	9
2.2 Bien-être psychologique.....	11
Santé générale et fonctionnelle	12
2.3 État de santé fonctionnelle.....	12
2.4 Limitations à long terme de l'activité.....	14
Chapitre 3	15
État de santé	15
3.1 Maladies transmissibles	15
Maladies transmissibles par contact direct/voies respiratoires	16
Infections transmises sexuellement et par le sang	18
3.2 Maladies évitables par la vaccination	21
3.3 Diabète.....	23
3.4 Autres maladies chroniques.....	24
3.5 Incidence du cancer	26
3.6 Maladie mentale	29
Chapitre 4	35
Mortalité	35
4.1 Espérance de vie à la naissance	36
Espérance de vie sans incapacité	36
4.2 Mortalité infantile.....	36
4.3 Mortalité dans l'ensemble	38
4.4 Principales causes de mortalité	39
4.5 Mortalité prématurée	41
Partie B	
Déterminants de la santé	43
Chapitre 5	45
Influences socio-économiques sur la santé	45
5.1 Âge et sexe	45
5.2 Naissance et fécondité.....	46
5.3 Éducation et alphabétisation	48
5.4 Revenu	50
5.5 Emploi.....	51

Environnement social	53
5.6 Soutien social	53
5.7 Bénévolat	54
5.8 Criminalité dans la communauté	56
5.9 Violence familiale	57
5.10 Continuité culturelle	59
Chapitre 6	59
Environnement physique	59
6.1 Climat	60
6.2 Sécurité concernant les aliments et l'eau	61
6.3 Contaminant de l'environnement	61
6.4 Fumée de tabac ambiante	62
6.5 Habitation	64
Chapitre 7	67
Pratiques d'hygiène personnelle	67
7.1 S'alimenter sainement	67
7.2 Poids santé	68
7.3 Activité physique	70
7.4 Tabagisme	71
7.5 Consommation d'alcool	73
7.6 Usage des ceintures de sécurité	75
7.7 Pratiques sexuelles à haut risque	76
Chapitre 8	77
Développement d'enfants en santé	77
8.1 Poids bas ou élevé à la naissance	77
8.2 Tabagisme et grossesse	78
8.3 Naissances chez les adolescentes	80
8.4 Immunisation	81
8.5 Enfants négligés et maltraités	82
8.6 Enfants qui reçoivent des services de protection de l'enfance	83
8.7 Jeunes fumeurs	85
Chapitre 9	87
Services de prophylaxie	87
9.1 Vérification de la pression artérielle	87
9.2 Dépistage du cancer du sein	88
9.3 Dépistage du cancer du col de l'utérus	89
Chapitre 10	91
Conclusions	91
Annexe A	95
Sources et limites des données	95

Sommaire

Le rapport sur l'état de santé de la population des TNO de 2005 présente de l'information la santé des résidents des Territoires du Nord-Ouest, de même que sur certains facteurs connus pouvant influencer l'état de santé. Le rapport est divisé en deux principales sections. La première présente une série d'indicateurs qui mesurent les aspects de l'état de santé de la population. La deuxième partie du rapport examine un certain nombre de déterminants de la santé, incluant des facteurs sociaux et économiques, l'environnement physique, de même que des comportements personnels et le développement de la petite enfance. Suit un sommaire des principales constatations.

Points saillants

État de santé de la population

Mieux-être

- L'état de santé auto-déclaré est une bonne mesure de la santé dans l'ensemble. En 2003, seulement 10 % des résidents des TNO de 12 ans et plus ont indiqué que leur santé était passable ou mauvaise, ce qui n'a pas changé depuis 1994-1995. Les résidents de Yellowknife sont plus enclins que ceux vivant dans d'autres communautés des Territoires à qualifier leur santé comme bonne ou meilleure (93 % par rapport à 86 %).
- L'estime de soi et le sens de la maîtrise de la situation sont propices pour affronter avec succès la vie et ses stress. Il n'existe pas de différences importantes dans les niveaux d'estime de soi entre les sous-groupes de la population étudiée. Les résidents de Yellowknife sont plus enclins que les résidents des autres communautés à rapporter un grand sens de maîtrise de la situation (38 % par rapport à 23 %).
- L'état de santé fonctionnel mesure la capacité d'une personne d'effectuer ses tâches quotidiennes. En 2003, 81 % de la population des TNO de 12 ans et plus a indiqué avoir une santé fonctionnelle parfaite ou très bonne, une diminution par rapport à 91 % en 1994-1995. Une grande partie de cette diminution est attribuable aux personnes âgées entre 12 et 24 ans.
- La proportion de la population vivant à Yellowknife qui a rapporté une forme ou une autre de limitation d'activité à long terme était vraiment plus basse que la proportion vivant dans les autres communautés (19 % par rapport à 27 %). En général, la limitation d'activité s'accroît avec l'âge.

États de santé

- L'incidence de la tuberculose a beaucoup diminué depuis le milieu des années 1990, passant de 7,6 nouveaux cas par 10 000 personnes en 1994-1996, à 1,9 par 10 000 en 2001-2003. Le risque de tuberculose est plus élevé chez les personnes âgées et les résidents des petites communautés des TNO.
- L'incidence des deux infections transmises sexuellement les plus courantes (ITS) – la chlamydia et la gonorrhée – s'est accrue de façon importante depuis le milieu des années 1990. Le taux de la chlamydia est passé de 91,7 cas par 10 000, en 1995, à 134,6 nouveaux cas par 10 000 en 2003. Par contre, le taux d'incidence de la gonorrhée s'est accru, passant de 8,1 par 10 000 personnes, en 1996, à 49,5 par 10 000, en 2003. Les personnes âgées entre 15 et 24 ans, de sexe féminin et résidant dans les petites communautés étaient les plus à risque pour ces deux ITS.
- La prévalence du diabète aux Territoires s'est accrue de façon importante entre 1997-1998 et 2001-2002, passant de 2,5 % de la population des 20 ans et plus à 3,6 %. La prévalence du diabète augmente avec l'âge.

- La prévalence d'un certain nombre d'autres maladies chroniques, incluant l'arthrite/rhumatisme et l'asthme n'a pas vraiment augmenté entre 1994-1995 et 2003.
- L'incidence du cancer n'a pas vraiment changé entre 1992 et 2002. Le cancer colorectal était le cancer le plus courant chez les hommes; le cancer du sein était le plus courant chez les femmes. Il n'y a pas eu de grandes différences dans les taux d'incidence entre Yellowknife et les centres régionaux de Hay River, de Fort Smith et d'Inuvik et les petites communautés des TNO, après avoir pris en considération les différences dans les structures d'âge des trois genres de communautés.
- En 2003, 5 % des résidents des TNO de 12 ans et plus ont rapporté un épisode de dépression majeure et ont probablement été cliniquement dépressifs, ce qui n'a pas changé depuis 1994-1995. Les résidents entre 12 et 39 ans ont été deux fois plus enclins que les personnes de 40 ans et plus à rapporter des symptômes de dépression (6 % par rapport à 3 %). Aucune différence importante n'a été observée dans la prévalence de dépression lorsqu'on a comparé par sexe ou par communauté de résidence.
- Les hospitalisations attribuables aux maladies mentales ont diminué entre l'exercice 1999-2000 à 2002-2003, en raison d'une baisse dans le nombre d'hospitalisations attribuables aux troubles causés par la consommation d'alcool et de drogues, de même qu'aux troubles d'humeur comme la dépression.
- Les taux d'hospitalisations attribuables aux blessures auto-infligées ont été plutôt constants pour une grande partie des huit années qui se sont écoulées entre 1996 et 2003. Les jeunes entre 15 et 24 ans ont eu le plus haut taux d'hospitalisations attribuables aux blessures auto-infligées, au cours de la période allant de 2001 à 2003 (28,1 par 10 000 personnes). Dans l'ensemble, le taux d'hospitalisations pour les femmes était deux fois plus élevé que le taux pour les hommes (16,1 par rapport à 7,8 par 10 000).
- Dans l'ensemble, les taux de suicide ont diminué entre 1990-1992 et 1994-1995, passant de 2,1 à 1,1 par 10 000 personnes. Par contre, entre 1994-1996 et 2001-2003, les taux ont beaucoup augmenté, passant de 1,1 à 2,4 par 10 000 personnes, avec la grande partie de cette augmentation se produisant entre 1994-1996 et 1997-1999. Les jeunes entre 15 et 24 ans ont été à plus haut risque de suicide : 5,6 par 10 000 personnes entre 1999 et 2003. Pour cette période, les hommes risquaient cinq fois plus que les femmes de mourir par suicide (4,2 par rapport à 0.8 par 10 000 personnes).

Mortalité

- En général, l'espérance de vie est acceptée comme un bon indicateur de l'état de santé de la population. Un enfant né aux TNO en 2001 devrait s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 76 ans, ce qui n'a virtuellement pas changé depuis les années 1980 et 3,5 années de moins que ses homologues canadiens. Étant donné les tendances en matière de mortalité en 2001, un garçon né aux TNO peut s'attendre à vivre jusqu'à l'âge de 74 ans, et une fille, jusqu'à l'âge de 79 ans.
- La mortalité infantile, soit le décès de bébés de moins d'un an, est considérée un indicateur de santé publique important. Le taux de mortalité infantile aux TNO a baissé de façon importante, tout au long des années 1980, passant de 16,6 par 1 000 naissances vivantes, pour 1982-1984, à 5,8 par 1 000 naissances vivantes pour 1988-1990. Le taux a baissé au cours des années 1990. Le taux de mortalité infantile pour les petites communautés a été nettement plus élevé que le taux à Yellowknife (13 par rapport à 6 par 1 000 naissances vivantes).
- Certains états pathologiques tirant leur origine de la période prénatale, ont été reliés à une courte gestation, au bas poids à la naissance et à la détresse respiratoire, principales causes du décès des poupons (39 %), suivi des anomalies congénitales (25 %).

- Dans l'ensemble, les taux de mortalité pour les deux sexes ont baissé de façon importante au cours des années 1980, mais sont demeurés relativement les mêmes dans les années 1990. En 2000-2002, le taux de mortalité normalisé chez les hommes a été nettement plus élevé que le taux chez les femmes (41,4 par rapport à 26,1 par 10 000 personnes). Cependant, le taux de mortalité normalisé dans les petites communautés a été nettement plus élevé que le taux à Yellowknife (40,4 par rapport à 31,9 par 10 000 personnes).
- Entre 2000 et 2002, les principales causes de décès aux Territoires du Nord-Ouest ont été le cancer (25 %), les maladies cardiovasculaires (22 %) et les blessures (19 %). Les maladies respiratoires, comme les maladies respiratoires obstructives chroniques ont compté pour 11 % de tous les décès au cours de cette même période.
- Le taux de mortalité standardisé selon l'âge de décès « prématurés » n'a pas vraiment changé entre 1980-1982 et 2000-2002. Cependant, le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour les maladies cardiovasculaires a vraiment baissé entre 1980-1982 et 1988-1990, puis est demeuré stable tout au long des années 1990. La même tendance générale a également été observée pour le taux de mortalité standardisé pour les blessures.
- Le taux de décès prématurés est un taux standardisé de décès « prématurés » soit un décès qui survient avant l'âge de 75 ans. Le taux de décès prématurés est considéré comme une bonne mesure de l'ensemble de l'état de santé d'une population d'une région donnée. Le taux de décès prématurés aux TNO a baissé de façon importante au cours des années 1980. Une légère baisse s'est poursuivie au cours des années 1990, mais cette tendance n'a pas été importante. Les hommes aux TNO risquent davantage que les femmes de mourir avant l'âge de 75 ans, en grande partie en raison des taux de mortalité attribuables aux blessures plus élevés chez les hommes. Les taux de mortalité standardisés selon l'âge ont été nettement plus élevés dans les petites communautés et les centres régionaux qu'à Yellowknife.

Déterminants de la santé

Influences socio-économiques sur la santé

- Même si la population des TNO est relativement jeune par rapport à celle du Canada, elle vieillit tout de même. En 2004, 24 % de la population avait 45 ans ou plus, par rapport à 16 % en 1991. De plus, on s'attend à ce que le nombre de personnes âgées double d'ici 2019, ce qui en fait le groupe d'âge qui croît le plus rapidement. Donc, le nombre de résidents prédisposés à un grand nombre de maladies chroniques, incluant les maladies cardiaques, le diabète et le cancer, devrait continuer de croître, à moins que des changements majeurs surviennent dans plusieurs des déterminants de la santé, comme les pratiques d'hygiène de vie.
- Des niveaux d'éducation plus élevés sont normalement associés à des niveaux de santé plus élevés, à une espérance de vie plus longue et à d'autres retombées positives. Le rendement scolaire est un facteur clé de la situation socio-économique. Entre 1991 et 2001, le pourcentage de la population des TNO de 25 ans et plus ayant moins d'un secondaire a diminué, passant de 34 à 29 %. Par contre, le pourcentage de personnes possédant un diplôme universitaire a augmenté, passant de 14 à 16 %. Les résidents des petites communautés ont encore de bas taux de rendement scolaire par rapport aux résidents des centres régionaux et de Yellowknife.
- Les revenus plus élevés sont également liés à un meilleur état de santé. Le revenu moyen aux TNO varie d'un maximum de 42 815 \$ à Yellowknife, à un minimum de 23 159 \$ pour les résidents des petites communautés.

- L'emploi est un autre aspect vraiment important de l'environnement socio-économique qui affecte la santé. Le taux de chômage était de 7,1 % en 2003, en baisse par rapport à 11,7 % en 1996. Aux Territoires du Nord-Ouest, il y avait de grandes différences entre les communautés en ce qui concerne le marché du travail. Le taux de chômage était plus bas, et le taux de participation était plus élevé à Yellowknife qu'ailleurs aux TNO.
- L'appui provenant des familles, des amis et des communautés aide les gens à résoudre leurs problèmes et à faire face à l'adversité, de même qu'à préserver un sens de contrôle sur les circonstances de la vie. La plupart des résidents des TNO ont dit avoir un niveau élevé d'appui social (82 % dans l'ensemble). Les résidents de Yellowknife ont été plus enclins que les autres résidents des TNO à indiquer un niveau élevé d'appui social (86 % par rapport à 79 %).
- Le taux de criminalité est un indicateur du niveau de sécurité dans une communauté. Le taux de criminalité dans l'ensemble des TNO s'est accru au cours des récentes années, après être tombé pour une grande partie des années 1990. Entre 1998 et 2002, Yellowknife avait le taux de criminalité le plus bas, soit 241 incidents par 1 000 personnes, par rapport à 315 par 1 000 pour les centres régionaux et à 373 par 1 000 pour les petites communautés. Cependant, malgré le bas taux de criminalité, Yellowknife a connu la plus grande augmentation de crimes au cours des dernières années.

L'environnement physique

- L'exposition à long terme à la fumée de tabac ambiante (couramment appelée fumée secondaire) est un danger important pour la santé. En 2003, environ 44 % des résidents non fumeurs ont indiqué être exposés à la fumée secondaire tous les jours, ou presque, à la maison, dans un véhicule automobile ou dans les endroits publics.
- L'accès à un abri est non seulement une exigence en matière de santé, mais c'est également une condition essentielle à la vie. L'habitation doit également répondre à certaines normes si elle doit contribuer à la bonne santé de ses habitants. Selon un sondage effectué en 2004, 16 % de tous les ménages des TNO connaissaient des besoins impérieux. Aux TNO, le pourcentage des ménages aux besoins impérieux variait en fonction des communautés. Environ 30 % des ménages (1 316) des petites communautés connaissaient des besoins impérieux, par rapport à 11 % des ménages (374) dans les centres régionaux et 9 % des ménages (570) à Yellowknife.

Pratiques d'hygiène de vie

- Une bonne nutrition est un élément important pour atteindre une croissance et un développement optimaux. Le Guide alimentaire canadien pour manger sainement recommande de cinq à dix portions de fruits et de légumes par jour. En 2003, 66 % des résidents des TNO de 12 ans et plus ont rapporté ne pas se conformer à cette recommandation. Les hommes étaient beaucoup moins enclins que les femmes manger les quantités quotidiennes de fruits et légumes recommandées.
- Le poids corporel est en grande partie déterminé par les habitudes alimentaires et l'activité physique. Un excédent de poids est souvent un risque majeur de développer tout un éventail de problèmes de santé. Selon les résultats d'un sondage effectué en 2003, 33 % des adultes des TNO entre 20 et 64 ans avaient un problème de surpoids et un autre 24 %, un problème d'obésité. Il semble que la prévalence d'obésité chez la population adulte des TNO s'est accrue au cours des dernières années. En 1994-1995, environ 18 % des adultes des TNO âgés entre 20 et 64 ans étaient considérés comme obèses, soit beaucoup moins que l'estimation de 24 % en 2003.
- Il a été démontré que la participation à une activité physique a démontré réduit le risque d'un certain nombre de maladies. Le pourcentage de la population des TNO engagée dans une activité physique de loisir semble avoir augmenté entre 1994-1995 et 2003. Cependant, le niveau d'inactivité physique présente encore un problème sérieux de maladie pour la population, avec 45 % de la population des 12 ans et plus physiquement inactive.

- Le tabagisme est connu pour nuire à tous les systèmes et fonctions du corps humain. En 2004, environ 41 % des résidents des TNO de 15 ans et plus ont indiqué fumer la cigarette. C'était deux fois plus que le taux au Canada (20 %). Certaines évidences démontrent que les taux de tabagisme sont peut-être en déclin à Yellowknife. En 2004, 52 % des résidents de 15 ans et plus, vivant dans les petites communautés ont dit fumer, par rapport à 27 % à Yellowknife.
- Une grande consommation régulière d'alcool risque d'avoir plusieurs conséquences négatives sur la santé. La consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion est un indicateur assez fiable de consommation excessive d'alcool. En 2003, environ 33 % de tous les résidents de 15 ans et plus ont indiqué avoir bu de façon excessive une fois par mois ou plus au cours de la dernière année. C'est une augmentation importante par rapport à 26 % en 1996-1997. Par rapport aux autres groupes d'âge, la consommation excessive d'alcool était plus courante chez les jeunes et les jeunes adultes. Les hommes sont beaucoup plus enclins que les femmes à boire régulièrement de façon excessive.
- Il a été bien établi que le port des ceintures de sécurité réduit les décès et les blessures graves. Cependant, selon les résultats d'une enquête effectuée en 2003, seulement 52 % des résidents de 12 ans et plus ont indiqué toujours utiliser leur ceinture de sécurité quand ils sont dans une voiture, un camion ou une camionnette. Les femmes ont été plus enclines que les hommes à porter leur ceinture de sécurité quand elles sont dans une voiture, un camion ou une camionnette (57 % par rapport à 47 %). Les résidents de Yellowknife étaient beaucoup plus enclins que les résidents des autres communautés à porter leur ceinture de sécurité quand ils sont dans un véhicule automobile.
- L'utilisation constante de condoms, particulièrement dans les relations à court terme, peut réduire le risque de contracter des infections transmises sexuellement. On estime à 37 % les personnes âgées entre 15 et 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente et qui ont indiqué ne pas avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles.

Développement d'enfants en santé

- Le poids à la naissance est un indicateur de santé pour les nouveaux-nés. De plus, le poids à la naissance peut servir à prédire l'état de santé de la population dans l'avenir. Les bébés qui ont un bas poids à la naissance (< 2 500 grammes) comptent pour 4 % de toutes les naissances vivantes aux Territoires du Nord-Ouest en 2000-2002, soit à peu près le même pourcentage qu'au Canada. Cependant, les bébés ayant un poids élevé à la naissance (> 4 000 grammes) comptent pour 20 % de toutes les naissances vivantes aux TNO.
- Le tabagisme pendant la grossesse est un important facteur de risque pour des bébés ayant un poids insuffisant à la naissance. Environ 27 % des femmes des TNO de 15 à 55 ans qui ont accouché au cours des cinq dernières années ont indiqué avoir fumé au cours de leur dernière grossesse. De plus, 38 % d'entre elles ont indiqué que quelqu'un fumait régulièrement en leur présence au cours des six mois suivant leur accouchement.
- L'allaitement est bénéfique pour le développement de bébés en santé. Près de la moitié (47 %) des mères ayant accouché récemment ont rapporté avoir exclusivement allaité leur bébé pendant au moins les quatre premiers mois.
- Les adolescentes qui accouchent sont considérées comme étant à risque pour la santé de la mère et de l'enfant, incluant des complications physiques comme la prématurité et l'insuffisance de poids à la naissance, de même que le stress psychologique. Le taux d'adolescentes des TNO qui accouchent a décliné de façon importante au cours des années 1990, passant de 79 naissance par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans en 1990-1992, à 50 par 1 000 en 2000-2002. Le déclin est en grande partie attribuable aux communautés situées à l'extérieur de Yellowknife. Cependant, les taux des petites communautés sont encore passablement élevés par rapport à ceux de Yellowknife et des centres régionaux.

- Dans l'ensemble, les taux de vaccination des enfants aux TNO sont plus élevés que ceux au Canada. En tout, environ 70 % des enfants des TNO nés en 2000 étaient entièrement vaccinés à l'âge de deux ans, conformément au calendrier recommandé pour les Territoires.
- L'évidence suggère que le tabagisme chez les jeunes est un problème majeur de santé publique aux Territoires du Nord-Ouest. Les résultats d'un sondage effectué en 2002 indique que 18 % des enfants âgés entre 10 et 14 ans étaient des fumeurs, soit trois fois le taux au Canada. De plus, le pourcentage des enfants de ce groupe d'âge qui disent fumer s'est légèrement accru au cours des années 1990. En 1993, environ 15 % de ces jeunes disaient fumer.

Services de santé préventive

- Selon un sondage effectué en 2003, environ 68 % des résidents des TNO âgés de 15 ans et plus ont dit avoir fait vérifier leur pression sanguine au cours de l'année précédente. Un autre 15 % de résidents ont eu un test un à deux ans avant le sondage. Les femmes ont été plus enclines que les hommes à faire vérifier leur pression sanguine au cours de l'année précédente (80 % par rapport à 55 %).
- La mammographie est recommandée tous les deux ans pour les femmes entre 50 et 69 ans. En 2003, environ 67 % des femmes de ce groupe d'âge ont dit avoir répondu à cette recommandation. Cependant, 77 % des femmes des TNO ont indiqué avoir fait une mammographie au cours des cinq années précédentes.
- En 2003, 83 % des femmes des TNO âgées entre 18 et 69 ans ont dit avoir fait un test de Papanicolaou au cours des trois dernières années, soit à peu près le même taux que pour les femmes canadiennes (76 %).

Conclusion

Ce rapport donne un vaste aperçu de la santé des résidents des Territoires du Nord-Ouest, à la fin de XX^e siècle, et début du XXI^e siècle. Ce qui ressort est l'image d'une population qui connaît des améliorations dans certains domaines, des détériorations dans d'autres, mais peu de changements dans l'ensemble dans la plupart des indicateurs de santé, au cours des dix à quinze dernières années. L'évidence suggère qu'un grand nombre de résidents des TNO sont encore à risque en raison de mauvais choix en matière de santé. Cependant, les comportements à haut risque ne se produisent pas seuls. Il s'agit plutôt d'interactions complexes entre les comportements à haut risque et autres déterminants majeurs de la santé. Des défis nous attendent si nous voulons préserver et améliorer l'état de santé de la population des Territoires.

Chapitre 1

1.0 Introduction

Le *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO - 2005* fournit de l'information sur la santé de la population des Territoires du Nord-Ouest. Dans ce rapport, la définition de la santé est adaptée d'une définition proposée par l'Organisation mondiale de la Santé :

La santé est un état global de bien-être physique, mental, social et émotif, et non pas une simple absence de maladie ou d'infirmité.

Cette définition attire l'attention sur la nature multidimensionnelle de la santé. Cela embrasse le concept traditionnel de santé qu'ont les Autochtones, ainsi qu'exprimé dans le cercle d'influences avec les dimensions physiques, sociales, émotives et spirituelles interdépendantes qui ont besoin d'être équilibrées pour une santé optimale. Selon cette vision, la santé n'est pas simplement un objectif en soi, mais une ressource pour la vie quotidienne qui permet aux personnes d'atteindre un bien-être et de contribuer à la vie de leur famille, de leur communauté et de leur société. « Un groupe ou un individu doit être en mesure de réaliser ses ambitions et de satisfaire ses besoins et d'évoluer avec le milieu ou de s'adapter à celui-ci. La santé est un concept positif mettant en valeur les ressources sociales et individuelles ainsi que les capacités physiques. »¹

La définition ci-dessus souligne la nature complexe de la santé. Ce n'est pas facile de mesurer en termes strictement quantitatifs ou opérationnels. Plusieurs des indicateurs les plus couramment utilisés, comme le taux de mortalité et de morbidité, peuvent être considérés comme des variables substitutives ancrées dans la vieille vision de la santé comme étant l'absence de maladie, avec des taux de mortalité et de morbidité plus bas indiquant une population plus « saine ». Même si un certain nombre d'indicateurs comme l'auto-évaluation de l'état de santé, le bien-être psychologique, et l'état de santé fonctionnel reflètent une définition plus holistique et positive, il faut admettre qu'il faut travailler davantage à élaborer des indicateurs qui mesurent mieux la qualité de vie et le bien-être des gens.

À cette complexité, il faut ajouter que le fait qu'on reconnaisse de plus en plus que l'état de santé d'une population est influencé par toute une variété de déterminants : le milieu socio-économique, l'environnement physique, les expériences de la petite enfance, les comportements personnels en matière de santé et les compétences d'adaptation, la biologie et la génétique, de même que l'organisation et les ressources du système de soins de santé. Le fait de broser un portrait d'un concept d'une telle complexité et d'une telle ampleur constitue un défi et ne peut se faire qu'indirectement, à l'aide d'un ensemble d'indicateurs de santé qui reflètent, d'une certaine façon, l'état de santé et les déterminants de la santé d'une population. Les indicateurs dans ce rapport ont été choisis soit parce qu'ils constituent des mesures de l'état de santé (par ex. l'espérance de vie, l'incidence de maladies, l'auto-évaluation de la santé), soit parce qu'ils ont démontré une influence sur l'état de santé (par ex. le niveau scolaire, le revenu, la pertinence de l'habitation).² Ainsi, ce rapport prend une approche de la santé de la population et suit un cadre de travail semblable à celui élaboré par le comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population.³

¹ *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé. Santé et bien-être Canada, Association canadienne de santé publique, et OMS, Ottawa, 1986.*

² *Les déterminants des indicateurs de la santé ne sont pas eux-mêmes des mesures de l'état de santé. Ces indicateurs sont plutôt présentés parce qu'ils représentent d'importants facteurs qui sont connus pour avoir une répercussion sur l'état de santé des populations.*

³ *Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999. Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.*

1.1 À propos du rapport

Le *Rapport sur l'état de santé de la population – 2005* présente de l'information sur l'état de santé et les déterminants de la santé pour la population des Territoires du Nord-Ouest. Le rapport vise plusieurs objectifs : d'abord, informer le public sur la santé de même que sur le bien-être de la population; ensuite, informer le public, les professionnels de la santé et les décideurs à propos des défis et des possibilités qui se présentent sur la route de la santé et du bien-être et finalement, de mesurer les changements dans la santé et le bien-être de la population au fil du temps, et examiner les différences au sein des Territoires du Nord-Ouest. Ces objectifs servent tous le même but : améliorer la santé et le bien-être de tous les résidents des Territoires du Nord-Ouest, ainsi que précisé dans le plan stratégique du ministère de la Santé et des Services sociaux, *Bâtir notre avenir*.

Ce rapport fournit également de l'information sur certains déterminants clés de la santé aux Territoires du Nord-Ouest, dont les variables démographiques, les aspects de l'environnement socio-économique et physique, les comportements personnels, le développement sain durant l'enfance et l'accessibilité aux services de santé. L'information à propos des déterminants de la santé est importante pour un certain nombre de raisons : tout d'abord, elle aide les gens à faire des choix informés à propos de leur propre santé et bien-être; ensuite, elle peut aider les planificateurs de programmes à prendre des décisions informées à propos de projets stratégiques dans le domaine de la santé; finalement, elle peut guider les décideurs à élaborer des politiques saines, fondées sur des connaissances solides.

Le dernier rapport sur la santé des Territoires du Nord-Ouest a été publié il y a six ans, soit en 1999. Même si le *Rapport sur l'état de santé de la population des TNO – 2005* présente plusieurs indicateurs semblables utilisant la même approche face à la santé de la population, il y a un certain nombre de différences importantes. Dans le rapport de 1999, les comparaisons étaient faites entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada dans son ensemble, pour un grand nombre d'indicateurs. Dans ce rapport, quand c'est possible, l'accent est mis sur les changements dans l'état de la santé et les déterminants au sein même des Territoires, au fil du temps. On fait également des comparaisons entre les genres de communautés : Yellowknife, la plus grosse ville, les centres régionaux (Fort Smith, Hay River et Inuvik) et les autres petites communautés. Pour un certain nombre d'indicateurs de la santé, les comparaisons n'étaient possibles qu'entre Yellowknife et d'autres communautés combinées. Ce genre de communautés reflète les différentes réalités démographiques, ethniques, sociales et économiques. Enfin, pour chaque indicateur de santé, les différences entre les groupes d'âges et les sexes ont été examinées.

Les personnes intéressées par les comparaisons entre les Territoires du Nord-Ouest et le Canada devraient consulter le Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé. Ce rapport fait partie d'un projet fédéral-provincial-territorial ayant lieu tous les deux ans, et qui a été publié en 2002 et en 2004. Le Rapport sur l'état de santé de la population des TNO – 2005 n'est pas un rapport portant sur le système de soins de santé, ni sur le coût pour fournir des soins de santé aux Territoires du Nord-Ouest. Les personnes intéressées par ce sujet devraient consulter le document *The NWT Health Services Report : 2000*.⁴

⁴ On peut se procurer des copies de ces rapports sur le site Web du ministère de la Santé et des Services sociaux : http://www.bhtbss.gov.nt.ca/content/Publications/publication_index.htm

1.2 Organisation du rapport

Le rapport est divisé en deux principales sections. La première section (chapitres 2 à 4) examine l'état de santé de la population. La deuxième section (chapitres 5 à 9) examine certains déterminants de la santé.

Le chapitre 2 présente un certain nombre d'indicateurs qui mesurent les aspects de la santé positive, le sens de la vitalité et le sens général de confiance en soi. Plusieurs indicateurs de santé générale et de capacité fonctionnelle sont également examinés.

Le chapitre 3 examine l'existence de maladies et de conditions spécifiques dans la population, incluant les maladies transmissibles, certaines maladies chroniques et mentales spécifiques. Ces indicateurs mesurent l'état de santé dans le sens « négatif », où de haut taux de morbidité indiquent une population moins en santé.

Le chapitre 4 présente de l'information sur l'espérance de vie à la naissance, les taux de mortalité et les principales causes de décès aux Territoires du Nord-Ouest.

Le chapitre 5 fournit une analyse de certaines des principales influences sociales et économiques sur la santé de la population. Les variables démographiques, incluant la distribution de la population par âge, les taux de natalité et les taux de fertilité, sont également examinées. Les mesures de la situation socio-économique sont également examinées, comme l'éducation, le revenu et l'emploi sont inclus, de même que les niveaux d'aide sociale et la criminalité.

Le chapitre 6 examine un certain nombre d'indicateurs de l'environnement physique qui sont connus comme déterminants de la santé, incluant l'information sur l'habitation, les maladies transmises par la nourriture ou l'air et les contaminants.

Le chapitre 7 souligne certaines pratiques de santé personnelle et certains choix personnels que font les gens et qui ont une répercussion sur leur santé. On trouve dans ce chapitre de l'information sur le régime alimentaire, le corps, le poids, l'abus d'alcool et le tabagisme.

Le chapitre 8 examine un autre déterminant majeur sur la santé : le développement d'une petite enfance saine. Les indicateurs dans ce chapitre comprennent l'insuffisance de poids à la naissance, le tabagisme pendant la grossesse, les taux de vaccination, les enfants maltraités et négligés.

Le chapitre 9 examine un petit nombre de services de santé préventifs conçus pour maintenir et promouvoir la santé, et pour prévenir la maladie. Cela comprend des tests de dépistage, comme le test de Papanicolaou et les mammographies.

Le chapitre 10 contient certaines remarques en conclusion.

En raison de l'espace limité, la liste des indicateurs présentés dans ce rapport n'est pas complète. De plus, on a dû faire un compromis entre le niveau d'analyse détaillée effectuée sur chaque sujet en raison de la nécessité de présenter de l'information sur une grande variété d'indicateurs pour pouvoir fournir un aperçu sur la santé. Jusqu'à un certain point, le choix des indicateurs reflète également la disponibilité de données appropriées. (Voir l'Annexe A pour une discussion sur les sources et limites des données).

1.3 La population des Territoires du Nord-Ouest

Les Territoires du Nord-Ouest s'étendent sur environ 1 350 000 kilomètres carrés dans le nord du Canada. La population est d'environ 43 000 habitants vivant dans 32 communautés éparpillées un peu partout sur cette immense masse terrestre. Près de la moitié (45 %) de la population totale vit dans la capitale, Yellowknife. Un autre 23 % vit dans les communautés de Fort Smith, de Hay River et d'Inuvik, des communautés ayant toutes plus de 2 500 habitants. Les 32 % de la population restante habitent dans les 28 petites communautés qui comptent de 1 900 à 70 personnes. Plusieurs de ces communautés ne sont pas accessibles par la route, sauf pendant de courtes périodes au cours de l'hiver.

Environ la moitié de la population territoriale est autochtone et 86 % des habitants qui vivent dans les petites communautés sont des Autochtones. Les Autochtones composent environ 23 % de la population de Yellowknife et environ 52 % des communautés de Fort Smith, de Hay River et d'Inuvik. La population autochtone comprend les Premières nations qui représentent 29 % de la population totale. Les Inuvialuit, qui vivent principalement dans les six communautés les plus au nord, représentent 11 % de la population, et les Métis, qui vivent principalement dans les communautés de Yellowknife, de Hay River et de Fort Smith, représentent 10 % de la population totale.

La population des Territoires du Nord-Ouest est plus jeune que celle du Canada dans l'ensemble. Un quart de la population a moins de 15 ans. Par contre, 4 % de la population a 65 ans et plus, et 20 %, entre 45 et 64 ans. Cependant, tout comme au Canada, la population des TNO vieillit. On s'attend à ce que le groupe d'âge des 45 ans et plus soit celui qui grossisse le plus rapidement au cours des 20 prochaines années. Cela pourrait avoir une importante répercussion sur les profils de santé de la population dans l'avenir.

1.4 L'approche concernant la santé de la population

Pendant longtemps, bien des gens, incluant les professionnels de la santé, les décideurs et les administrateurs de programmes ont agi en pensant qu'une bonne santé dépendait de bons services de santé. Les avancées rapides en médecine, le développement de nouvelles technologies, la création de nouveaux médicaments puissants et la construction de plus d'hôpitaux avaient tous tendance à renforcer cette notion. Jusque dans une certaine mesure, cela aide, surtout au cours de la période prénatale et pendant la petite enfance, mais la plupart des services cliniques sont là surtout pour aider les gens malades à se remettre. La question de savoir comment empêcher les gens de tomber malades nécessite un examen plus approfondi de certains facteurs menant à une bonne ou une mauvaise santé. L'évaluation de l'histoire de maladies infectieuses majeures a démontré que des améliorations dans les conditions de vie générales ont été vraiment importantes pour réduire les maladies et les décès attribuables à ces maladies.

On accorde maintenant plus d'attention au rôle joué par les facteurs sociaux, économiques, environnementaux et personnels dans la détermination de l'état de santé. Cela est souvent appelé *l'approche sur la santé de la population*, une façon de comprendre le défi d'atteindre la santé pour chacun qui va au-delà des programmes et services conventionnels en matière de santé publique, de soins médicaux et de promotion de la santé. Les proposeurs du cadre de référence sur la santé de la population disent que l'état de santé est influencé par l'interaction complexe d'un grand nombre de facteurs, plusieurs à l'extérieur du système de santé, incluant l'environnement social, économique et physique, les pratiques de santé personnelle, la capacité individuelle et les compétences d'adaptation et le développement sain durant l'enfance. Le fait de traiter ces déterminants par le biais de politiques en matière de santé publique est important pour la santé de la population, tout comme les bons soins médicaux, la prévention primaire et la promotion de la santé.

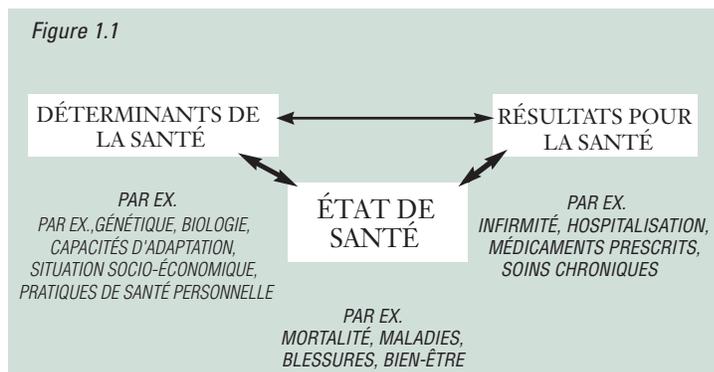
En 1997, le comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population a fourni la définition suivante :

La santé de la population réfère à la santé d'une population telle que mesurée selon l'état de santé et influencée par des facteurs comme les environnements sociaux, économiques et physiques, les pratiques de santé personnelle, la capacité individuelle et les compétences d'adaptation, la biologie humaine, le développement sain durant l'enfance, les services de santé, le sexe et la culture.

Comme approche, la santé de la population est axée sur les conditions et facteurs interdépendants qui influent sur la santé des populations au cours d'une vie; elle repère les variations systématiques de fréquence de leur apparition et applique les informations qui en résultent à l'élaboration et à la mise en œuvre de politiques et de mesures visant à améliorer la santé et le bien-être de ces populations.⁵

⁵ Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999. *Pour un avenir en santé Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne (1999)*. Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada. p. 7.

La relation entre les déterminants de la santé, l'état de santé et les résultats pour la santé est présentée à la figure 1.1 En général, les déterminants de la santé influencent l'état de santé, lequel, à son tour, influence les résultats pour la santé. Par exemple, l'analphabétisme peut avoir une influence négative par rapport au choix d'un régime alimentaire et/ou l'utilisation de médicaments, et ainsi contribuer à l'apparition de maladies. L'inverse peut également être vrai : comme les résultats pour la santé peuvent également directement influencer l'état de santé, de même que les déterminants de la santé. Par exemple, une hospitalisation prolongée et/ou une infirmité permanente causée par une blessure peut entraîner une diminution de la qualité de vie, une isolation sociale et des limites aux niveaux d'activité. Les limites aux niveaux d'activité et l'isolation sociale peuvent à leur tour avoir un effet négatif sur l'état de santé, en augmentant les possibilités de maladies et possiblement, en entraînant une autre hospitalisation.



Partie A :
État de santé de la population

Chapitre 2

Bien-être

Les indicateurs de bien-être tentent de mesurer les aspects d'une santé positive, un sens de la vitalité et un sentiment de maîtrise de la situation. Ces mesures sont subjectives et fournissent une indication des sentiments qu'a une personne sur elle-même. Comme le rapport sur la santé des Canadiens le souligne : « Le bien-être ou santé mentale positive peut être défini comme les attributs physiques, mentaux et sociaux qui permettent de relever les défis relatifs à la santé et de fonctionner. »¹ L'autoévaluation de l'état de santé est fondée sur la perception qu'ont les gens de leur santé. La satisfaction face à la vie, l'estime de soi et le sentiment d'être maître de sa vie sont d'autres mesures utilisées pour évaluer le bien-être.

2.1 L'autoévaluation de la santé

L'autoévaluation de l'état de santé est souvent utilisée comme variable substitutive pour le bien-être. Cette mesure est fondée sur la question d'un sondage qui demande aux gens de qualifier leur santé comme excellente, très bonne, bonne, passable ou mauvaise. Il s'agit là d'une mesure exacte étonnante de la santé de la population dans son ensemble.² Cependant, il existe certaines limites à cet indicateur. Des symptômes aigus temporaires, comme ceux d'un rhume ou d'une grippe, peuvent fausser l'autoévaluation. Certains groupes, par exemple les hommes, peuvent être davantage enclins à fournir une autoévaluation positive biaisée. Différents groupes culturels sont plus enclins à subjectivement évaluer leur santé de façon différente.³ C'est également possible que le degré de variation que cette question tente de mesurer n'ait pas de sens pour certains groupes culturels.⁴ Néanmoins, l'autoévaluation de la santé est utile et souvent utilisée pour mesurer le niveau général de bien-être d'une population.

En 2003, 56 % des résidents des TNO de 12 ans et plus ont évalué leur santé comme étant soit excellente, soit très bonne; un autre 34 % des résidents ont évalué leur santé comme bonne, et 10 % des résidents ont dit avoir une santé passable ou mauvaise. Ces résultats sont semblables à ceux du Canada dans l'ensemble; 59 % des Canadiens évaluent leur santé comme excellente ou très bonne; 30 % disent qu'elle est bonne et 11 % indiquent que leur santé est passable ou mauvaise.⁵

¹ Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999. *Rapport statistique sur la santé des Canadiens*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada. p. 220.

² Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

³ Institut canadien d'information sur la santé, 1997. *Indicateurs de santé communautaire : définitions et interprétations*.

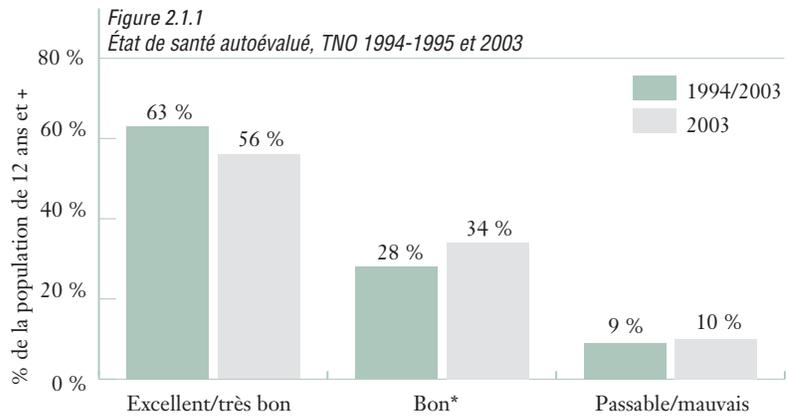
⁴ Flaskerud J H. 1988. *Is the Likert Scale Format Culturally Biased?* *Nursing Research*. 37:3 185-186.

⁵ Source canadienne : Dossier partagé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes ESCC), 2003. *Pour exercer un contrôle sur les différences dans les structures d'âge des deux populations, les estimations canadiennes étaient standardisées selon l'âge, en utilisant la population des TNO de l'ESCC de 2003 comme norme. Les estimations canadiennes standardisées selon l'âge pour ceux qui disaient que leur santé était excellente ou très bonne ont augmenté à 62 % (ce qui est vraiment différent des TNO), alors que 29 % disaient qu'elle était bonne et 9 %, passable ou mauvaise.*

Quand les résultats de l'enquête de 2003 sont comparés à ceux de 1994-1995, le pourcentage de la population des TNO qui rapporte avoir une santé passable ou mauvaise n'a pas changé (voir figure 2.1.1). Par contre, le pourcentage de la population qui évalue leur santé comme excellente ou très bonne a baissé, et le pourcentage qui évalue leur santé comme bonne a augmenté. Ce changement dans l'autoévaluation s'est produit chez les résident des TNO âgés entre 12 et 64 ans.⁶

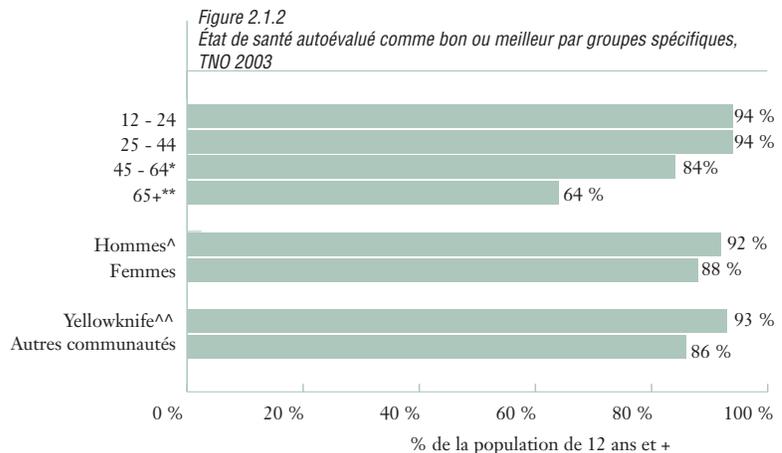
Le pourcentage de la population qui évalue leur santé comme étant excellente, très bonne et bonne a été combiné avant de faire des comparaisons entre les groupes aux Territoires.⁷ En 2003, 90 % des résidents des TNO de 12 ans et plus avaient évalué leur santé comme bonne ou meilleure. La figure 2.1.2 illustre que le pourcentage de la population qui a évalué leur santé comme excellente, très bonne ou bonne a tendance à décliner à mesure que l'âge augmente. Les femmes sont moins enclines à autoévaluer leur santé comme bonne ou meilleure (88 %) que les hommes (92 %). La différence a été observée pour les quatre groupes d'âges examinés.

