

*La Nation
Métisse
de l'Ontario*

LES MALADIES RESPIRATOIRES CHEZ LA NATION MÉTISSE DE L'ONTARIO

RAPPORT TECHNIQUE
MARS 2012

Rédigé par :

Institute for Clinical Evaluative Sciences

Julie Klein-Geltink, MHSc
Saba Khan, MPH
Paul Cascagnette, BSc
Andrea Gershon, MD MSc
Teresa To, PhD
Eric Crighton, PhD
David A. Henry, MB ChB, FRCP (Edin)

Nation métis de l'Ontario

Lisa Pigeau, BA
Jo MacQuarrie, RN
Yvon Allard, M.Sc.
Bobbie Burns, M.H.A.

ICES Institute for Clinical
Evaluative Sciences

RENSEIGNEMENTS GÉNÉRAUX ET MOTIFS

Plus de 3,5 millions de Canadiens vivent avec des maladies respiratoires, dont l'asthme, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), le cancer pulmonaire, la tuberculose et la fibrose kystique¹. La plupart sont des états chroniques qui pèsent lourd sur les soins de santé et l'économie, et cela devrait augmenter dans la population avec le temps, ce qui ajoutera au fardeau sur le système des soins de santé. De plus, le cancer pulmonaire en 2010 occupait le deuxième rang parmi tous les nouveaux cas de cancer, chez les hommes comme chez les femmes, et affichait le taux le plus élevé de mortalité². Deux importants facteurs de risque pour la maladie respiratoire chronique et le cancer pulmonaire – la fumée du tabac et la qualité de l'air interne et externe – peuvent être modifiés et sont évitables. Une meilleure compréhension de la prévalence de ces maladies et de leurs facteurs de risque permettrait d'ajouter des possibilités de prévention primaire et secondaire³.

D'après le recensement de 2006, les Métis représentent approximativement 30 % de la population autochtone au Canada. Les ancêtres des Métis sont des hommes européens et des femmes des Premières Nations; les Métis sont un peuple autochtone distinct, séparé des Premières Nations et des Inuits par la langue, la culture et l'histoire. Actuellement, il y a peu de données spécifiques sur la santé de la population et les soins de santé ainsi que d'études examinées par des pairs et traitant de la santé des Métis^{4,5}.

La santé et les soins de santé des Métis sont le principal intérêt de la Nation métisse de l'Ontario (NMO), seul organisme représentatif des Métis dans cette province. La NMO a pour principal objet de soutenir et de promouvoir le développement d'organismes gouvernementaux autonomes pour la Nation métisse de l'Ontario ainsi que de représenter les intérêts de celle-ci et de se porter à sa défense. Afin d'étudier les données sur la population en matière de maladies chroniques, y compris les maladies respiratoires, et leurs conséquences dans la population métisse de l'Ontario, la NMO a lancé un projet de recherche grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada.

Parce que les données administratives sur la santé de l'Ontario ne comportent pas d'identifiants du passé ethnique ou culturel d'une personne, une autre façon d'identifier la population métisse s'imposait. Afin d'accéder aux données administratives sur la santé des Métis de la province de l'Ontario, un accord de recherche a été élaboré entre la NMO et l'Institut de recherche en services de santé (IRSE). Cet accord permettait de relier le registre de la citoyenneté de la NMO et les données administratives sur les soins de santé de l'Ontario. Ce rapport décrit les liens entre les données, les méthodes analytiques et les résultats de l'analyse portant sur la maladie respiratoire chronique (MRC) chez les Métis citoyens de la NMO, au cours de la période du 1er avril 2007 au 31 mars 2009. Nous présentons de nouveau la fréquence du cancer pulmonaire dans cette cohorte, pour les années 2005 à 2007; cette information est tirée du rapport « Cancer in the Métis Nation of Ontario » (cancer au sein de la Nation métisse de l'Ontario)⁶.

ÉTUDE DE LA DOCUMENTATION

Dans plusieurs études ont été examinés les taux de MRC chez les Autochtones au Canada.