Les personnes vivant à Yellowknife sont plus enclines que celles vivant dans d'autres communautés à évaluer leur état de santé dans l'ensemble comme bonne ou meilleure (93 % par rapport à 86 %). La différence entre les genres de communautés était plus grande pour les résidents entre 25 et 44 ans que ceux âgés entre 45 et 64 ans.



Sources : Statistique Canada, dossier partagé de l'ESCC de 2003; Bureau de la statistique des TNO, ENSP 1994-1995

* Différence importante entre les années ($p < 0,05$).



Source : Statistique Canada, dossier partagé de l'ESCC de 2003

* Nettement plus bas que 12-24 et 25-44;

** nettement plus bas que les autres groupes d'âges;

^ Vraiment plus élevés que les femmes.

^^ Vraiment plus élevé que les autres communautés ($p < 0,05$).

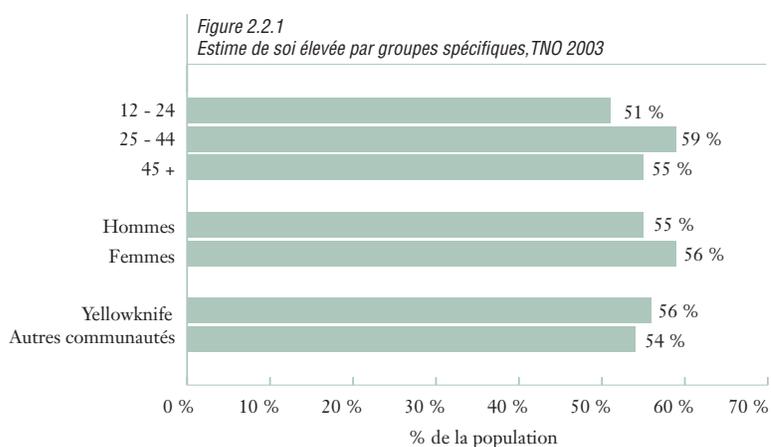
⁶ Les taux concernant l'autoévaluation de la santé et l'âge sont vraiment interdépendants. Si les estimations de 1994-1995 étaient standardisées selon l'âge à la population standardisée selon l'âge de l'ECSS de 2003, du groupe qui avait évalué leur santé comme excellente et très bonne, le pourcentage deviendrait 61 % et la différence avec 2003 ne serait plus statistiquement importante.

⁷ Le fait de regrouper les catégories de cette façon fournit une indication du pourcentage des différents groupes qui ne se perçoivent pas en bonne santé. Cela compense également, jusqu'à un certain point, toutes les différences possibles entre les groupes dans leurs réponses à l'échelle de Likert.

2.2 Bien-être psychologique

Le fait d'avoir une vision positive de soi (estime de soi) et de se sentir en contrôle des circonstances de la vie (maîtrise de la situation) est important pour le sentiment de bien-être des gens. « L'estime de soi réfère à un sens général de confiance en soi, alors que la maîtrise mesure dans quelle mesure une personne a l'impression que les circonstances de la vie sont sous son contrôle. »⁸ En général, l'estime de soi et la maîtrise de la situation sont propices pour affronter avec succès les stress de la vie. À son tour, la capacité d'affronter avec succès les facteurs de stress tend à avoir une répercussion positive sur l'état de santé d'une personne. Le sens d'estime de soi et le sens de la maîtrise rapportés ici sont fondés sur des réponses à une série de questions posées dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). Les réponses aux questions dans l'enquête ont été utilisées pour élaborer des résultats résumés. Les personnes qui se sont situées au-dessus d'un pointage particulier, quoique arbitraire, étaient considérées comme ayant une estime de soi ou en sens de la maîtrise élevé. Même si cette méthode permet des comparaisons entre groupes, ce n'est pas possible de tirer des conclusions probantes sur les niveaux absolus de santé mentale positive.⁹

Selon l'ESCC de 2003, environ 55 % des résidents de 12 ans et plus avaient une haute estime de soi. La figure 2.2.1 illustre qu'il n'y avait pas de différences importantes entre les hommes et les femmes (55 % et 56 % respectivement). Il n'y avait également aucune différence importante entre les groupes d'âges, avec 51 % des résidents de 12 à 24 ans rapportant de hauts niveaux d'estime de soi, par rapport à 59 % des 25 à 44 ans, et à 55 % pour les personnes âgées de 45 ans et plus. Environ le même pourcentage de résidents de 12 ans et plus vivant à Yellowknife et dans les autres



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003

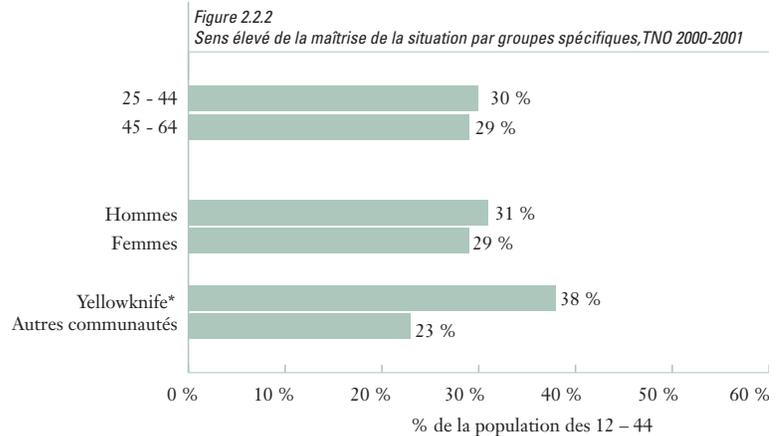
communautés ont rapporté avoir une haute estime de soi (56 % et 54 % respectivement). Il n'y avait pas de différence importante entre Yellowknife et les autres communautés pour tous les groupes d'âges étudiés.

Il n'y avait pas de questions concernant le sens de la maîtrise d'une situation dans l'ESCC de 2003. Cependant, on avait posé des questions à ce sujet dans l'ESCC de 2000-2001, et la discussion qui suit sur la maîtrise est fondée sur les résultats de cette enquête moins récente. En raison des taux élevés de non-réponses chez les moins de 25 ans et les plus de 65 ans, les résultats pour cet indicateur sont présentés seulement pour la population entre 25 et 64 ans. Environ 30 % des résidents des TNO entre 25 et 64 ans ont rapporté avoir une maîtrise élevée d'une situation. Il n'y avait pas de différences entre les groupes d'âges (voir figure 2.2.2).

⁸ Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population, 1999. *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.* p. 220.

⁹ *Idem.*

Les hommes étaient un peu plus enclins que les femmes à rapporter avoir une maîtrise élevée d'une situation, mais la différence n'était pas statistiquement importante. Par contre, les résidents de Yellowknife étaient davantage enclins que les résidents des autres communautés à rapporter avoir une maîtrise élevée d'une situation (38 % par rapport à 23 %). La différence était semblable et importante pour les deux groupes d'âges.



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003
*Yellowknife nettement plus élevé que les autres communautés ($p < 0,05$).

Santé générale et santé fonctionnelle

Comme les indicateurs précédents, l'état de santé fonctionnelle et les limitations à long terme de l'activité fournissent un indicateur de la santé générale. L'état de santé fonctionnelle mesure la capacité générale d'une personne d'effectuer ses tâches quotidiennes, alors que les limitations à long terme de l'activité mesurent l'impact des problèmes de santé sur la vie quotidienne des gens. Le dernier indicateur peut être considéré plus comme une mesure de santé négative, en ce sens que la santé est définie par l'absence de problèmes.

2.3 État de santé fonctionnelle

L'état de santé fonctionnelle est fondé sur huit caractéristiques : la vision, l'ouïe, la parole, la mobilité (capacité de se mouvoir), la dextérité (utilisation des mains et des doigts), la cognition (mémoire et pensée), l'émotion (les sentiments), la douleur et l'inconfort. Une personne avec un excellent ou très bon état de santé fonctionnelle devrait avoir indiqué ne pas avoir de problèmes dans l'un ou l'autre de ces domaines, ou avoir des malaises mineurs qui peuvent être entièrement corrigés, comme la myopie.

En 2003, 81 % de la population des TNO de 12 ans et plus a indiqué avoir un état de santé fonctionnelle parfait ou très bon, semblable au taux d'estimation canadien de 82 %.¹⁰ L'estimation des TNO pour 2003 représentait une diminution importante par rapport à 1994-1995, alors que 91 % de la population avait rapporté avoir un état de santé fonctionnelle parfait ou très bon.¹¹ Le déclin était en grande partie attribuable à une diminution importante de l'état de santé fonctionnelle des résidents âgés entre 12 et 24 ans, lequel est passé de 94 % à 74 % (voir figure 2.3.1). Cette baisse apparente était attribuable à un plus grand pourcentage de personnes de ce groupe d'âges qui disent avoir de la difficulté à se rappeler certaines choses de même que de la difficulté à penser et à résoudre des problèmes quotidiens.

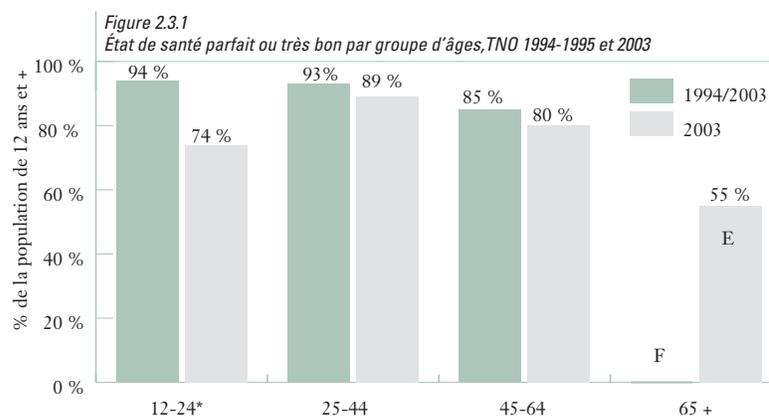
¹⁰ Source canadienne : Dossier partagé de l'ESCC de 2003. Après avoir standardisé selon l'âge, en utilisant la population des TNO comme norme, l'estimation canadienne s'est accrue à 84 %, ce qui ne constitue tout de même pas une différence statistiquement importante par rapport aux TNO.

¹¹ C'est important de garder à l'esprit que les comparaisons entre les deux enquêtes devraient être faites avec prudence.

Un pourcentage vraiment moins élevé de résidents âgés entre 12 et 24 ans ont dit avoir un état de santé fonctionnelle parfait ou très bon que les personnes âgées entre 25 et 64 ans. Ces données recueillies sont inquiétantes, et contraires aux résultats nationaux de même qu'aux résultats des précédentes enquêtes effectuées aux TNO, où le pourcentage des 12 à 24 ans rapportant avoir un état de santé fonctionnelle parfait ou très bon était le même que pour les personnes âgées entre 25 et 44 ans. Cet indicateur devrait être surveillé au cours des années à venir, pour voir si cette tendance se maintient ou si les estimations de 2003 étaient attribuables à une anomalie de l'enquête.

Comme il fallait s'y attendre, les personnes âgées étaient plus enclines à rapporter des problèmes graves de santé fonctionnelle. En 2003, un peu plus de la moitié (55 %) ont évalué leur état de santé fonctionnelle comme étant parfait ou très bon. Cela était nettement plus bas que tous les autres groupes d'âges.

Dans l'ensemble, le pourcentage des hommes disant avoir un état de santé parfait ou très bon était nettement plus élevé que les femmes (85 % par rapport à 77 %). Cette différence a été observée chez tous les résidents de 25 ans et plus, et était particulièrement évidente chez les personnes âgées entre 45 et 64 ans. Par contre, le pourcentage des résidents de Yellowknife ayant évalué leur état de santé fonctionnelle comme étant parfait ou très bon en 2003 n'était pas vraiment différent que le pourcentage des résidents des autres communautés des TNO (83 % et 78 % respectivement). Ce résultat a été observé chez tous les groupes d'âges étudiés.

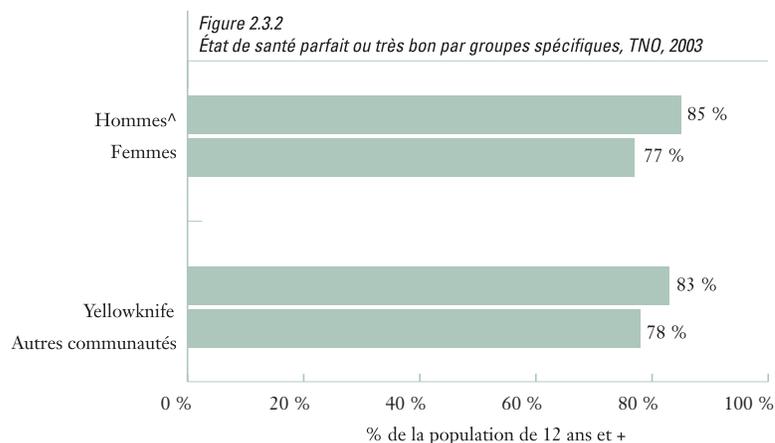


Sources : Statistique Canada, dossier partagé de l'ESCC de 2003 et Bureau de la statistique des TNO, ENSP 1994-1995

* Différences importantes entre 1994-1995 et 2003 ($p < 0,05$).

F : Supprimé en raison d'une variabilité d'échantillonnage extrême.

E : Variabilité d'échantillonnage élevée; utiliser avec prudence.



Source : Statistique Canada, dossier partagé de l'ESCC de 2003

^ Vraiment plus élevés que les femmes ($p < 0,05$).

2.4 Limitations à long terme de l'activité

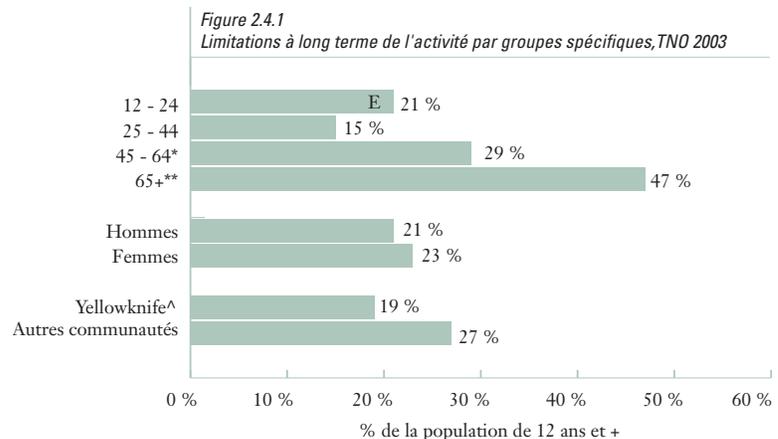
Les limitations à long terme de l'activité fait référence aux gens qui ont indiqué être limités dans certaines activités, de façon continue (pendant au moins 6 mois), en raison d'une condition physique, mentale ou d'un problème de santé à long terme. C'est important de souligner que cet indicateur ne devrait pas être utilisé pour décrire le taux de handicaps dans la population. Les questions utilisées pour élaborer cette mesure a probablement sous-estimé le nombre de personnes avec des handicaps qui ne sont pas graves. De même, en raison des différences dans la formulation de cette question entre l'ESCC de 2003 et l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP), les estimations de 2003 ne peuvent pas être directement comparées aux résultats obtenus en 1994-1995.

En 2003, 22 % des résidents de 12 ans et plus ont rapporté avoir des limitations de leurs activités normales à l'école, au travail et/ou à la maison, ce qui est similaire au pourcentage canadien de 24 %.¹² En général, les limitations de l'activité s'accroissent avec l'âge. Alors que les personnes âgées entre 12 et 24 ans semblent plus enclines à rapporter des limitations à long terme d'une activité que les personnes âgées entre 25 et 44 ans, cette différence n'est pas statistiquement importante et peut être attribuable à une variabilité d'échantillonnage plus élevée pour le dernier groupe. Encore une fois, cet indicateur devra être surveillé au cours des années à venir pour déterminer si les estimations de 2003 pour les 12 à 24 ans étaient attribuables à une anomalie de l'enquête ou indique une tendance qui est en train de se développer.

À part les résultats susmentionnés, la prévalence des limitations à long terme de l'activité s'accroît avec l'âge, avec près de la moitié des personnes âgées qui rapportent avoir des limitations de l'activité (voir la figure 2.4.1). À peu près le même pourcentage d'hommes et de femmes ont rapporté des limitations de l'activité (21 % et 23 % respectivement). Il n'y avait pas de différences importantes entre les sexes pour tous les groupes d'âges étudiés.

Comme l'illustre la figure 2.4.1, le pourcentage de la population vivant à Yellowknife qui a rapporté une forme ou une autre de limitations à long terme de l'activité était vraiment moins élevé que le pourcentage de la population vivant dans les autres communautés (19 % par rapport à 27 %). Une différence entre Yellowknife et les autres communautés a été observée chez tous les groupes d'âges étudiés. On a demandé la cause de leur condition aux personnes qui ont rapporté des limitations de l'activité.

Dans l'ensemble, le plus souvent, on citait une maladie (30 %), ou une blessure (26 %). Certaines différences ont été notées quand on a comparé les groupes d'âges. Les résidents âgés entre 12 et 24 ans ont le plus fréquemment cité des problèmes émotifs ou mentaux (24 %) ou une blessure (19 %). Environ 38 % des résidents âgés entre 25 et 44 ans ont indiqué qu'une maladie était la cause des limitations de l'activité, suivi de près par une blessure (33 %). De même, environ 38 % des résidents entre 45 et 64 ans ont cité une maladie comme cause de limite à leur activité, et un autre 29 % a indiqué que leur limite était attribuable à une blessure. Les personnes âgées ont été plus enclines à citer le processus naturel du vieillissement (51 %) comme la principale raison de leur condition, suivi par la maladie (26 %).



Source : Statistique Canada, dossier partagé de l'ESCC de 2003

Nettement plus élevé que 25 - 44

** Nettement plus élevé que les autres groupes d'âges

^ Vraiment plus élevé que les autres communautés (p < 0,05).

E = Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence.

¹² Source canadienne : Dossier partagé de l'ESCC 2003. Après avoir standardisé selon l'âge, en utilisant la population des TNO comme norme, les estimations canadiennes ont diminué à 22 %, ce qui ne constitue tout de même pas une différence statistiquement importante par rapport aux TNO.

Chapitre 3

État de santé

L'existence de certaines maladies ou conditions dans la population souligne des problèmes de santé qui nécessitent la prévention, des traitements et des services d'appui. Les taux où ces conditions se produisent fournissent également une indication de l'état de santé de la population. Cette section fait état d'un certain nombre de maladies et conditions spécifiques qui ont des répercussions sur la santé et la qualité de vie, en utilisant des données de sources administratives et d'enquêtes.

L'information sur la dépression et certaines maladies chroniques spécifiques, incluant l'hypertension artérielle et l'asthme, est fondée sur des résultats provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). On a demandé aux répondants s'ils avaient une maladie, dans une liste prédéterminée, qui avait été diagnostiquée par un professionnel de la santé. Ces déclarations faites par les personnes intéressées fournissent une estimation des taux de prévalence, ou le nombre de personnes dans la population qui ont une maladie spécifique à un moment donné.

Les données pour un certain nombre de maladies, incluant la tuberculose, les infections transmises sexuellement, les maladies évitables par la vaccination et le cancer, sont fondées sur les registres des maladies et représentent la source d'information la plus complète et la plus constante au niveau de la personne. Ces sources fournissent également de l'information sur les taux d'incidence, ou le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population, sur une certaine période de temps.

Les hospitalisations attribuables à une maladie mentale et les hospitalisations attribuables à un virus respiratoire syncytial (RS) sont également obtenues de source administrative, mais qui ne fournit qu'une inférence indirecte de la maladie, car elle est fondée sur le nombre d'activités (diagnostics de congé d'hôpital) plutôt que sur le nombre de personnes. Cette source ne fournit donc pas d'estimation exacte sur les taux de prévalence ou d'incidence.

3.1 Maladies transmissibles

Les maladies transmissibles peuvent passer d'une personne à l'autre. Elles varient en gravité, allant d'un simple rhume, à des maladies constituant un danger pour la vie, comme le sida. Les taux de maladies transmissibles dans la population peuvent souligner les déficiences dans les programmes de santé publique et sont souvent associés aux conditions socio-économiques et environnementales. En général, les taux pour les maladies transmissibles aux Territoires du Nord-Ouest sont semblables à ceux du Canada, avec certaines exceptions importantes.

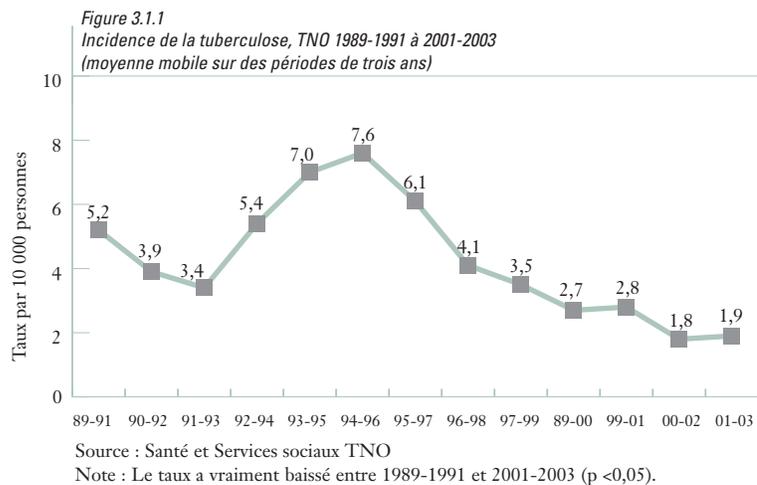
Cette section regroupe les maladies transmissibles en trois catégories : les maladies transmises par contact direct/voies respiratoires (par ex. la tuberculose); les maladies transmises par relation sexuelle ou le sang (par ex. le chlamydia et l'hépatite C) ; et les maladies évitables par vaccination (par ex. la coqueluche et la varicelle).

Maladies transmises par contact direct/voies respiratoires

Tuberculose

La tuberculose est une maladie qui, souvent, attaque les poumons, mais qui peut également toucher d'autres parties du corps, dont le cerveau, les ganglions lymphatiques et les os. Même si la tuberculose peut être traitée avec des antibiotiques, elle demeure un problème de santé important et des flambées se produisent encore aux Territoires du Nord-Ouest. Une personne exposée directement à une autre personne qui a la tuberculose active risque de contracter la maladie. La bactérie qui cause la tuberculose est propagée dans l'air, provenant de la toux ou d'un éternuement. Le vaccin BCG est recommandé aussitôt que possible après la naissance pour tous les enfants résidant dans des communautés ou des familles à haut risque comme protection contre des formes plus graves de la maladie, comme la méningite causée par la tuberculose.

La figure 3.1.1 illustre le taux de tuberculose selon des moyennes sur des périodes de trois ans entre 1989-1991 et 2001-2003. Dans l'ensemble, le taux de tuberculose a diminué considérablement au cours de cette période. Cependant, les taux de tuberculose sont influencés par des flambées occasionnelles qui se produisent dans une ou deux communautés. Le nombre actuel de cas peut passer de moins de dix dans une année, jusqu'à 40, quand ce genre de flambée se produit. De plus, même si l'incidence de la tuberculose a diminué depuis le milieu des années 1990, le taux actuel aux TNO est encore trois fois plus élevé que celui du Canada (0,55 par 10 000 en 2000).¹

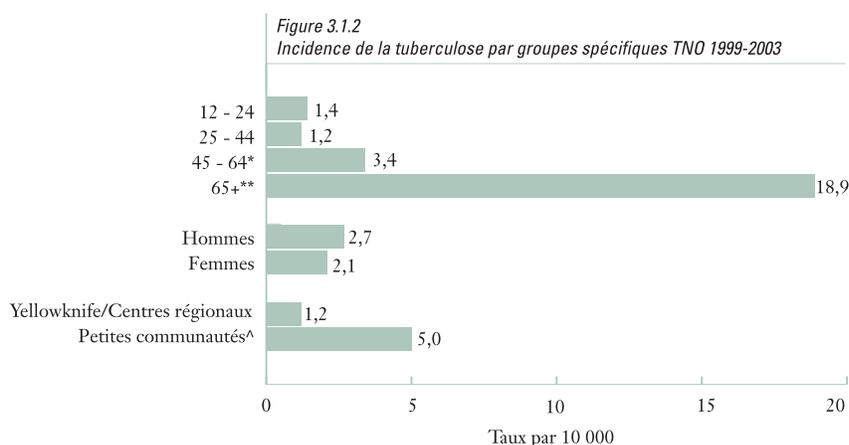


On trouve de la tuberculose dans tous les groupes d'âges, mais le risque de développer la maladie est vraiment plus élevé chez les personnes âgées. Au cours d'une vie, les gens qui ont été exposés à la tuberculose et qui n'ont pas reçu de traitement prophylactique risquent de développer une infection active quand leur système immunitaire s'affaiblit. Les personnes âgées sont celles qui ont passé le plus grand nombre d'années à être exposées à la tuberculose et leur système immunitaire est souvent plus faible que celui des personnes plus jeunes. Au cours de la période allant de 1999 à 2003, le taux annuel moyen de tuberculose chez les personnes âgées a été dix fois plus élevé que celui des résidents de 45 ans et moins, et cinq fois plus élevé que les personnes âgées entre 45 et 64 ans (voir figure 3.1.2).

C'est important de souligner que même si le risque de tuberculose est vraiment plus élevé chez les résidents âgés, le nombre actuel de cas est divisé de façon assez égale entre les groupes d'âges. Entre 1999 et 2003, 24 % des 50 nouveaux cas de tuberculose se sont produits chez des résidents de moins de 25 ans, 18 %, chez des personnes âgées entre 25 et 44 ans, 26 %, chez des personnes âgées entre 45 et 64 ans; les personnes âgées de 65 ans et plus comptaient pour 32 % de tous les nouveaux cas. Le taux élevé de tuberculose chez les personnes âgées reflète le nombre relativement petit de résidents de ce groupe d'âges.

¹ Source : Santé Canada, http://dsol-smed.phac-aspc.gc.ca/dsol-smed/ndis/c_dis_e.html

Les gens qui vivent dans les petites communautés ont historiquement des taux plus élevés d'infection à la tuberculose, par rapport aux gens vivant dans des centres plus gros. Les conditions d'habitation (par ex. le surpeuplement) plus mauvaises que dans les centres plus gros (voir section 6,5) peuvent être un facteur qui contribue à un tel état de fait. La figure 3.1.2 illustre que le taux de tuberculose dans les petites communautés était quatre fois plus élevé que le taux à Yellowknife et dans les centres régionaux, entre 1999 et 2003.



Source : Santé et Services sociaux TNO

* Vraiment plus élevé que 0-24 et 25-44

** vraiment plus élevé que tous les autres groupes d'âges.

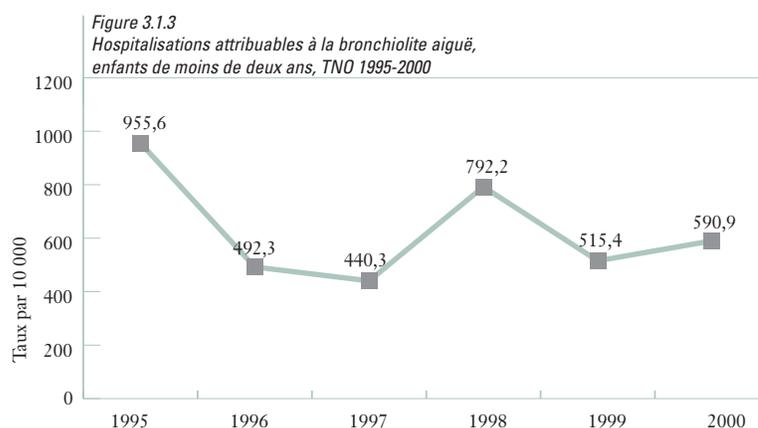
^ Vraiment plus élevé que Yellowknife / que les centres régionaux (p<0.05).

Règle générale, la tuberculose est associée à certains facteurs de risque, comme le surpeuplement d'un logement, le tabagisme, la malnutrition et les maladies chroniques. Si ces indicateurs s'améliorent dans l'avenir, le nombre de cas devrait continuer de diminuer. De même, une surveillance active de la population à haut risque joue un rôle important dans la prévention de flambées de cette maladie.

Virus respiratoire syncytial

Le virus respiratoire syncytial (RS) est un virus qui peut causer de graves infections respiratoires chez les bébés et les jeunes enfants. Le RS peut se propager par contact manuel avec un objet contaminé. Il se manifeste principalement par contact du virus avec les membranes muqueuses des yeux, de la bouche et du nez. Il peut également se propager par les gouttelettes provenant de la toux ou d'un éternuement. Même si les infections peuvent se produire tout au long de l'année, les flambées aux TNO se produisent en général au cours des mois d'hiver et au début du printemps, soit d'octobre à avril.

Les hospitalisations pour la bronchiolite représentent non seulement des formes graves d'infection au RS, mais constituent également un indicateur de flambées dans une communauté. La figure 3.1.3 illustre le taux d'hospitalisations pour bronchiolite aiguë chez les enfants de moins de deux ans. Le taux plus élevé d'hospitalisations en 1995 et 1998 peut refléter de plus grosses flambées de la maladie pendant ces années.



Source : Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) base de données de l'ICIS sur les congés d'hôpital; Santé et Services sociaux TNO.

Le taux d'hospitalisations annuel moyen pour bronchiolite chez les petits garçons était 70 % fois plus élevé que chez les petites filles, au cours de la période de six ans (801,8 par rapport à 461,5 par 10 000 personnes). Si on compare aux enfants résidant à Yellowknife, les taux d'hospitalisations pour la bronchiolite chez les enfants vivant dans des petites communautés étaient trois fois plus élevés, et deux fois plus élevés dans les centres régionaux, au cours de la période de six ans (322,9 par 10 000 personnes à Yellowknife, 671,1 par 10 000 dans les centres régionaux et 948,7 par 10 000 personnes dans les petites communautés).²

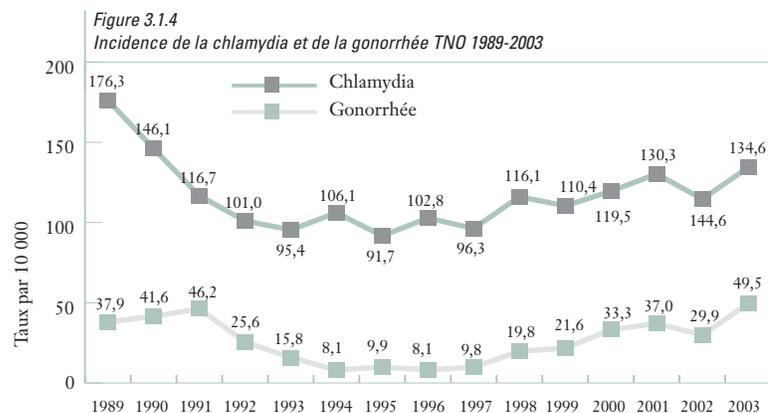
L'exposition des enfants à la fumée secondaire est l'un des principaux facteurs de risque associés aux hospitalisations attribuables au RS. En 1999, 39 % des enfants de Yellowknife de moins de 15 ans vivaient dans un ménage où des gens fumaient régulièrement, par rapport à 50 % dans les centres régionaux et à 56 % dans les petites communautés.³ Cependant, il est également important de noter que les enfants avec une bronchiolite qui vivent dans les petites communautés peuvent risquer davantage d'être hospitalisés (pour des raisons pratiques) que ceux qui habitent à proximité d'un hôpital (comme les résidents de Yellowknife et des centres régionaux).

Infections transmises sexuellement et par le sang

Les infections transmises sexuellement (ITS)⁴ peuvent avoir des effets négatifs sur la santé dans son ensemble, le bien-être et le potentiel reproductif des résidents des TNO. Les comportements sexuels à risque augmentent la possibilité d'attraper une ITS (voir section 7,7 pour une discussion sur les comportements sexuels à risque). Les infections transmises par le sang le sont principalement en raison de contact avec du sang infecté (par ex. les voies intraveineuses comme l'utilisation d'une seringue pour s'injecter une drogue, le tatouage ou le piercing; les relations sexuelles; la transmission d'une mère à son enfant lors de l'accouchement ou de l'allaitement).

Chlamydia et gonorrhée

La chlamydia et la gonorrhée sont les deux principaux genres d'infections transmises sexuellement. Il n'y a eu aucun cas de syphilis rapporté aux TNO au cours de la période étudiée. Les femmes sont plus touchées par les complications causées par la chlamydia et la gonorrhée. Quand les femmes ne sont pas traitées, ces infections peuvent mener à une condition douloureuse et à long terme connue sous le nom de maladie pelvienne inflammatoire et/ou à l'infertilité (l'incapacité d'avoir des enfants). Les infections non traitées accroissent également le risque de fausse couche. De plus, une femme enceinte peut transmettre l'infection au bébé lors de la naissance, ce qui se traduit par une infection des yeux ou des poumons chez l'enfant. La plupart des personnes infectées n'ont pas de symptômes, ce qui contribue à la propagation « silencieuse » de ces infections.



Source : Santé et Services sociaux TNO

Note : Une importante diminution pour les deux ITS entre 1989 et 1996. Une augmentation importante pour les deux ITS entre 1997 et 2003 ($p < 0,05$).

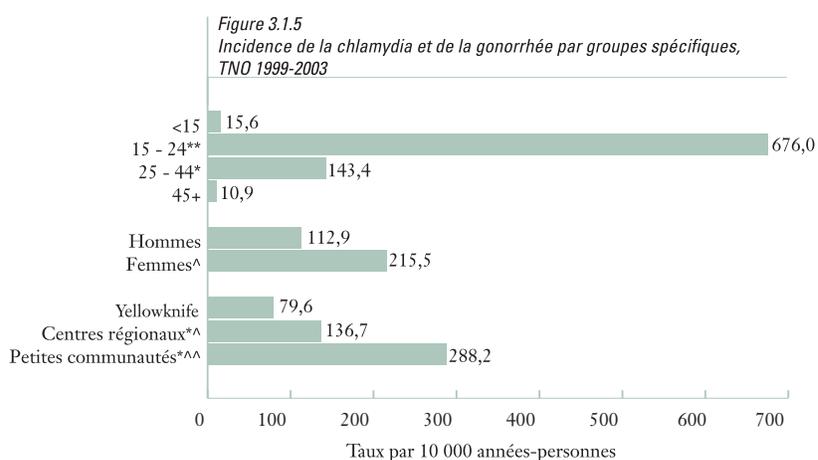
² Note : Le taux pour les petites communautés est vraiment plus élevé que le taux pour les centres régionaux et Yellowknife, et le taux des centres régionaux est vraiment plus élevé que celui de

³ Source : Bureau de la statistique des TNO, 1999, Sondage sur la population active des TNO.

⁴ Anciennement connues sous le nom de maladies transmises sexuellement ou MTS. Yellowknife. ($p < 0,05$).

La figure 3.1.4 illustre une tendance importante à la baisse du chlamydia et de la gonorrhée de 1989 au milieu des années 1990. Cependant, depuis lors, les taux de ces deux ITS se sont accrus. Une stratégie récemment divulguée concernant les ITS tente d'examiner cette augmentation des taux d'ITS.⁵

La figure 3.1.5 illustre le taux annuel moyen d'ITS (chlamydia et gonorrhée) par groupes spécifiques, pour la période de cinq ans allant de 1999 à 2003. Les jeunes et les jeunes adultes, âgés de 15 à 24 ans, avaient de loin le taux le plus élevé d'ITS, suivis par les adultes âgés de 25 à 44 ans. Dans l'ensemble, les femmes risquaient presque deux fois plus que les hommes d'être diagnostiquées avec une ITS (215,5 par rapport à 112,9 par 10 000 personnes). Les femmes âgées entre 15 et 24 ans avaient le plus haut taux d'ITS au cours de cette période (973,9 par 10 000 personnes, par rapport à 411,4 par 10 000 pour les hommes).



La différence dans les taux d'ITS entre les sexes a été observée dans tous les groupes d'âges étudiés. Cependant, cette constatation reflète le fait que les femmes sont plus enclines que les hommes à se faire tester pour une ITS. Cela peut être attribuable à deux raisons : 1) les hommes ont tendance à avoir moins de symptômes que les femmes, ce qui diminue la probabilité de chercher un traitement; 2) les femmes sont plus enclines à se retrouver dans le système de soins de santé en raison des cliniques gynécologiques de dépistage et des programmes pour les bébés et les enfants.

Entre 1999 et 2003, le taux d'ITS était plus de deux fois plus élevé dans les petites communautés que dans les centres régionaux, et plus de trois fois plus élevé que le taux pour Yellowknife (voir figure 3.1.5). Les différences entre les genres de communauté ont été notées pour tous les groupes d'âges étudiés. Les jeunes et les jeunes adultes avaient le taux d'ITS le plus élevé dans chaque genre de communautés. Pour les 15 à 24 ans, il y avait 1 176,1 cas par 10 000 personnes dans les petites communautés, par rapport à 601,7 cas et 310,6 cas par 10 000 dans les centres régionaux et Yellowknife.

Virus de l'immunodéficience humaine : Virus (VIH)/syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA)

Le virus de l'immunodéficience humaine (VIH) est le virus qui cause le syndrome d'immunodéficience acquise (SIDA). Le VIH attaque le système immunitaire, ce qui entraîne une perte chronique et progressive des fonctions, laissant les personnes infectées de plus en plus vulnérables à d'autres infections et au cancer. Le temps médian entre l'infection au VIH et le diagnostic du SIDA dépasse maintenant 10 ans, en raison d'améliorations dans les soins et des médicaments disponibles. Cependant, il n'existe pas de cure ou de vaccin, et le SIDA entraîne inévitablement la mort.⁶ Le VIH se transmet par :

1. les relations sexuelles non protégées ;
2. le partage de seringues ;
3. la grossesse, l'accouchement et l'allaitement (d'une mère infectée à son bébé) ;
4. le contact professionnel au sang contaminé dans les établissements de santé ou autre.

⁵ Santé et Services sociaux des TNO. 2005. *Sexually Transmitted Infections, The Naked Truth: A Strategic Directions Document*. http://www.bhhs.gov.nt.ca/content/Publications/Reports/comm_dis/sti/stijan2005.pdf

⁶ Santé Canada. SIDA. Tiré en mai 2004 du site <http://www.bc-sc.gc.ca/english/diseases/aids.html>.

Entre 1987 et 2003, il y a eu 25 cas de VIH/SIDA rapportés aux TNO; de ce nombre, 88 % se retrouvent chez les hommes et 92 % sont rapportés chez les personnes âgées entre 20 et 49 ans. Entre 1990 et 2001, six décès attribuables au SIDA se sont produits.

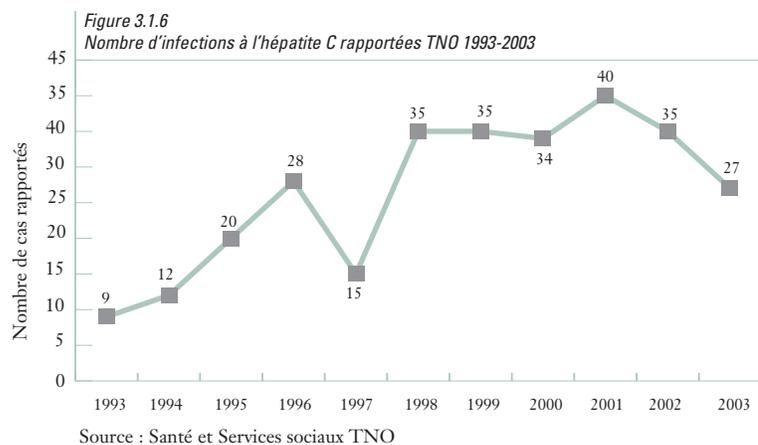
Au Canada, pendant très longtemps, les cas de VIH/SIDA ont été principalement associés aux hommes qui avaient des relations sexuelles avec d'autres hommes et aux personnes qui avaient reçu du sang ou des produits sanguins. Maintenant, l'épidémie affecte principalement les utilisateurs de drogues injectables (UDI), les hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes et, de plus en plus, les femmes et les Autochtones. Même si l'épidémie se propage aux populations à des taux différents, les conditions et facteurs sociaux qui mènent à la propagation sont reliés.⁷ Ayant discuté précédemment des taux croissants de la chlamydia et de la gonorrhée aux TNO, il est important de souligner que le fait d'avoir une infection transmise sexuellement accroît les chances de devenir infecté par le VIH ou de le transmettre. Donc, une augmentation des ITS dans la population peut être annonciateur d'une augmentation des cas de VIH.

Hépatite C

L'hépatite C est une infection hématogène du foie causée par le virus de l'hépatite C (VHC). Le virus se propage par exposition directe au sang des personnes infectées par le VHC. Les gens qui s'injectent des drogues sont particulièrement à risque d'être exposés au VHC, de même que ceux qui ont des partenaires sexuels multiples, et ceux qui ont reçu une transfusion ou une transplantation d'organe avant les années 1990. Environ 85 % des personnes infectées par le VHC sont porteuses du virus pour le reste de leur vie. Les gens qui ont le VHC aigu demeurent en général asymptomatiques. De plus, les personnes avec l'infection chronique ne manifestent en général aucun symptôme pendant 20 à 30 années.⁸ On estime que seulement 30 % des personnes infectées sont conscientes de l'être.⁹ Les complications attribuables à une infection chronique comprennent la cirrhose (cicatrisation) du foie, l'insuffisance hépatique et le cancer du foie, qui peut prendre plus d'une décennie avant de se manifester.

Ce virus n'a été identifié qu'en 1989.¹⁰ L'accroissement apparent du nombre de cas rapportés d'hépatite C aux TNO, vers le milieu des années 1990, peut donc refléter principalement l'utilisation accrue des tests en laboratoire de l'hépatite C. Comme on le voit à la figure 3.1.6, le nombre de rapports d'hépatite C s'est stabilisé depuis 1998.

Le repérage précoce des personnes infectées par le VHC est important en raison d'un traitement approprié et du counselling qui peuvent maintenant mener à la guérison ou tout au moins améliorer la santé de la personne infectée et protéger les autres personnes de la communauté. Cependant, le traitement pour le VHC est non seulement coûteux, mais il peut avoir de graves effets secondaires; il n'est efficace que chez environ 40 % des gens.¹¹



⁷ Santé Canada. SIDA. Tiré en mai 2004 du site <http://www.bc-sc.gc.ca/english/diseases/aids.html>

⁸ Services de santé aux Autochtones. Tiré en mai 2004 du site <http://info.ibs.gov/Health/Health8.pdf>.

⁹ Conseil de recherches médicales (Canada) (Juin 1999). Report to the Minister of Health: Identification of a Research Agenda for the Diagnosis, Care and Prevention of Hepatitis C in Canada.

¹⁰ Q-L Choo et al. "Isolation of a cDNA clone derived from a blood-borne non-A, non-B viral hepatitis genome" in Science 1989; 244:359-62

¹¹ Services de santé aux Autochtones Tiré en mai 2004 du site <http://info.ibs.gov/Health/Health8.pdf>.

3.2 Maladies évitables par la vaccination

Pour certaines maladies transmissibles, la vaccination peut vraiment réduire le risque d'infection. Comme le pourcentage de la population vaccinée grossit, la possibilité de transmettre les maladies au sein de la population diminue. Le plus souvent, la vaccination a lieu par le biais des programmes de vaccination de la petite enfance par la santé publique, ou dans le cadre de programmes spéciaux comme la campagne annuelle de vaccination contre la grippe, visant à protéger les personnes âgées et les gens malades. En raison du succès des programmes de vaccination, certaines maladies en sont venues à être connues comme « évitables par la vaccination ». malgré les efforts de santé publique, des cas de ces maladies se manifestent à l'occasion. Les maladies suivantes, évitables par la vaccination, seront examinées : les infections invasives à l'hémophilus influenzae de type B, l'hépatite B, la coqueluche (toux coquelucheuse), la varicelle et la méningococcie invasive.

Les infections invasives à l'hémophilus influenzae de type B (Hib)

Avant l'arrivée des vaccins contre les infections invasives à l'hémophilus influenzae de type B (Hib), cette maladie était la principale cause de la méningite bactérienne et la principale cause d'infections invasives graves chez les enfants. La transmission de personne à personne se produit par contact direct ou par l'inhalation de gouttelettes provenant de sécrétions des voies respiratoires contenant la bactérie. Entre 1989 et 1992, il y a eu dix cas d'infection invasive au Hib chez les enfants des TNO. Depuis 1992, quand le programme de vaccination des enfants a été mis sur pied, il y a eu une baisse importante dans le nombre de cas de méningite bactérienne attribuable au Hib. Il n'y a eu qu'un seul cas chez les enfants de moins de cinq ans depuis 1992.

Hépatite B

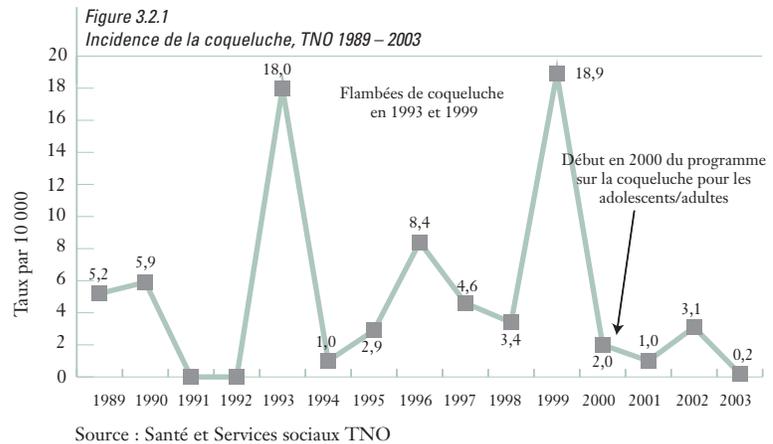
Le virus de l'hépatite B est l'un des nombreux virus qui causent l'hépatite. Les symptômes peuvent apparaître ou pas au cours de l'infection initiale au virus. Cependant, le risque de devenir un porteur chronique du virus est plus élevé chez les enfants infectés et relativement bas chez les adultes infectés. Les complications éventuelles peuvent comprendre la cirrhose et le cancer du foie. La transmission se produit en général par le contact avec du sang ou des fluides corporels infectés, lors de relations sexuelles, par injection de drogues, et par transmission prénatale (de la mère à l'enfant). Le vaccin contre l'hépatite B a été mis en place aux TNO en 1995. Entre 1999 et 2003, il y a eu cinq nouveaux cas rapportés aux Territoires, pour un taux d'incidence de 2,4 par 100 000 personnes. Au Canada, le taux d'incidence était de 2,3 par 100 000 en 1998-1999.¹²

Coqueluche

La coqueluche (également connue sous le nom de toux coquelucheuse) est une maladie très contagieuse. Le symptôme de spasmes de toux graves peut être associé ou pas au chant du coq très aigu. La coqueluche est une maladie grave qui peut souvent causer des complications chez les enfants de moins d'un an. Il y a un grand déclin dans le nombre de cas, depuis l'introduction du programme de vaccination des adolescents et des adultes, en 2000.

¹² Santé Canada. 2001. *L'hépatite virale et les nouveaux agents pathogènes transmissibles par le sang au Canada. Relevé des maladies transmissibles au Canada. Volume 27S3, septembre 2001.*

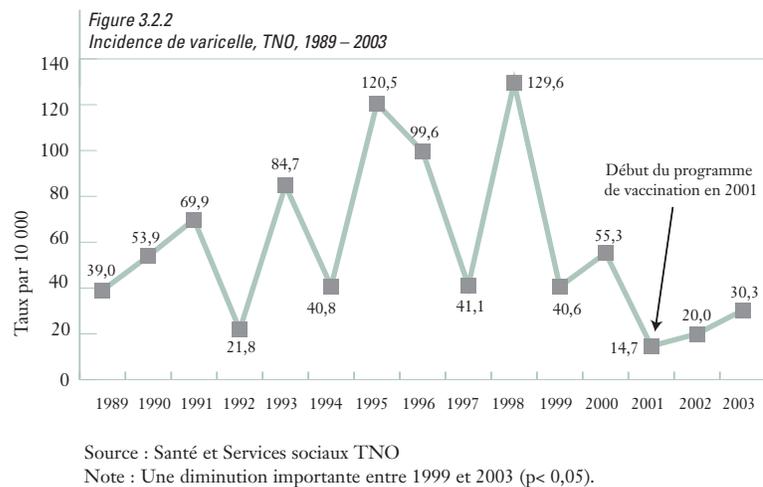
La figure 3.2.1 illustre le taux annuel de cas de coqueluche, en se fondant sur les résultats en laboratoire, entre 1989 et 2003. Les résultats démontrent qu'au cours des années 1990, la maladie était caractérisée par des flambées périodiques (1993 et 1999), avec un nombre de cas plus bas au cours des années intermédiaires. Depuis 2000, année où débuta le programme de vaccination, il y a eu une baisse des cas. Cependant, étant donné la nature périodique des flambées dans le passé, il est trop tôt pour conclure que la vaccination a remporté un succès complet.



Varicelle

La varicelle est une infection causée par le virus varicelle-zona et est caractérisée par des lésions prurigineuses (composées de vésicules contenant du fluide) et par un peu de fièvre. La transmission se produit principalement par contact direct avec les gouttelettes qui s'échappent du nez et de la gorge ou par le fluide provenant des vésicules. Même si la varicelle se manifeste principalement chez les enfants, les adolescents et les adultes qui sont infectés peuvent souffrir de graves complications (comme des infections bactériennes de la peau et des tissus mous, la pneumonie, l'encéphalite) et la mort.

La figure 3.2.2 illustre le taux annuel de cas de varicelle rapportés entre 1989 et 2003. Tout comme pour la coqueluche, des flambées périodiques se sont manifestées au cours des années 1990 (particulièrement en 1995 et en 1998). Cependant, sauf pour une année, le taux d'infections à la varicelle rapportées était supérieur à 40 par 10 000. Depuis l'introduction du programme de vaccination contre la varicelle, en 2001, le nombre de cas a diminué, et le taux d'infection pour 2001 à 2003 est demeuré sous 31 par 10 000. Encore une fois, il faut plus d'années de données pour évaluer le succès du programme de vaccination. De plus, il est important de noter que ces cas représentent seulement les personnes qui ont demandé de l'aide médicale. En raison du caractère commun de la maladie (qui historiquement a affecté la plupart des enfants), et des recommandations d'isolation pour prévenir la propagation de l'infection, certains cas de varicelle ne cherchent pas à avoir des soins médicaux, et par conséquent, ne sont pas rapportés.



D'autres maladies évitables par la vaccination, comme la rougeole, les oreillons, la rubéole, la diphtérie, le tétanos et la polio, n'ont pas été rapportées aux TNO au cours de plus d'une décennie. L'absence de ces maladies est une preuve du succès aux TNO, de même qu'à l'échelle de tout le Canada, des programmes de vaccination. Aussi longtemps que les taux de vaccination demeurent élevés aux TNO, les flambées de ces maladies évitables seront empêchées, ce qui minimise les souffrances individuelles et les coûts de soins de santé associés (voir la section 8.4 pour les taux de vaccination).

3.3 Diabète

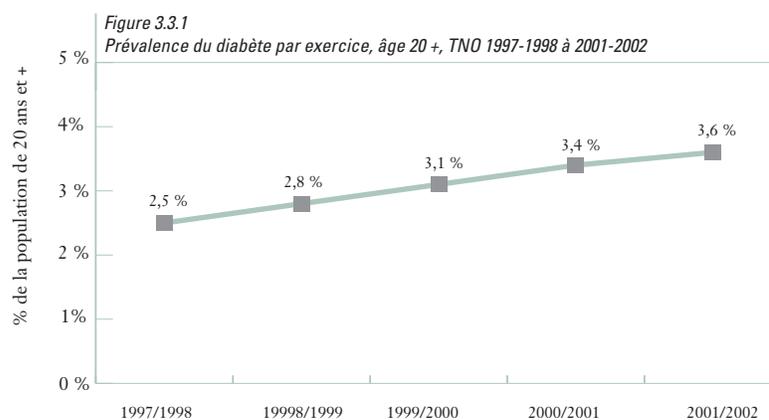
Le diabète, non diagnostiqué et non traité, peut mener à un grand nombre de graves problèmes de santé : cécité, amputation de membres, insuffisances rénales, crises cardiaques et enfin, décès prématuré. Il existe trois sortes de diabète : de type 1, de type 2 et gestationnel. Le diabète de type 1 se manifeste en général avant l'âge de 30 ans et affecte environ 10 % de tous les diabétiques. Dans ce genre de diabète « le système immunitaire détruit les cellules du pancréas qui produisent l'insuline. Même si le processus n'est pas très bien compris, une combinaison de facteurs génétiques et d'agresseurs environnementaux, comme des virus, est considérée être le déclencheur. Le diabète de type 1 nécessite un traitement à l'insuline pour le reste de la vie et est associé avec une incidence élevée de complications, résultant généralement de la réduction de la qualité de vie et de la durée de vie. »¹³

Le diabète de type 2 se manifeste souvent chez les personnes obèses de plus de 40 ans qui ont mené un style de vie sédentaire, bien qu'il se manifeste de plus en plus à plus bas âges. L'histoire familiale en matière de diabète accroît le risque d'avoir cette maladie. Le diabète de type 2 compte pour environ 90 % de tous les types de diabète. Certaines personnes de ce type sont résistantes à l'insuline, et ne peuvent pas utiliser l'insuline que leur corps produit pour contrôler leur taux de sucre. Le diabète de type 2 peut être contrôlé par la perte de poids, l'exercice et des médicaments pris oralement; cependant, certaines personnes ont éventuellement besoin d'injections quotidiennes à l'insuline. « L'espérance de vie est également réduite chez les personnes qui ont le diabète de type 2. »¹⁴

Le diabète gestationnel se produit au cours de la grossesse, et souvent, se termine après l'accouchement. Néanmoins, de 40 à 50 % des femmes qui ont le diabète gestationnel développeront le diabète de type 2 au bout d'une quinzaine d'années après l'accouchement.¹⁵

Dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le diabète, le système national de surveillance du diabète (SNSD) a débuté ses activités en 1999, pour déterminer la prévalence du diabète à l'échelle du Canada. Le premier rapport du SNSD a été publié en 2003. Il a démontré que pour l'exercice 2001-2002, 3,6 % de la population des Territoires de 20 ans et plus (soit environ 1 000 personnes), étaient connues pour avoir le diabète, légèrement moins que le taux de prévalence de 5,1 % chez les Canadiens pour l'exercice 1999-2000.¹⁶

La figure pour les TNO présente une augmentation importante par rapport à l'estimation de 2,5 % pour l'exercice 1997-1998 (voir la figure 3.3.1). Au cours de cette période de cinq ans, environ 150 nouveaux cas de diabète ont été rapportés chaque année.



Source : Santé Canada, Système national de surveillance du diabète
Note : Une augmentation importante entre 1997-1998 et 2001-2002 ($p < 0,05$).

¹³ Santé Canada. 2003. *Relever le défi posé par le diabète au Canada: Premier rapport du système national de surveillance du diabète (SNSD)*. p. 3.

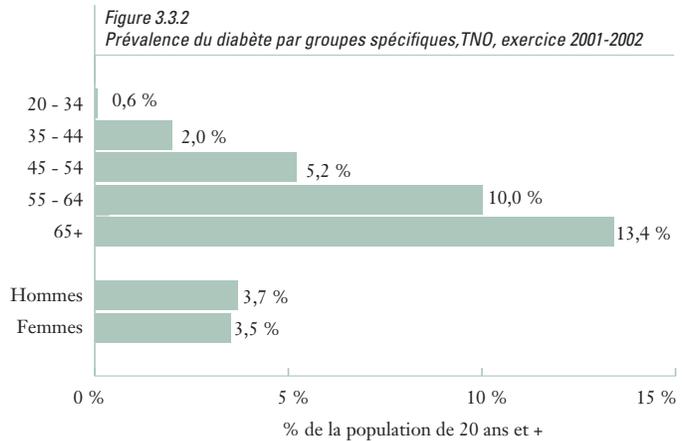
¹⁴ *Idem*.

¹⁵ Elsie De Roose, et al, "Gestational Diabetes Mellitus" in *Epi North, Automne 2001, Vol. 13, n° 4, p. 12*.

¹⁶ Santé Canada. 2003. *Relever le défi posé par le diabète au Canada: Premier rapport du système national de surveillance du diabète (SNSD)*.

La prévalence du diabète s'accroît avec l'âge, avec moins de un pour cent de la population âgée en 20 et 34 ans qui a le diabète, à un pourcentage de 13,4 % des personnes âgées entre 65 et plus (voir figure 3.3.2). La prévalence s'accroît de façon importante pour chaque groupe d'âges examiné, avec la plus grande augmentation qui se produit après l'âge de 54 ans.¹⁷ Aucune différence importante n'a été notée entre les hommes et les femmes (3,7 % et 3,5 % respectivement).

Avec une population vieillissante, on peut s'attendre à ce que la prévalence du diabète continue d'augmenter aux Territoires du Nord-Ouest dans un avenir rapproché, à moins qu'un grand nombre de personnes prennent des mesures préventives comme l'exercice régulier et de bonnes habitudes alimentaires.

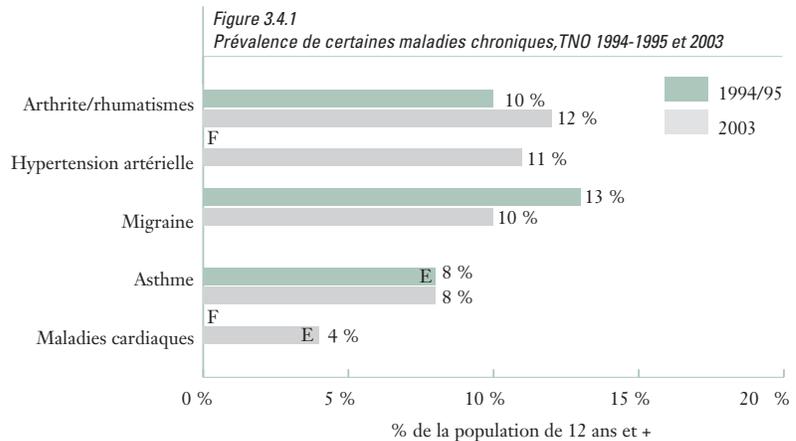


Source : Santé Canada, Système national de surveillance du diabète
Note : D'importantes différences entre tous les groupes d'âges ($p < 0,05$).

3.4 Autres maladies chroniques

Certaines maladies chroniques, comme les maladies cardiovasculaires et pulmonaires, sont les principales causes de mortalité et d'hospitalisation aux Territoires du Nord-Ouest. D'autres maladies chroniques, comme l'arthrite, l'asthme et la migraine affectent également l'état de santé fonctionnel d'une personne et sa qualité de vie. Dans cette section, la prévalence de maladies chroniques spécifiques est estimée en utilisant les résultats d'une enquête sur la population. Les estimations sont fondées sur l'autoévaluation, dans laquelle les répondants ont indiqué que leur condition durait depuis au moins six mois et où la condition avait été diagnostiquée par un professionnel de la santé. Les maladies chroniques suivantes ont été examinées : asthme, arthrite ou rhumatismes, hypertension artérielle, maladies cardiaques et migraine.

Selon les résultats provenant de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) de 2003, la population (environ 11 000 résidents) de 12 ans et plus a rapporté avoir au moins l'une des maladies chroniques susmentionnées. Des conditions spécifiques, l'arthrite/rhumatismes était la plus courante, suivie par l'hypertension artérielle et la migraine (voir figure 3.4.1). Environ 30 % des personnes qui ont dit souffrir d'une des conditions spécifiques disent avoir été diagnostiquées de plus d'une condition.



Sources : Statistique Canada, Dossier partagé de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC); Bureau de la statistique des TNO, 1994-1995, Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP)
E : Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence
F : Variabilité d'échantillonnage extrême, données supprimées

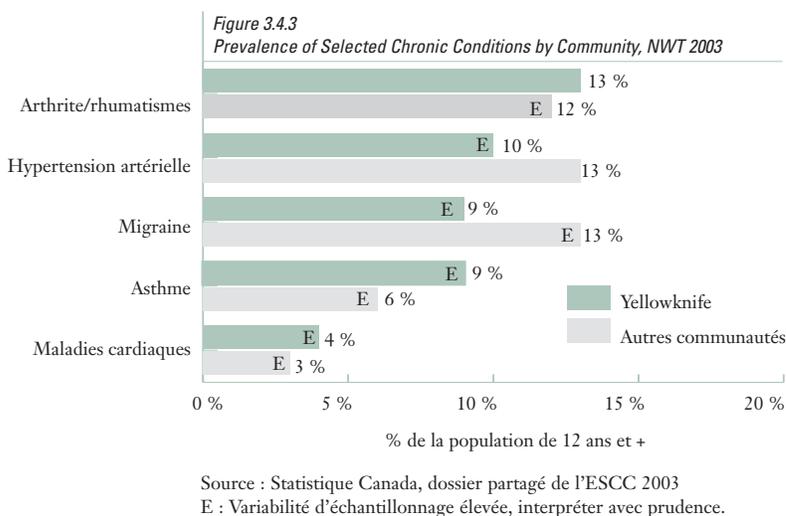
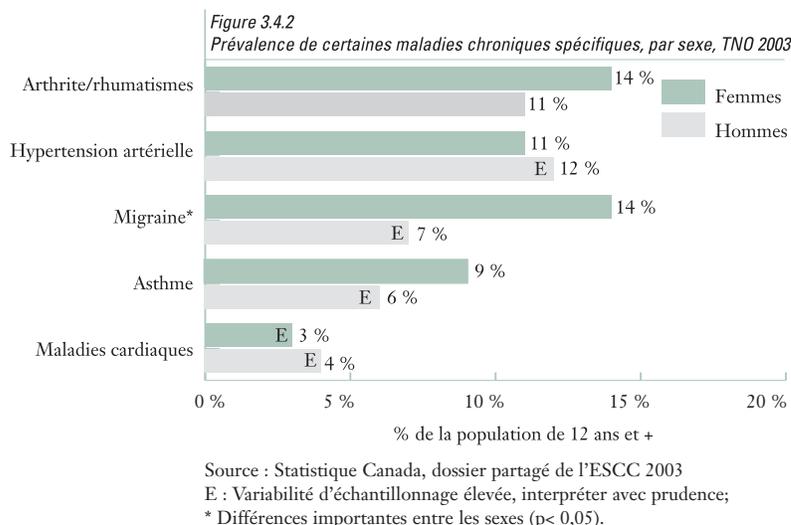
¹⁷ Une population vieillissante ne peut pas expliquer l'augmentation importante de la prévalence du diabète notée un peu plus tôt. Même après avoir effectué un ajustement pour les différences dans la structure d'âge de la population au cours de la période de cinq ans, la prévalence du diabète s'est tout de même accrue de façon importante. En utilisant la population du dernier exercice, en étude comme norme, le taux de prévalence standardisé selon l'âge s'est accru, passant de 2,7 % en 1997-1998 à 3,6 % en 2001-2002.

Une comparaison des résultats de l'ECSS avec ceux obtenus de l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995 ne révèle aucun changement important au cours de la période de dix ans. En 1994-1995, 29 % des résidents des TNO de 12 ans et plus ont indiqué avoir au moins l'une des maladies chroniques susmentionnées.¹⁸ La figure 3.4.1 illustre également qu'il n'y a pas eu de changements importants dans la prévalence de l'une ou l'autre des maladies chroniques autoévaluées entre 1994-1995 et 2003.

Les personnes plus âgées étaient plus enclines que des personnes plus jeunes à rapporter une maladie chronique. Dans l'ensemble, les résidents des TNO âgés de 45 ans et plus étaient 2,5 fois plus enclines que ceux âgés entre 12 et 44 ans à rapporter avoir été diagnostiqués avec au moins l'une des cinq maladies chroniques spécifiques (58 % par rapport à 22 %). Ce n'est donc pas surprenant que les maladies cardiaques, l'hypertension artérielle et l'arthrite/rhumatismes étaient beaucoup plus courants chez les résidents plus âgés. Par exemple, 35 % des personnes âgées de 45 ans et plus ont rapporté souffrir d'arthrite/de rhumatismes et 28 % ont dit souffrir d'hypertension artérielle, par rapport à 3 % et à 4 % chez les personnes âgées entre 12 et 44 ans.¹⁹

La prévalence de l'asthme et de la migraine était environ la même pour les deux groupes d'âges. Environ 7 % des personnes âgées entre 12 et 44 ans ont indiqué avoir eu des migraines, par rapport à 10 % et à 9 % des résidents de 45 ans et plus.²⁰

Dans l'ensemble, un pourcentage plus élevé de femmes que d'hommes ont rapporté avoir été diagnostiqués avec au moins une des maladies chroniques de la liste (36 % par rapport à 29 %). Cette différence s'approchait d'une importante statistique ($p = 0,06$).



¹⁸ Si les estimations de 1994-1995 étaient standardisées selon l'âge, en utilisant la population de l'ECSS de 2003 comme population norme, le pourcentage augmenterait à 31 %, ce qui ferait le changement au fil du temps encore plus petit, et soulignerait le rôle que la population vieillissante aura sur la prévalence de plusieurs maladies chroniques.

¹⁹ Les estimations pour les personnes âgées entre 12 et 44 ans devraient être traitées avec prudence, en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

²⁰ Les estimations pour les personnes âgées de plus de 45 ans devraient être traitées avec prudence, en raison de la grande variabilité de l'échantillonnage.

Aucune différence entre les hommes et les femmes n'a été notée pour quatre des cinq conditions (voir figure 3.4.2). Par contre, les femmes étaient deux fois plus enclines que les hommes à indiquer souffrir de migraines (14 % par rapport à 7 %).

Les comparaisons entre Yellowknife et les autres communautés des TNO ont révélé aucune différence importante dans la prévalence des maladies chroniques autoévaluées. Dans l'ensemble, 32 % des résidents de Yellowknife de 12 ans et plus ont rapporté au moins une des cinq conditions, par rapport à 34 % pour les autres communautés.

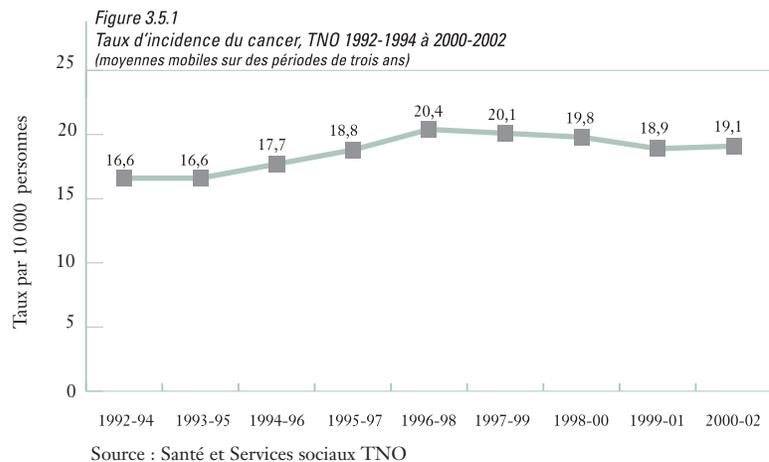
Même s'il semble que les résidents des petites communautés risquaient un peu plus que les résidents de Yellowknife de rapporter souffrir d'hypertension artérielle et de migraines, les différences n'étaient pas statistiquement importantes (voir figure 3.4.3).

3.5 Incidence du cancer

Le cancer est la croissance incontrôlée de cellules dans le corps. Le système immunitaire peut, en général, reconnaître les cellules anormales et les détruire. Cependant, si les cellules cancéreuses réussissent à contourner le mécanisme de défense, elles peuvent se multiplier et former une bosse ou tumeur. Quand les cellules cancéreuses envahissent les tissus avoisinants et se propagent à d'autres parties du corps, la tumeur est alors qualifiée de maligne. Même si certaines cellules cancéreuses malignes croissent rapidement, la plupart croissent lentement. De plus, certains cancers peuvent être traités avec succès s'ils ont été diagnostiqués de façon précoce, alors que d'autres sont plus résistants aux traitements et par conséquent, présentent un plus grand danger pour la vie.

Les symptômes du cancer sont souvent associés à certains facteurs de risque spécifiques. La génétique peut jouer un rôle, car des personnes qui ont déjà eu un membre de leur famille avec la maladie sont à plus grand risque. Cependant, de façon plus courante, le cancer résulte d'une exposition répétée à certains agents externes, comme la fumée de cigarette, les rayons ultra-violet du soleil, des virus ou des substances dans l'environnement, incluant ceux contenus dans certains genres de nourriture. L'obésité est également connue comme un facteur de risque pour certaines sortes de cancer. Même si l'exposition aux éléments susmentionnés accroît la possibilité pour une personne d'avoir un cancer, un régime alimentaire sain, sans tabac, et de l'exercice physique régulier peuvent réduire de plus de 50 % le risque d'une personne de développer la maladie.²¹

Le cancer est la principale cause de mortalité aux Territoires du Nord-Ouest (voir section 4.4). Une moyenne de 75 nouveaux cas de cancer ont été diagnostiqués chaque année entre 1992 et 2002. L'incidence du cancer est demeurée relativement inchangée au cours de cette période. La figure 3.5.1 illustre les moyennes sur des périodes de trois ans pour l'incidence brute des taux entre 1992-1994 et 2000-2002. L'analyse démontre que les taux ont augmenté de 15 %, passant de 16,6 par 10 000 personnes en 1992-1994, à 19,1 par 10 000 en 2000-2002.

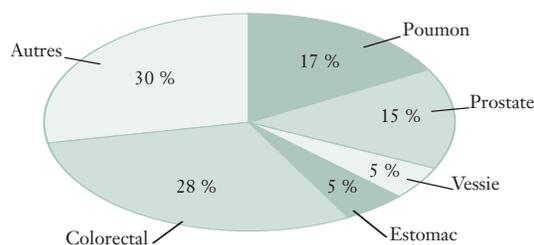


²¹ Pour une analyse plus détaillée du cancer aux Territoires du Nord-Ouest, voir : Ministère de la Santé et des Services sociaux. *Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest 1990 – 2000 - rapport descriptif*. Disponible sur le site Web du ministère : http://www.blhss.gov.nt.ca/content/Publications/publication_index.htm

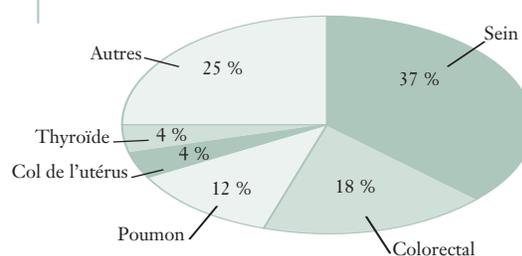
Cependant, cette légère augmentation n'était pas statistiquement importante. De plus, la population vieillissante explique en grande partie cette augmentation. Après avoir fait des ajustements pour les différences d'âge dans la population, au fil du temps, les taux d'incidence étaient stables au cours de la première moitié de la période couverte par l'étude et ont légèrement diminué après 1996-1997.²²

Après avoir tenu compte des différences dans la distribution de l'âge des deux populations étudiées, le taux d'incidence du cancer chez les hommes des TNO, standardisé selon l'âge, était vraiment plus bas que le taux du Canada. Cependant, le taux d'incidence standardisé selon l'âge chez les femmes était semblable aux TNO et au Canada dans l'ensemble.²³

Figure 3.5.2
Principaux cancers diagnostiqués, hommes, TNO 1998-2002 (n = 199)



Principaux cancers diagnostiqués, femmes
TNO 1998-2002 (n = 199)



Source : Santé et Services sociaux TNO

Dans l'ensemble, le cancer colorectal a été le genre de cancer le plus courant diagnostiqué aux TNO entre 1998 et 2002, comptant pour 23 % de tous les nouveaux cas. Le cancer du sein a été le deuxième genre de cancer le plus courant (18 %), suivi par le cancer du poumon (14 %), de la prostate (7 %), et de l'estomac (4 %). La figure 3.5.2 illustre la distribution des genres de cancer chez les hommes et les femmes des TNO. De 1998 à 2002, trois genres de cancer comptent pour près de la moitié de tous les nouveaux cas de cancer chez les hommes : le cancer colorectal (28 %), le cancer du poumon (17 %), et le cancer de la prostate (15 %). Le cancer du sein était le cancer le plus souvent diagnostiqué chez les femmes (37 %), suivi par le cancer colorectal (18 %) et le cancer du poumon (12 %). Le cancer du col de l'utérus comptait également parmi les cinq principaux cancers diagnostiqués chez les femmes.

Les taux d'incidence bruts pour tous les genres de cancer chez les hommes et les femmes, entre 1998 et 2002, étaient semblables (respectivement 18,8 et 19,8 par 10 000 personnes) Comme il fallait s'y attendre, les taux d'incidence du cancer augmentent avec l'âge. Le taux d'incidence pour les résidents des TNO de moins de 45 ans était de 4,2 par 10 000 personnes entre 1998 et 2000, alors que le taux pour les personnes âgées entre 45 et 64 ans était de 47,1 par 10 000, et de 188,6 par 10 000 chez les personnes âgées de 65 ans et plus.²⁴

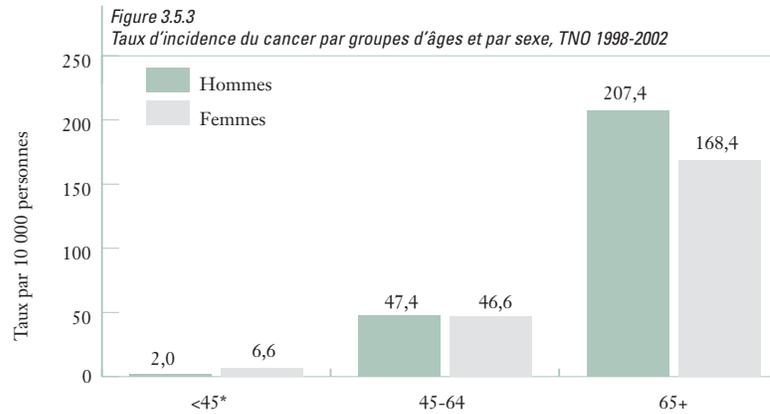
La figure 3.5.3 fournit de l'information à propos des taux d'incidence du cancer, selon l'âge, pour les hommes et les femmes des TNO entre 1998 et 2002. Les taux d'incidence pour les hommes et les femmes âgés entre 45 et 64 ans étaient semblables, de même que ceux pour les personnes de 65 ans et plus. Cependant, le taux d'incidence pour les femmes de moins de 45 ans était sensiblement plus élevé que le taux pour les hommes du même groupe d'âges (6,6 par rapport à 2 par 10 000 personnes). De nouveaux cas de cancer du sein chez les femmes expliquent une grande partie de la différence, lesquels comptent pour 37 % de sous les cas de cancer pour la population de 45 ans et moins. De plus, un tiers de tous les cancers du sein se trouvent chez les femmes de ce groupe d'âges.

²² Les taux d'incidence brute ont été standardisés selon l'âge en utilisant la méthode directe et la population des TNO de 1996 comme norme. Pour chaque période de temps présentée à la figure 3.4.1, les taux d'âge standardisés étaient : 18,1, 17,7, 18,2, 18,8, 19,7, 18,9, 18,0, 16,8, 16,7

²³ Santé et Services sociaux des TNO. 2003. *Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest 1990 – 2000 : rapport descriptif*. Disponible au site Web http://www.blthss.gov.nt.ca/content/Publications/publication_index.htm

²⁴ Toutes les différences étaient statistiquement importantes ($p < 0.05$).

Le cancer du sein était également le genre de cancer le plus courant chez les femmes âgées entre 45 et 64 ans, comptant pour 43 % de tous les nouveaux cas des cancers chez les femmes de ce groupe d'âges, et pour 20 % des nouveaux cas de cancer de la population totale âgée entre 45 et 64 ans. Cependant, le cancer colorectal était le cancer le plus courant chez les hommes de ce groupe d'âges, comptant pour 33 % des nouveaux cas de cancer chez les hommes, et pour 18 % de tous les cancers chez les personnes âgées entre 45 et 64 ans. Le cancer du poumon et le cancer de la prostate sont parmi les trois principaux cancers chez les hommes âgés entre 45 et 64 ans, alors que le cancer colorectal et le cancer du poumon comptent parmi les trois principaux cancers chez les femmes.



Source : Santé et Services sociaux TNO

* Différences importantes entre les sexes ($p < 0,05$).

Entre 1998 et 2002, le cancer colorectal était le genre de cancer le plus courant des nouveaux cas de cancer chez les hommes et les femmes de 65 ans et plus, comptant pour 30 % des cancers chez les femmes, et pour 27 % des cancers chez les hommes de ce groupe d'âges. Pour ce qui est du cancer du poumon, il compte pour 22 % et le cancer du sein, pour 21 % des cancers chez les femmes, alors que le cancer de la prostate compte pour 20 % et le cancer du poumon, pour 19 % de tous les cancers chez les hommes âgés de 65 ans et plus

L'incidence brute du cancer chez les résidents de Yellowknife était vraiment plus basse que les taux des résidents des centres régionaux de Hay River, de Fort Smith et d'Inuvik, et les taux des résidents des petites communautés des TNO, entre 1998 et 2002 (14,7 par 10 000 personnes par rapport à 23,5 et 22,3 par 10 000 personnes, respectivement).

Cependant, cette différence peut s'expliquer en grande partie en raison du fait que la population de Yellowknife est plus jeune que les populations des centres régionaux et des petites communautés. Au cours de la période d'étude, 7 % de la population de Yellowknife avait 55 ans et plus, par rapport à 12 % dans les centres régionaux et les petites communautés. Comme on l'a observé auparavant, le risque de cancer est beaucoup plus élevé chez les personnes plus âgées. Les différences entre les genres de communautés n'étaient plus importantes quand on tenait compte des différences dans les structures d'âges de la population. Le taux standardisé selon l'âge pour Yellowknife était de 15,5 par 10 000 personnes, par rapport à 18,3 par 10 000 pour les centres régionaux et à 16,9 par 10 000 pour les petites communautés.²⁵

²⁵ Standardisé selon l'âge en utilisant la méthode directe et la population des TNO de 1996 comme norme.

3.6 Maladie mentale

La maladie mentale comporte le bien-être subjectif, les capacités personnelles, la capacité à se fixer et à atteindre des buts et la capacité à établir des relations sérieuses avec les autres. Ces genres de mesures ne sont souvent pas disponibles. Par conséquent, les indicateurs qui mesurent la présence de désordres mentaux sont souvent utilisés pour estimer le niveau de santé mentale d'une population. Ce rapport décrit donc plus la situation de la maladie mentale dans la population que la santé mentale de la population.

La maladie mentale comprend un grand nombre de différents désordres, allant de formes douces d'anxiété et/ou de dépression à des épisodes extrêmement débilitants de pensées et de comportements irrationnels. En général, « les maladies mentales sont caractérisées par des altérations de la pensée, de l'humeur ou du comportement (ou une combinaison des trois) associées à une importante détresse et à un dysfonctionnement. »²⁶ Dans cette section, trois indicateurs de maladie mentale seront présentés : les estimations de la prévalence de dépression, les congés de l'hôpital en raison de maladies mentales et les suicides.

Dépression

La dépression est une condition incapacitante qui compte pour un pourcentage important des hospitalisations psychiatriques et, on pourrait dire, pour la plupart des suicides. La dépression est également quelquefois liée à d'autres conditions comme l'alcoolisme et l'abus de substances. La dépression est souvent caractérisée par un sentiment de profonde tristesse, un état de détresse et un sentiment de désespoir. Une telle humeur dépressive est souvent accompagnée par un ensemble d'autres symptômes, incluant des changements d'appétit et de poids, un manque général d'énergie, une rupture dans les structures du sommeil, des variations dans les activités routinières, un sentiment de confiance en soi diminué, et des difficultés à se concentrer ou à prendre des décisions.

En 2003, dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), le risque d'avoir à faire face à un épisode dépressif était estimé au moyen d'un sous-ensemble de questions provenant du Composite International Diagnostic Interview. Les réponses à ces questions étaient notées et transformées en une estimation de probabilité d'un diagnostic de dépression. Si l'estimation était de 0,9 ou plus (c'est à dire 90 % de certitude d'un diagnostic positif), le répondant était alors classifié comme dépressif.

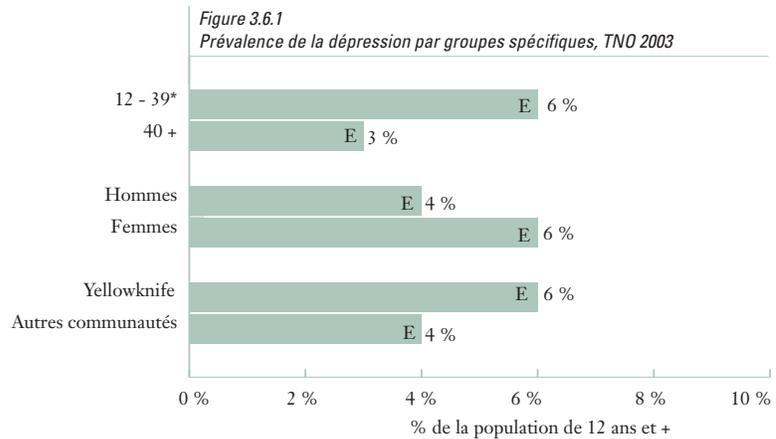
En 2003, 5 % des résidents des TNO âgés de 12 ans et plus ont rapporté un épisode de dépression majeure et étaient probablement cliniquement dépressifs, ce qui n'a pas changé par rapport à 1994-1995.²⁷ En d'autres mots, environ 1 600 résidents des TNO de 12 ans et plus souffraient probablement d'une dépression clinique. Un autre 3 % des résidents (soit environ 1 000 personnes âgées de 12 ans et plus) avaient certaines caractéristiques de dépression et pouvaient possiblement être qualifiés de dépressifs. La prévalence de la dépression aux TNO semble être légèrement moins élevée que dans l'ensemble du Canada. Selon l'ECSS de 2001-2002, 7 % des Canadiens étaient probablement dépressifs.²⁸

²⁶ Santé Canada. 2002. *Rapport sur la maladie mentale au Canada*. Ottawa, Canada p. 16.

²⁷ Selon les résultats provenant de l'Enquête nationale sur la santé de la population, environ 5 % des résidents des TNO de 12 ans et plus souffraient de dépression.

²⁸ Source : Statistique Canada, ESCC 1.1 Dossier partagé. Une estimation canadienne pour la prévalence de la dépression n'était pas disponible à partir de l'ESCC de 2003. Quand l'estimation canadienne de 2000-2001 a été standardisée selon l'âge à la population des TNO de 2003, cela a augmenté à 8 %.

La prévalence de la dépression était plus élevée chez les jeunes. Les personnes âgées entre 12 et 39 ans risquaient deux fois plus que les personnes âgées de 40 ans et plus de rapporter des symptômes de dépression (6 % par rapport à 3 %). Aucune différence n'a été observée dans la prévalence de la dépression quand on comparait les sexes et les communautés de résidence (voir figure 3.6.1). Environ 6 % des femmes pouvaient se considérer comme dépressives en 2003, par rapport à 4 % des hommes. Environ 6 % des résidents de Yellowknife et 4 % des résidents des autres communautés ont rapporté avoir connu un épisode de dépression majeure.



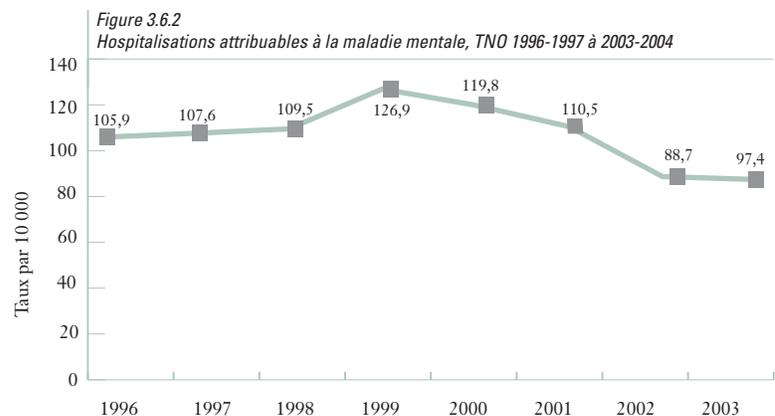
Source : Statistique Canada, dossier partagé de l'ESCC 2003
* Vraiment plus élevé que 40 + ($p < 0,05$).
E = Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence.

Hospitalisations attribuables à la maladie mentale

La section qui suit examine l'utilisation des hôpitaux de soins actifs en raison de maladie mentale par les résidents des TNO. C'est important de souligner un certain nombre de limites à cette analyse. L'information représente le nombre de congés d'hôpital et non le nombre de personnes hospitalisées. Une personne peut être hospitalisée plus d'une fois par année en raison de maladie mentale. De plus, une personne peut être transférée entre les hôpitaux des TNO pour traitement de la maladie mentale. Dans les deux cas, chaque situation est comptabilisée. Plusieurs personnes aux prises avec la maladie mentale sont traitées dans la communauté plutôt que dans un hôpital. Les hospitalisations peuvent représenter les cas les plus graves, quand une personne est incapable de gérer sa maladie dans la communauté.

Plusieurs facteurs, à part la prévalence et la gravité de la maladie, peuvent influencer l'admission à l'hôpital, incluant les habiletés d'adaptation de la personne, les appuis familiaux et le milieu socioéconomique, y compris la portée des choix en matière de traitements et les appuis formels dans la communauté. De même, l'analyse examine la principale raison pour l'hospitalisation dans les hôpitaux des TNO seulement. Les patients transférés dans des établissements à l'extérieur des Territoires ne sont pas comptabilisés.

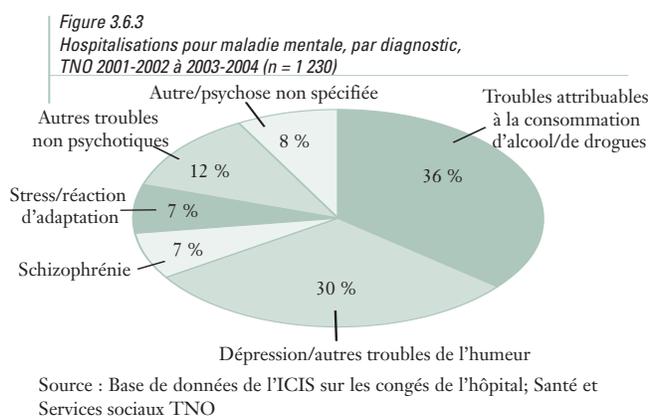
Avec ces limites à l'esprit, la figure 3.6.2 présente les taux d'hospitalisations attribuables à la maladie mentale pour les exercices 1996-1997 à 2003-2004. En général, le nombre d'hospitalisations était constant pour les exercices 1996-1997 à 1998-1999, mais a grimpé en 1999-2000 principalement en raison du nombre croissant d'hospitalisations pour les désordres attribuables à la consommation d'alcool et de drogues, de même que pour la schizophrénie.



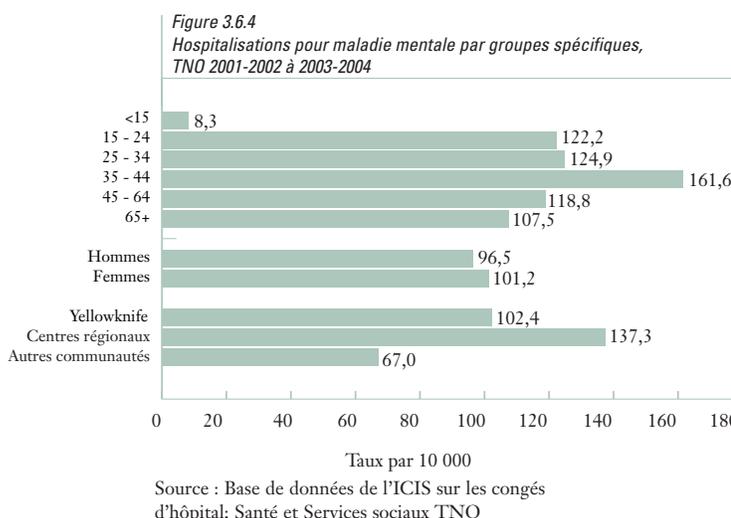
Source : Base de données de l'ICIS sur les congés d'hôpital; Santé et Services sociaux TNO

Les hospitalisations ont diminué entre l'exercice 1999-2000 et 2002-2003, en raison d'un déclin du nombre d'hospitalisations pour les désordres attribuables à la consommation d'alcool et de drogues, de même que pour les désordres de l'humeur comme la dépression.²⁹

La figure 3.6.3 illustre le détail des hospitalisations attribuables à la maladie mentale, par conditions principales pour les exercices 2001-2002 à 2003-2004. Les désordres attribuables à la consommation d'alcool et les drogues étaient la principale cause des hospitalisations pour maladie mentale (36 %) au cours de cette période, suivis par la dépression et les troubles bipolaires/émotionnels (30 %). La dépression comptait pour 82 % de cette dernière catégorie. D'autres désordres non psychotiques comprennent l'anxiété, les troubles de la personnalité et autres névroses. Cette catégorie comptait pour 12 % des hospitalisations pour maladie mentale.



La figure 3.6.4 fournit de l'information sur l'ensemble des hospitalisations pour maladie mentale chez différents groupes des Territoires. Les résidents entre 35 et 44 ans avaient le taux d'hospitalisations le plus élevé et les résidents de moins de 15 ans avaient le taux d'hospitalisations le plus bas. En général, tous les résidents de 15 ans et plus avaient des taux similaires d'hospitalisations, mais les genres de maladies mentales variaient entre les groupes d'âges. La plupart des personnes de moins de 15 ans étaient hospitalisées en raison de troubles non psychotiques, comme des névroses non spécifiques et des troubles de la personnalité.



La dépression était la principale cause chez les 15 à 24 ans, suivie par les troubles non psychotiques, incluant le stress/réaction d'adaptation et les psychoses comme la schizophrénie. Cependant, les troubles causés par la consommation d'alcool et de drogues étaient la principale cause chez les résidents de 25 ans et plus. Ces conditions comptaient pour près de la moitié des hospitalisations pour toutes les maladies mentales des personnes âgées entre 35 et 64 ans. La dépression était la deuxième principale cause pour les groupes d'âges entre 25 et 44 ans. La consommation d'alcool était également la principale cause d'hospitalisations pour maladie mentale chez les personnes âgées de 65 ans et plus, suivie de près par les conditions psychotiques organiques, comme la démence.

²⁹ La standardisation selon l'âge avait très peu d'effet sur les taux bruts.

Les taux d'hospitalisations attribuables à la maladie mentale étaient semblables chez les hommes et les femmes (respectivement 96,6 et 101,2 par 10 000 personnes). Les troubles causés par la consommation d'alcool et de drogues étaient la principale cause d'hospitalisations pour maladie mentale chez les hommes, alors que la dépression était la principale cause chez les femmes. La dépression était la deuxième principale raison d'hospitalisations pour maladie mentale chez les hommes, alors que les troubles causés par la consommation d'alcool et de drogues étaient la deuxième principale raison chez les femmes. Les hommes risquaient davantage que les femmes d'être hospitalisés en raison de la schizophrénie, alors que les femmes risquaient davantage que les hommes en raison de l'anxiété et des troubles de la personnalité.

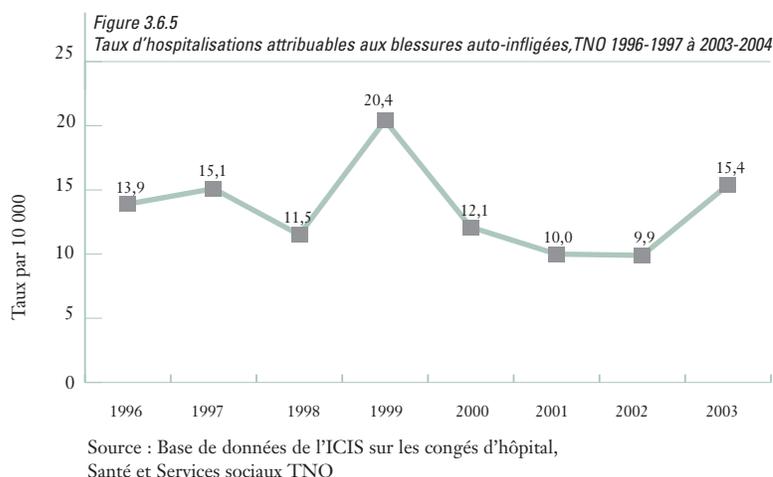
Les personnes vivant dans les centres régionaux avaient le plus haut taux d'hospitalisations pour maladie mentale, suivies par les résidents de Yellowknife et les résidents des petites communautés. Cependant, il est important de garder à l'esprit que les facteurs autres que la prévalence et la gravité de la maladie peuvent influencer l'admission à l'hôpital. Les troubles attribuables à la consommation d'alcool et de drogues comptent pour près de la moitié de toutes les hospitalisations pour maladie mentale chez les résidents des centres régionaux, par rapport à environ un tiers chez les résidents de Yellowknife et des petites communautés. La dépression comptait pour environ un tiers des hospitalisations pour maladie mentale chez les résidents de Yellowknife et des petites communautés, par rapport à environ un quart chez les résidents des centres régionaux. Par contre, les psychoses, incluant la schizophrénie, comptaient pour environ un quart des hospitalisations chez les résidents des petites communautés, par rapport à environ 15 % chez les résidents de Yellowknife et 11 % chez les résidents des centres régionaux.

Comportement suicidaire

Le comportement suicidaire est un signe de profonde détresse et quelquefois, est une conséquence d'une maladie mentale comme la dépression et l'abus de substances. L'évaluation de l'incidence des tentatives de suicide est très difficile. À moins qu'une tentative de suicide entraîne une grave blessure nécessitant l'hospitalisation, la personne peut être traitée dans la communauté et peut ne pas voir de professionnel de la santé. Alors que les données sur les hospitalisations fournissent un aperçu sur les tentatives de suicide, l'information doit être interprétée avec prudence, car elle n'explique qu'une partie de la situation.³⁰

Tentatives de suicide

Entre l'exercice 1996-1997 et 2003-2004, une moyenne de 56 hospitalisations ont eu lieu chaque année aux TNO en raison de blessures auto-infligées. Le nombre d'hospitalisations varie d'un minimum de 41, en 2002-2003 à un maximum de 83, en 1999-2000.³¹ Étant donné le nombre relativement bas de cas en cause, la pointe des taux d'hospitalisations pour 1999-2000 peut être attribuable à une fluctuation aléatoire et devrait être interprétée avec prudence.³² Il faut plus d'années de données pour déterminer si l'accroissement entre 2002-2003 et 2003-2004 fait partie d'une nouvelle tendance.



³⁰ Santé Canada. 2002. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada

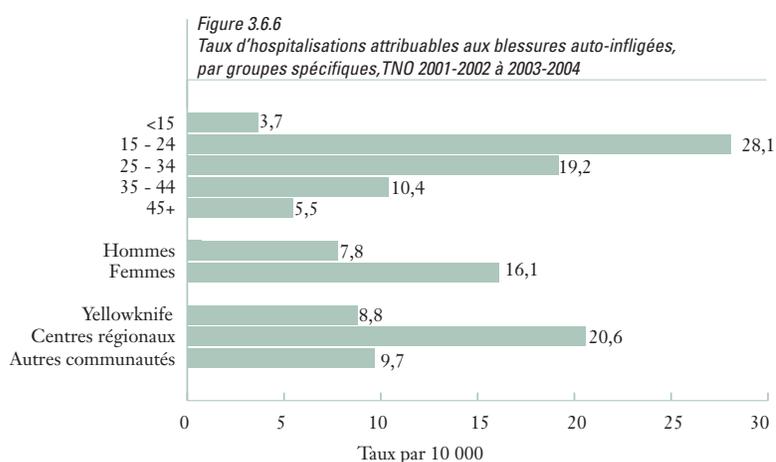
³¹ *Encore une fois, c'est important de garder à l'esprit que ces cas représentent des congés d'hôpital, et non des personnes.*

³² *La standardisation selon l'âge a eu très peu d'effets sur les taux bruts.*

Les jeunes entre 15 et 24 ans avaient le taux le plus élevé d'hospitalisations attribuables aux blessures auto-infligées, au cours de la période allant de 2001-2002 à 2003-2004 (28,1 par 10 000 personnes). Les adultes âgés entre 25 et 34 ans avaient le deuxième taux plus élevé (voir figure 3.6.6). Dans l'ensemble, le taux d'hospitalisations chez les femmes était deux fois plus élevé que le taux chez les hommes (16,1 par rapport à 7,8 par 10 000).

Les femmes âgées entre 15 et 24 ans avaient le taux d'hospitalisations le plus élevé (44 par 10 000 personnes). Cependant, le taux chez les hommes âgés entre 15 et 24 ans et de ceux âgés entre 35 et 44 ans, était environ le même (respectivement 13,7 et 13,9 par 10 000).

Les taux d'hospitalisations attribuables aux blessures auto-infligées étaient plus de deux fois plus élevés chez les résidents des centres régionaux, par rapport aux résidents de Yellowknife et des résidents des petites communautés (voir figure 3.6.6). Cette différence a été observée dans tous les groupes d'âges étudiés. Les jeunes âgés entre 15 et 24 ans avaient les taux les plus élevés dans les trois genres de communautés.



Source : Base de données de l'ICIS sur les congés d'hôpital, Santé et Services sociaux TNO

Suicide

Le suicide est une cause de décès évitable. Il représente « la pointe de l'iceberg » de l'angoisse mentale et de la dépression. Étant donné le nombre relativement peu élevé de cas qui se produisent chaque année aux TNO, la discussion suivante doit être préfacée avec prudence : les taux peuvent être instables et fluctuer d'une année à l'autre, ce qui rend difficile le repérage de la tendance.

La figure 3.6.7 illustre les taux bruts de suicide aux TNO entre 1990-1992 et 2001-2003. Trois moyennes sur trois ans ont été calculées pour filtrer les fluctuations annuelles. Dans l'ensemble, les taux de suicide ont diminué entre 1990-1992 et 1994-1996, passant de 2,1 à 1,1 par 10 000 personnes. Cependant entre 1994-1996 et 1999-2001, les taux ont augmenté de façon importante, passant de 1,1 à 2,7 par 10 000 personnes, avec une grande partie de cette augmentation s'étant produite entre 1994-1996 et 1997-1999.³³

Entre 1999 et 2003, 53 résidents des TNO sont morts par suicide, pour un taux total de 2,6 par 10 000. Cela est deux fois le taux brut canadien en 2001 de 1,2 par 10 000.³⁴ Les taux de suicide ont beaucoup augmenté chez les adolescents âgés de 18 ans jusqu'au début de la vingtaine. Les jeunes entre 15 et 24 ans étaient les plus à risque de se suicider (5,6 par 10 000), suivis par les résidents âgés entre 25 et 44 ans (voir figure 3.6.7).

³³ La standardisation selon l'âge a eu très peu d'effet sur les taux bruts. L'ajustement direct utilisant la population des TNO en 1996 comme norme a produit les taux suivants standardisés selon l'âge :

90-92	91-93	92-94	93-95	94-96	95-97	96-98	97-99	98-00	99-01	00-02	01-03
2,0	2,0	1,7	1,7	1,1	1,4	1,6	2,4	2,5	2,7	2,3	2,3

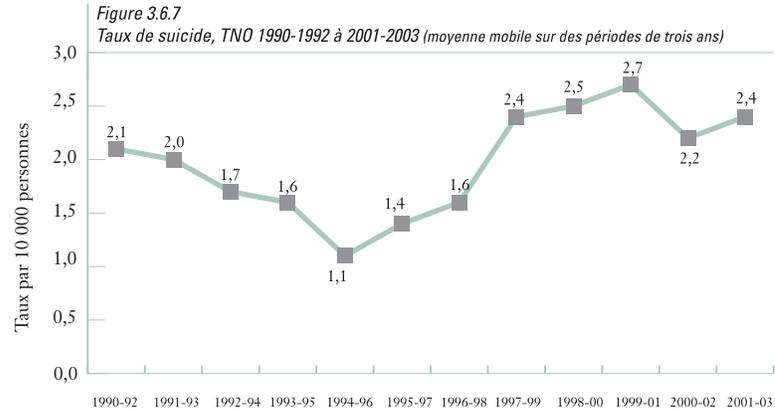
³⁴ Source : Statistique Canada : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE>. Le taux des TNO était également deux fois plus élevé quand on standardisait les taux selon l'âge.

Le comportement suicidaire chez les jeunes est en partie relié aux événements associés aux stades de la vie. La formation de l'identité, le gain de l'acceptation et l'approbation des pairs et de la famille constituent une période douloureuse pour les jeunes.

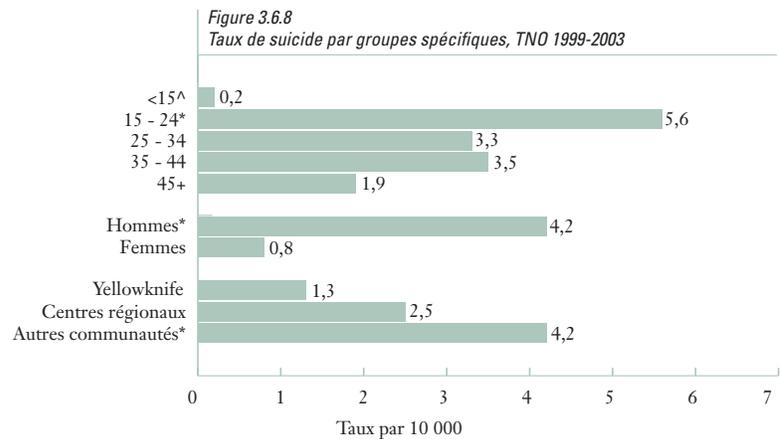
Les différences de sexe dans les taux de suicide étaient importantes. Entre 1999 et 2003, les hommes risquaient cinq fois plus de suicider que les femmes (4,2 par rapport à 0,8 par 10 000 personnes). Les hommes âgés entre 15 et 24 ans avaient le taux le plus élevé (9,5 par 10 000 personnes).

Les deux sexes semblent afficher un comportement suicidaire. Si les hommes étaient cinq fois plus enclins que les femmes à se suicider, les femmes sont plus enclines que les hommes à être hospitalisées en raison de blessures auto-infligées. La différence dans les taux de suicide et de tentatives de suicide entre les hommes et les femmes peut être en partie expliquée parce que les hommes utilisent plus de moyens mortels (armes à feu et pendaison) pour exprimer leur désespoir.³⁵

Les résidents des petites communautés territoriales avaient des taux de suicide plus élevés que les résidents de Yellowknife. Un certain nombre de facteurs socio-économiques dans les petites communautés, dont les revenus peu élevés, les conditions de l'habitation et l'accès aux armes à feu, peuvent contribuer aux taux de suicide élevés.³⁶



Source : Santé et Services sociaux TNO
Note : Augmentation importante entre 1994-1996 et 1997-1999 ($p < 0,05$).



Source : Santé et Services sociaux TNO
* Une grande différence entre les groupes d'âges 15-24 et 45 +; entre les hommes et les femmes; entre Yellowknife et les autres communautés ($p < 0,05$).
[^] Taux basé sur un petit nombre de cas et très instable; interpréter avec prudence.

³⁵ Santé Canada. 2002. *Rapport sur les maladies mentales au Canada*. Ottawa, Canada

³⁶ *Idem*.

Chapitre 4

Mortalité

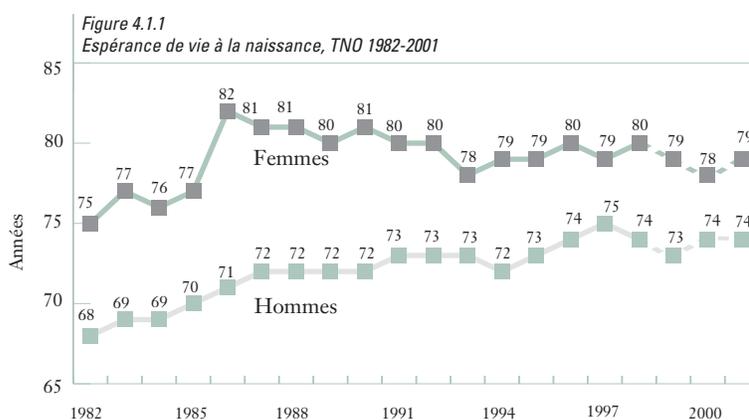
C'est important de comprendre les causes de mortalité pour comprendre la santé d'une population dans son ensemble, car les causes de mortalité, quelles qu'elles soient, fournissent une information précieuse sur les principaux risques pour la santé. L'information sur la mortalité est également importante pour établir des priorités en matière de santé publique. L'information contenue dans ce chapitre souligne la nécessité de programmes de prévention visant à réduire les décès pouvant être évités en raison de blessures et du tabagisme aux Territoires du Nord-Ouest.

4.1 Espérance de vie à la naissance

L'espérance de vie à la naissance est un indicateur couramment utilisé de l'état de santé des populations. Il réfère au nombre moyen d'années qu'un nouveau-né peut s'attendre à vivre si les tendances en matière de mortalité se maintiennent. En fait, l'espérance de vie à la naissance est le reflet de la santé au cours d'une vie et de l'expérience de la maladie chez les personnes décédées au cours de n'importe quelle année. Par exemple, si un enfant des TNO né en 2001 devait expérimenter tout au long de sa vie les risques de décéder qui étaient observés au cours de cette année là, on pourrait s'attendre à ce qu'il vive jusqu'à l'âge de 76 ans. Par contre, l'espérance de vie à la naissance pour les Canadiens en général était de 79,5 ans en 2001.¹

Étant donné les tendances en matière de mortalité, un garçon né aux TNO peut s'attendre de vivre jusqu'à l'âge de 74 ans et une fille, jusqu'à l'âge de 79 ans. La différence peut s'expliquer en grande partie en raison des taux de mortalité plus élevés chez les hommes âgés entre 15 et 54 ans que chez les femmes du même groupe d'âges, principalement en raison du nombre plus élevé de décès attribuables aux blessures.

L'espérance de vie à la naissance chez les hommes s'est accrue, passant de 68 ans en 1982 à 72 ans en 1987. Au cours des années 1990, la tendance a ralenti (voir figure 4.1.1) L'espérance de vie chez les femmes a également augmenté au cours des années 1980, passant de 75 ans en 1982 à 81 ans en 1987. L'écart entre les hommes et les femmes semble s'être rétréci au cours des deux dernières décennies. Vers le début des années 1980, les femmes vivaient en moyenne sept ans de plus que les hommes. Vers la fin des années 1990, l'écart était de cinq ans. C'est important de souligner que les estimations d'espérance de vie pour les Territoires du Nord-Ouest devraient être interprétées avec prudence en raison du petit nombre de cas utilisé dans les calculs. Les petits nombres sous-jacents ont produit la variabilité dans cet indicateur, comme on le voit à la figure 4.1.1.



Sources : Bureau de la statistique des TNO et Statistique Canada

Note : Les données sur l'espérance de vie à la naissance pour 1982 à 1997 proviennent du Bureau de la statistique des TNO. On a utilisé des moyennes mobiles sur des périodes de trois ans pour égaliser la variabilité annuelle. Les données sur l'espérance de vie à la naissance pour 1998 à 2001 (représentées par la ligne pointillée) proviennent de Statistique Canada et représentent des estimations annuelles.

¹ Source : Statistique Canada : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE>

Espérance de vie sans incapacité

L'espérance de vie mesure la durée de vie sans tenir compte de la qualité de vie concernant la santé. Il existe présentement peu de façons de savoir si les personnes jouissent également d'une grande qualité de vie ou si elles souffrent de maladies chroniques ou de limites fonctionnelles. L'espérance de vie sans incapacité est une mesure qui augmente la portée du concept d'espérance de vie pour inclure l'état fonctionnel d'une personne dans la société.² Elle fait la différence entre les années de vie libre de toutes limites majeures à l'activité et aux années vécues avec au moins une limite majeure à l'activité. Comme tel, cet indicateur constitue une autre mesure de l'état de santé fonctionnelle général d'une population et insiste davantage sur la qualité de vie que sur la durée de vie exclusivement.

Le calcul de l'espérance de vie sans incapacité est basé sur les données provenant des bases de données sur la mortalité des statistiques de l'état civil et sur le recensement du Canada. Malheureusement, cette mesure n'est présentement disponible que pour une seule année. Selon Statistique Canada, l'espérance de vie sans incapacité chez les deux sexes, aux Territoires du Nord-Ouest, était estimée à 67 ans en 1996. L'estimation était de 66,2 ans pour les hommes et de 67,8 pour les femmes. Dans l'ensemble, l'espérance de vie sans incapacité à la naissance des Canadiens était estimée à 68,6. L'estimation était de 66,9 ans pour les hommes, et à 70,2 pour les femmes.³

4.2 Mortalité infantile

La mortalité infantile fait référence au décès de bébés de moins d'un an. Le taux de mortalité infantile est le pourcentage de ces décès par 1 000 naissances vivantes et est traditionnellement considéré comme un important indicateur de santé publique. C'est une mesure de l'état de santé d'une région, au même titre que l'efficacité des soins préventifs et que l'attention accordée à la santé de la mère et de l'enfant.⁴ Le taux de mortalité infantile est relié à la santé sous-jacente de la mère, aux pratiques en matière de santé publique, aux conditions socio-économiques de la mère de même qu'à la disponibilité et l'utilisation appropriée des soins de santé pour et par les femmes enceintes et les enfants.

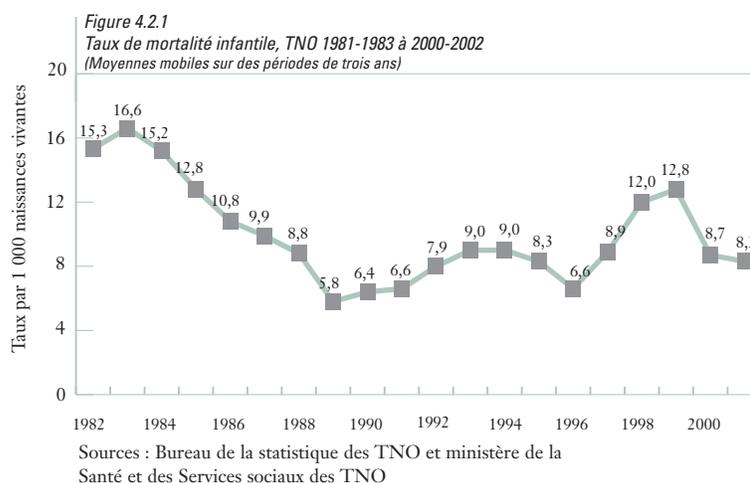
Avant de présenter une analyse sur les taux de mortalité infantile aux Territoires du Nord-Ouest, il est important de souligner qu'en raison de la population peu élevée, de même qu'aux petits nombres de naissances et de décès d'enfants, les tendances présentées doivent être interprétées avec prudence. Par exemple, deux ou trois décès supplémentaires d'enfants en une année peuvent changer considérablement le taux annuel. Reconnaisant cette limite, la figure 4.2.1 présente des moyennes mobiles sur des périodes de trois ans, ce qui permet de réduire la variabilité annuelle. Même en utilisant cette méthode, les taux de mortalité infantile fluctuent malgré tout de façon substantielle, particulièrement au cours des années 1990.

² Mayer F, Ross N., Berthelot J., Wilkins R. 2002. "Disability-free life expectancy by health region." *Health Reports*, 13:49-60.

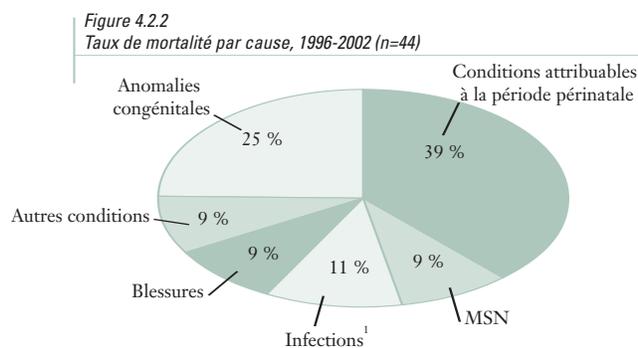
³ Source : Statistique Canada : <http://www40.statcan.ca/101/cst01/health38.htm>

⁴ Institut canadien d'information sur la santé (ICIS). *Indicateurs de santé communautaire : définitions et interprétations*. 1997.

La figure 4.2.1 montre que le taux de mortalité infantile aux Territoires du Nord-Ouest a baissé de façon importante tout au long des années 1980, passant de 16,6 décès par 1 000 naissances vivantes pour 1982-1984 à un taux de 5,8 par 1 000 naissances vivantes pour 1988-1990 (une diminution d'environ 65 %). Le taux s'est stabilisé au cours des années 1990. La hausse du taux à la fin de la décennie n'était pas importante et était attribuable à un nombre plus élevé que la moyenne de décès d'enfants en une année (1998), alors que 12 décès ont été enregistrés, par rapport à une moyenne annuelle de 6 décès durant le reste des années 1990. Le taux de mortalité infantile aux TNO était de 8,3 par 1 000 naissances vivantes pour 2000-2002, alors que le taux au Canada était de 5,3. La différence n'est pas statistiquement importante.⁵



La figure 4.2.2 présente les principales causes de mortalité infantile pour les années 1996 à 2002. Les conditions tirant leur origine de la période prénatale, et comprenant les troubles relatifs à une courte gestation, l'insuffisance de poids à la naissance et la détresse respiratoire, ont été les principales causes de mortalité infantile (39 %), suivies par les anomalies congénitales (25 %). Le syndrome de mort subite du nourrisson (MSN) et les différents genres d'infections comptent chacun pour 9 % de tous les décès d'enfants au cours de cette période.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO
¹ Les infections comprennent la broncho-pneumonie

La mortalité infantile peut être divisée en néonatale (décès à l'intérieur de 28 jours de vie) et postnatale (décès survenant entre le 28^e et le 364^e jour). En général, les causes de décès diffèrent dans chaque catégorie et cela a des répercussions sur la prévention. On pense que les décès néonataux sont étroitement reliés à la qualité des soins médicaux, alors que les décès postnatals sont vraiment influencés par les conditions socio-économiques.⁷ Pour la période allant de 1996 à 2002, les décès néonataux comptaient pour 61 % de tous les décès d'enfants, et les décès postnatals, pour 39 %.

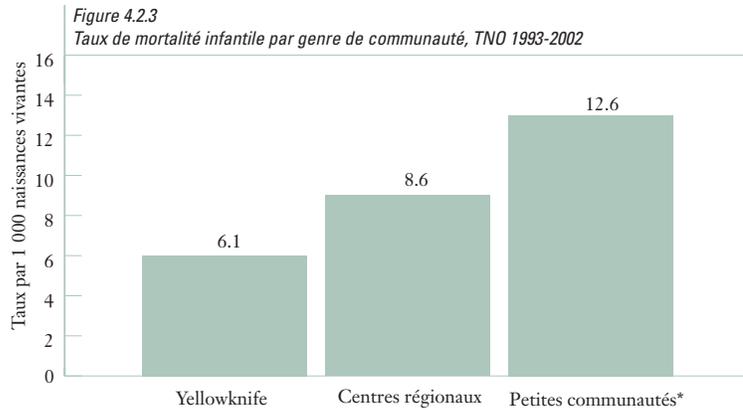
Tous ces décès attribuables à des conditions qui tirent leur origine de la période périnatale se sont produits au cours des 27 premiers jours. La grande majorité des décès attribuables aux anomalies congénitales se sont également produits au cours de la période néonatale. En fait, tous les décès néonataux, sauf un, étaient attribuables à ces deux catégories. Par contre, les décès postnatals étaient principalement causés par le syndrome de mort subite du nourrisson, les infections et les blessures.

⁵ Source : Statistique Canada : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE>

⁶ Les causes de mortalité infantile pour l'année 1998 n'étaient pas différentes des causes enregistrées pour la période entière allant de 1996 à 2002.

⁷ Young, T.K. 1998. *Population Health: Concepts and Methods*. Oxford University Press: New York.

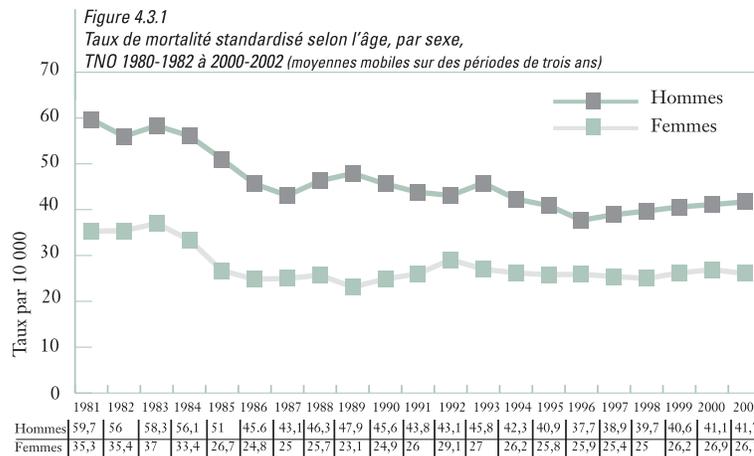
En raison du petit nombre des décès d'enfants et de naissances aux TNO, les comparaisons entre les genres de communautés ont été faites en utilisant des données sur dix ans. La figure 4.2.3 illustre le taux moyen de mortalité infantile par genre de communauté entre 1993 et 2002. Au cours de cette période, le taux pour les petites communautés était nettement plus élevé que le taux pour Yellowknife (12.6 par rapport à 6.1 par 1 000 naissances vivantes). Par contre, à 8.6 par 1 000 naissances vivantes, le taux dans les centres régionaux n'était pas vraiment différent des deux autres catégories de communautés.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO
* Les petites communautés sont nettement plus élevées que Yellowknife (p<0,05)

4.3 Mortalité dans l'ensemble

L'âge est le principal facteur qui influence le risque de mortalité. Plus le pourcentage de personnes âgées est élevé dans une population, plus le taux de mortalité est élevé chez cette population. Les différences dans l'ensemble des taux bruts entre différentes populations ou au sein d'une même population au fil du temps peuvent donc être attribuables aux différences dans la structure d'âge plutôt qu'aux différences dans le risque de mortalité. Pour retrancher cet effet et tout de même fournir une mesure sommaire pour l'ensemble de la



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

population, il faut exercer un contrôle dans la structure d'âge grâce à un processus de standardisation selon l'âge.⁸ De plus, en raison des nombres relativement petits de décès annuels par groupes d'âges spécifiques, les moyennes mobiles étaient calculées sur des périodes de trois ans, et ces estimations ont été utilisées pour calculer les taux de mortalité standardisés. Les estimations par étalement sur de longues périodes de temps constituent une méthode utile pour réduire la variabilité, quand on a affaire à un petit nombre d'observations pour une période de temps particulière.

Pour la période de 2000-2002, le taux de mortalité standardisé selon l'âge aux TNO était de 34 par 10 000 personnes. Cela représente une diminution importante par rapport au 48,4 par 10 000 pour la période de 1980-1982. Une grande partie de cette diminution s'est produite au début des années 1980. Il n'y a eu aucun changement important dans les taux de mortalité selon l'âge entre la période de 1986-1988 à 2000-2002, avec des taux variant entre 32 et 36 décès par 10 000 personnes au cours de cette période.

⁸ Dans cette analyse, les prévisions démographiques du 1er juillet 1991 pour les TNO ont été utilisées pour servir de population norme et les taux ont été standardisés en utilisant la méthode directe. C'est important de souligner que les taux normalisés ne sont pas les taux « réels », mais sont des taux fictifs basés sur une population norme choisie de façon arbitraire. Cependant, on peut se fier au taux standardisé dans une comparaison directe avec les taux ajustés à la même population norme.

Les taux de mortalité chez les deux sexes ont diminué de façon importante au cours des années 1980, mais sont demeurés relativement stables au cours des années 1990 (voir la figure 4.3.1). En 2000-2002, le taux de mortalité standardisé des hommes était nettement plus élevé que celui des femmes, soit 41,7 par rapport à 26,1 par 10 000 personnes.

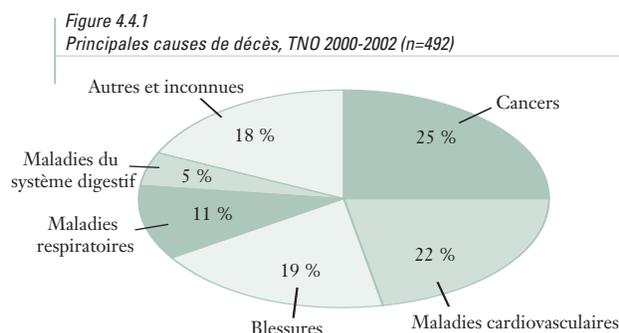
En raison du nombre relativement petit d'événements et des tailles de la population, les taux de mortalité pour chaque genre de communauté ont été calculés sur des périodes de cinq ans. Pour la période allant de 1998 à 2002, le taux de mortalité standardisé selon l'âge dans les petites communautés était nettement plus élevé que le taux à Yellowknife (40,4 par rapport à 31,9 par 10 000 personnes). Par contre, à 38,3 par 100 000, le taux de mortalité pour les centres régionaux était semblable au taux pour les petites communautés, mais les différences avec Yellowknife étaient presque importantes ($p < 0,05$).

4.4 Principales causes de mortalité

Un examen des principales causes de décès révèle beaucoup de choses à propos des choix de vie. Les gens qui fument risquent davantage de mourir du cancer. Ceux qui mangent mal et qui sont relativement inactifs risquent davantage de mourir d'une maladie cardiovasculaire. Les personnes qui adoptent des comportements à risque risquent davantage de mourir d'une blessure.

Entre 2000 et 2002, les principales causes de décès aux Territoires du Nord-Ouest étaient le cancer (25 %), les maladies cardiovasculaires (22 %) et les blessures (19 %). Les maladies respiratoires comme les maladies respiratoires obstructives chroniques comptaient pour 11 % de tous les décès au cours de cette période. Ensemble, ces quatre causes importantes ont compté pour trois sur quatre décès aux Territoires (voir figure 4.4.1).

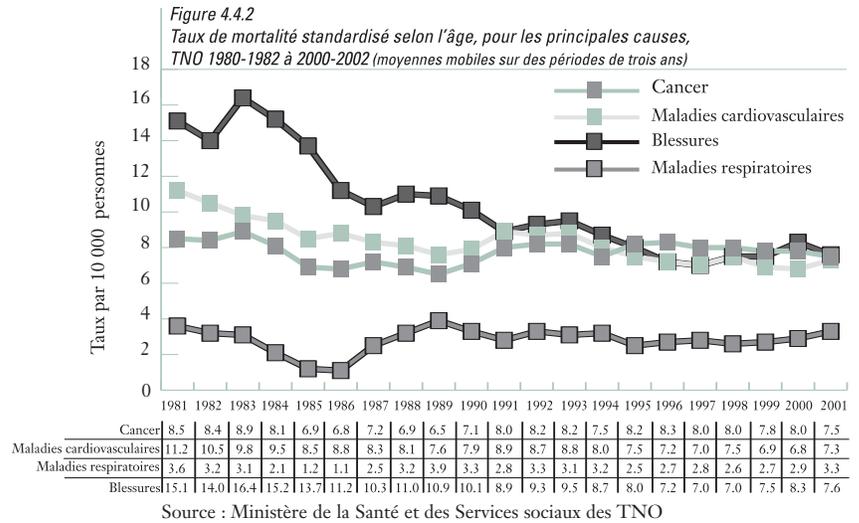
Les quatre principales causes de décès étaient les mêmes chez les hommes et les femmes. Par contre, le classement relatif diffère entre les deux groupes. Chez les hommes, les maladies cardiovasculaires étaient la principale cause (26 %), suivies de près par les blessures (23 %) et les cancers (23 %), et par les maladies respiratoires (11 %). Le cancer était la principale cause de décès chez les femmes (28 %), suivi par les maladies cardiovasculaires (13 %) et les maladies respiratoires (11 %).



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

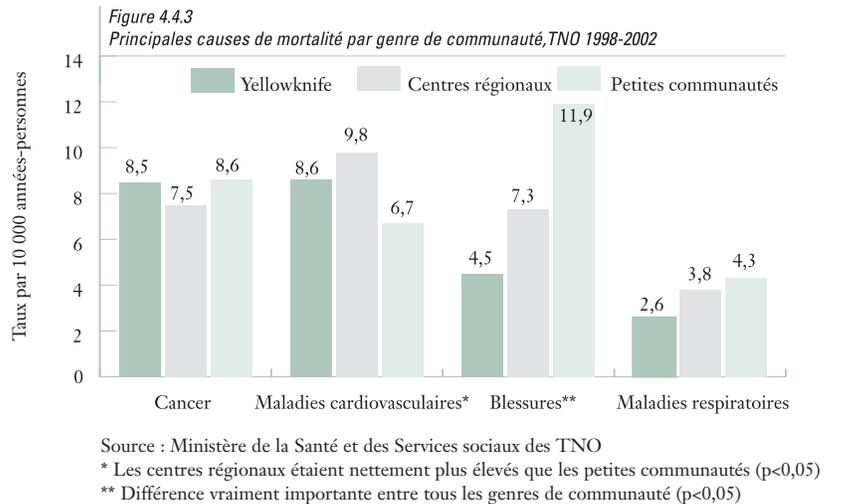
Les principales causes de décès étaient également semblables pour chaque genre de communauté, mais encore une fois le classement relatif pour chaque principale cause diffère. Le cancer comptait pour 32 % de tous les décès chez les résidents de Yellowknife entre 2000 et 2002, suivi par les maladies cardiovasculaires (20 %) et les blessures (16 %). Les maladies du système digestif, lesquelles comprennent les maladies du foie, comptaient pour 8 % des décès de résidents de Yellowknife, et les maladies respiratoires, pour 7 %. Par contre, les maladies cardiovasculaires étaient la principale cause de décès des résidents vivant dans les centres régionaux de Hay River, de Fort Smith et d'Inuvik (29%), suivies par le cancer (21 %) les blessures (17 %) et les maladies respiratoires (11 %). Dans les petites communautés, les blessures comptaient pour 22 % de tous les décès entre 2000 et 2002. Le cancer comptait également pour 22 %, suivi par les maladies cardiovasculaires (20 %) et les maladies respiratoires (13 %).

La figure 4.4.2 illustre le taux de mortalité moyen sur des périodes de trois ans, standardisé selon l'âge, pour les quatre principales causes entre 1980-1982 et 2000-2002. Le taux de mortalité causé par le cancer, standardisé selon l'âge, n'a pas connu de changement important au cours de cette période. Il était de 8,5 décès par 10 000 personnes au cours de la période de 1980-1982, de 7,1 par 10 000 en 1990-1992 et de 7,5 par 10 000 en 2000-2002.⁹ Cependant, le taux standardisé selon l'âge pour les maladies cardiovasculaires a baissé de façon



importante entre 1980-1982 et 1988-1990, passant de 11,2 décès par 10 000 personnes à un taux de 7,6 par 10 000. Le taux est demeuré stable tout au long des années 1990, et était à 7,3 par 10 000 en 2000-2002.

La même tendance générale a également été observée pour les taux de mortalité attribuables aux blessures standardisés selon l'âge. Le taux a diminué de façon importante au cours des années 1980, passant de 16,4 décès par 10 000 personnes en 1982-1984, à 8,9 par 10 000 en 1990-1992. Une grande partie de cette baisse était attribuable à une diminution des décès causés par des incendies, des accidents de voiture et des empoisonnements non intentionnels. Alors que le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour les blessures a continué de diminuer légèrement au cours des années 1990, passant à 7,6 par 10 000 en 2000-2002, le changement n'était pas important. Le taux de mortalité standardisé selon l'âge pour les maladies respiratoires n'a pas nettement changé au cours de cette période. Il était de 3,6 décès par 10 000 personnes en 1980-1982, de 2,8 par 10 000 en 1990-1992, et de 3,3 par 10 000 personnes en 2000-2002.



La figure 4.4.3 illustre les taux de mortalité standardisés selon l'âge pour les principales causes, par chaque genre de communauté, pour la période allant de 1998 à 2002.¹⁰ La probabilité de mourir en raison de maladies respiratoires était nettement plus élevée pour les résidents des centres régionaux, quand on compare avec les taux des résidents des petites communautés. Les taux de mortalité en raison du cancer et des maladies respiratoires étaient semblables pour tous les genres de communautés.

Les résidents des petites communautés risquaient deux fois plus que les résidents de Yellowknife de décéder d'une blessure au cours de cette même période (11,9 décès par rapport à 4,5 par 10 000 personnes). Le taux de mortalité par blessure pour le premier groupe était également nettement plus élevé que le taux pour les résidents des centres régionaux, qui pour leur part, risquaient davantage de décéder d'une blessure que les résidents de Yellowknife.

⁹ Les taux de mortalité bruts pour le cancer ont augmenté de façon importante entre 1990 et 2002 (p = < 0,05). L'augmentation était en grande partie attribuable à une population vieillissante au cours de cette période (voir section 6.1.1).

¹⁰ La période de temps étudiée a été portée à cinq ans pour pouvoir fournir des taux plus stables.

4.5 Mortalité prématurée

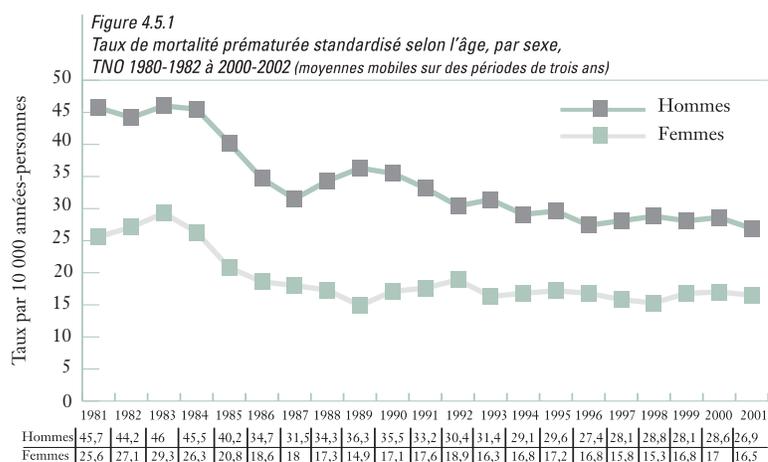
Le taux de mortalité prématurée est un taux standardisé de décès « prématurés », c'est-à-dire de décès se produisant avant l'âge de 75 ans. Le taux de mortalité prématurée est considéré comme une bonne mesure de l'état de santé de l'ensemble d'une population. Les régions aux taux de mortalité prématurée plus élevés ont tendance à avoir un plus lourd fardeau de maladies et des taux de santé autoévaluée plus bas.¹¹ De plus, le taux de mortalité prématurée est une bonne façon de repérer les améliorations dans la santé de la population, car les taux devraient tomber avec les conditions de santé améliorées, et du même coup, entraîner une durée de vie plus longue.

Comme c'était le cas avec les taux de mortalité en général, les taux de mortalité prématurée aux TNO ont nettement baissé au cours des années 1980, passant de 36,6 décès par 10 000 personnes en 1980-1982 à 26 par 10 000 en 1990-1992. Une grande partie de ces décès était attribuable à une baisse du taux de décès par blessures. Une légère baisse s'est poursuivie au cours des années 1990, en 2000-2002, le taux de mortalité prématurée standardisé selon l'âge avait atteint 22 par 10 000 personnes, mais cette tendance n'était pas importante. Le taux pour les TNO en 2000-2002 était nettement plus élevé que le taux canadien de 2001, standardisé selon l'âge, de 15,6 par 10 000 personnes.¹²

Les hommes des TNO risquaient nettement plus que les femmes de décéder avant l'âge de 75 ans. En 2000-2002, le taux de mortalité prématurée standardisé selon l'âge était de 26,9 décès par 10 000 personnes par rapport au taux des femmes qui était de 16,5 par 10 000 (voir figure 4.5.1). Cette différence était en grande partie attribuable aux taux de mortalité plus élevés chez les hommes.

La plupart des décès par blessures se sont produits avant l'âge de 75 ans. Le taux pour les deux sexes a baissé de façon importante au cours des années 1980, mais s'est stabilisé au cours des années 1990.

Le cancer a compté pour plus de 29 % de toutes les décès prématurés entre 2000 et 2002, suivi de près par les blessures (27 %). Les maladies cardiovasculaires ont compté pour 15 % de tous les décès prématurés au cours de ces trois années. Chez les hommes, les blessures ont compté pour 33 % de tous les décès prématurés, suivies du cancer (26 %) et des maladies cardiovasculaires (17 %). Par contre, le cancer était la principale cause de décès prématurés chez les femmes (35 %) suivi par les blessures (16 %).



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

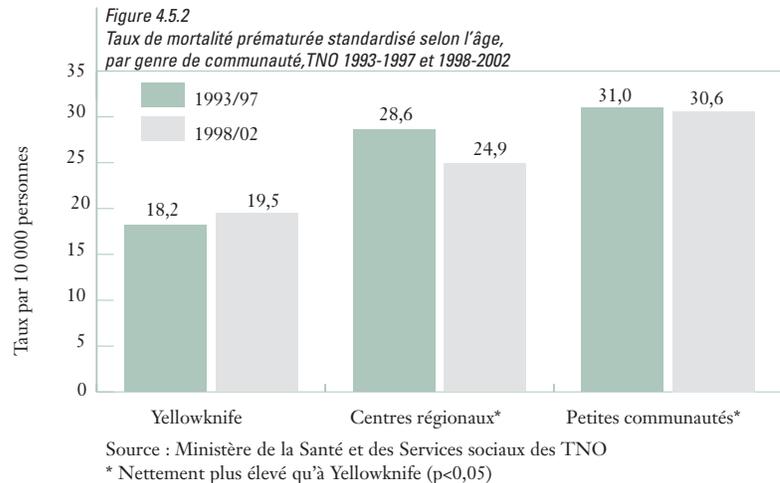
Note : Baisse importante chez les hommes et les femmes entre 1980-1982 et 1990-1992 ($p < 0,05$)

¹¹ Martens P.J., et. al. (2003). *The Manitoba RHA Indicators Atlas: population-Based Comparisons of Health and Health Care Use*. Manitoba Centre for Health Policy. Winnipeg.

¹² Source : Statistique Canada. Tous les taux sont standardisés selon l'âge en utilisant la population des TNO de 1991 comme norme.

La figure 4.5.2 illustre les taux de mortalité prématurée standardisés selon l'âge, par genre de communauté, pour les périodes 1993-1997 et 1998-2002.¹³

Les taux pour les deux périodes étaient similaires pour tous les genres de communautés. Quand les taux de mortalité prématurée standardisés selon l'âge étaient comparés, il existait des différences importantes entre les genres de communautés. Le taux dans les centres régionaux était nettement plus élevé que le taux à Yellowknife. Le taux dans les petites communautés était également nettement plus élevé que le taux à Yellowknife. De plus, la différence entre les petites communautés et les centres régionaux avait tendance à être importante ($p=0.06$).



¹³ En raison des petites tailles de la population, les taux de mortalité prématurée pour chaque genre de communauté ont été calculés sur des périodes de cinq ans, pour assurer la stabilité

Partie B :
Déterminants de la santé

Chapitre 5

Influences socio-économiques sur la santé

Les données démographiques d'une population (sa taille, sa composition et autres caractéristiques) ont une influence sur la santé de cette population dans son ensemble. Par exemple, une population avec un grand pourcentage de personnes âgées aura des conditions de santé et des besoins en matière de santé différents de ceux d'une population avec un grand pourcentage d'enfants. Les conditions socioéconomiques constituent également un déterminant important de la santé. Il existe des corrélations positives entre l'éducation, l'emploi, le revenu et l'état de santé. Autrement dit, les personnes qui sont pauvres et qui se débattent en raison d'un manque d'éducation et/ou d'emploi risquent davantage d'avoir de plus grands besoins en matière de soins de santé et de services sociaux. Une situation socioéconomique précaire peut entraîner des maladies associées à la privation et au stress, et mener à moins de contrôle sur les circonstances de la vie et, par conséquent, sur la capacité à agir.¹

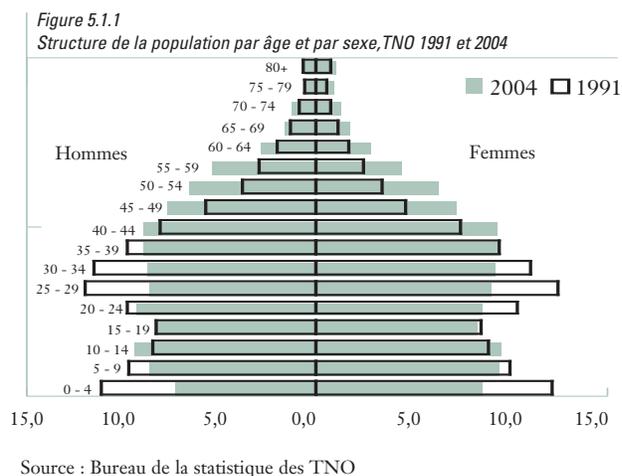
5.1 Âge et sexe

La figure 5.1.1 illustre la structure d'âge de la population des Territoires du Nord-Ouest en 1991 et en 2004. Les différences dans les formes des pyramides de la population illustrent les changements dans la répartition par âges. La moitié du bas de la pyramide s'est rétrécie au cours des 14 dernières années, alors que la moitié du haut s'est élargie, ce qui est le signe d'une population vieillissante. Le changement est particulièrement évident chez les personnes âgées entre 45 et 64 ans.

En 2004, environ 25 % de la population avait moins de 15 ans, ce qui représente une diminution par rapport à 28 % en 1991. Le pourcentage de la population entre 15 et 44 ans a également diminué au cours de cette même période, passant de 56 % à 50 %. À l'opposé, 20 % de la population avait entre 45 et 64 ans, et un peu plus de 4 % de la population, 65 ans et plus en 2004, par rapport à 13 % et à 3 % en 1991.

Les hommes sont légèrement plus nombreux que les femmes (52 % par rapport à 48 %). Cependant, dans le groupe d'âges des 70 ans et plus, il y avait plus de femmes que d'hommes (54 % par rapport à 46 %), en raison de l'espérance de vie plus longue chez les femmes.

Près de la moitié des résidents de 65 ans et plus vivent présentement dans les petites communautés des TNO. Les personnes âgées composent 5 % de la population de ces communautés, par rapport à 2 % à Yellowknife, et à 3 % dans les centres régionaux de Hay River, de Fort Smith et d'Inuvik. Le pourcentage de la population des personnes de moins de 15 ans est également plus élevé dans les petites communautés. Il en résulte donc que ces communautés ont les rapports de dépendance les plus élevés² aux TNO.

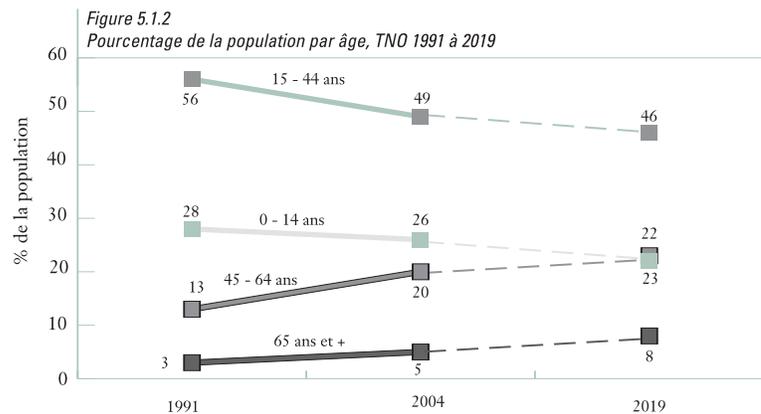


¹ T. Kue Young, *Population Health: Concepts and Methods* (New York: Oxford Press, 1998).

² Le rapport de dépendance est le pourcentage de la population de moins de 15 ans et de plus de 65 ans par rapport au reste de la population.

Entre 1991 et 2004, la population des TNO a augmenté de 10 %, passant de 38 750 habitants à 42 810. La taille d'une population augmente quand il y a plus de naissances que de décès (accroissement naturel) et/ou plus de gens qui viennent dans une région que ceux qui en partent (immigration nette). Au cours des quinze dernières années, le nombre de naissances a eu tendance à surpasser les décès dans une proportion de 5 pour 1. La migration a eu de grandes répercussions variables sur la population des Territoires du cours de cette période. La population des TNO a diminué entre 1996 et 2001 en raison d'un exode net associé à la réduction des effectifs du gouvernement et à un repli de l'industrie minière de l'or. Depuis 2001, la population a augmenté chaque année, car plus de gens déménagent aux Territoires en raison d'une reprise de l'économie suite à l'exploitation de deux mines de diamant et à l'exploration pétrolière et gazière. On s'attend à ce que la population entre dans une période d'accroissement continu, à mesure que l'économie continue de prospérer. On s'attend à ce que la population de 2019 soit d'un peu plus de 50 300 habitants.³

Alors que la population des TNO continuera d'être relativement jeune dans un avenir rapproché, par rapport au reste du Canada, elle est tout de même vieillissante. Comme on peut le constater à la figure 5.1.2, on s'attend à ce que le pourcentage de la population de 65 ans et plus augmente, passant de 5 % actuellement, à 8 % en 2019. On s'attend à ce que le nombre de personnes âgées augmente de plus du double au cours de cette période, ce qui en fera le groupe d'âges grossissant le plus rapidement. Par contre, on s'attend à ce que le nombre de personnes âgées entre 45 et 64 ans augmente de 35 %, ce qui en fera le deuxième groupe d'âges augmentant le plus rapidement. Dans l'ensemble, à mesure que la population vieillit, on s'attend à ce que le pourcentage de la population des TNO de 45 ans et plus augmente de 50 % et plus au cours des 15 prochaines années. Il en résulte donc que le nombre de résidents susceptibles de souffrir d'un grand nombre de maladies chroniques, incluant les maladies cardiaques et le cancer, et le besoin de services associés, devraient également augmenter, à moins de changements majeurs dans bon nombre de déterminants sous-jacents de la santé, comme les pratiques d'hygiène personnelle (voir chapitre 7).



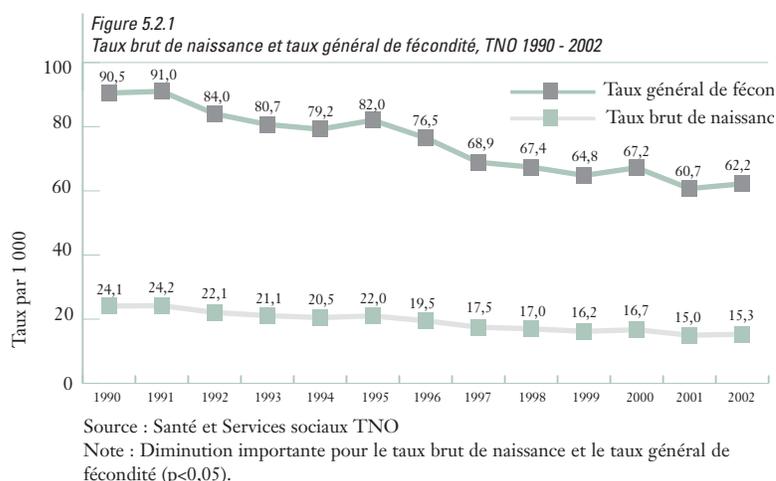
Source: NWT Bureau of Statistics
Note: Dotted line indicates projected population estimates.

5.2 Naissances et fécondité

Comme noté auparavant, un excédent de naissances sur les décès est l'une des principales raisons pour lesquelles une population augmente. Le fait d'examiner les tendances concernant les taux de natalité fournit certaines indications sur la santé de la reproduction, de même que la nécessité de services qui contribuent à la santé de la reproduction et à la santé infantile. On utilise plusieurs indicateurs pour mesurer la fécondité d'une population. L'un de ces indicateurs est le taux brut de natalité, soit le ratio du nombre de naissances vivantes au cours d'une période de temps donnée par rapport à la population de cette période. Une mesure plus raffinée est le taux général de fécondité, soit le ratio du nombre de naissances vivantes par rapport au nombre de femmes en âge de procréer (en général de 15 à 44 ans).

³ Bureau de la statistique des TNO : <http://www.stats.gov.nt.ca/Statinfo/Demographics/population/popproj.html>

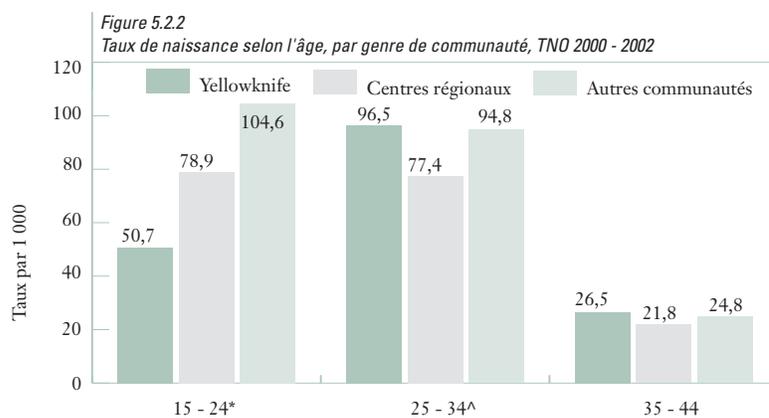
Le taux brut de natalité aux TNO a diminué de 36 % entre 1990 et 2002, passant de 24,1 à 15,3 naissances par 1 000 habitants. La figure 5.2.1 illustre également une baisse importante dans le taux de fécondité général de 90,5 à 62,2 par 1 000 femmes entre 15 et 44 ans. Le nombre de femmes en âge de procréer a augmenté légèrement au cours de cette période. Par contre, le nombre annuel de naissances a diminué d'environ 900 vers le début des années 1990, à 635 en 2002.



Le taux de fécondité selon l'âge

(le nombre de naissances par rapport aux femmes d'un groupe d'âges spécifique) constitue un autre indicateur, plus détaillé, de la fécondité au sein même d'une population. Une diminution dans les taux de natalité par âge pour les femmes âgées entre 15 et 24 ans et celles âgées entre 25 et 34 ans comptent pour la diminution dans le taux général de fécondité observé à la figure 5.2.1. Le taux de natalité par âge pour les femmes âgées entre 15 et 24 ans a diminué de façon importante, passant de 110,9 en 1990 à 70,7 naissances par 1 000 en 2002 (voir la section 8.3 pour une discussion sur les naissances chez les adolescentes). Pour les femmes âgées entre 25 et 34 ans, le taux de natalité a diminué de façon importante, passant de 121,6 à 97,6 par 1 000. Par contre, le taux de natalité chez les femmes âgées entre 35 et 44 ans est demeuré plutôt stable tout au long de la période de treize ans (21,4 par 1 000 en 1990 et 20,5 par 1 000 en 2002).⁴

Le taux de fécondité général pour Yellowknife et les centres régionaux de Hay River, de Fort Smith et d'Inuvik étaient semblables au cours de la période allant de 2000 à 2002 (56,9 et 58,1 naissances par 1 000 respectivement). Les deux étaient nettement plus bas que le taux pour les petites communautés (77,7 par 1 000 femmes de 15 à 44 ans). La figure 5.2.2 illustre les taux de natalité par groupes d'âges spécifiques par genre de communauté.



Source : Santé et Services sociaux TNO

* Tous les groupes sont nettement différents,

^ Yellowknife et les autres communautés nettement plus élevées que les centres régionaux ($p < 0,05$).

⁴ Les naissances chez les femmes de moins de 15 ans ont été attribuées au groupe d'âges des 15-24 ans. Les naissances chez les femmes de plus de 44 ans ont été attribuées au groupe d'âges des 35-44 ans.

Les femmes donnant naissance dans les petites communautés risquaient davantage que celles de Yellowknife et des centres régionaux d'avoir entre 15 et 24 ans. Près de la moitié de toutes les naissances chez les femmes de ces communautés se produisaient dans ce groupe d'âges, par rapport au quart à Yellowknife et à environ 40 % dans les centres régionaux. Le taux de natalité pour les femmes âgées entre 15 et 24 ans dans les petites communautés était nettement plus élevé que le taux à Yellowknife et dans les centres régionaux. Cependant, le taux pour les centres régionaux était nettement plus élevé que le taux pour Yellowknife (voir figure 5.2.2).

Les taux de natalité pour les femmes âgées entre 25 et 34 ans étaient semblables pour Yellowknife et les petites communautés (96,5 et 94,8 par 1 000). Les deux étaient nettement plus élevés que le taux pour les femmes vivant dans les centres régionaux (77,4 par 1 000). À Yellowknife, près de 60 % de tous les bébés sont nés de femmes de ce groupe d'âges, par rapport à 47 % dans les centres régionaux et à 44 % dans les petites communautés. Par contre, les femmes de ce groupe d'âges vivant dans les petites communautés risquaient davantage que les femmes dans les centres régionaux et à Yellowknife d'avoir déjà accouché auparavant (84 %, 67 % et 53 % respectivement).⁵ Par contre, le taux de naissance chez les femmes âgées de 35 à 44 ans était semblable pour les trois genres de communautés. À Yellowknife, un pourcentage plus élevé de naissances se sont produites chez les femmes de ce groupe d'âges (18 %), par rapport à 13 % pour les centres régionaux et 9 % pour les petites communautés.

5.3 Éducation et alphabétisation

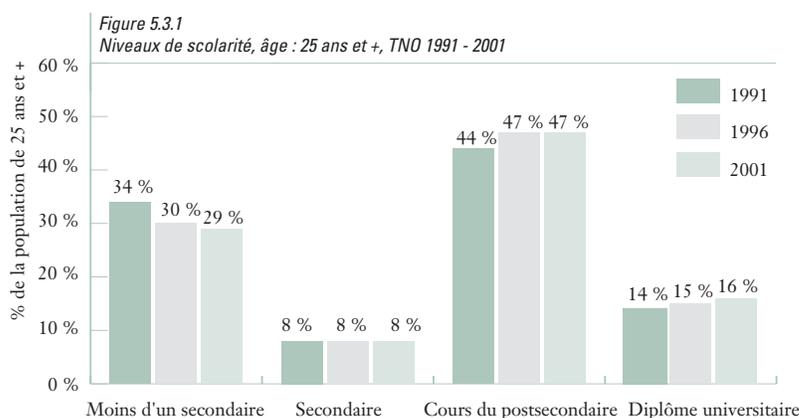
Les hauts niveaux de scolarité sont associés à de hauts niveaux de santé, à une espérance de vie plus longue et à d'autres résultats positifs. Le niveau de scolarité atteint est un facteur clé en ce qui concerne la situation socioéconomique. Une personne avec un haut niveau de scolarité risque davantage d'adopter des comportements sains et d'éviter les choix de vie malsains.⁶ Par exemple, aux TNO, le taux de tabagisme pour les résidents de 20 ans et plus ayant moins d'un secondaire est deux fois plus élevé que le taux pour ceux qui ont un diplôme universitaire. Le taux standardisé selon l'âge pour le premier groupe était de 62 % en 2003, par rapport à 27 % pour le dernier groupe.⁷ Un niveau élevé de scolarité fournit aux gens les connaissances et les habiletés pour résoudre les problèmes, et les aide à développer un sens de la maîtrise sur les circonstances de la vie. Cela permet également d'améliorer leur capacité à avoir accès à l'information faisant la promotion d'une bonne santé et à la comprendre.

⁵ Toutes les différences étaient statistiquement importantes ($p < 0,05$).

⁶ Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. 1999. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

⁷ Source: Statistique Canada : Dossier partagé de l'ESCC de 2003. *La population des TNO en 2003 était utilisée comme norme. La standardisation selon l'âge était nécessaire parce que les niveaux de scolarité et l'âge sont inversement associés à ce que sont l'âge et les taux de tabagisme. Par exemple, 63 % de la population de 65 ans et plus avaient moins d'une neuvième année, par rapport à moins de 10 % des personnes de moins de 54 ans.*

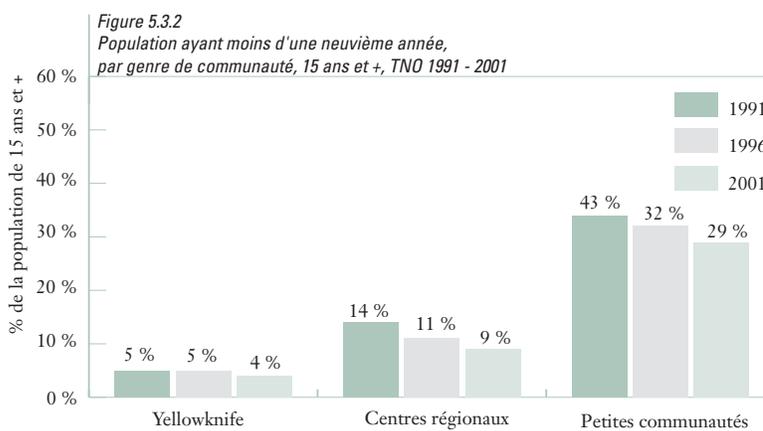
La figure 5.3.1 illustre que le niveau de scolarité atteint des résidents des TNO âgés de 25 ans et plus s'est amélioré entre 1991 et 2001. Le pourcentage de la population ayant moins d'un secondaire a diminué, passant de 34 % à 29 %. Cependant, le pourcentage de la population ayant suivi des cours au postsecondaire a augmenté, passant de 44 % à 47 %, et le pourcentage avec un diplôme universitaire a augmenté, passant de 14 % à 16 %. Entre 1991-1992 et 2000-2001, le nombre d'inscriptions au postsecondaire à temps plein s'est accru de près du tiers, passant à environ 950 à plus de 1 300.⁸ Pour ce qui est des différences entre sexes, il y a présentement peu de différence dans le niveau de scolarité atteint entre les hommes et les femmes.⁹



Source : Bureau de la statistique des TNO

Sans doute que l'indicateur de l'éducation le plus pertinent pour la santé et le bien-être est l'alphabétisation. Sans de solides soutiens sociaux, les gens qui sont moins alphabétisés peuvent trouver difficile d'avoir accès à l'information sur la santé et aux services. Ils risquent également davantage d'être sans emploi et pauvres. En l'absence de données exhaustives sur les niveaux d'alphabétisation aux TNO, l'achèvement de la neuvième année est utilisé comme indicateur approximatif d'alphabétisation. Naturellement, il y a des gens qui ont moins d'une neuvième année qui sont alphabétisés, et d'autres avec des niveaux scolaires plus élevés qui ont de pauvres habiletés en matière d'alphabétisation.

Le plus grand changement dans le niveau de scolarité atteint aux TNO se retrouve dans le pourcentage de la population ayant moins d'une neuvième année de scolarité. Le pourcentage de la population ayant moins d'une neuvième année a diminué, passant de 19 % en 1991 à 13 % en 2001. Comme illustré à la figure 5.3.2, le pourcentage de la population ayant moins d'une neuvième année a diminué un peu partout aux TNO au cours de cette période de dix ans. Cependant, malgré les améliorations remarquables, les petites communautés ont encore les pourcentages les plus élevés de personnes ayant moins d'une neuvième année. En 2001, plus d'une personne sur quatre de ces petites communautés avait moins d'une neuvième année, soit environ sept fois le pourcentage pour les résidents de Yellowknife.



Source : Bureau de la statistique des TNO

⁸ Ministère de l'Éducation, de la Culture et de la Formation, *NWT Indicators 2003*, Figure 16.

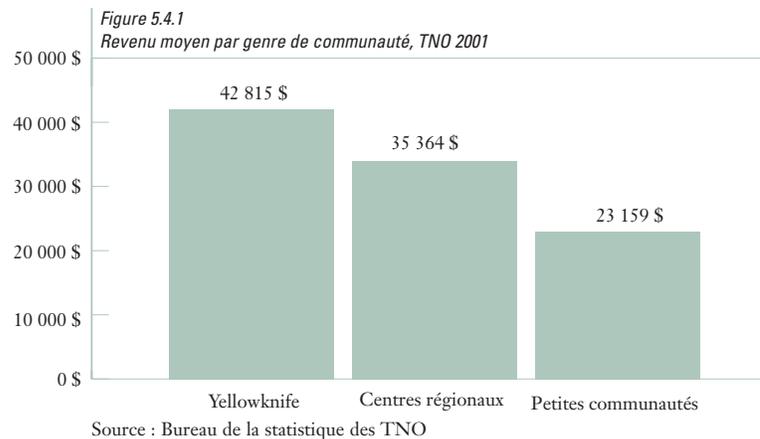
⁹ Statistique Canada, *recensement de 2001*.

5.4 Revenu

Le Rapport sur la santé des Canadiens et des Canadiennes de 1996 dit que « Les revenus élevés sont liés à une meilleure santé, non seulement en raison de la capacité d'acheter un logement adéquat, de la nourriture et autres nécessités de base. Un revenu plus élevé signifie également plus de choix et un sentiment d'avoir davantage de contrôle sur les décisions de notre vie. Ce sentiment d'avoir le contrôle est la base même d'une bonne santé. »¹⁰ Un revenu élevé entraîne généralement davantage de contrôle et de pouvoir discrétionnaire. Des choix limités et de pauvres habiletés d'adaptation pour affronter le stress peuvent accroître la vulnérabilité à toute une variété de maladies.

Les gens ayant une tranche de revenus plus élevée ont tendance à être plus en santé et à vivre plus longtemps que ceux qui sont dans les tranches plus basses. Par exemple, les résidents des TNO dans le groupe de revenus les plus bas étaient deux fois plus enclins que les résidents du groupe de revenus plus élevés d'autoévaluer leur santé comme passable ou mauvaise.¹¹ De plus, la relation entre la santé et le revenu n'est pas seulement une question d'être très riche ou très pauvre. Il existe également un gradient dans l'état de santé, comme le fait que la santé s'accroît à chaque étape de la hiérarchie du revenu. Autrement dit, les gens aux revenus élevés ont plus de chance d'être en bonne santé que les gens à revenus moyens qui, à leur tour, sont plus en santé que les gens à bas revenus. Un écart entre les riches et les pauvres existe pour la plupart des genres de maladies et pour la plupart des causes de décès. Autrement dit, non seulement la personne pauvre souffre de certains genres de maladies, mais elle risque davantage de contracter une maladie et d'en mourir.¹²

Le revenu moyen est une façon de mesurer le revenu au sein d'une population. Comme on peut le voir à la figure 5.4.1, le revenu moyen à l'échelle des TNO varie, allant d'un maximum de 42 815 \$ à Yellowknife, à un minimum de 23 159 \$ dans les petites communautés. Il existe également des différences de revenus entre les hommes et les femmes. Les hommes ont tendance à gagner davantage que les femmes, soit en moyenne 39 795 \$ par rapport à 29 912 \$ en 2000, selon le recensement de 2001.

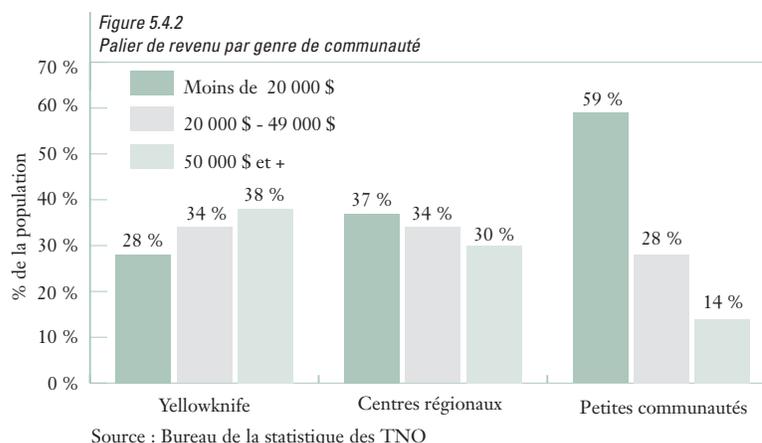


¹⁰ Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. 1999. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada., p. 28.

¹¹ Comme le revenu est étroitement lié à l'âge, avec les jeunes et les personnes âgées ayant tendance à avoir des revenus moins élevés que les gens âgés entre 25 et 64 ans, les taux ont été standardisés selon l'âge, en utilisant la population de l'ESCC de 2003 comme norme.

¹² Dennis Raphael and Sara Farrell, "Income Inequality and Cardiovascular Disease in North America: Shifting the Paradigm" in *Harvard Health Policy Review*, Automne 2002, Vol. 3, N° 2.

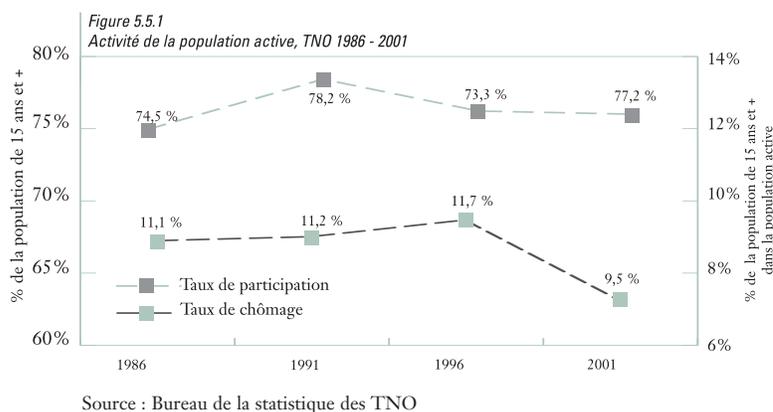
Une autre façon de mesurer le revenu est de présenter le pourcentage de la population par niveau ou tranche de revenus. La figure 5.4.2 illustre le pourcentage de la population par genre de communauté dans les trois tranches de revenus : moins de 20 000 \$, entre 20 000 \$ et 49 999 \$ et 50 000 \$ et plus. Yellowknife a le plus bas pourcentage de personnes gagnant moins de 20 000 \$, et le plus haut pourcentage de personnes gagnant plus de 50 000 \$.¹³



5.5 Emploi

L'emploi est un autre aspect important du milieu socioéconomique affectant la santé. Les gens en chômage ont tendance à avoir une espérance de vie réduite et à souffrir de plus de problèmes de santé que ceux qui travaillent. Même un emploi instable peut constituer une situation pénible, et entraîner un stress qui, à son tour, a une répercussion négative sur le bien-être physique, mental et social des gens.¹⁴

Selon les données du recensement de 2001, 77 % des résidents des TNO de 15 ans et plus faisaient partie de la population active : ils étaient employés ou cherchaient activement un travail. Cela signifie que 23 % de la population ne faisait pas partie de la population active et était engagée dans des activités ménagères non payées ou ne cherchait pas activement un emploi. Le taux de chômage était de 9,5 % en 2001, en baisse par rapport à 11,7 % en 1996 (voir figure 5.5.1). L'économie des TNO a continué de s'améliorer, créant plus d'emplois et réduisant le chômage. Des signes de cette amélioration ont été constatés dans un sondage mensuel de la population active avec les données les plus récentes pour 2003, situant le taux de chômage des TNO à 7,1 %, avec des taux de participation qui demeurent plutôt constants depuis 1991.¹⁵



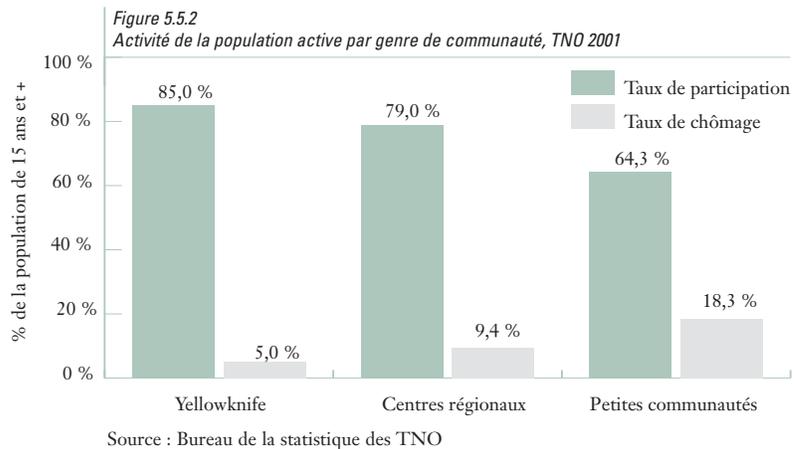
¹³ L'analyse comparative des revenus sur plusieurs années est difficile en raison des changements dans le coût de la vie, par ex. un dollar valait plus il y a cinq ans qu'il n'en vaut maintenant.

¹⁴ Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. 1999. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

¹⁵ Bureau de la statistique des TNO, *Statistics Quarterly*, Vol. 26 N°. 4.

Le taux d'hommes sur le marché du travail est plus élevé que celui des femmes. En 2001, le taux de participation pour les hommes était de 80,5 %, par rapport à 73,6 % pour les femmes. Cependant, le taux de chômage était plus élevé chez les hommes que chez les femmes (10,4 % par rapport à 8,5 %). Le taux de femmes sur le marché du travail a considérablement augmenté au cours des années 1980, passant de 50 % en 1981 à 73 % en 1991.

Les jeunes âgés entre 15 et 24 ans avaient plus de difficulté à se trouver un emploi par rapport aux personnes plus âgées. À 18 %, le taux de chômage pour ce groupe d'âges était presque deux fois plus élevé que les autres groupes d'âges, en 2001. Cependant, ils avaient le deuxième taux de participation le plus bas (62 %) – les personnes âgées avaient le taux le plus bas (16 %). Même si le taux peu élevé de participation chez les jeunes peut refléter les inscriptions dans des programmes d'éducation, cela peut également indiquer les difficultés qu'ils ont à entrer sur le marché du travail.



Aux TNO, il existait des différences importantes entre les communautés en ce qui concerne l'activité du marché du travail. Le taux de chômage était plus bas, et le taux de participation plus élevé à Yellowknife qu'ailleurs aux TNO. Par contre, les marchés du travail étaient plus actifs dans les centres régionaux de Hay River, de Fort Smith et d'Inuvik, que dans les petites communautés.

En 2001, le taux de chômage à Yellowknife était de 5 %, par rapport à 9,4 % dans les centres régionaux et à 18,3 % dans les petites communautés (voir figure 5.5.2). À 64,3 %, le taux de participation dans les petites communautés était beaucoup plus bas qu'à Yellowknife (85 %) et que dans les centres régionaux (70 %). En raison d'une rareté d'emplois stables, les gens des petites communautés peuvent également renoncer à chercher du travail et ainsi, devenir exclus des chiffres concernant la population active. Si ces gens étaient exclus des chiffres concernant la population active, les chiffres concernant le chômage seraient donc plus élevés.¹⁶ Les taux de participation à la population active tendent à s'accroître et les taux de chômage tendent à diminuer, en raison des niveaux de scolarité plus élevés. Comme on l'a dit précédemment, les gens de Yellowknife et des centres régionaux avaient également tendance à avoir des niveaux de scolarité plus élevés que la population des petites communautés.

¹⁶ Pour faire des comparaisons des définitions de chômage standard (national) et de chômage alternatif (aucun emploi disponible), voir le Bureau de la Statistique des TNO, 1994 Labour Force Survey Overall Results and Community Detail, Report N°. 1, p. 14.

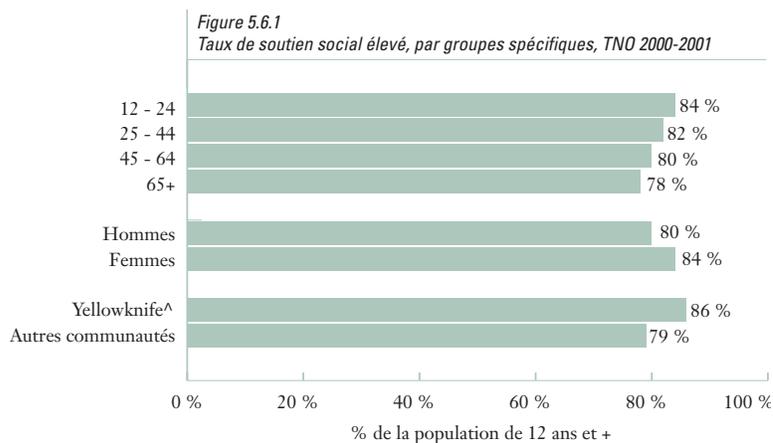
ENVIRONNEMENT SOCIAL

L'environnement social comprend les réseaux informels dans lesquels les gens s'engagent, les groupes formels auxquels ils appartiennent et les communautés où ils vivent. Le fait de recevoir de hauts niveaux de soutien de la part de la famille et des amis en épisode de stress, de s'engager dans la vie communautaire et de vivre dans une communauté sécuritaire semblent tous être des éléments qui accroissent le sens de bien-être des gens et agir comme amortisseurs face aux problèmes de santé.¹⁷ L'isolement et la solitude sont souvent associés à un état de santé inférieur. Cette section examine trois indicateurs de l'environnement social, du soutien social, du bénévolat et de la sécurité personnelle (violence à la maison et criminalité dans la communauté).

5.6 Soutien social

Le soutien des familles, des amis et des communautés peut être très important pour aider les gens à résoudre leurs problèmes et à affronter l'adversité, de même qu'à préserver un sentiment de contrôle sur les circonstances de la vie. L'ESCC de 2003 n'a pas posé de questions sur le soutien social aux résidents des TNO, mais des questions étaient incluses dans le cycle de l'enquête 2001-2002. Dans cette analyse, le niveau de soutien social perçu est défini comme ayant un soutien émotionnel ou informationnel basé sur une série de questions sur le nombre de fois qu'une personne a pu se confier à quelqu'un, lui demander conseil et lui faire confiance pour partager ses sentiments intimes. À partir des réponses à ces questions, un index a été créé pour mesurer le niveau de soutien social.

La figure 5.6.1 illustre le pourcentage de la population avec un niveau élevé de soutien social, par groupe d'âges, et pour d'autres groupes spécifiques. La plupart des résidents des TNO ont rapporté avoir un haut niveau de soutien social (82 % dans l'ensemble), avec aucune différence entre les groupes d'âges. Les hommes et les femmes ont rapporté des niveaux semblables de soutien social. Une différence importante a été notée quand on a comparé les résidents de Yellowknife aux résidents vivant dans les autres communautés des TNO. Les résidents de Yellowknife étaient plus enclins à rapporter un niveau élevé de soutien social (86 % par rapport à 79 %).



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2000-2001

[^] Vraiment plus élevé que les autres communautés ($p < 0,05$).

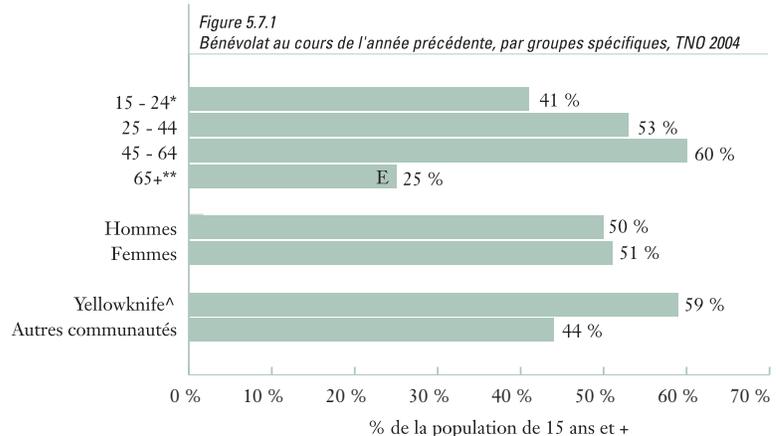
¹⁷ Comité fédéral-provincial-territorial sur la santé de la population. 1999. *Pour un avenir en santé : Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne*. Travaux publics et Services gouvernementaux Canada.

5.7 Bénévolat

La santé d'une communauté est influencée par la quantité de capital social et de vitalité civique qui existent. La participation des citoyens à des activités bénévoles constitue un aspect important d'une société civique solide. L'engagement dans des réseaux sociaux semble également avoir un effet bénéfique sur l'état de santé. En 2004, on a demandé aux résidents des TNO de 15 ans et plus s'ils avaient participé à des activités bénévoles au cours de l'année précédente. Environ 51 % ont indiqué que ça avait été le cas.

Les résidents âgés entre 25 et 64 ans étaient plus enclins à rapporter avoir participé à des activités bénévoles que ceux âgés entre 15 et 24 ans et que les personnes âgées de 65 ans et plus (voir figure 5.7.1).

Les taux de bénévolat étaient semblables chez les hommes et les femmes (respectivement 50 % et 51 %). Cependant, les résidents de Yellowknife étaient plus enclins à s'engager dans des organismes de bénévolat que les résidents des autres communautés des TNO.



Source : Sondage de 2004 sur l'usage du tabac dans le Nord

* Nettement moins élevé que les 25-44 et les 45-64,

** nettement moins élevé que les autres catégories d'âges

^ Vraiment plus élevé que les autres communautés (p<0,05).

E = Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence.

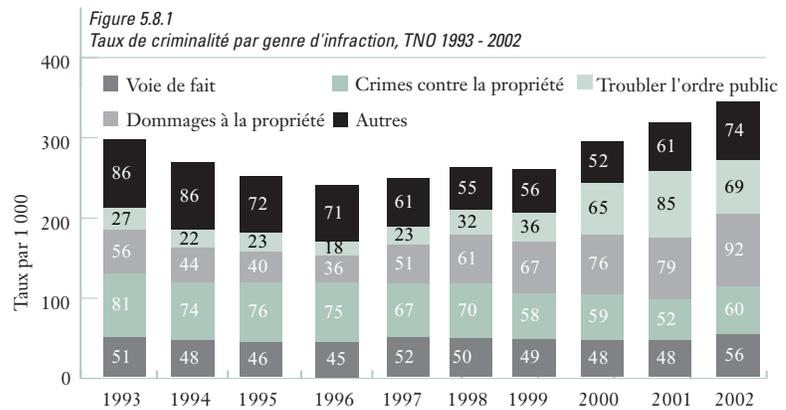
5.8 Criminalité dans la communauté

Le taux de criminalité est un indicateur du niveau de sécurité d'une communauté. Les victimes d'actes criminels sont affectées négativement, et leur santé peut souffrir en raison de blessures de même que de stress causés par l'insécurité et la peur. Les gens condamnés de crimes graves sont souvent retirés de leur communauté de résidence et, dans les cas de sentences de plus de deux ans, retirés des Territoires mêmes.

Des changements extrêmes dans l'économie fondée sur la communauté peuvent causer une augmentation du taux de criminalité, particulièrement dans le domaine du trafic de drogues et des infractions contre les biens. De plus, les taux de criminalité sont influencés par les changements démographiques dans la pondération relative des groupes d'âges de toute population donnée. Par exemple, comme les crimes liés aux infractions contre la propriété et à l'abus de substances sont souvent perpétrés par des jeunes ou des jeunes adultes, les taux de criminalité peuvent diminuer au fil du temps, simple reflet d'une population vieillissante.

Dans l'ensemble, le taux de criminalité des TNO a augmenté au cours des dernières années, après avoir beaucoup diminué au cours des années 1990. Entre 1993 et 1997, dans l'ensemble, le taux a diminué de 16 %, passant de 302 à 254 incidents par 1 000 personnes. Par contre, vers le milieu des années 1990, la tendance s'est renversée, avec un taux de criminalité qui s'est accru de 31 %, passant de 268 à 351 par 1 000 personnes, entre 1998 et 2002. Dans l'ensemble, l'augmentation est en grande partie attribuable aux augmentations des infractions relativement moins graves, particulièrement les dommages causés à la propriété et le fait de troubler l'ordre public, qui ont respectivement augmenté de 50 % et de 112 % depuis 1997. Par contre, le taux d'agressions est demeuré plutôt stable au cours des neuf dernières années, alors que les infractions contra la propriété ont baissé, passant de 81 à 60 par 1 000 personnes entre 1993 et 2002 (voir figure 5.8.1).

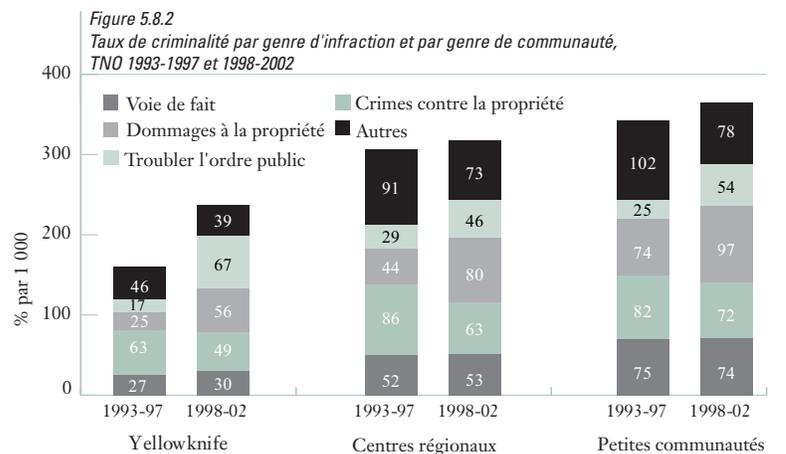
En ce qui concerne les contrevenants, le pourcentage de jeunes (âgés entre 12 et 17 ans) accusés est virtuellement demeuré inchangé, à 20 % entre 1993 à 2002. Par contre, il y a eu une grande augmentation chez les jeunes contrevenantes. Elles constituent près de 27 % de tous les jeunes contrevenants en 2002, une augmentation de 101 % par rapport au pourcentage de 13 % en 1993. Il y a également eu une augmentation dans le pourcentage des contrevenants adultes qui sont des femmes. Au cours de la même période de neuf ans, le pourcentage des femmes sur le nombre total de contrevenants s'est accru de 42 %, passant de 12 % à 16 %.



Sources : Statistique Canada et Bureau de la statistique des TNO

Entre 1998 et 2002, Yellowknife a eu le taux de criminalité le plus bas, à 241 incidents par 1 000 personnes, par rapport à 315 par 1 000 pour les centres régionaux, et à 373 pour les petites communautés (voir figure 5.8.2). Cependant, malgré le bas taux de criminalité, Yellowknife a connu la plus grande augmentation du taux de criminalité au cours des dernières années. Entre 1993-1997 et 1998-2002, le taux de criminalité dans l'ensemble s'est accru de 35 % à Yellowknife, passant de 178 à 241 crimes par 1 000 personnes, par rapport à un accroissement de 4 % pour les centres régionaux, de 302 à 315 par 1 000 personnes, et un accroissement de 4 % dans les autres communautés, de 359 à 373 par 1 000 personnes.

La figure 5.8.2 compare également les taux de criminalité par genre d'infraction et par genre de communauté. Les trois regroupements ont vu des augmentations du taux de dommages matériels, lesquelles varient de 125 % pour Yellowknife, à 82 % pour les centres régionaux, à 30 % pour les autres communautés. Les incidents concernant le fait de troubler la paix se sont accrus de 285 % à Yellowknife, de 115 % dans les autres communautés et de 59 % dans les centres régionaux. Combinés, les augmentations des incidents concernant les dommages à la propriété et le fait de troubler l'ordre public étaient responsables d'une bonne partie des augmentations de l'ensemble des taux de criminalité dans chaque genre de communauté.



Sources : Statistique Canada et Bureau de la statistique des TNO

Même si l'incidence plus grave de voies de fait n'a pas beaucoup changé entre 1993-1997 et 1998-2002, il existe des différences frappantes entre les genres de communautés. Yellowknife avait le taux le plus bas de voies de fait, avec 30 incidents par 1 000 personnes par rapport à 53 par 1 000 dans les centres régionaux, et à 74 par 1 000 dans les petites communautés.

5.9 Violence familiale

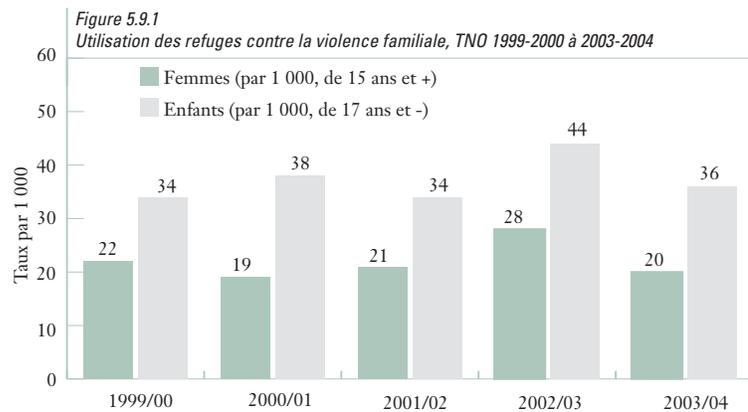
Les victimes de violence familiale risquent davantage de souffrir de préjudices psychologiques de même que physiques ou indirects.¹⁸ Les enfants qui grandissent dans des foyers où sévit la violence risquent plus de devenir eux-mêmes des abuseurs que ceux qui grandissent dans des foyers sans violence. De plus, une étude sur les femmes détenues a révélé que la moitié d'entre elles avaient été victimes d'abus ou avaient été témoins de violence familiale dans leur enfance.¹⁹

Les raisons sous-jacentes à la violence familiale sont complexes et nombreuses. Des études ont démontré que « des facteurs comme le stress et les pressions, associés au chômage des hommes et une piètre situation financière, l'âge, le genre d'union maritale, l'abus émotif, la consommation d'alcool et l'exposition en bas âge à la violence, sont tous là des éléments qui jouent un rôle dans la dynamique complexe des voies de fait contre la conjointe.²⁰

Il existe un nombre de différents indicateurs de violence familiale, incluant la violence conjugale et la violence faite aux enfants (physique, sexuelle, émotionnelle, verbale, financière et psychologique). Il est difficile de mesurer la violence conjugale. La façon de le faire est d'examiner le nombre de femmes et d'enfants qui vont dans des refuges contre la violence familiale. C'est important de se rappeler que les statistiques sur les refuges ne tiennent pas compte de tous les actes de violence conjugale. L'incidence de violence

conjugale est sous-rapporté en raison de plusieurs facteurs : la confidentialité, la dépendance par rapport à l'agresseur, la peur de faire rapport et le manque de connaissance de l'aide offerte.

Les TNO ont cinq refuges contre la violence familiale qui fournissent quelques données statistiques sur le nombre de femmes et d'enfants admis dans leur établissement. La figure 5.9.1 illustre le taux d'admissions de femmes et d'enfants dans les cinq refuges.²¹ Les taux d'admissions étaient assez constants entre 1999-2000 et 2001-2002, tant pour les femmes que pour les enfants. Cependant, le taux a grimpé en 2002-2003 pour les deux groupes, avant de retomber aux niveaux plus caractéristiques en 2003-2004.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

¹⁸ Groupe de travail sur l'information en santé communautaire et S. Chevalier et al, *Indicateurs de santé communautaire : Définitions et interprétations* (Ottawa : Institut canadien d'information sur la santé, Juin 1995), p. 108 et 109.

¹⁹ Conseil national de prévention du crime du Canada, *Profils des délinquants : Comité sur la prévention et les enfants, 1995.*

²⁰ Bunge, Valerie Pattie, et Levett, Andrea, *La violence familiale au Canada : profil statistique en 1998* (Statistique Canada, Mai 1998), p. 13.

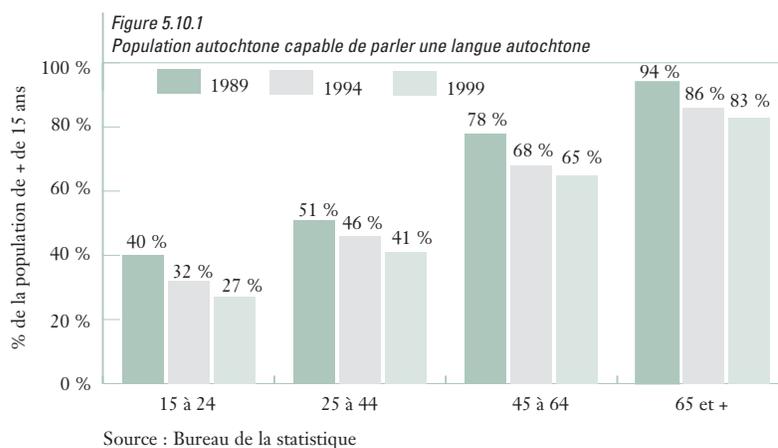
²¹ Les données pour un refuge ne sont pas disponibles pour 2002-2003 et ont été estimées en se fondant sur la moyenne d'admissions au cours des trois années précédentes. Les données concernant le refuge comprennent certains résidents hors des Territoires.

5.10 Continuité culturelle

La culture est importante pour aider à déterminer un sens de l'identité et de l'appartenance. C'est particulièrement pertinent dans le Nord, avec la richesse et la diversité des cultures autochtones et non autochtones. Les Territoires du Nord-Ouest sont culturellement uniques par rapport à une grande partie du Canada. Un peu plus de la moitié de la population des Territoires du Nord-Ouest est constituée d'Autochtones. De plus, la population autochtone est diverse, avec une représentation importante de Dénés, de Métis et d'Inuits. Les populations non autochtones, surtout dans les grands centres, comme à Yellowknife, ont diverses origines culturelles, avec une immigration provenant de plus en plus d'Asie et d'Afrique.

La culture se rattache à la santé de bien des façons. En ce qui concerne sa contribution à la cohésion sociale, le soutien social et un sens d'objectif commun, elle peut avoir une répercussion positive sur la santé de la population. Qui plus est, certaines pratiques culturelles traditionnelles, comme des habitudes alimentaires et un style de vie actif, peuvent également avoir un effet de protection. Par contre, chez les populations qui passent par un changement culturel rapide, la santé peut être touchée négativement si les changements renforcent la vulnérabilité et placent les personnes et les groupes en situation de stress.²² Par exemple, l'expérience des pensionnats a entraîné une rupture familiale et culturelle importante pour bon nombre d'Autochtones.

L'usage d'une langue est étroitement lié à la culture, façonnant la manière dont les gens comprennent le monde environnant et communiquent. L'usage des langues traditionnelles dans les communautés est un indicateur possible de la solidité continue de la culture traditionnelle. La figure 5.10.1 illustre le pourcentage de la population pouvant parler une langue autochtone. Il semble que l'usage des langues autochtones a diminué au cours des années 1990. Ce déclin se remarque chez tous les groupes d'âges. La figure illustre également les énormes différences entre les générations, avec un quart de la population âgée entre 15 et 24 ans qui parle une langue traditionnelle, par rapport à 83 % des personnes âgées de 65 ans et plus.



²² Young T.K. 1998. *Population Health: Concepts and Methods*. New York: Oxford University Press.

Chapitre 6

Environnement physique

La sécurité, la qualité et la durabilité de l'environnement physique ont une répercussion importante sur l'état de santé d'une population. Une bonne santé nécessite l'accès à une bonne qualité de l'air, de l'eau et des aliments. Les menaces environnementales à la santé humaine comprennent des facteurs reliés aux conditions de vie des ménages associées à de l'eau dangereuse à boire, à une pauvre qualité de l'air ambiant, et à des facteurs reliés au développement économique avec des mesures inadéquates en matière de santé et d'environnement, comme la pollution de l'eau et de l'air, les contaminants chimiques dans les aliments et la surexploitation des ressources naturelles.¹

L'eau et les aliments contaminés peuvent constituer une menace pour la santé humaine. Les bactéries transportées dans l'eau et dans les aliments peuvent causer des maladies en quelques heures, alors que les risques chimiques peuvent constituer des problèmes de santé à long terme. La pollution atmosphérique, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur, affecte les poumons et les voies respiratoires. Elle est également absorbée par le sang et transportée partout dans le corps. La pollution de l'air à l'intérieur, comme celle causée par la fumée secondaire, peut être particulièrement dangereuse pour la santé, parce qu'elle est dégagée près des gens et que l'exposition est plus prolongée (particulièrement au cours des mois d'hiver).

À l'échelle mondiale, la réduction de la couche d'ozone, si elle se poursuit, peut causer un accroissement de l'incidence de cataractes et du cancer de la peau. Le changement climatique constitue également une inquiétude pour bon nombre de Ténéois. Pourtant, c'est difficile pour l'instant de déterminer avec exactitude quels effets le changement climatique peut avoir sur l'état de santé des résidents du nord.

¹ *Organisation mondiale de la santé, Rapport sur la santé dans le monde, 1998 La vie au 21st siècle - Une perspective pour tous*

6.1 Climat

Comme la carte et la figure suivantes l'illustrent, les hivers sont longs et froids aux Territoires du Nord-Ouest. Cela signifie que les gens risquent davantage de passer plus de temps à l'intérieur pendant de longues périodes de temps. La qualité de l'air à l'intérieur est donc un point important. Les températures des hivers froids signifient également le risque plus élevé de blessures ou de décès en raison d'exposition dans le Nord que dans le Sud du Canada. De plus, la neige et la glace peuvent rendre les endroits réservés aux piétons glissants, ce qui, par le fait même, accroît le risque de blessures en raison de chutes.

Les Territoires du Nord-Ouest connaissent de grandes variations saisonnières en ce qui concerne la quantité de lumière du jour, laquelle peut également avoir un impact sur l'état de santé des gens. Le manque de lumière du jour pendant l'hiver peut affecter l'humeur des gens, ce qui cause les « blues » de l'hiver et dans certains cas, une dépression clinique. Par contre, les longues heures d'ensoleillement pendant l'été pourraient signifier des taux élevés d'exposition aux rayons ultraviolets, ce qui augmente le risque de cancer de la peau et des cataractes si on ne prend pas de précautions.

	Température moyenne Janv. Juill.		Précipitations moyennes(mm)	Heures et minutes de lumière du jour 21 déc. 21 juin	
Aklavik	-29.4	14.0	207	0:00	24:00
Colville Lake	-30.0	15.3	262	1:27	24:00
Deline	-28.1	16.0	329	3:28	22:16
Dettah	-29.3	16.3	335	4:57	19:59
Enterprise	n/a	n/a	n/a	5:41	19:05
Fort Good Hope	-31.3	16.3	282	2:34	24:00
Fort Liard	-22.5	17.2	447	5:48	18:57
Fort McPherson	-30.5	14.9	344	0:00	24:00
Fort Providence	-27.4	16.3	280	5:24	19:26
Fort Resolution	-27.7	15.6	307	5:28	19:21
Fort Simpson	-25.4	17.2	369	5:12	19:41
Fort Smith	-24.1	16.5	362	5:53	18:52
Gameti	n/a	n/a	229	4:08	21:08
Hay River	-23.1	15.9	320	5:36	19:12
Hay River Reserve	-23.1	15.9	320	5:36	19:12
Holman	-28.6	9.2	162	0:00	24:00
Inuvik	-27.6	14.2	248	0:00	24:00
Jean Marie River	-27.9	18.9	533	5:21	19:31
Kakisa	-26.7	16.7	260	5:33	19:15
Lutsel k'e	-26.0	16.2	293	4:58	19:57
Nahanni Butte	-27.9	18.9	533	5:31	19:17
Norman Wells	-26.5	17.0	291	3:23	22:34
Paulatuk	-28.8	13.6	224	0:00	24:00
Rae Edzo	-27.7	15.9	254	4:47	20:12
Sachs Harbour	-29.3	6.8	149	0:00	24:00
Trout Lake	-27.9	18.9	483	5:44	19:02
Tsiigehtchic	-28.8	14.7	296	0:00	24:00
Tuktoyaktuk	-25.9	10.9	139	0:00	24:00
Tulita	-28.6	16.0	325	3:39	22:06
Wekweti	n/a	n/a	n/a	4:06	21:11
Wha Ti	-27.9	18.9	229	4:39	20:24
Wrigley	-29.3	16.3	335	4:36	20:27
Yellowknife	-26.8	16.8	281	4:57	19:59

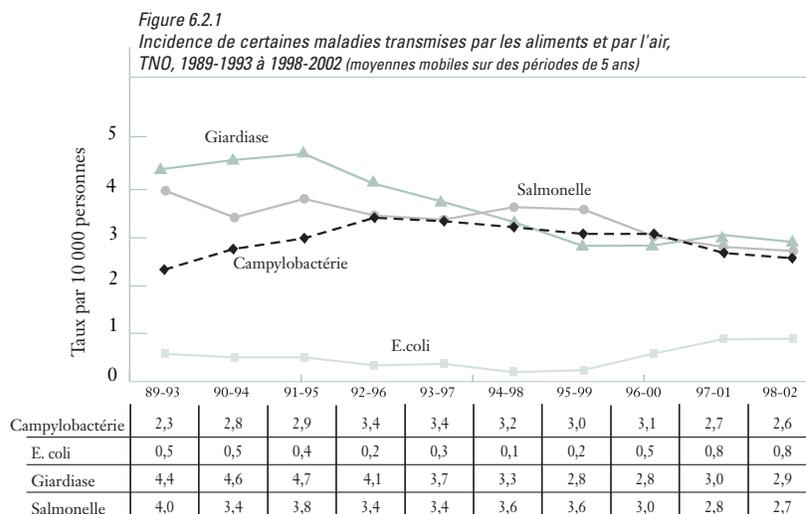


6.2 Sécurité concernant les aliments et l'eau

Un aspect de l'environnement physique qui a un impact sur la santé de la population est la qualité des aliments et de l'approvisionnement d'eau. Une façon de mesurer cela est d'examiner l'incidence des maladies transmises par les aliments et l'eau.

Aux Territoires du Nord-Ouest, les formes les plus courantes de maladies transmises par les aliments et l'eau sont la salmonelle, la giardiase (lamblia) et la campylobactérie. La salmonelle et la campylobactérie peuvent s'attraper en mangeant des aliments crus, pas assez cuits ou non pasteurisés. La giardia se contracte en buvant de l'eau contaminée, non traitée.

L'incidence de ces maladies, de même que le colibacille, ou l'E. coli, contractées par des aliments mal préparés, de même que par des approvisionnements d'eau traitée inadéquatement, est illustrée à la figure 6.2.1.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux

Comme le nombre de cas au cours d'une année donnée est relativement bas pour ces maladies, allant de 11 à 14 cas par année pour la campylobactérie, la giardia et la salmonelle, et de deux cas pour l'E. coli, les données ont été présentées comme moyennes sur des périodes de cinq ans, dans le but de fournir des taux plus stables.² L'incidence de la giardia a diminué au cours des années 1990, passant d'un taux de 4,7 par 10 000 personnes en 1991-1995 à un taux de 2,9 par 10 000 en 1998-2002. L'incidence de la salmonelle a également diminué au cours de cette même période, passant de 3,8 par 10 000 personnes à 2,7 par 10 000.

Il y a eu très peu de changement dans le taux de notification pour la campylobactérie entre 1992-1996 et 1998-2002. Le taux pour cette maladie était de 2,6 par 10 000 en 1991-1995 et en 1998-2002. Le taux pour le E. coli a également peu changé au cours de la dernière décennie. Le taux de cette maladie était de 0,5 par 10 000 en 1989-1993, par rapport à 0,8 par 10 000 en 1998-2002.

6.3 Contaminants de l'environnement

Les contaminants de l'environnement peuvent affecter la santé humaine en entrant dans le corps par différents moyens : l'air qu'on respire, l'eau qu'on boit, ou en consommant des oiseaux, du poisson ou des mammifères qui ont été contaminés dans la chaîne alimentaire. Les contaminants qu'on trouve aux Territoires du Nord-Ouest comprennent des produits chimiques comme les BPC, les pesticides, les dioxydes et des métaux comme le plomb, le mercure et le cadmium. Ces contaminants peuvent provenir de toute une variété de sources, dont les mines, les sites du réseau DEW et les terrains de décharge publique. Cependant, une grande partie des contaminants trouvés dans la chaîne alimentaire arrive aux Territoires du Nord-Ouest en raison d'activités industrielles produites dans le sud du Canada et des États-Unis et qui se déplacent avec les vents.

² De plus, le nombre de cas d'E. coli peut vraiment fluctuer d'une année à l'autre. Une seule flambée de la maladie, en raison de viande à hamburger mal cuite, peut causer plusieurs cas.

Il y a encore une certaine incertitude quant à la nature et à la portée des risques pour la santé humaine causés par les contaminants du Nord. Le gouvernement du Canada a mis sur pied le programme de lutte contre les contaminants dans le Nord pour mesurer et évaluer l'effet des contaminants sur la santé des septentrionaux. Le tout dernier rapport de ce programme, le Rapport II de l'évaluation des contaminants dans l'Arctique canadien a été publié en 2003.³

Le rapport de plusieurs volumes est trop extensif pour pouvoir le résumer ici, mais un message important de ce rapport est le suivant :

« La nourriture traditionnelle est très saine, très nourrissante et apporte de nombreux bienfaits qu'on ne retrouve pas dans d'autres aliments ou pratiques. Des contaminants peuvent à l'occasion être présents dans le poisson ou les animaux sauvages, ce qui cause une certaine inquiétude pour la santé humaine. Les risques pour la santé provenant des contaminants, par contre, sont largement compensés par les bienfaits apportés par l'exploitation, la consommation et la préparation de nourriture traditionnelle.⁴

Sur le vaste sujet concernant la relation entre les contaminants et la santé humaine, le rapport conclut en disant que « il n'est pas encore possible de dire avec certitude que certaines conditions sont causées par les contaminants. La recherche est présentement en cours et même si on s'attend à avoir des résultats au cours des prochaines années, il faut faire davantage de recherche.⁵

6.4 Fumée de tabac ambiante

L'exposition à long terme à la fumée de tabac ambiante (mieux connue sous le nom de fumée secondaire) constitue un danger important pour la santé. En plus d'être un irritant général pour les non-fumeurs, l'exposition à la fumée secondaire est reliée au cancer du poumon, aux maladies respiratoires et cardiovasculaires. Les mères qui fument pendant leur grossesse courent le risque de porter des bébés ayant un poids insuffisant; les enfants vivant dans des maisons où ils sont exposés à la fumée ont des taux plus élevés d'asthme et d'autres problèmes respiratoires.⁶

Il y a deux indicateurs qui fournissent une mesure de l'exposition à la fumée secondaire aux Territoires du Nord-Ouest. Le premier est le pourcentage de la population qui a rapporté que quelqu'un fumait dans leur logement au cours de l'année précédant le sondage. La solidité de cet indicateur est que les données sont disponibles dans l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) de 1994-1995, de même que dans l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC). La faiblesse de cet indicateur

est qu'il comprend les fumeurs et présume de l'exposition à la fumée secondaire des non-fumeurs dans la maison. De plus, il ne comprend pas une exposition rapportée à la fumée secondaire à l'extérieur de la maison (par ex. sur les lieux de travail, au restaurant, dans la voiture). La deuxième mesure examine l'exposition des non-fumeurs à la maison, dans un véhicule ou dans les lieux publics.



Sources : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2000-2001 et Bureau de la statistique des TNO, 1994-1995, ENSP

³ Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (MAINC), *Deuxième rapport de l'évaluation des contaminants sur l'Arctique canadien*, (Ottawa, 2003).

⁴ MAINC, *Deuxième rapport de l'évaluation des contaminants sur l'Arctique canadien, – Points saillants*, (Ottawa, 2003), p. 71.

⁵ *Idem*, p. 72.

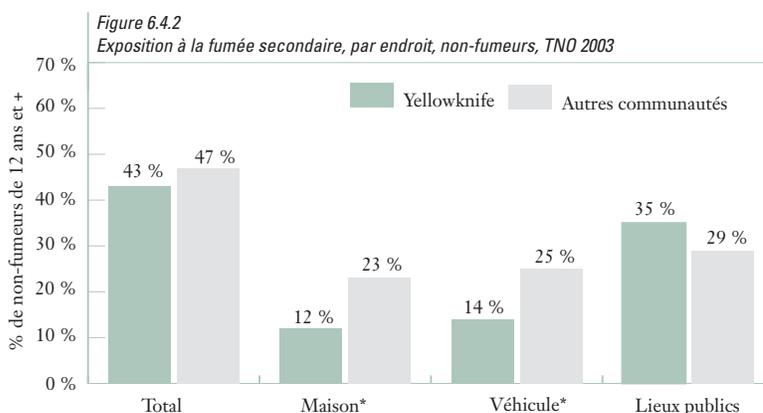
⁶ Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO, *Rapport aux résidents des Territoires du Nord-Ouest sur les indicateurs comparables en matière de santé et de système de santé* (Septembre 2002), p. 29.

L'évidence suggère que même si on fume encore régulièrement à la maison aux TNO, c'est devenu moins courant depuis la deuxième moitié des années 1990. La figure 6.4.1 montre que le pourcentage de résidents de 12 ans et plus qui ont rapporté que quelqu'un fumait régulièrement dans leur maison, a vraiment baissé entre 1994-1995 et 2000-2001, passant de 55 % à 45 %.

Une mesure plus exacte de l'exposition à la fumée secondaire chez la population de 12 ans et plus peut être obtenue dans l'ESCC de 2003. Dans cette enquête, on a demandé aux non-fumeurs s'ils étaient régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, dans un véhicule automobile ou dans des lieux publics.⁷ Environ 44 % des non-fumeurs ont indiqué être exposés à la fumée secondaire tous les jours ou presque dans l'un de ces endroits. Environ 16 % des non-fumeurs ont indiqué être régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, 18 % ont indiqué être exposés à la fumée secondaire tous les jours ou presque dans une voiture ou autre véhicule privé, et 33 % ont indiqué être régulièrement exposés à la fumée secondaire dans des lieux publics, comme les bars, les restaurants et les salles de bingo. C'est important de souligner que ces constatations concernent l'année 2003. Une interdiction de fumer dans les lieux publics est entrée en vigueur à Yellowknife en 2004. On peut donc s'attendre à ce que le pourcentage de non-fumeurs exposés à la fumée secondaire dans les lieux publics soit plus bas, si un sondage semblable est effectué dans l'avenir.

La figure 6.4.2 illustre l'exposition rapportée à la fumée secondaire pour les résidents de Yellowknife et les résidents d'autres communautés des TNO, en 2003. Près de la moitié (47 %) des non-fumeurs de 12 ans et plus vivant dans des communautés autres que Yellowknife ont rapporté être régulièrement exposés à la fumée secondaire à la maison, dans un véhicule automobile privé ou dans un lieu public. Comme souligné plus tôt, l'établissement à Yellowknife d'une interdiction de fumer dans les lieux publics n'est pas reflétée dans ces données. On s'attend à ce que les futures enquêtes illustrent la diminution importante de l'exposition à la fumée secondaire des non-fumeurs de Yellowknife dans les lieux publics.

Par contre, environ 12 % des non-fumeurs de 12 ans et plus vivant à Yellowknife ont rapporté avoir été exposés à la fumée secondaire à la maison, ce qui est vraiment moins que leurs homologues des autres communautés des TNO (23 %). Ce même scénario a été observé en ce qui concerne l'exposition dans les voitures privées et autres véhicules automobiles.



Source : Statistique Canada et dossier partagé de l'ESCC de 2003

* Différence importante entre les genres de communautés (p < 0,05).

Note : La somme des lieux n'ajoute pas au total attribuable aux personnes exposées dans de multiples endroits.

Voir également, Ministère de la Santé et des Services sociaux, Les faits à propos du tabagisme aux Territoires du Nord-Ouest (2001), p. 13.

⁷ La définition de l'exposition à la fumée secondaire a été changée en 2003 pour refléter les changements dans la formulation du questionnaire. Les données provenant de l'ESCC de 2000-2001 ne sont donc pas comparables.

6.5 Habitation

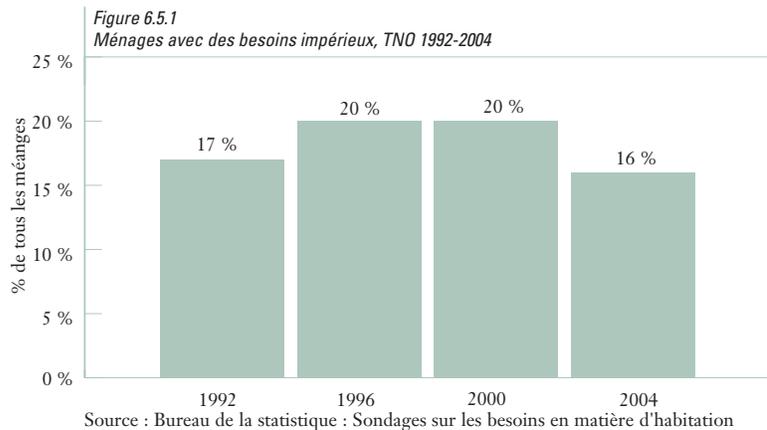
L'accès à un abri n'est pas seulement une exigence en matière de santé, mais également une nécessité pour la vie. L'habitation doit également répondre à certaines normes pour contribuer à la bonne santé. Une bonne habitation minimise les maladies et les blessures et contribue au bien-être physique, mental et social de la population.

L'Organisation mondiale de la santé a identifié plusieurs éléments de l'habitation qui ont des répercussions directes ou indirectes sur la santé des occupants. Cela comprend un approvisionnement adéquat en eau de bonne qualité; la portée du surpeuplement qui peut mener à une transmission accrue d'infections transmises par l'air, comme les maladies respiratoires aiguës; l'élimination des déchets; la qualité de l'air à l'intérieur.⁸ De plus, si le coût de l'habitation consomme une part trop grande du revenu d'un ménage, les autres besoins, incluant ceux en santé, peuvent en souffrir.

La Société d'habitation des Territoires du Nord-Ouest a effectué plusieurs sondage sur les besoins en matière d'habitation pour surveiller les condition et les besoins, dont la dernière effectuée en 2004. Les sondages ont identifié trois genres de problèmes : la pertinence, laquelle réfère au problème du surpeuplement ou si un ménage a suffisamment de chambres à coucher appropriées pour le nombre de personnes faisant partie du ménage; le caractère adéquat, lequel fait référence à la condition physique du logement, ou si un ménage a les installations de base pour offrir un environnement sûr et sain; et l'abordabilité, laquelle fait référence jusqu'à quel point un ménage paye un montant excessif pour un abri, ce qui est défini comme étant plus de 30 % du revenu du ménage.

Les ménages qui ont un ou plusieurs de ces problème et un revenu total sous le seuil critique spécifique pour la communauté sont considérés comme étant en situation de besoin impérieux. En raison de ce seuil de revenu, un certain nombre de ménages avec des problèmes d'habitation n'ont pas été inclus dans le nombre de ménages avec des besoins impérieux, car ils avaient suffisamment de revenus pour régler leurs problèmes d'habitation sans l'aide du gouvernement.⁹

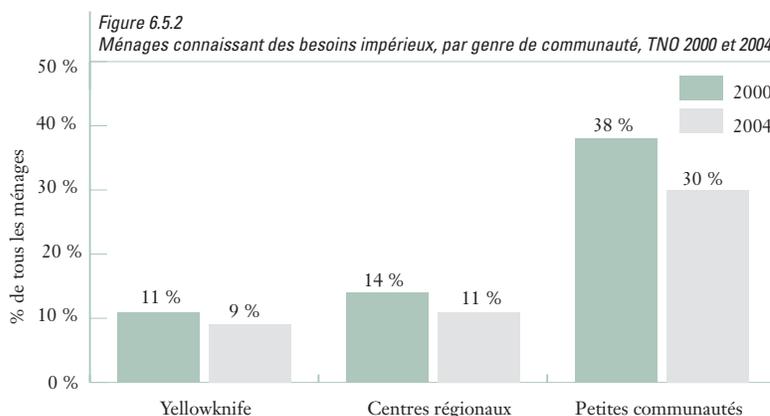
Selon le sondage de 2004, on estimait à 2 260 le nombre de ménages qui connaissent des besoins impérieux, ce qui représente 16 % de tous les ménages des Territoires. Par rapport au sondage précédent, cette constatation indique qu'il y avait environ 500 ménages de moins qui connaissent des besoins impérieux en 2004 qu'en 2000 (voir figure 6.5.1). L'augmentation entre 1992 et 1996 était probablement attribuable à la croissance de la population, à une diminution du financement pour le logement social par le gouvernement fédéral et aux restrictions budgétaires auxquelles faisait face le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.



⁸ Organisation mondiale de la santé, *Rapport sur la santé dans le monde, 1998 La vie au 21st siècle - Une perspective pour tous*

⁹ On peut se procurer plus d'information sur les sondages sur les besoins en matière d'habitation aux TNO en consultant le site Web du Bureau de la statistique des TNO : http://www.stats.gov.nt.ca/Statinfo/2004NWTCComm_Survey.html

Le caractère adéquat est le genre le plus courant des problèmes d'habitation dans l'ensemble des Territoires, suivi de près par l'abordabilité et la pertinence. Aux Territoires, le pourcentage de ménages avec des besoins impérieux variait entre les communautés. En 2004, environ 30 % de tous les ménages des petites communautés connaissaient des besoins impérieux, par rapport à 11 % dans les centres régionaux et à 9 % à Yellowknife (voir figure 6.5.2).¹⁰ Il y avait une diminution



Source : Bureau de la statistique : Sondages sur les besoins en matière d'habitation

dans le pourcentage des ménages qui connaissaient des besoins impérieux dans les trois genres de communautés, entre 2000 et 2004, mais c'est particulièrement évident dans les petites communautés.

Il existe également des variations entre les genres de communautés dans la nature des problèmes d'habitation éprouvés. L'abordabilité était le problème le plus courant à Yellowknife. Dans les centres régionaux, le caractère adéquat et l'abordabilité étaient les problèmes d'habitation les plus courants. Par contre, le caractère adéquat était le problème d'habitation le plus courant dans les petites communautés, suivi par la pertinence.

¹⁰ Quand on examine uniquement les ménages aux besoins impérieux, plus de la moitié d'entre eux (58 %), étaient situés dans les petites communautés, 25 % à Yellowknife et 17 % dans les centres régionaux.

Chapitre 7

Pratiques d'hygiène personnelle

Les gens qui font régulièrement de l'exercice, qui mangent des repas équilibrés, qui maintiennent un poids santé, qui ne fument pas et qui n'abusent pas de l'alcool sont en général en meilleure santé que ceux qui ne s'adonnent pas à ces pratiques. De plus, les gens qui adoptent un comportement sain risquent davantage de s'engager à adopter également d'autres comportements sains. Par exemple, les gens qui ont un régime alimentaire sain sont plus enclins à être physiquement actifs, moins enclins à fumer et plus enclins à boire de façon responsable.

Même si ce sont là des choix personnels, pour la plupart, il existe une reconnaissance de plus en plus grande que les choix personnels de vie sont vraiment influencés par les milieux socioéconomiques où vivent les gens. Les milieux où règne un grand soutien peuvent contribuer à la capacité des gens qui y vivent à faire des choix de vie sains. Les thèmes présentés dans ce chapitre sont fondamentaux pour la santé personnelle, mais affectent également la santé de l'ensemble de la population. Le fait de repérer et de comprendre les comportements à risque, comme un mauvais régime alimentaire, le tabagisme, une consommation abusive d'alcool ou des relations sexuelles à risque élevé peut aider à expliquer les variations dans l'état de santé d'une population.

7.1 S'alimenter sainement

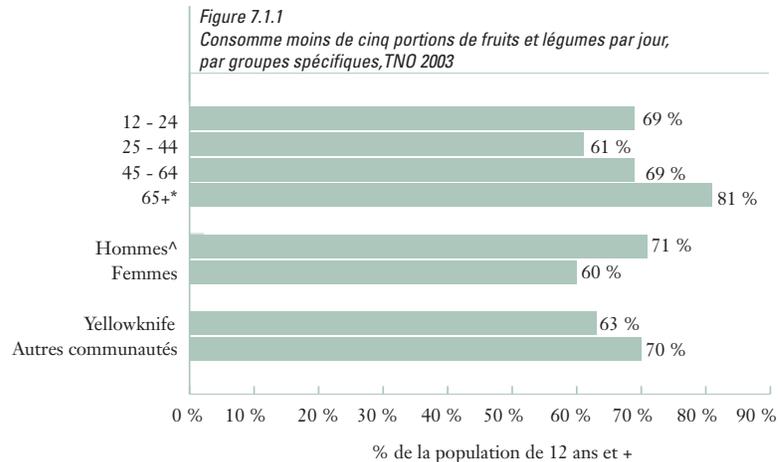
Il est important de bien s'alimenter pour atteindre une croissance et un développement optimaux. Le fait de manger sainement apporte bon nombre d'avantages, comme la diminution du risque de développer une maladie (comme une maladie cardiaque, le cancer, l'hypertension artérielle et l'ostéoporose) et l'amélioration du bien-être physique et mental dans son ensemble. Le *Guide alimentaire canadien pour manger sainement* recommande aux Canadiens de manger une variété d'aliments de chaque groupe alimentaire : produits céréaliers, fruits et légumes, produits laitiers, viande et des aliments de remplacement. Le Guide recommande également cinq à dix portions de fruits et de légumes par jour.

En 2003, 34 % des résidents des TNO de 12 ans et plus ont rapporté consommer des fruits et des légumes au moins cinq fois par jour ou plus. Autrement dit, 66 % des résidents des TNO de 12 ans et plus ne répondaient pas aux recommandations du *Guide alimentaire canadien pour manger sainement*. C'était vraiment plus élevé que l'estimation canadienne de 58 %.

Les hommes étaient beaucoup moins enclins que les femmes à manger la quantité recommandée de fruits et de légumes. Environ 71 % des hommes ont indiqué ne pas consommer cinq portions ou plus par jour de fruits et de légumes, par rapport à 60 % des femmes. Cette différence a été observée chez tous les groupes d'âges, sauf celui des personnes âgées entre 12 et 24 ans chez qui 69 % des hommes et 68 % des femmes ont dit ne pas consommer les portions quotidiennes recommandées. La différence entre sexes était particulièrement évidente chez les personnes âgées entre 25 et 44 ans, où 73 % des hommes ont indiqué ne pas avoir un régime alimentaire sain, par rapport à 50 % des femmes. Ce dernier groupe était le plus enclin à consommer les portions quotidiennes recommandées de fruits et de légumes.

Les personnes âgées de 65 ans et plus étaient moins enclines à consommer la quantité quotidienne recommandée de fruits et légumes, par rapport aux autres groupes d'âges. Selon l'ESCC de 2003, 81 % des résidents des TNO de 65 ans et plus ont rapporté consommer moins de cinq portions quotidiennes, par rapport à 65 % des personnes âgées entre 12 et 64 ans.

Même s'il semble que les résidents de Yellowknife étaient plus enclins que les résidents des autres communautés à rapporter consommer cinq portions quotidiennes ou plus de fruits et de légumes, (37 % par rapport à 30 %), cette différence n'était pas statistiquement importante.



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003
 * Nettement plus élevé que les autres catégories d'âges,
 ^ Vraiment plus élevés que les femmes (p= <0,05).

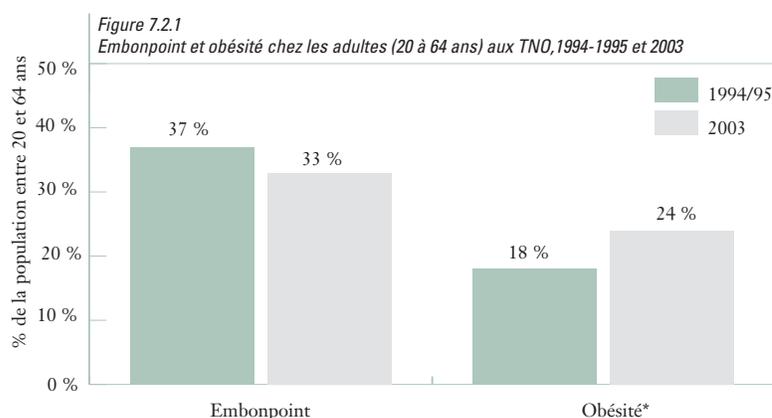
7.2 Poids santé

Le poids corporel est en grande partie déterminé par les habitudes alimentaires et par l'activité physique. L'excès de poids est un facteur de risque majeur pour toute une variété de problèmes de santé, particulièrement pour les maladies cardiovasculaires, les crises cardiaques, les maladies gastro-intestinales, le diabète et certaines formes de cancer. Par exemple, par rapport aux adultes ayant un poids santé, les adultes obèses âgés entre 45 et 64 ans risquent de 3,3 à 10,4 fois plus de souffrir de diabète.

L'indice de masse corporelle (IMC) est l'une des façons les plus courantes de déterminer si une personne souffre d'embonpoint ou est obèse. L'IMC est calculé en tenant compte de la taille et du poids autorapportés d'une personne. Cette méthode peut être imparfaite si les gens sous-estiment leur poids. De plus, la mesure devient moins exacte pour les personnes âgées, pour les enfants et pour les athlètes qui ont un plus grand pourcentage de leur poids constitué de muscles. Malgré ces problèmes, l'IMC est encore le moyen le plus simple et le plus normalisé d'obtenir de l'information à propos de la répartition du poids dans une population. Selon les lignes directrices de l'Organisation mondiale de la santé et de Santé Canada, les personnes souffrant d'embonpoint (IMC entre 25 et 29) ont des risques accrus pour la santé alors que les personnes obèses (IMC de 30 ou plus) sont à plus grand risque.

Les résultats de l'ESCC de 2003 indiquent que 33 % des adultes des TNO âgés entre 20 et 64 ans souffraient d'embonpoint et un autre 24 % étaient obèses. Autrement dit, plus de la moitié (57 %) des adultes des TNO de ce groupe d'âges avaient un risque accru pour la santé en raison d'embonpoint. La prévalence de l'obésité aux Territoires était vraiment plus élevée qu'au Canada, où environ 15 % des Canadiens ont indiqué être obèses. Cependant, l'estimation du pourcentage de Canadiens souffrant d'embonpoint était semblable à celle des TNO (34 %).

Il semble que la prévalence de l'obésité chez la population adulte des TNO ait augmenté au cours des récentes années. En 1994-1995, environ 18 % des adultes des TNO âgés entre 20 et 64 ans étaient considérés comme obèses, ce qui est vraiment moins élevé que l'estimation de 2003 de 24 % (voir figure 7.2.1). La prévalence accrue de l'obésité a été observée chez les adultes âgés entre 20 et 44 ans et ceux âgés entre 45 et 64 ans. Le pourcentage de la population considérée comme souffrant d'embonpoint ne différait pas vraiment entre 1994-1995 et 2003.

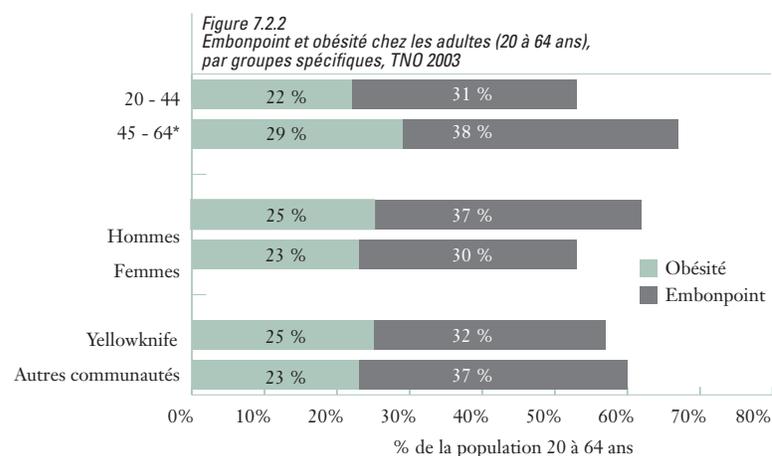


Sources : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003 et Bureau de la statistique des TNO, ENSP 1994-1995

* Différence importante entre les années ($p < 0,05$).

La prévalence de l'obésité en 2003 était semblable chez tous les groupes étudiés. La différence de 7 % entre les résidents âgés de 20 à 44 ans et ceux âgés entre 45 et 64 ans n'était pas importante. Par contre, le taux pour l'embonpoint et l'obésité était nettement plus élevé pour le groupe d'âge des personnes plus âgées (67 % par rapport à 53 %).

La figure 7.2.2 montre que les taux d'obésité chez les hommes et les femmes âgés entre 20 et 64 ans étaient semblables. En 2003, 25 % des hommes et 23 % des femmes ont rapporté un IMC de 30 ou plus. Par contre, les hommes étaient plus enclins que les femmes à souffrir d'embonpoint. La différence entre les sexes pour l'embonpoint et l'obésité combinées (IMC de 25 ou plus) tendait à être statistiquement importante ($p = 0,06$).



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003.

* Nettement différent pour l'ensemble de l'obésité et de l'embonpoint - IMC 25 ou plus ($p < 0,05$).

Le taux d'obésité autorapporté par les résidents de Yellowknife était semblable à celui des résidents des autres communautés des TNO (25 % par rapport à 23 %). Les taux étaient également semblables pour ceux qui ont rapporté souffrir d'embonpoint.

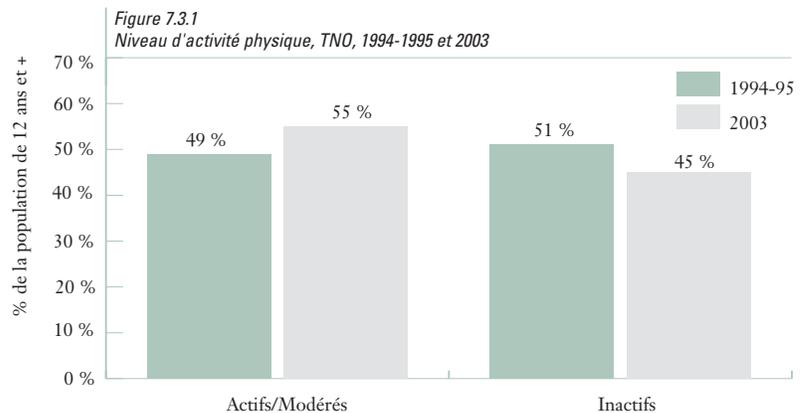
7.3 Activité physique

La participation à une activité physique s'est avérée réduire le risque d'un certain nombre de maladies, particulièrement les insuffisances coronaropathies, mais également le diabète et certaines formes de cancer. Elle fournit également d'autres avantages pour la santé comme de contrôler l'excès de poids, de modérer le stress, de réduire le risque de dépression et de promouvoir un sentiment général de bien-être.

On a posé aux répondants à l'ESCC de 2003 toute une série de questions à propos de la fréquence et de la durée de leur participation à toutes sortes d'activités physiques et de loisirs comme les sports, la marche comme exercice, le jardinage ou le travail dans la cour, le jogging et la course. En se basant sur les réponses, l'énergie moyenne quotidienne dépensée au cours d'activités physiques ou de loisirs au cours des trois derniers mois étaient approximative. En se basant sur ces calculs, on regroupait les gens en trois catégories par rapport à leur niveau d'activités : actifs, modérés et inactifs.

Le niveau autorapporté d'activité physique et de loisirs est une mesure brute de l'ensemble de l'activité physique. Il faut faire preuve de prudence quand on fait des comparaisons entre les régions rurales et urbaines. Par exemple, les gens vivant dans des régions rurales sont plus enclins à travailler dans des emplois ou des activités traditionnelles les obligeant à être actifs physiquement. Malgré ce problème quant à la mesure, le niveau autorapporté d'activité physique au cours des loisirs peut fournir une certaine indication du pourcentage de la population des TNO engagée dans cette partie importante d'un style de vie sain.

Selon l'ESCC de 2003, 34 % des résidents des TNO de 12 ans et plus étaient considérés comme physiquement actifs, et 21 %, comme modérément actifs. Cela signifie que près de la moitié (45 %) des résidents des Territoires de 12 ans et plus étaient considérés comme inactifs, soit à peu près les mêmes que les estimations pour le Canada de 48 %. Il existe certaines preuves suggérant que le pourcentage de la population des TNO engagée dans une activité physique dans les loisirs a augmenté entre 1994-1995 et 2003 (voir figure 7.3.1). Par contre, le niveau d'inactivité physique présente encore une question de santé grave pour la population.

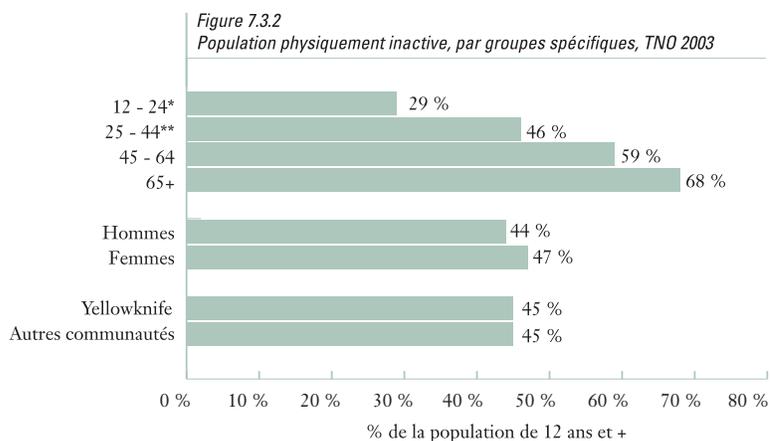


Sources : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003 et Bureau de la statistique des TNO, ENSP 1994-1995

Note : Les différences entre 1994-1995 et 2003 étaient presque statistiquement importantes (p= 0,07).

Les résidents des TNO ont tendance à devenir moins actifs physiquement avec l'âge. Environ 29 % des résidents âgés entre 12 et 24 ans étaient inactifs, par rapport à 46 % de ceux âgés entre 25 et 44 ans, à 59 % des résidents âgés entre 45 et 64 ans, et à 68 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (voir figure 7.3.2). Il semble que cette inactivité est particulièrement élevée chez les personnes âgées de 45 ans et plus.

Dans l'ensemble, il n'y avait pas de différence importante entre les hommes et les femmes en ce qui concerne l'activité physique. En 2003, 44 % des hommes et 47 % des femmes ont indiqué être physiquement inactifs. Par contre, les résidents âgés entre 12 et 24 ans faisaient exception à cette tendance générale. Dans ce groupe d'âges, les femmes étaient plus enclines que les hommes à être inactives (36 % par rapport à 22 %). Une augmentation importante dans le niveau d'inactivité chez les hommes de 25 ans et plus est à noter. Les différences entre les hommes et les femmes n'étaient pas importantes dans les autres groupes d'âges.



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003.

* Nettement plus bas que tous les autres groupes d'âges.

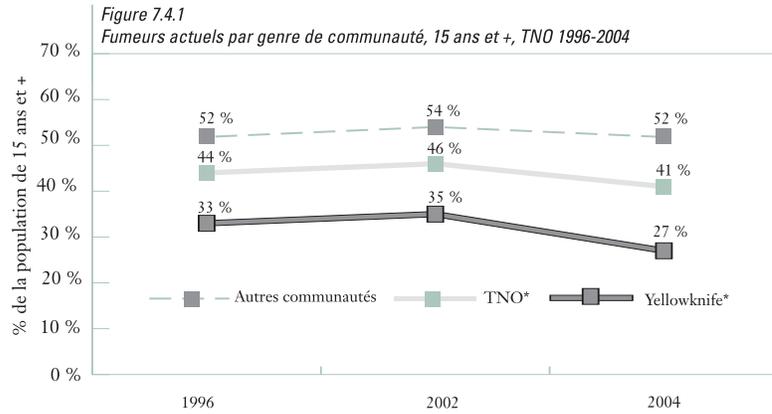
** Nettement plus bas que les 45-64 et les 65 ans et + ($p < 0,05$).

Il n'existait pas de variations importantes dans les niveaux d'activité physique dans les loisirs entre les résidents de Yellowknife et ceux des autres communautés des TNO. Dans l'ensemble, 45 % des résidents de 12 ans et plus, tant à Yellowknife que dans les autres communautés des TNO étaient physiquement inactifs. Aucune différence importante n'a été notée entre les résidents de Yellowknife et les autres communautés dans tous les groupes d'âges étudiés.

7.4 Tabagisme

On peut dire que le tabac est le seul produit de consommation qui cause des maladies, des infirmités et la mort quand on l'utilise comme il doit l'être. Les risques pour la santé associés au tabagisme sont nombreux. Fumer la cigarette est reconnu pour nuire à tous les systèmes et toutes les fonctions du corps humain. C'est la cause de la plupart des cas de cancer du poumon et la principale cause des cancers de la bouche, de la gorge, de la vessie, des reins, du pancréas et du col de l'utérus. Le tabagisme est la principale cause de toutes les maladies pulmonaires, incluant l'emphysème et la bronchite chronique. Il accroît également le risque pour une personne de maladies du cœur, d'accident cérébral vasculaire, d'ulcère gastroduodéal, de douleurs dans le dos et de diverses autres maladies et conditions. Par comparaison aux non-fumeurs, les gens qui commencent à fumer à l'adolescence, et qui continuent de fumer, risquent deux fois plus de mourir de façon prématurée.

En 2004, environ 41 % des résidents des Territoires de 15 ans et plus disaient fumer la cigarette. C'est deux fois plus que le taux canadien (20 %). Il existe des preuves qui suggèrent que le taux de tabagisme aux TNO a commencé à diminuer au cours des dernières années. En 2002, le taux de tabagisme aux TNO pour les personnes âgées de 15 ans et plus était estimé à 46 % (voir figure 7.4.1). En grande partie, la baisse du taux territorial est attribuable à une baisse importante de la prévalence du tabagisme à Yellowknife, laquelle est passée de 35 % en 2002, à 27 % en 2004. Il n'y a pas eu de changement chez les résidents de Yellowknife de 45 ans et plus. Dans les autres communautés, il n'y a pas eu de changement important des taux de tabagisme chez tous les groupes d'âges étudiés.

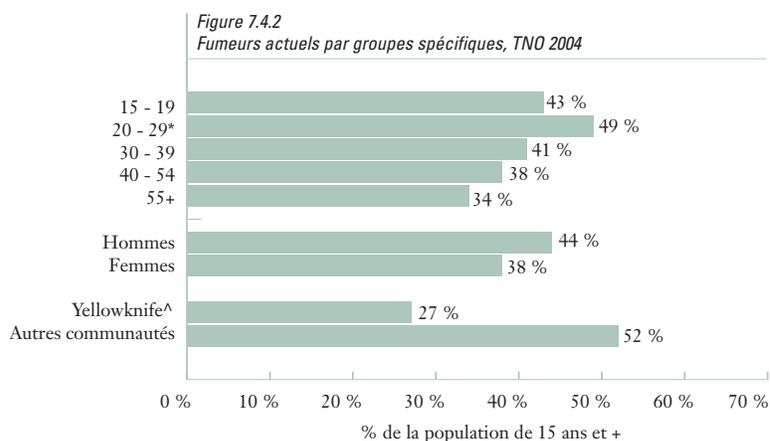


Sources : Sondage de 1996 sur l'usage de l'alcool et des drogues aux TNO, Sondage de 2002 sur l'usage de l'alcool et des drogues aux TNO, et Enquête de surveillance de 2004 de l'usage du tabac dans le Nord, Territoires du Nord-Ouest
* Différence importante entre 2002 et 2004.

Dans l'ensemble, les jeunes adultes étaient plus enclins à fumer que les adultes plus âgés. En 2004, environ 49 % des personnes âgées entre 20 et 29 ans ont dit fumer, par rapport à 38 % des personnes âgées entre 40 et 54 ans, et à 34 % des résidents de 55 ans et plus. Malgré la diminution de la prévalence du tabagisme avec l'âge, le pourcentage des résidents âgés qui continuent de fumer est encore élevé. Un tiers des adultes entre 55 ans et plus ont indiqué fumer la cigarette. C'est dans ce groupe d'âge qu'une grande partie des effets nocifs pour la santé du tabagisme sont plus évidents.

Les taux de tabagisme pour les hommes (44 %) et les femmes (38 %) n'étaient pas vraiment différents. Cette tendance générale dans la prévalence du tabagisme pour les hommes et les femmes a été observée chez tous les groupes d'âges étudiés.

La prévalence du tabagisme était vraiment plus basse à Yellowknife que dans les autres communautés des TNO. Près de la moitié (52 %) des résidents de 15 ans et plus vivant dans les petites communautés ont dit fumer, par rapport à 27 % à Yellowknife. La différence dans les taux de tabagisme entre Yellowknife et les autres communautés était particulièrement évidente chez les jeunes adultes. Environ 63 % des personnes âgées entre 15 et 29 ans vivant dans les petites communautés ont dit fumer la cigarette, par rapport à 28 % à Yellowknife. La différence dans les taux de tabagisme était également importante chez les personnes âgées entre 30 et 39 ans, et chez celles âgées entre 40 et 54 ans. Par contre, les taux de tabagisme chez les adultes âgés de 55 ans et plus étaient semblables pour Yellowknife et les autres communautés.



Source : Sondage de 2004 sur l'usage du tabac dans le Nord, Territoires du Nord-Ouest

* Nettement plus élevé que les groupes d'âges 40 à 54 ans et 55 ans et +

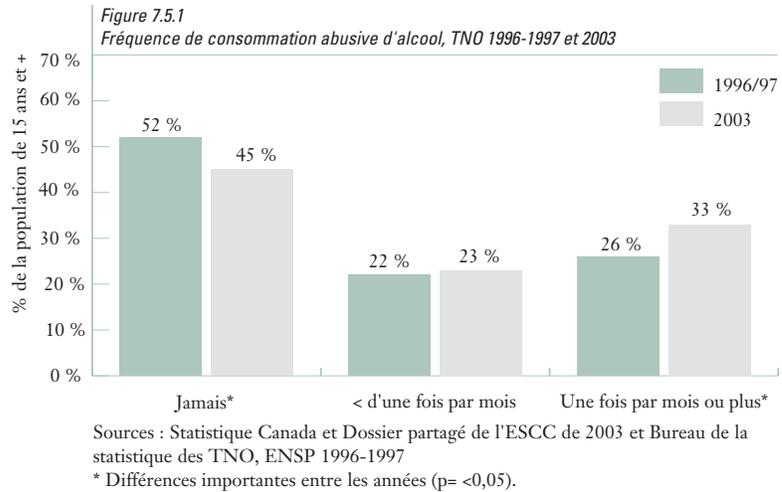
^ Nettement plus bas que les autres communautés (p= <0,05).

7.5 Consommation d'alcool

Alors que la répercussion sur la santé d'une consommation modérée d'alcool continue de faire l'objet de débats, il n'y a aucun doute que la consommation abusive et régulière d'alcool contribue à un grand nombre de retombées négatives sur la santé. Une consommation abusive d'alcool constitue un facteur de risque majeur pour les décès par blessures aux Territoires du Nord-Ouest. Une étude des rapports du coroner des Territoires du Nord-Ouest de 1999 à 2001 révèle que l'alcool est un facteur contributif dans 44 % des décès non intentionnels par blessures, et dans 39 % de tous les suicides. La consommation abusive à long terme d'alcool peut également entraîner un grand nombre de problèmes de santé physique et mentale, dont la cirrhose du foie, les maladies du système circulatoire, le cancer et la dépression. De plus, la consommation abusive d'alcool est souvent un facteur contributif à des problèmes sociaux, y compris la violence conjugale et l'éclatement de la famille.

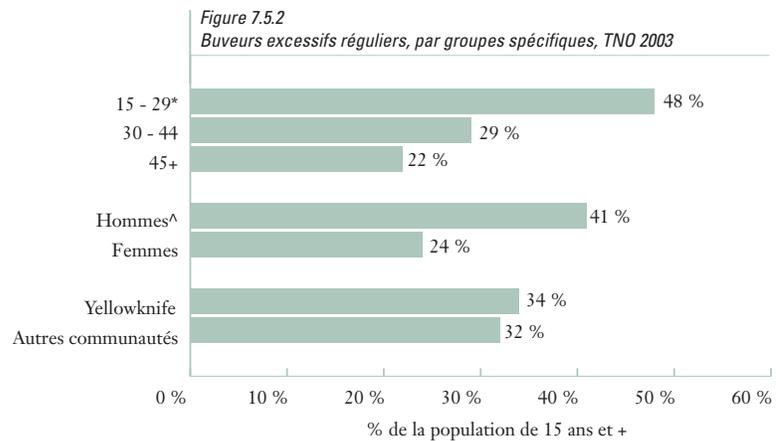
Le risque pour une personne en raison de la consommation d'alcool dépend de la fréquence de consommation et de la quantité consommée. Les personnes qui ingurgitent régulièrement de grandes quantités d'alcool risquent davantage d'expérimenter des conséquences négatives sur leur santé que celles qui consomment régulièrement de petites quantités ou des quantités modérées d'alcool. La consommation de cinq verres ou plus en une seule occasion est un indicateur assez fiable de consommation abusive d'alcool.

La figure 7.5.1 illustre combien de fois les résidents des TNO de 15 ans et plus ont indiqué avoir consommé cinq verres ou plus en une seule occasion au cours de l'année précédente. Selon l'ESCC de 2003, environ 45 % ont dit ne jamais avoir consommé autant d'alcool en une seule occasion au cours de l'année précédente, ce qui représente une baisse par rapport à 52 % en 1996-1997. Par contre 33 % de tous les résidents des TNO de 15 ans et plus ont indiqué avoir bu avec excès une fois par mois ou plus au cours de l'année précédente. C'est une augmentation importante par rapport à 26 % en 1996-1997. La consommation abusive fréquente était près de deux fois plus élevée aux TNO que dans l'ensemble du Canada, où 17 % de la population des personnes âgées de 15 ans et plus indiquaient avoir bu de façon excessive au moins une fois par mois au cours de l'année précédant l'enquête.



Par rapport aux autres groupes d'âges, la consommation abusive et fréquente d'alcool était plus courante chez les jeunes et les jeunes adultes. Environ 48 % des résidents âgés entre 15 et 29 ans ont indiqué avoir bu de façon excessive une fois par mois ou plus au cours de l'année précédente, par rapport à 29 % des personnes âgées entre 30 et 44 ans (voir figure 7.5.2).

Les hommes sont beaucoup plus enclins que les femmes à rapporter boire régulièrement de façon excessive. Le pourcentage d'hommes classifiés comme buveurs excessifs était près de deux fois plus élevé que chez les femmes (41 % par rapport à 24 %). La différence entre les sexes pouvait s'observer dans tous les groupes d'âges étudiés, mais était plus prononcée pour les personnes âgées de 45 ans et plus.



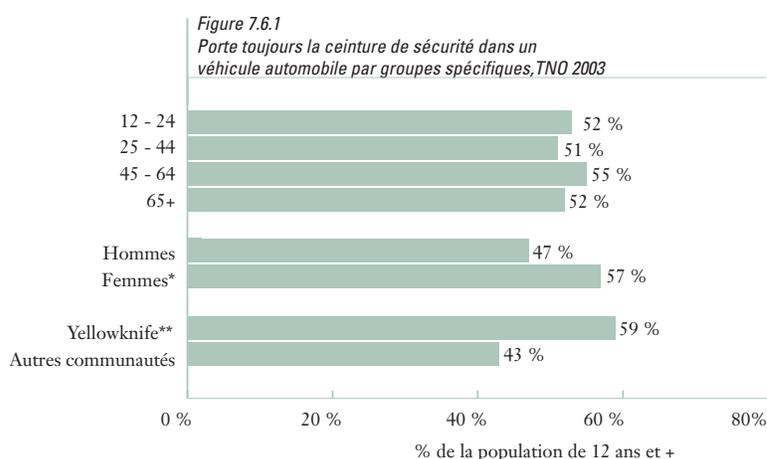
Le pourcentage de buveurs excessifs réguliers était semblable à Yellowknife et les autres communautés des TNO (34 % par rapport à 32 %). Aucune différence importante n'était notée pour tous les autres groupes d'âges étudiés.

7.6 Usage des ceintures de sécurité

Les accidents de voiture constituent l'une des principales causes de décès par blessure et des hospitalisations pour blessures aux Territoires du Nord-Ouest. Le rôle des ceintures de sécurité pour réduire les décès et les blessures graves a bien été établi. Pour être efficaces, les ceintures de sécurité doivent être portées en tout temps dans un véhicule en mouvement. Même s'il existe une loi exigeant l'usage de la ceinture de sécurité aux Territoires, le respect de la loi semble être plutôt bas. Selon les résultats de l'ESCC de 2003, 52 % des résidents de 12 ans et plus ont indiqué toujours attacher leur ceinture de sécurité quand ils étaient dans une voiture, un camion ou une camionnette. Par contre, les études qui comparaient l'usage autorapporté provenant d'enquêtes, comme l'ESCC, avec les résultats des études basées sur l'observation, ont indiqué que le taux d'usage autorapporté tend à être plus élevé que l'usage observé.

Les conducteurs étaient plus enclins à boucler leur ceinture de sécurité, avec 70 % des conducteurs qui ont indiqué toujours attacher leur ceinture de sécurité quand ils conduisaient. Par contre, 17 % des conducteurs ont indiqué ne pas toujours porter leur ceinture de sécurité quand ils étaient passagers, ce qui signifie que 53 % des conducteurs portent toujours leur ceinture quand ils sont en voiture. Ce n'est pas tout le monde qui conduit une voiture, un camion ou une camionnette, mais presque tout le monde a été passager. En général, 56 % des résidents ont indiqué toujours porter leur ceinture comme passagers. Un petit nombre de personnes (4 %) ont indiqué toujours porter une ceinture comme passager, mais pas toujours quand elles conduisaient. Ce dernier groupe réduit le pourcentage total des résidents qui portent toujours leur ceinture de sécurité à 52 %.

La figure 7.6.1 illustre les taux d'usage de la ceinture de sécurité pour les différents groupes des Territoires. Aucune différence n'a été observée pour chacun des groupes d'âges étudiés. Par contre, les femmes étaient nettement plus enclines que les hommes à toujours porter leur ceinture de sécurité dans une voiture (57 % par rapport à 47 %). Même si on a observé des différences entre les hommes et les femmes chez tous les groupes d'âges, sauf celui des personnes âgées de 65 ans et plus, cette différence était plus prononcée chez les personnes âgées entre 25 et 44 ans.



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003

* Nettement plus élevé que les hommes

** Nettement plus élevé que les autres communautés ($p < 0,05$).

Les résidents de Yellowknife étaient vraiment plus enclins que les résidents des autres communautés de toujours porter leur ceinture de sécurité quand ils étaient dans un véhicule automobile. On a noté une différence pour tous les groupes d'âges, mais la plus importante était les personnes âgées de moins de 45 ans.

7.7 Pratiques sexuelles à haut risque

L'activité sexuelle est une partie naturelle de la vie, mais certains comportements sexuels entraînent des risques plus élevés de conséquences négatives. Un nombre élevé de partenaires sexuels et le fait de ne pas utiliser un condom constituent des facteurs de risque pour certains problèmes, comme les infections transmises sexuellement, dont le SIDA/VIH (voir section 3.1), les grossesses non planifiées, et le cancer des voies génitales. On a posé un certain nombre de questions concernant les pratiques sécuritaires en matière de sexe dans l'ESCC de 2003. Il est toutefois important de souligner que ces enquêtes doivent se fonder sur l'exactitude des souvenirs des répondants et à leur sincérité.

Selon les résultats de l'ESCC de 2003, environ 93 % des résidents des TNO, âgés entre 15 et 49 ans, ont indiqué avoir eu des rapports sexuels au cours de l'année précédente. Le fait d'avoir de multiples partenaires sexuels augmente le risque de propagation d'infections transmises sexuellement. Parmi les personnes ayant indiqué avoir eu des relations sexuelles au cours de l'année précédente, environ 17 % (soit à peu près 4 200 personnes) ont rapporté avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de cette période, et 8 % (soit environ 2 000 personnes) ont indiqué avoir eu trois partenaires sexuels ou plus.

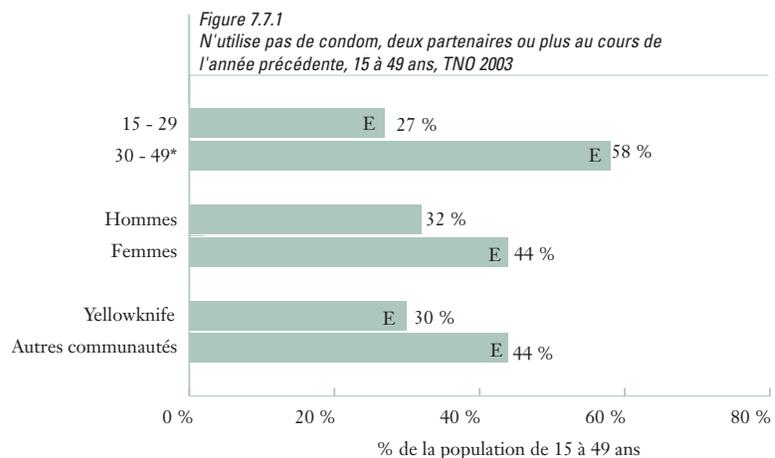
Les résidents âgés entre 15 et 29 ans étaient nettement plus enclins que ceux âgés entre 30 et 49 ans de rapporter avoir eu des partenaires sexuels multiples au cours de l'année précédente (30 % par rapport à 9 %). Les hommes étaient plus enclins que les femmes à avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours de l'année précédente (21 % par rapport à 14 %). Les hommes âgés entre 15 et 29 ans avaient le taux le plus élevé (37 %), alors que les femmes âgées entre 30 et 49 ans avaient le taux le plus bas (6 %). On n'a noté aucune différence importante entre Yellowknife et les autres communautés des TNO (20 % par rapport à 15 % respectivement).

L'usage régulier des condoms, particulièrement dans les relations à court terme, peut réduire le risque des infections transmises sexuellement. Environ 37 % des personnes âgées entre 15 et 49 ans qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente ont indiqué ne pas avoir utilisé de condom la dernière fois qu'elles ont eu des rapports sexuels. Même si les jeunes adultes étaient plus enclins à avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente, ils étaient plus enclins que les adultes plus âgés à utiliser un condom (voir figure 7.7.1). Environ 27 % des résidents âgés entre 15 et 29 ans qui

avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente ont rapporté ne pas avoir utilisé un condom la dernière fois qu'ils ont eu des relations sexuelles, par rapport à 58 % des personnes âgées entre 30 et 49 ans.

Il semble que les hommes ayant plus d'un partenaire sexuel sont plus enclins que les femmes à utiliser un condom; par contre, la variabilité d'échantillonnage pour cet indicateur est élevée et la différence n'était pas statistiquement importante. Toute différence entre les hommes et les femmes peut refléter davantage qu'un choix personnel. Cela peut également signaler des inégalités dans le pouvoir dans une relation, si une femme doit négocier l'utilisation d'un condom avec son partenaire.

Même s'il semble que les résidents de Yellowknife qui avaient eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente aient été plus enclins que les résidents des autres communautés des TNO à utiliser un condom, la différence n'était pas statistiquement importante. Par conséquent, il n'est pas possible de déterminer si la différence observée est réelle ou le résultat d'une erreur d'échantillonnage.



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003

* Nettement plus élevé que les 15 à 29 ans ($p < 0,05$)

E = Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence.

Chapitre 8

DÉVELOPPEMENT D'ENFANTS EN SANTÉ

Les effets d'expériences prénatales et au cours de la petite enfance sont de toute première importance pour la santé subséquente, le bien-être, les habiletés d'adaptation, la capacité d'apprendre et la compétence. Même si le développement d'enfants en santé est un déterminant important de l'état de santé subséquent, il est également important de noter que les premières expériences sont influencées par un certain nombre de facteurs, dont un milieu familial sain, de bons soins aux enfants, le revenu familial, l'éducation des parents et un environnement social positif.

8.1 Poids bas ou élevé à la naissance

Le poids à la naissance est un indicateur de l'état de santé des nouveau-nés. De plus, le poids à la naissance peut avoir des conséquences à long terme sur l'état de santé des adultes. Une insuffisance de poids à la naissance (moins de 2 500 grammes) est le principal déterminant de la mortalité périnatale et infantile, et est fortement associée au risque de maladie chez les poupons. Les bébés qui ont une insuffisance de poids à la naissance risquent davantage de souffrir de retards du développement, de problèmes d'apprentissage et du comportement, et d'autres problèmes de santé à long terme, comme les invalidités physiques. Les facteurs associés à l'insuffisance de poids à la naissance comprennent le tabagisme chez la mère, une mauvaise alimentation pendant la grossesse, une insuffisance de poids avant la grossesse, la pauvreté, le bas niveau de scolarité, une grossesse à un âge trop précoce ou trop avancé, des naissances multiples (par ex. des jumeaux, des triplets, etc.) et des facteurs génétiques.

Un poids élevé à la naissance (plus de 4 000 grammes) est associé à un taux plus élevé de mortalité néonatale, une incidence plus élevée de traumatismes de la naissance et de problèmes intellectuels et de développement plus tard dans la vie.¹ Un poids élevé à la naissance est également associé au diabète gestationnel chez les mères; ce genre de diabète constitue pour sa part un facteur de risque important chez les enfants de cette femme de développer dans l'avenir le diabète sucré de type 2.² Un poids élevé à la naissance est rapporté comme étant plus courant chez les femmes autochtones.³

Les bébés qui ont une insuffisance de poids à la naissance comptent pour 4 % de toutes les naissances aux Territoires du Nord-Ouest pour la période allant de 2000 à 2002. Dans la plupart de ces cas (83 %), l'enfant est prématuré (naissance avant la 37^e semaine de gestation). Si on compare, 6 % de toutes les naissances au Canada connaissaient des insuffisances de poids, en 2001.⁴

Les bébés qui ont un surpoids à la naissance comptent pour 20 % de toutes les naissances aux Territoires au cours de la période 2000-2002, par rapport à 15 % pour l'ensemble du Canada en 2001.⁵ La figure 8.1.1 illustre le nombre de surpoids et d'insuffisance pondérale à la naissance par 100 naissances vivantes aux TNO de 1990-1992 à 2000-2002. En plus d'avoir plus de nouveau-nés avec un poids élevé à la naissance, le pourcentage des naissances à poids élevé a augmenté de façon importante au cours de cette période. Le pourcentage d'insuffisance de poids à la naissance était constant au cours de cette même période.

¹ MacMillian H., Walsh C., Jamieson E. et al. "Children's Health." *First Nations and Inuit Regional Health Survey: National Report 1999*.

² Pettit DJ, Aleck KA, Baird HR, Carraber MJ, Bennett PH, Knowler WC. Congenital susceptibility to NIDDM. Role of intrauterine environment. *Diabetes* 1988;37(5):622-88.

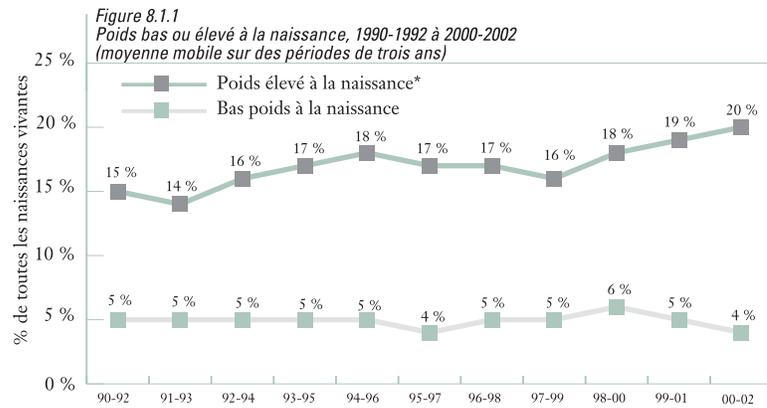
³ Thomson M. Heavy birth weight in native Indians of British Columbia. *Canadian Journal of Public Health*. 1990; 81: 443-6.

⁴ Source canadienne : Statistique Canada. Cansim. <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE>.

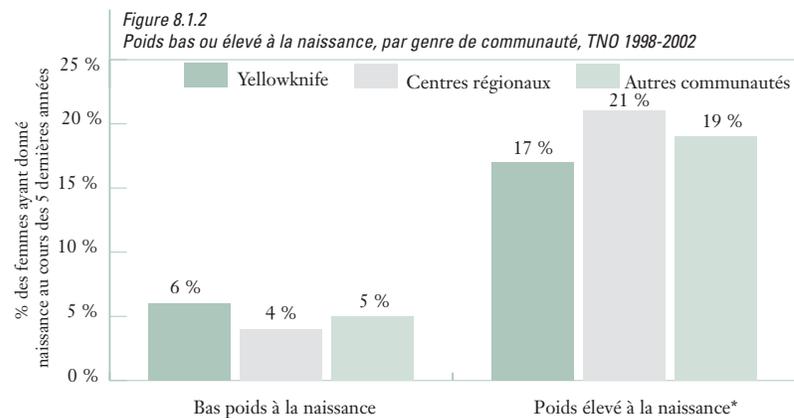
⁵ Source canadienne : Statistique Canada. Cansim. <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE>.

La figure 8.1.2 illustre qu'entre 1998 et 2002, le taux moyen annuel d'insuffisance de poids à la naissance pour les mères vivant à Yellowknife était semblable au taux des mères vivants dans les centres régionaux et les petites communautés.

Quand on examine les poids élevés à la naissance, on note une différence importante. Entre 1998 et 2002, 21 % de toutes les naissances vivantes dans les centres régionaux étaient considérés comme ayant un poids élevé, par rapport à 17 % à Yellowknife. Les petites communautés se situent dans le milieu (19 %), et ne sont pas vraiment différentes des deux autres genres de communautés.



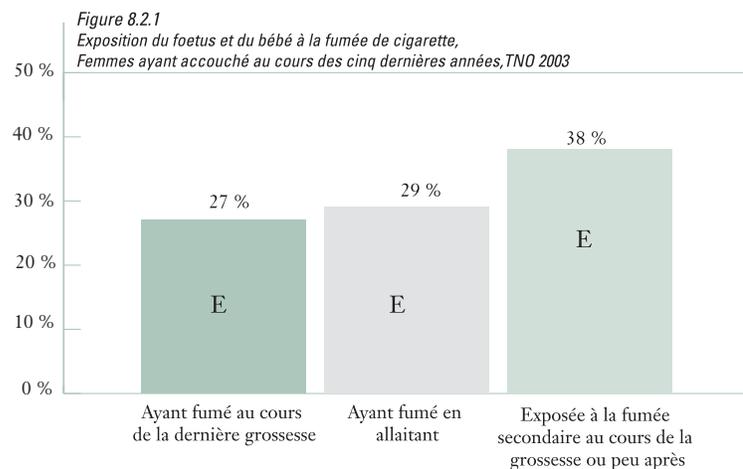
Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO
* Augmentation importante (p <0,05).



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO
* Différence importante entre Yellowknife et les centres régionaux (p <0,05).

8.2 Tabagisme et grossesse

Le tabagisme pendant la grossesse est un facteur de risque important pour les bébés ayant une insuffisance pondérale à la naissance.⁶ L'exposition à la fumée secondaire peut également entraîner des effets négatifs sur la santé de la mère non fumeuse et de son nouveau-né.



Sources : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003
E = Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence.

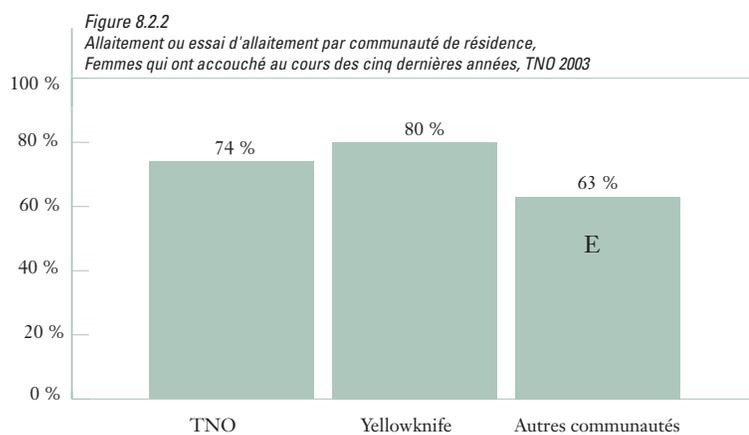
⁶ Les données relatives à la consommation d'alcool pendant la grossesse ont été retranchées de ce rapport en raison de la variabilité d'échantillonnage extrêmement élevée.

L'ESCC de 2003 fournit des données sur la mère qui a fumé pendant sa grossesse ou en allaitant, de même que sur l'exposition à la fumée secondaire. La figure 8.2.1 présente les résultats pour les femmes des TNO (âgées de 15 à 55 ans) qui ont accouché au cours des cinq dernières années. De ces femmes, 27 % ont indiqué avoir fumé pendant leur dernière grossesse. Environ 29 % des femmes qui ont allaité ont indiqué avoir fumé pendant qu'elles allaient. Par contre, 38 % des femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédentes ont indiqué que quelqu'un fumait régulièrement en leur présence pendant leur grossesse ou jusqu'à environ six mois après l'accouchement.⁷

La santé de la mère et du bébé n'est pas seulement une question d'éviter des comportements malsains, mais également d'adopter des comportements santé comme prendre de l'acide folique et allaiter. De nombreux experts recommandent que les femmes qui peuvent devenir enceintes prennent 0,4 mg d'acide folique quotidiennement pour réduire le risque de défauts du tube neural (comme le spina-bifida), la mortinatalité et autres problèmes graves chez les nouveau-nés. L'acide folique se retrouve de façon naturelle dans les aliments comme le brocoli, les épinards, les pois, le maïs, les fèves, les lentilles et les oranges. Quarante pour cent des femmes des TNO qui ont accouché au cours des cinq dernières années avaient pris de l'acide folique avant leur grossesse.⁸

L'allaitement est bénéfique pour le développement d'un enfant en santé. Il fournit aux bébés une nutrition optimale, les protège contre les maladies infectieuses et encourage l'attachement mère-enfant. Il peut également fournir une protection contre le syndrome de mort soudaine du nouveau-né.

L'ESCC de 2003 est la seule source d'information récente sur l'allaitement aux Territoires du Nord-Ouest.⁹ Selon cette enquête, environ 74 % des femmes âgées entre 15 et 55 ans qui ont accouché au cours des cinq dernières années ont allaité ou essayé d'allaiter leur dernier enfant. Cela n'était pas vraiment différent du pourcentage canadien de 85 %. Il n'existe pas de différence importante entre les mères récentes vivant à Yellowknife et celles vivant dans les autres communautés des TNO (voir figure 8.2.2).



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003
E = Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence.

La Société canadienne de pédiatrie et les diététistes du Canada recommandent l'allaitement exclusif pendant au moins les quatre premiers mois de la vie.¹⁰ Près de la moitié (47 %) des mères récentes des TNO ont rapporté avoir exclusivement allaité leur dernier bébé pendant au moins quatre mois.¹¹

⁷ En raison de la taille de l'échantillonnage de ce groupe particulier, les estimations ne peuvent pas être fournies pour Yellowknife et les autres communautés.

⁸ Il n'était pas possible de comparer Yellowknife avec les autres communautés en raison de la variabilité d'échantillonnage élevée.

⁹ Le Rapport sur l'état de santé de la population, des TNO de 1999, comprend des résultats du sondage sur l'allaitement aux TNO de 1993. Les données de 2003 ne sont pas directement comparables aux données de l'ESCC.

¹⁰ Société canadienne de pédiatrie : <http://www.caringforkids.cps.ca/babies/Breastfeeding.htm>

¹¹ Comme il s'agit d'une mesure de la durée finale d'allaitement exclusif, les mères qui allaient encore et qui n'avaient pas encore ajouté d'autres aliments liquides ou solides à l'alimentation du bébé étaient exclues.

L'amélioration de l'initiation à l'allaitement et des taux de durée constitue une initiative majeure de santé publique. Le ministère de la Santé et des Services sociaux administre présentement un sondage sur l'allaitement et la nutrition du bébé, où on recueille des données dans tous les centres de santé et les unités de santé publique sur l'information par rapport à l'allaitement, comme les taux d'initiation et de durée et les pratiques en matière d'alimentation du bébé.

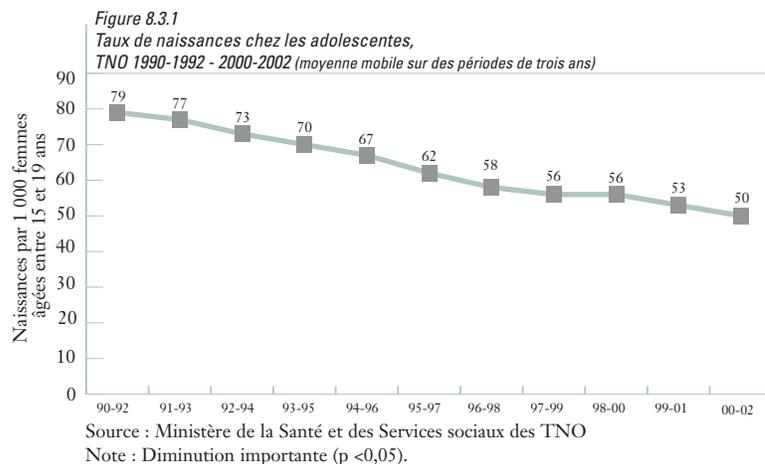
8.3 Naissances chez les adolescentes

Le taux de naissances chez les adolescentes fournit une indication du nombre d'enfants qui peuvent éprouver des difficultés. Les naissances chez les adolescentes exposent la mère et l'enfant à un certain nombre de risques, incluant des complications physiques, comme la prématurité et l'insuffisance pondérale à la naissance, de même que le stress psychologique. La nécessité d'élever un enfant à un jeune âge peut rendre très difficile la poursuite de son éducation, ce qui risque d'affecter les revenus futurs. Ces facteurs peuvent finir par affecter négativement le bien-être de l'enfant et de la mère. De plus, les familles établies par des adolescentes sont à plus haut risque de devenir des familles monoparentales que les familles établies par des parents plus âgés.

Par contre, il est important de noter qu'une riche culture de familles étendues existe aux Territoires du Nord-Ouest. De telles structures familiales peuvent apporter aux jeunes mères et aux poupons plus d'appui que les structures de familles nucléaires. Les mères adolescentes, avec l'appui de la famille étendue, peuvent également avoir plus de possibilités de poursuivre leurs études ou de continuer à travailler.

La figure 8.3.1 illustre une diminution constante et importante aux Territoires dans le taux de naissances chez les adolescentes dans les années 1990, taux qui est passé de 79 naissances par 1 000 femmes âgées entre 15 et 19 ans entre 1990-1992, à 50 par 1 000 en 2000-02.¹² Ce dernier taux était encore trois fois plus élevé que le taux de l'ensemble du Canada de 2001, qui était de 16 par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans.¹³

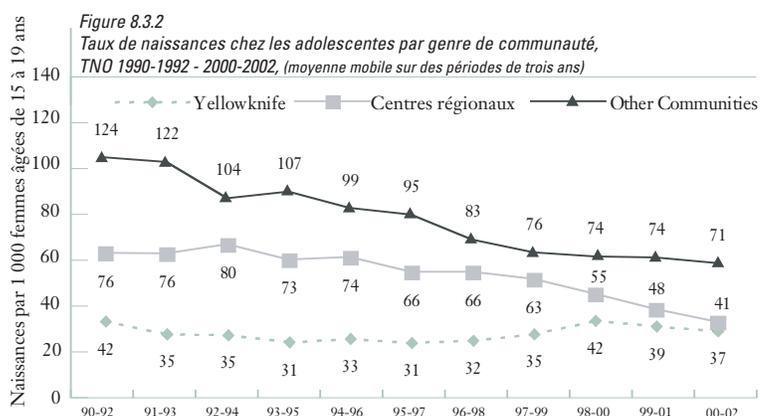
En grande partie, la diminution s'est produite dans les communautés à l'extérieur de Yellowknife. Le taux de naissances chez les adolescentes a chuté de 49 % dans les centres régionaux (de 93 à 48 naissances par 1 000 femmes âgées de 15 à 19 ans) et à 47 % dans les petites communautés (de 140 à 74 naissances par 1 000). Les deux tendances étaient importantes. Par contre, le taux de naissances chez les adolescentes à Yellowknife a peu diminué, passant de 45 à 39 naissances par 1 000 femmes âgées de 15 à 18 ans. La baisse dans le taux de naissances chez les adolescentes à Yellowknife n'était pas importante (voir figure 8.3.2).



¹² Comprend toutes les naissances vivantes de mères de moins de 20 ans.

¹³ Source canadienne : Statistique Canada : <http://cansim2.statcan.ca/cgi-win/CNSMCGI.EXE>

La figure 8.3.2 illustre également que le taux de naissances chez les adolescentes dans les petites communautés était nettement plus élevé que ceux à Yellowknife et dans les centres régionaux. Le taux annuel moyen de naissances chez les adolescentes pour la période de 2000-2002 était de 71 par 1 000 femmes âgées entre 15 et 19 ans, par rapport à 41 par 1 000 dans les centres régionaux et à 37 par 1 000 à Yellowknife. Il faut également noter que les taux dans les centres régionaux et à Yellowknife n'étaient plus très différents après 1997-1999.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

Notes : Les autres communautés ont un taux nettement plus élevé qu'à Yellowknife et dans les centres régionaux, pour toutes les années.

Les centres régionaux nettement plus élevés que Yellowknife jusqu'en 1997-1999 ($p < 0,05$). Diminution importante pour les autres communautés et les centres régionaux ($p < 0,05$).

8.4 Immunisation

L'immunisation est l'une des interventions de santé publique offertes les plus rentables.¹⁴ L'immunisation des enfants les protège contre de graves maladies. Les enfants des TNO sont vaccinés de façon routinière contre la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la polio, la varicelle, l'*Haemophilus influenzae* de type B (Hib), la rougeole, les oreillons, la rubéole, l'hépatite B et la tuberculose. Si une personne d'une communauté attrape l'une de ces maladies, la transmission aux autres peut être interrompue, pourvu que de hauts taux de vaccination soient maintenus au sein de la population. La vaccination est donc de toute première importance pour prévenir les flambées de maladies dans la population.

Quand on examine certains genres de vaccinations, il semble que les taux de couverture des TNO sont semblables aux taux observés dans le reste du Canada. Par exemple, les taux de couverture pour la diphtérie, la coqueluche et le tétanos étaient d'environ 72 % aux TNO, par rapport à environ 75 % au Canada. Les taux de vaccination pour les oreillons et la rubéole étaient les mêmes (94 %) pour les deux. La vaccination pour un certain nombre d'autres maladies est donnée de façon routinière aux TNO, mais pas nécessairement au Canada (voir figure 8.4.1).

Dans l'ensemble, environ 70 % des enfants des TNO nés en 2000 ont été complètement vaccinés à l'âge de deux ans, conformément au calendrier recommandé pour les Territoires. Si on exclut les vaccins contre l'hépatite B et la tuberculose de l'analyse, ce pourcentage augmente à 72 % par rapport à l'estimation nationale de 58 %.¹⁵

En 1996, on a élaboré un plan d'action national de pourcentages-cibles de vaccination pour les enfants de 2 ans qui devraient être immunisés contre les maladies les plus courantes évitables par la vaccination. Cependant, ces pourcentages-cibles n'ont pas été endossés par tous les territoires et provinces. Les pourcentages-cibles sont présentement à l'étude pour évaluer la faisabilité d'atteindre les taux de couverture attendus. Après avoir examiné les vaccinations données aux enfants nés en 2000, les taux de couverture pour les enfants à leur deuxième anniversaire, aux TNO et dans le reste du Canada, ne semblaient pas répondre aux pourcentages-cibles du plan d'action national (figure 8.4.1).

¹⁴ Rf Romanow, *Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada*, 2002.
URL: < <http://www.bc-sc.gc.ca/francais/soins/romanow/index.html>

¹⁵ L'estimation nationale comprend des doses de diphtérie, de coqueluche, de tétanos, de polio, de rougeole, d'oreillons, de rubéole de Hib.

Figure 8.4.1
Couverture de la vaccination au deuxième anniversaire

Vaccination	Doses	Couverture aux TNO, groupe de naissances de 2000	Estimations nationales pour le groupe de naissances de 1999-2000	Cibles nationales (élaborées en 1996)
Diphtérie	4	72 %	77 %	97 %
Coqueluche	4	72 %	75 %	95 %
Tétanos	4	72 %	74 %	97 %
Polio	>3	90 %	88 %	97 %
Hib	4	72 %	64 %	97 %
Rougeole	2	66 %	76 % ¹	
Rougeole	>1	94 %	95 %	97 %
Rougeole(excluant le RHA d'Inuvik RHA) ²	2	77 %	n/a	n/a
Oreillons	1	94 %	94 %	97 %
Rubéole	1	94 %	94 %	97 %
Tuberculose ³	1	56 %	n/a	n/a
Hépatite B ⁴	3	79 %	n/a	95 %
Hépatite B ⁴	2	90 %	n/a	n/a
Entièrement vacciné ⁵				
(au moins 2 doses d'hépatite B)	25	70 %	n/a	
(excluant l'hépatite B et le BCG)	23	72 %	58 %	

Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO et Santé Canada, Coup d'oeil sur la situation : résultats de l'enquête nationale sur l'immunisation, 2002 <http://phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/04vol130/r,3005fa.html>

¹ Cette estimation est basée sur la couverture de deux doses avant le 7^e anniversaire.

² Exclut le RHA d'Inuvik, qui donne la deuxième dose de ROR à l'âge de 3 ans.

⁴ La première dose du vaccin pour l'hépatite B est souvent donnée à l'hôpital après la naissance. Dans cette situation, il est possible que cette dose de vaccin n'ait pas été entrée dans la base de données du ministère. Les processus opérationnels pour recueillir cette information ont récemment changé. Deux estimations sont donc fournies pour déterminer le pourcentage des enfants entièrement vaccinés contre l'hépatite B. La première estimation comprend la première dose et la deuxième estimation ne tient compte que de deux doses.

⁵ Un enfant est entièrement vacciné s'il reçoit toutes les doses de vaccins avant l'âge de 2 ans, selon le calendrier de vaccination des TNO. Le BCG contre la tuberculose n'était pas considéré comme nécessaire, car l'entière vaccination n'est pas fournie universellement. Deux estimations pour l'entière vaccination sont fournies, en se fondant à savoir si le vaccin de l'hépatite B était inclus ou pas dans l'analyse.

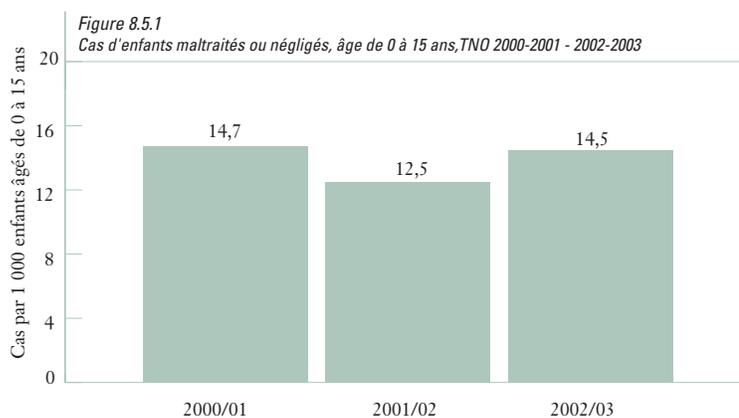
8.5 Enfants négligés et maltraités

Les enfants négligés et maltraités connaissent des effets négatifs sur leur comportement. Les agresseurs sont souvent des membres de la famille, ou quelqu'un déjà connu de l'enfant et en qui les parents ont confiance. Les enfants qui ont été abandonnés et/ou dont les besoins de base ne sont pas comblés sont souvent en situation désavantageuse majeure.

Dans les cas de négligence et de maltraitance, ce ne sont pas tous les incidents qui sont rapportés aux travailleurs sociaux. De plus, après enquête, ce ne sont pas tous les cas rapportés qui s'avèrent de vrais cas de négligence ou de maltraitance. Par contre, les incidents rapportés qui sont confirmés être de la négligence et de la maltraitance fournissent une certaine indication du niveau de ce problème social quand on l'examine sur un certain nombre d'années.

Le taux rapporté d'enfants négligés ou maltraités était de 14,7 cas par 1 000 enfants âgés entre 0 et 15 ans, en 2000-2001, et de 14,5 par 1 000 en 2002-2003 (voir figure 8.5.1). En moyenne, le taux était de 13,9 par 1 000 enfants âgés de 0 à 15 ans, au cours de la période de trois ans.

Quand on examinait le genre de maltraitance en détail, la négligence et l'abandon représentaient le plus grand nombre de cas au cours de cette période de trois ans. Le taux annuel moyen de cas de négligence et d'abandon était de 9,8 par 1 000 enfants âgés de 0 à 15 ans. Par contre, le taux annuel moyen de maltraitance physique, entre 2000-2001 et 2002-2003 était de 2 par 1 000, et le taux pour les agressions sexuelles était de 2,1 par 1 000 enfants âgés entre 0 et 15 ans.



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux des TNO

8.6 Enfants qui reçoivent des services de protection de l'enfance

Même s'il est difficile de quantifier le nombre d'enfants qui grandissent dans des circonstances les mettant en situation où ils courent de graves risques, le nombre d'enfants qu'on a enlevé à leurs parents ou à leurs tuteurs, ou qu'on a placés dans des familles ou qui reçoivent des services de protection de l'enfance chez eux peut être utilisé comme indicateur pour mesurer ce problème.¹⁶ La responsabilité de protéger et de soigner les enfants revient aux parents. Cependant, les organismes de protection de l'enfance sont responsables d'enquêter sur des allégations de mauvais traitements et d'intervenir au besoin.

Souvent, les enfants reçoivent des services de protection de l'enfance parce qu'ils sont négligés ou maltraités. D'autres enfants peuvent recevoir des soins ou des services parce qu'ils ont des troubles de comportement résultant de retards du développement ou de troubles du spectre de l'alcoolisation foetale. Enfin, d'autres peuvent recevoir des soins ou des services parce que leurs parents ont besoin d'une certaine forme d'aide. Certains enfants qui ont besoin de services de protection vivent dans des circonstances qui peuvent avoir un impact négatif sur leur développement sain.

L'entrée en vigueur de la Loi sur les services à l'enfance et à la famille, en 1998, a prévu une nouvelle façon d'approcher les enfants à risque. En vertu de la Loi sur la protection de l'enfance, après enquête d'un supposé cas de maltraitance d'enfant, de négligence ou de problèmes de comportement, un travailleur de la protection de l'enfance avait deux options : appréhender ou ne pas appréhender l'enfant. En vertu de la nouvelle loi, on ajoute un troisième choix : planifier une entente de soins. En fait, le choix du plan de soins permet aux travailleurs de protection de l'enfance d'encourager les parents/les tuteurs de recevoir des services pour eux-mêmes et/ou pour leur enfant, tout en laissant l'enfant chez lui.

En vertu de l'ancienne loi, quand un travailleur de la protection de l'enfance enquêtait, il pouvait avoir constaté les problèmes dans la situation de l'enfant, mais ne pas avoir suffisamment de preuves pour appréhender l'enfant. Maintenant, dans de telles situations, un travailleur de protection de l'enfance peut travailler avec l'enfant et la famille dans le foyer de l'enfant. Au départ, l'attente avec le choix du plan de soins était que le nombre d'enfants recevant des services augmenterait à mesure que les effets de la nouvelle loi se feraient sentir dans les communautés des TNO.

¹⁶ Les enfants qui reçoivent des services est un terme plus large pour englober les enfants qui reçoivent des services chez eux ou en dehors de chez eux (par ex. en foyer nourricier).

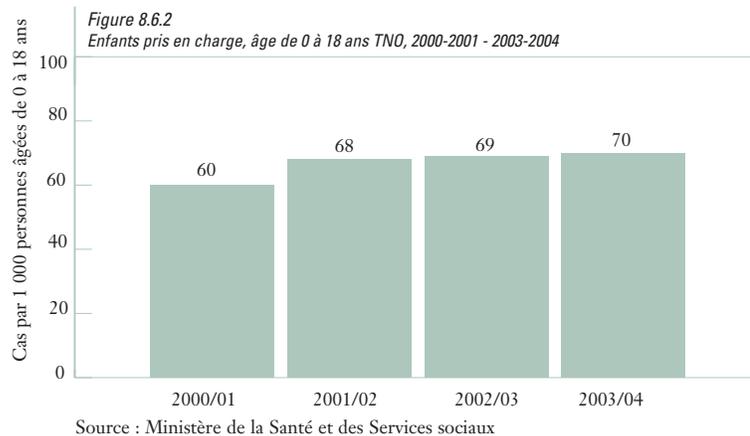
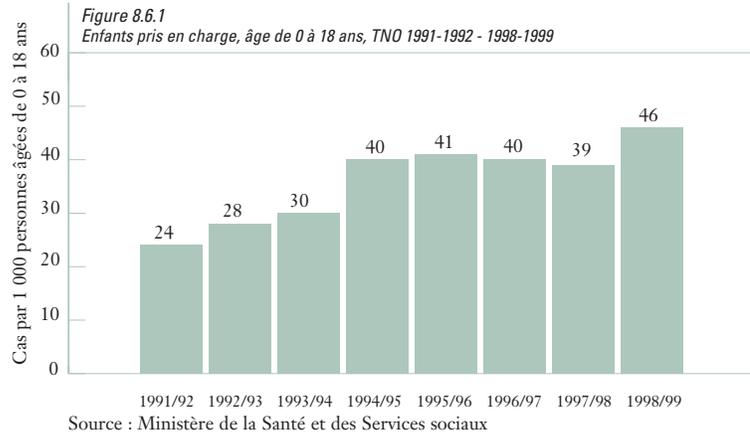
En raison de ce changement à la loi, le taux d'enfants recevant des services est présenté sur deux périodes : de 1991-1992 à 1998-1999 et de 2000-2001 à 2003-2004. La première période reflète le pourcentage d'enfants connus comme étant à risque (principalement pris en charge) en vertu de l'ancienne loi, alors que la deuxième période reflète les enfants connus pour être à risque en vertu de la nouvelle loi.

Entre 1991-1992 et 1998-1999, le taux d'enfants pris en charge a augmenté de 90 %, passant de 24 enfants par 1 000 enfants de moins de 19 ans, à 46 par 1 000. Comme on peut le voir à la figure 8.6.1, l'augmentation s'est produite en grande partie entre 1993-1994 et 1994-1995.

Entre 2000-2001 et 2003-2004, le taux d'enfants pris en charge a augmenté, passant de 60 cas par 1 000 enfants de moins de 19 ans à 70 cas par 1 000 (voir figure 8.6.2). Le changement s'est en grande partie produit entre 2000-2001 et 2001-2002. À mesure que les travailleurs sociaux et les familles se sont habitués aux nouvelles directives concernant la protection des enfants, le nombre d'enfants recevant des services a augmenté.¹⁷

Cette augmentation initiale peut être considérée comme un signe positif, car elle indique que plus d'enfants à risque ont été identifiés et que subséquemment, ces enfants et leurs familles reçoivent des services.

En plus des répercussions des changements à la loi, il faut comprendre que les taux annuels présentés dans les figures 8.6.1 et 8.6.2 comprennent un éventail d'enfants qui peuvent être pris en charge pour aussi peu que 72 heures à des enfants qui peuvent recevoir des soins pendant l'année entière.

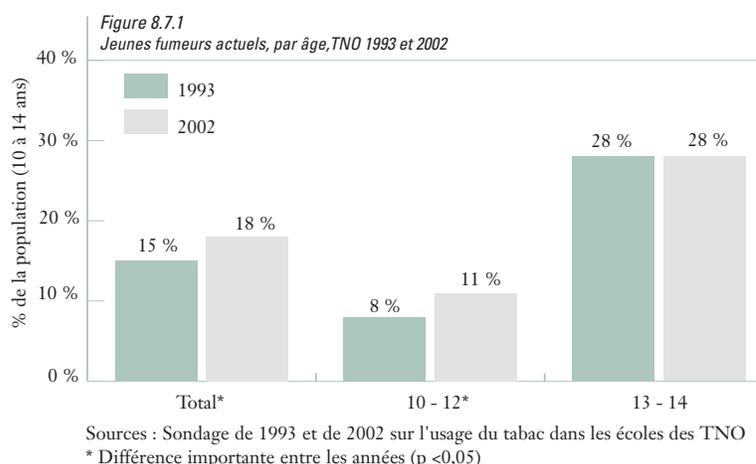


¹⁷ Un facteur supplémentaire dans l'augmentation du nombre d'enfants recevant des services est l'établissement du système d'information sur l'enfance et la famille en 2000-2001. Ce système a permis de recueillir de l'information administrative complète sur les cas de protection de l'enfance (enquêtes, nombre de cas, etc.) partout aux TNO. Ce genre de système n'existait pas auparavant.

8.7 Jeunes fumeurs¹⁸

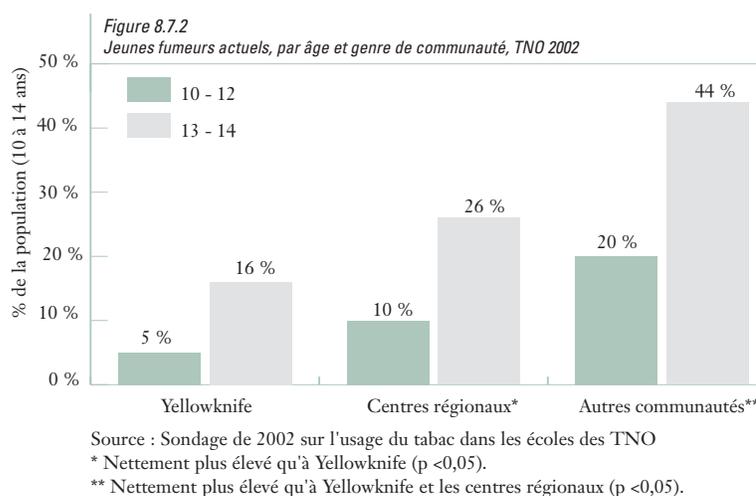
Il existe un certain nombre de raisons complexes et interagissantes pour lesquelles les enfants commencent à fumer la cigarette. L'adolescence est une période de transition émotive et psychologique rapide; pour certains, fumer est considéré comme un moyen pour faire face à cette transition. Souvent, ils établissent un rapport d'égalité entre le tabagisme et un sens d'indépendance. Cependant, ce qui commence comme un geste d'indépendance devient rapidement une accoutumance au tabac. L'environnement social des enfants influence également leur comportement face au tabagisme. La probabilité de devenir un fumeur est plus élevée si les amis, parents, frères et soeurs fument. Si le tabagisme est une pratique courante et acceptée chez les adultes, les enfants sont plus enclins à faire usage du tabac en bas âge.

L'évidence suggère que le tabagisme chez les jeunes est un problème majeur de santé publique aux Territoires du Nord-Ouest. Les résultats d'un sondage effectué en 2002 dans les écoles sur l'usage du tabac indiquaient que près d'un enfant sur cinq (18 %) âgés entre 10 et 14 ans fumaient, soit environ trois fois plus que le taux canadien. De plus, il semble que cette situation ne s'améliore pas. Le pourcentage d'enfants qui ont rapporté fumer a augmenté légèrement au cours des années 1990. En 1993, environ 15 % des enfants ont indiqué fumer (voir figure 8.7.1).



C'est également évident que le risque à l'initiation au tabagisme grimpe rapidement entre l'âge de 12 et de 14 ans. Entre 10 et 12 ans, environ 11 % des enfants fument; à 13 et 14 ans, ce sont environ 28 % des enfants qui fument. Il semble que bon nombre des enfants des Territoires du Nord-Ouest passent de l'étape de l'expérimentation au tabagisme régulier avant d'avoir 15 ans, ce qui fait qu'il s'agit d'une période critique pour les efforts de prévention.

La prévalence du tabagisme chez les enfants âgés entre 10 à 14 ans, vivant dans les petites communautés, était près de deux fois plus élevée que le taux dans les centres régionaux de Hay River, de Fort Smith et d'Inuvik, et près de trois fois plus élevé que le taux à Yellowknife (respectivement 30 %, 17 % et 9 %). Cette différence a été observée pour les deux groupes d'âges. La différence entre les genres de communautés était particulièrement évidente chez les jeunes âgés entre 10 et 12 ans. Dans les petites communautés, environ 20 % des jeunes ont indiqué fumer, par rapport à 10 % dans les centres régionaux et à 5 % à Yellowknife (voir figure 8.7.2).



¹⁸ Dans cette section, le mot enfants fait référence aux personnes âgées entre 10 et 14 ans.

La persistance des taux élevés de tabagisme et le bas âge de l'initiation au tabagisme présentent un énorme défi pour la santé publique. Il y a un certain nombre de très bonnes raisons pour empêcher le tabagisme de s'installer chez les enfants. Les personnes qui ne fument pas régulièrement avant l'âge de 18 ans sont moins enclines de commencer à fumer. De plus la probabilité de cesser de fumer est associée à l'âge où les gens sont devenus fumeurs. Ceux qui commencent à fumer en bas âge sont moins enclins à cesser de fumer plus tard dans leur vie.¹⁹ Plus une personne commence jeune à fumer, plus elle risque de développer un cancer du poumon ou d'autres maladies chroniques reliées au tabagisme.²⁰ Le tabagisme durant l'adolescence a également des impacts plus immédiats sur la santé. Les jeunes fumeurs sont plus enclins à être moins actifs physiquement que leurs pairs qui ne fument pas et risquent davantage de souffrir d'infections des voies respiratoires.

¹⁹ *Chen J, Millar W.J. Age of smoking initiation: implications for quitting. Health Reports 1998; 9, 4: 39-46.*

²⁰ *Villeneuve P, Morrison H. Health Consequences of Smoking in Canada: An Update*

Chapitre 9

Services de prophylaxie

La prévention est non seulement de toute première importance pour réduire les maladies et blessures dans une population, mais également pour préserver la santé d'une population. Il existe plusieurs façons d'approcher la prévention. La prévention primaire est axée sur l'élimination des facteurs de risque et sur la prévention des maladies avant qu'elles ne se développent. Des exemples comprennent la promotion d'une alimentation saine, du conditionnement physique, de la cessation de fumer et du bien-être émotif et de l'établissement d'un environnement sain. Ce genre d'activités font souvent partie de la promotion de la santé.¹ Les programmes de vaccination peuvent également être considérés comme un service important de prévention primaire. On discute de la vaccination des enfants dans la section 8.4.

La prévention secondaire fait référence aux mesures concernées par le dépistage précoce et le traitement de maladies chez les personnes qui ont des symptômes. Les exemples comprennent le contrôle de la pression artérielle, le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus. La section qui suit examine l'utilisation de ces programmes. C'est important de souligner que le niveau d'utilisation n'est pas seulement un reflet de l'accessibilité aux services de prophylaxie, mais également des décisions des personnes qui utilisent ces services.

9.1 Vérification de la pression artérielle

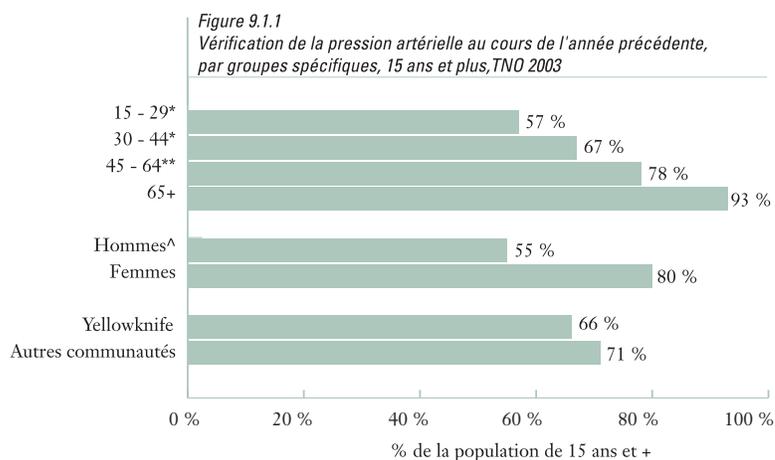
L'hypertension artérielle est également connue comme le « tueur silencieux », car en général, les personnes qui en souffrent ne se sentent pas malades. Un grand nombre d'entre elles ne savent pas qu'elles souffrent de ce problème. Par contre, si l'hypertension artérielle n'est pas traitée, elle peut mener à une insuffisance rénale, une crise cardiaque ou un accident cérébro-vasculaire. Ce dernier est l'une des deux principales causes de décès aux Territoires du nord-Ouest. Une vérification régulière de la pression artérielle est la façon la plus fiable de détecter l'hypertension artérielle.

En 2003, environ 68 % des résidents des TNO de 15 ans et plus ont rapporté avoir fait vérifier leur pression artérielle au cours de l'année précédente. Un autre 15 % des résidents avaient eu une vérification un ou deux ans auparavant, et 12 %, deux ans ou plus avant l'enquête. Cependant, 5 % ont rapporté n'avoir jamais fait vérifier leur pression artérielle, presque toutes étaient des personnes âgées entre 15 et 29 ans.

La figure 9.1.1 fournit de l'information sur le pourcentage des résidents qui ont rapporté avoir fait vérifier leur pression artérielle au cours de l'année précédente.

L'hypertension est en général découverte

lors d'examens médicaux, quand un médecin ou une infirmière effectue une lecture de pression sanguine. Les différences entre les groupes illustrées à la figure 9.1.1 reflètent les différences dans la décision des gens d'avoir annuellement un examen médical. À mesure qu'on avance dans les groupes d'âges, un pourcentage plus élevé de résidents avaient eu une vérification de pression sanguine au cours de l'année précédente, passant de 57 % pour les personnes âgées entre 15 et 29 ans, à 93 % pour les personnes âgées de 65 ans et plus.²



Source : Statistique Canada, Dossier partagé de l'ESCC de 2003

* Nettement plus bas que 45-64 et 65 et +

** Nettement plus bas que les 65 ans et +

^Nettement plus bas que les femmes (p < 0,05).

¹ Les déterminants sociaux de la santé sont également extrêmement importants pour l'état de santé d'une population, mais le fait d'améliorer les circonstances socioéconomiques des personnes et des groupes est souvent considéré comme en dehors du rôle du secteur de la santé.

² Les différences étaient statistiquement importantes pour tous les groupes d'âges, sauf celui des 15-29 ans et celui des 40-44 ans. La différence entre les groupes d'âges des 15-29 et des 40-44 ans n'avait pratiquement pas d'importance statistique (p = 0,06).

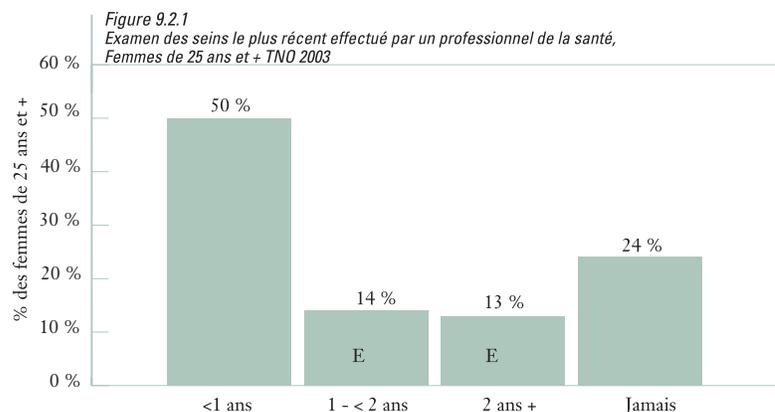
Les femmes étaient nettement plus enclines que les hommes à avoir fait vérifier leur pression sanguine au cours de l'année précédente (80 % par rapport à 55 %). La différence était notée pour chaque groupe d'âges, mais était plus élevée chez les personnes de moins de 45 ans. Par exemple, 39 % des hommes âgés entre 15 et 29 ans ont rapporté avoir fait vérifier leur pression sanguine au cours de l'année précédente, par rapport à 74 % des femmes de ce groupe d'âges. Par contre, 70 % des hommes âgés entre 45 et 64 ans ont indiqué avoir fait vérifier leur pression sanguine au cours de l'année précédente, par rapport à 87 % des femmes. Cette tendance peut être attribuable en partie au fait que les jeunes femmes cherchent plus souvent les services des professionnels de la santé que les hommes du même groupe d'âges, en raison de questions de soins gynécologiques. Le pourcentage de résidents de Yellowknife de 15 ans et plus qui avaient fait vérifier leur pression sanguine au cours de l'année précédente était le même que le pourcentage des résidents vivant à Yellowknife et dans les autres communautés des TNO (66 % par rapport à 71 %).

9.2 Dépistage du cancer du sein

Les décès attribuables au cancer du sein ont nettement diminué en raison des améliorations concernant le traitement du cancer et du développement de programmes de dépistage (mammographie et examen clinique des seins), lesquels peuvent détecter le cancer du sein à un stade précoce. Les études ont démontré que la détection précoce du cancer du sein, grâce à la mammographie, peut réduire la mortalité par cancer chez les femmes âgées entre 50 et 60 ans. Présentement, on recommande des mammographies tous les deux ans pour les femmes de ce groupe d'âges.³

En 2003, environ 67 % des femmes des TNO âgées entre 50 et 69 ans ont rapporté avoir passé une mammographie au cours des deux années précédentes, par rapport à 73 % au Canada.⁴ Par contre, 77 % des femmes des TNO ont indiqué avoir passé une mammographie au cours des cinq années précédentes. Environ 58 % des femmes de Yellowknife de ce groupe d'âges ont rapporté avoir passé une mammographie au cours des deux années précédentes, par rapport à 79 % dans les autres communautés. Même si cette différence n'est pas statistiquement importante, elle était près de l'être ($p=0,07$). L'évidence est donc peu concluante et la différence entre Yellowknife et les autres communautés peut être attribuable à la variabilité d'échantillonnage élevée créée par le nombre relativement petit de femmes âgées entre 50 et 69 ans dans l'échantillonnage de l'ESCC de 2003.⁵

La formation de professionnels de la santé pour utiliser les normes et les lignes directrices appropriées pour l'examen clinique des seins est aussi importante qu'une mammographie pour détecter le cancer. Les lignes directrices territoriales actuelles sur le dépistage du cancer du sein dans la population générale recommandent un examen clinique annuel des seins effectué par un professionnel de la santé pour toutes les femmes de vingt-cinq ans et plus.



Source : Statistique Canada, Dossier partagé 2.1 de l'ESCC
E = Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence.

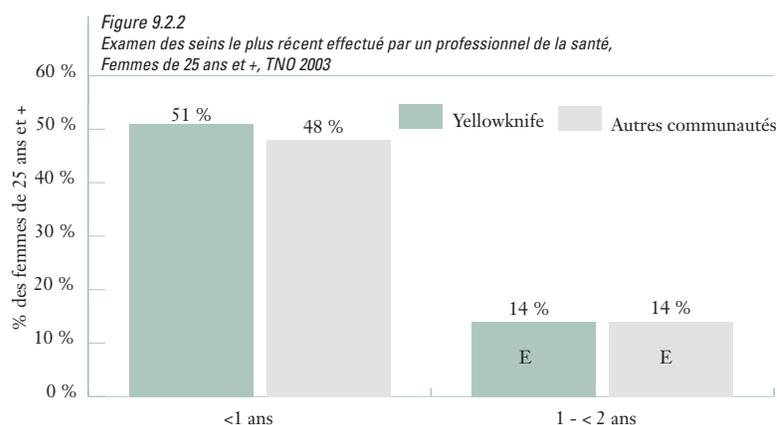
³ Il existe encore des discussions concernant les avantages du dépistage chez les femmes âgées entre 40 et 49 ans.

⁴ Source canadienne : Dossier partagé de l'ESCC de 2003. La différence n'était pas statistiquement importante.

⁵ Pour une discussion plus détaillée sur le dépistage du cancer du sein aux TNO, consultez le document *Le cancer aux Territoires du Nord-Ouest 1990 – 2000 - Rapport descriptif, Santé et Services sociaux TNO, décembre 2003.*

En 2003, 76 % des femmes de 25 ans et plus ont indiqué avoir reçu un examen clinique des seins d'un professionnel de la santé au moins une fois dans leur vie. Environ 50 % avaient reçu un examen clinique des seins au cours de l'année précédente et un autre 14 % au cours des deux années précédentes. Par contre, 13 % des femmes de 25 ans et plus ont rapporté que deux ans ou plus s'étaient écoulées depuis leur dernier examen, et près du quart des femmes des TNO de ce groupe d'âge (24 %) ont indiqué n'avoir jamais reçu d'examen clinique des seins.

Il n'existe aucune différence importante entre les résidents de Yellowknife et les résidents des autres communautés des TNO par rapport à leur expérience avec l'examen clinique des seins par un professionnel de la santé (voir figure 9.2.2). Environ 51 % des femmes de Yellowknife de 25 ans et plus ont indiqué avoir eu un examen au cours de l'année précédente, par rapport à 48 % des femmes vivant dans les autres communautés. Un autre 14 % supplémentaire de femmes de Yellowknife et des autres communautés avaient eu un examen clinique au cours des deux années précédant le sondage.



Source : Statistique Canada, Dossier partagé 2.1 de l'ESCC
E = Variabilité d'échantillonnage élevée, interpréter avec prudence.

9.3 Dépistage du cancer du col de l'utérus

Le test de Pap comporte la collecte de cellules du col pour détecter les anomalies. Ce test est efficace pour réduire 60 % des cas de cancer et de décès attribuables au cancer du col de l'utérus.⁶ On recommande un dépistage annuel, après avoir commencé à avoir des relations sexuelles. Après trois tests qui se sont avérés normaux, on peut faire le test tous les deux ans, jusqu'à l'âge de 69 ans.

En 2003, 83 % des femmes des TNO âgées entre 18 et 69 ans ont indiqué avoir eu le test au cours des trois années précédentes, soit environ le même pourcentage que les femmes canadiennes (76 %).⁷ Le pourcentage des TNO en 2003 n'avait pas changé par rapport à 1994-1995, alors que 81 % des femmes âgées de 18 à 69 ans avaient dit avoir eu un test au cours des trois années précédentes.⁸ Par contre, aux TNO, les femmes âgées entre 18 et 44 ans étaient vraiment plus enclines que celles âgées entre 45 et 69 ans à rapporter avoir eu un test de Pap au cours des trois années précédentes (89 % par rapport à 67 %).

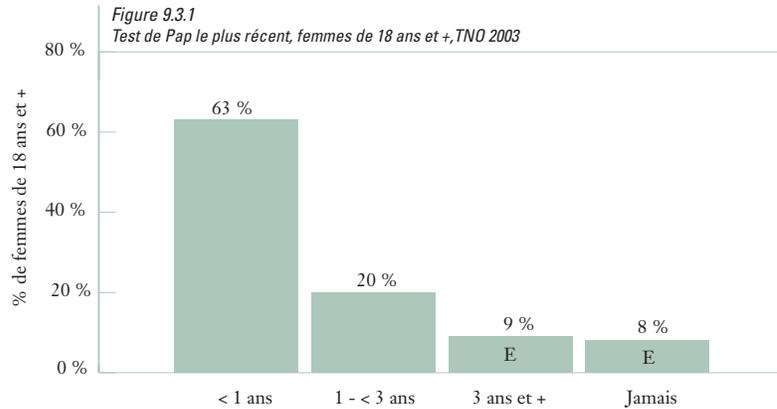
⁶ A.B. Miller; *Le meilleur des mondes - La lutte contre le cancer et la promesse du nouveau millénaire Maladies chroniques au Canada, Vol. 20, N° 4, (1999), p. 139-150.*

⁷ *Standardisé selon l'âge à la population des TNO de 2003, le taux canadien augmenterait légèrement à 77 %. Source canadienne : Dossier partagé de l'ESCC de 2003.*

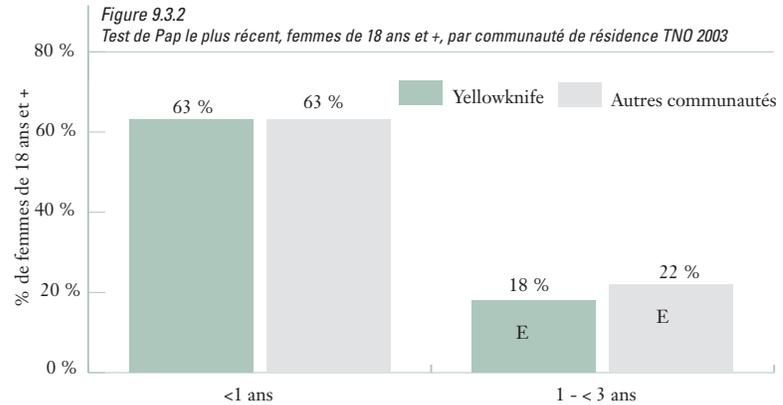
⁸ *Source: NWT Bureau of Statistics; 1994/95 NPHS*

Dans la figure 9.3.1 on voit de plus près la fréquence du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les femmes des TNO âgées entre 18 et 69 ans. On peut voir que 63 % des femmes ont rapporté avoir eu un test au cours de l'année précédente, et 20 % ont eu un test au cours d'une des trois années précédentes. Un autre 9 % des femmes avaient eu leur test trois ans ou plus auparavant, et 8 % n'avaient jamais eu le test.

La figure 9.3.2 indique que les femmes résidant à Yellowknife étaient tout aussi enclines à avoir le test au cours des trois années précédentes que celles vivant dans les autres communautés (81 % par rapport à 85 %). Par contre, une étude antérieure examinant les femmes de 15 ans et plus a découvert que les taux de dépistage dans les centres régionaux (75 %) et les petites communautés (72 %) étaient nettement moins élevés qu'à Yellowknife (87 %).⁹



Source : Statistique Canada, Dossier partagé 2.1 de l'ESCC.
E = Variabilité d'échantillonnage élevé, interpréter avec prudence.



Source : Statistique Canada, Dossier partagé 2.1 de l'ESCC.
E = Variabilité d'échantillonnage élevé, interpréter avec prudence.

⁹ S. McDermott, *Cervical Cancer Screening in the NWT, EpiNorth, 14(1), (Hiver 2002): 1, 14-18.*

Chapitre 10

Conclusions

Ce rapport donne une idée d'ensemble sur la santé des résidents des Territoires du Nord-Ouest en cette fin de 20^e siècle et ce début de 21^e siècle. Il en ressort un portrait d'une population qui a connu certaines améliorations dans plusieurs domaines, une certaine détérioration dans d'autres, mais qui dans l'ensemble, a connu peu de changements dans la plupart des indicateurs de santé au cours des dix à quinze dernières années.

Des données antérieures aux années 1990 n'étaient pas disponibles pour un grand nombre d'indicateurs. Quand des données étaient disponibles pour les années précédant 1990, par exemple sur l'espérance de vie à la naissance, les taux de mortalité infantile, les taux de mortalité prématurée et les taux de mortalité par causes principales, l'évidence suggère que des améliorations se sont produites au cours des années 1980, mais peu au cours des années 1990. De plus, le pourcentage de la population qui se perçoit comme étant en bonne santé ou en meilleure santé n'a pas changé entre 1994-1995 et 2003. La prévalence d'un certain nombre de maladies chroniques, comme l'arthrite et la dépression, est également demeurée inchangée au cours de cette période. Quand on tient compte du changement de la structure d'âge de la population, l'incidence du cancer est également demeurée inchangée depuis le début des années 1990.

Il y a eu certaines améliorations dans l'incidence de la tuberculose et dans un certain nombre de maladies évitables par la vaccination, comme la coqueluche et la varicelle, au cours des années 1990. Ces succès sont le résultat de solides programmes de vaccination et de sensibilisation à la tuberculose.

Par contre, l'incidence des infections transmises sexuellement a augmenté entre 1997 et 2003. Les infections à l'hépatite C ont également augmenté. Même si les taux d'infection au VIH/SIDA sont apparemment demeurés bas, l'évidence de relations sexuelles non protégées accroît le risque de propagation de cette maladie. L'incidence du suicide s'est accrue depuis le milieu des années 1990, et est demeurée la même depuis lors. La prévalence du diabète s'est accrue. Il existe également une certaine évidence, quoiqu'elle soit non concluante, que dans l'ensemble, la santé fonctionnelle des jeunes et des jeunes adultes a diminué depuis le milieu des années 1990.

Le rapport indique également qu'il existe d'importantes différences dans l'état de santé des résidents des TNO, selon l'âge, le sexe et la communauté de résidence. Dans l'ensemble, l'état de santé tend à décliner à mesure que la population vieillit. Les personnes âgées risquent davantage de souffrir de maladies chroniques et d'avoir un état de santé fonctionnelle réduit. Il faut noter que bon nombre de jeunes personnes semblent également en avoir des difficultés. Des indicateurs comme la dépression et le comportement suicidaire illustrent que la santé émotionnelle des jeunes des TNO peut être un sujet d'inquiétude.

En moyenne, les femmes vivent plus longtemps que les hommes. Par contre, cet écart semble se rétrécir. La différence dans la longévité entre les hommes et les femmes est en partie attribuable à des taux de mortalité plus élevés chez les hommes. Par contre, sur les mesures comme l'autoévaluation de l'état de santé et l'état de santé fonctionnelle, en moyenne, les femmes ne semblent pas obtenir d'aussi bons résultats que les hommes.

Selon plusieurs mesures, les résidents de Yellowknife sont plus en santé que les résidents des petites communautés des Territoires. En moyenne, leur taux est plus élevée pour l'autoévaluation de leur état de santé, et certaines mesures du bien-être psychologique. Ils ont tendance à avoir des niveaux plus bas de limites d'activité et de maladies transmissibles, comme la tuberculose et les ITS. Les taux de mortalité infantile, de mortalité prématurée et de suicide sont également plus élevés dans les petites communautés. Plusieurs de ces différences peuvent être reliées aux différences dans les conditions de vie et de travail, aux pratiques d'hygiène personnel et aux expériences pendant la petite enfance. Ces déterminants de la santé affectent la santé directement, et également indirectement en raison de l'interaction avec les autres facteurs.

Le cadre de travail sur la santé de la population adopté dans ce rapport souligne l'influence importante que les facteurs démographiques, sociaux et économiques et le développement de la petite enfance ont sur l'état de santé. Par rapport aux résidents de Yellowknife, les personnes qui vivent dans les petites communautés des TNO ont tendance à avoir des niveaux scolaires moins élevés, des revenus plus bas et des taux de chômage plus élevés. Ils sont également moins enclins à indiquer apprécier les hauts niveaux d'appui social, faire partie d'organismes bénévoles et vivre dans des logements convenables. Par contre, ils sont plus enclins que les résidents de Yellowknife à fumer, à avoir régulièrement une consommation abusive d'alcool, et à être exposés à la fumée secondaire. Ce n'est donc pas surprenant de découvrir que bon nombre de résidents des petites communautés des TNO ont des risques pour la santé plus élevés que ceux qui vivent dans les plus gros centres. Par contre, il faut noter que ce ne sont pas tous les résidents des petites communautés qui sont à très hauts risques, tout comme ce ne sont pas tous les résidents de Yellowknife qui sont à risques moins élevés.

L'évidence suggère qu'un grand nombre de résidents des TNO font encore des choix malsains en matière de style de vie. La plupart des résidents de 12 ans et plus ne consomment pas la quantité quotidienne recommandée de portions de fruits et de légumes. Près de la moitié des résidents sont inactifs, 41 % fument la cigarette, 21 % ont une consommation abusive d'alcool de façon régulière et près de la moitié ne portent pas leur ceinture de sécurité quand ils se déplacent en voiture. Environ le quart des adultes âgés entre 20 et 64 ans sont obèses. Environ 40 % des personnes âgées entre 15 et 49 ans qui ont eu plus d'un partenaire sexuel au cours de l'année précédente n'ont pas utilisé un condom.

Les comportements à hauts risques ne se produisent pas seuls. Il existe des interactions complexes entre ces facteurs et les autres principaux déterminants de la santé. Par exemple, les personnes ayant un statut socioéconomique bas (niveau scolaire et revenu bas) sont plus enclines que celles ayant un statut plus élevé à fumer, à être inactives physiquement et à avoir une consommation abusive d'alcool. Ce sont ces interactions qui influencent l'état de santé. Autrement dit, il faut examiner les comportements dans le contexte de la situation socioéconomique des gens. Les politiques qui font la promotion de milieux socioéconomiques sains auront également une répercussion positive sur le comportement des gens en matière de santé.

Un certain nombre d'indicateurs qui mesurent les déterminants de la santé ont montré quelque progrès. Les niveaux scolaires ont augmenté dans bon nombre de communautés. Les taux d'emploi ont également marqué certains signes d'amélioration. Ces améliorations socioéconomiques peuvent mener à une meilleure santé et un bien-être accru de la population si les changements se propagent également de façon à ne pas créer une importante rupture sociale, à donner place à une plus grande autodétermination et à accroître les possibilités pour les gens de faire de réels choix santé.

Des défis pour préserver et améliorer l'état de santé de la population des Territoires nous attendent. Étant donné les nombreux facteurs qui influencent la santé, relever de tels défis nécessitera l'engagement de nombreux organismes dans le développement de politiques publiques en matière de santé, de même que l'appui actif du public. Le fait de créer une économie durable avec une distribution significative du travail et des revenus, d'encourager les possibilités en matière d'éducation et d'apprentissage tout au long de la vie, d'encourager des décisions saines en matière de style de vie, d'appuyer un développement d'enfants en santé, de promouvoir un environnement sain et durable et de fournir des services de santé appropriés et accessibles, voilà des défis qui nécessitent l'attention de tous.

« La création d'un milieu favorable à la santé est vraiment une responsabilité partagée qui exige que chacun fasse sa part. Cela veut dire que les gouvernements doivent mettre en place des politiques publiques efficaces et affecter suffisamment de ressources pour appuyer les programmes sociaux. Les communautés doivent aider leurs membres à adopter des modes de vie et des comportements sains.

Enfin, les familles et les particuliers doivent faire des choix de vie sains – bien s'occuper des soins prénatals et adopter de bonnes habitudes de vie pendant la grossesse, bien s'alimenter, faire de l'activité physique, poursuivre ses études, s'abstenir de fumer, de boire et de consommer de la drogue, et éviter la violence. » *Une population, des communautés et un territoire autonomes - une responsabilité partagée*, Juin 2004, p. 5

Annexe A

Sources et limites des données

Dans cette section, chaque source de données est décrite avec une discussion sur certaines de ses limites. Les deux enquêtes et les sources administratives de données ont été utilisées. Suit une courte discussion sur les principales sources de données et certaines de leurs limites.

L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC) est la principale source de données relatives à la santé pour les Territoires du Nord-Ouest. Cela comprend l'information sur les indicateurs de la santé, comme l'autoévaluation de la santé et certaines maladies chroniques spécifiques, et les déterminants de la santé, comme l'activité physique et les habitudes saines en matière d'alimentation. Ce rapport utilise les résultats du dossier partagé 2.1 de l'ECSS de 2003, lequel contient un échantillonnage de 993 personnes de 12 ans et plus.

L'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP) est une autre des principales sources des données d'enquête. L'ENSP de 1994-1995 contenait certaines questions qui étaient les mêmes que l'ESCC, mais qui avaient un échantillonnage plus petit : 447 personnes de 12 ans et plus. En raison de la taille de l'échantillonnage, plusieurs estimations provenant de cette enquête doivent être traitées avec prudence. De plus, parce que la méthodologie des deux enquêtes était différente, les comparaisons entre l'ENSP et l'ESCC devraient également être interprétées avec prudence. En d'autres mots, ce n'est pas toujours clair si les tendances sont attribuables aux changements de la méthodologie entre les deux enquêtes ou à de véritables changements de société ou aux deux.

D'autres limites des enquêtes sur la santé comprennent de possibles biais de rappel et des sous-déclarations de certains comportements qui peuvent être considérés comme socialement inacceptables, comme la consommation fréquente et abusive d'alcool, la conduite en état d'ébriété. Les tailles des échantillonnages signifient souvent que l'analyse ne peut être présentée que pour les principales régions géographiques et pour des conditions plus courantes.

Le recensement, effectué par Statistique Canada tous les cinq ans, fournit une grande quantité d'information sur les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population des Territoires. Les niveaux scolaires, les revenus et l'emploi sont tirés de cette source. Le dernier recensement a été effectué en 2001.

Les données pour un certain nombre de maladies, incluant la tuberculose, les infections transmissibles sexuellement, les maladies évitables par la vaccination et le cancer sont basées sur les registres des maladies et représentent la source d'information la plus complète et constante à propos des conditions de santé au niveau de la personne. Ces sources permettent également de calculer les taux d'incidence, ou le nombre de nouveaux cas d'une maladie dans une population au cours d'une période de temps.

Les statistiques de l'état civil constituent également une source d'information majeure à propos de la santé d'une population. Les statistiques de l'état civil réfèrent à des données recueillies de registres actuels d'événements démographiques. La base de données des statistiques de l'état civil a été la source de données pour un certain nombre d'indicateurs de la santé : mortalité infantile, principales causes de mortalité, insuffisance de poids à la naissance, taux de fertilité.

Un certain nombre d'indicateurs, incluant les hospitalisations attribuables à la maladie mentale, ont été obtenus des congés d'hôpital auprès de l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) pour tous les hôpitaux des TNO. Les données fournissent le nombre de congés d'hôpital enregistrés au cours d'une année, selon le diagnostic médical principal. (Le diagnostic est déterminé comme étant l'une des principales causes de la durée du séjour à l'hôpital). Cette source de données seulement fournit une inférence indirecte à la maladie, car elle est fondée sur le nombre d'activités (congés d'hôpital) plutôt que sur le nombre de personnes. Par conséquent, elle ne fournit pas d'estimation exacte des taux de prévalence ou d'incidence. Par exemple, les personnes peuvent entrer à l'hôpital et en sortir plus d'une fois en une année donnée, pour le même problème de santé.

Différents indicateurs ont été obtenus d'un certain nombre d'autres sources administratives et d'enquêtes sur des sujets spécifiques. Par exemple, la prévalence du diabète a été obtenue du système national de surveillance du diabète de Santé Canada; les statistiques sur la criminalité proviennent du Centre canadien de la statistique juridique. L'information concernant le tabagisme a été obtenue du sondage de 2004 sur le tabagisme dans le Nord. Le Bureau de la statistique des TNO a fourni des prévisions démographiques utilisées pour calculer les taux pour toutes les données administratives.

Tout au long de ce rapport, quand on fait des comparaisons entre les groupes, on indique au lecteur quand une différence est statistiquement importante. C'est important dans le cas de données d'enquête, car l'échantillonnage utilisé dans ce cadre peut ne pas représenter avec exactitude l'ensemble de la population. Autrement dit, en raison des échantillonnages, il peut y avoir des différences entre les résultats obtenus d'une enquête et ceux qu'on aurait obtenu si l'ensemble de la population avait fait l'objet d'une entrevue. C'est ce qu'on appelle une erreur d'échantillonnage et elle tend à s'accroître avec la diminution des échantillonnages. Les tests statistiques sont utilisés pour fournir une indication à savoir si les différences entre les estimations obtenues d'un échantillonnage sont possiblement attribuables à une erreur d'échantillonnage. Quand les estimations sont fondées sur de petits échantillonnages, les grandes différences peuvent sembler ne pas être statistiquement importantes. Cela ne signifie pas que la différence observée n'est pas « réelle ». Cela signifie plutôt qu'en utilisant un test statistique on a pu conclure avec un grand niveau de confiance que la différence observée n'était pas attribuable à une erreur d'échantillonnage.

Les sources administratives de données, comme les registres de maladies et les statistiques de l'état civil, ont tendance à capter toutes ou presque toutes les occurrences d'un événement particulier relié à la santé dans une population. Contrairement aux données d'enquête, elles ne sont pas sujettes aux erreurs d'échantillonnage. Cependant, étant donné le nombre relativement petit de résidents aux TNO, et le nombre relativement petit d'événements enregistrés chaque année, les taux annuels peuvent beaucoup varier à cause du hasard ou des variations aléatoires. Les tests statistiques fournissent un moyen de mesurer jusqu'à quel point on a besoin de tenir compte d'une variation aléatoire quand on compare les taux. Encore une fois, quand le nombre de cas pour un indicateur particulier est petit, il peut sembler que les grandes différences entre les groupes peuvent être attribuables à la variation aléatoire à ce moment particulier. On fait des efforts pour réduire ce genre de variabilité en incorporant des données sur plusieurs années.