Très récemment, le Manitoba Centre for Health Policy, en collaboration avec la fédération des Métis du Manitoba, a publié un rapport approfondi sur les tendances de l'état de santé et de l'utilisation des soins de santé de la Nation métisse au Manitoba⁷. Il s'agit d'un rapport très détaillé qui contient des renseignements sur une multitude de sujets, dont les taux de mortalité, la prévalence des maladies chroniques, de la prévention et du dépistage, les soins médicaux ambulatoires et les taux de congés d'hôpitaux. Il s'y trouve également des statistiques corrigées, par sexe et par âge, relatives à la prévalence de la morbidité respiratoire totale (MRT), une mesure du fardeau de l'asthme, de la bronchite chronique ou aiguë, de l'emphysème et de l'obstruction chronique des voies respiratoires chez les Métis au Manitoba pour 2006-2007. Ces statistiques montrent que les Métis ont une prévalence supérieure de MRT, par rapport à l'ensemble de la population manitobaine (13,6 % versus 10,6 %). Les statistiques pour chacune des régions régionales de la santé (RRS) ont montré que les Métis avaient un taux supérieur de MRT comparativement aux autres dans toutes les régions, sauf deux (Assiniboine et Churchill), puis que le taux chez les

Métis dépassait, et de loin, le taux moyen pour tous les Métis manitobains dans trois RRS (Brandon, Winnipeg et Parkland).

Dans une autre étude étaient comparés la prévalence de l'asthme et les facteurs de risque d'asthme chez les enfants canadiens autochtones et non autochtones du Nord, en 2004, à l'aide du volet Nord de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes⁸. Cette étude a permis de trouver la prévalence de l'asthme, à partir des diagnostics des professionnels de la santé; elle était inférieure de 4,3 % chez les enfants autochtones, par rapport aux enfants non autochtones; toutefois, la prévalence de la respiration sifflante chez les enfants autochtones sans diagnostic d'asthme était supérieure. Les auteurs ont proposé que ces deux constatations pourraient peut-être s'expliquer par des différences entre les populations autochtone et non autochtone en ce qui concerne l'accès aux soins de santé et aux professionnels de la santé, afin que puissent être posés des diagnostics d'asthme.

Crighton et coll. ont analysé les données des enfants et des adultes autochtones vivant sur une réserve et à l'extérieur d'une réserve, et ce, à partir d'une enquête de 2001 portant sur les Autochtones; ils ont trouvé que les diagnostics et les crises d'asthme ainsi que le recours aux inhalants variaient en fonction de facteurs géographiques, socioéconomiques et démographiques⁹. Ils ont montré que les taux de diagnostic d'asthme étaient inférieurs chez ceux vivant dans les territoires du Nord, les réserves ou les secteurs ruraux. Les auteurs ont encore proposé que les taux de diagnostic étaient inférieurs chez les Autochtones en raison d'un accès plus restreint aux soins de santé et non parce que les Autochtones se trouvaient en meilleure santé.

Le cancer, en particulier celui du poumon, est une cause importante de maladie et de décès dans l'ensemble du Canada. Le rapport « Cancer in the Métis Nation of Ontario » (cancer au sein de la Nation métisse de l'Ontario) était, que nous sachions, le premier à présenter la fréquence du cancer à partir des données administratives d'une assez grande cohorte de Métis en Ontario⁶. Les constatations propres au cancer pulmonaire ont été reproduites pour ce rapport. Malheureusement, il y a peu d'information reposant sur la population, à propos de la fréquence du cancer pulmonaire chez les Métis au Canada, et à l'aide de laquelle des comparaisons puissent se faire.

MÉTHODES DE RECHERCHE

La recherche présentée ici a été commandée par la Nation métisse de l'Ontario (NMO) et effectuée par l'Institut de recherche en services de santé (IRSE). L'IRSE est le principal dépositaire indépendant des données sur la santé en Ontario et une entité prescrite en vertu de la Loi sur la protection des renseignements personnels sur la santé (Ont.). L'IRSE est une société indépendante, sans but lucratif, dont les activités de base sont d'effectuer de la recherche qui contribue à l'efficacité, à la qualité, à l'équité et à l'efficacité des soins et services de santé en Ontario. Un facteur déterminant des connaissances produites à l'IRSE est la capacité de relier anonymement l'information reposant sur la population, y compris les renseignements personnels, à l'aide d'identifiants uniques de l'IRSE qui assurent la protection des renseignements individuels et la confidentialité de l'information sur la santé. Les données reliées permettent aux chercheurs de voir plus complètement les problèmes de santé que si les données n'étaient pas reliées.

SOURCES DE DONNÉES

Créée en 1994, la NMO est l'organisme représentant les Métis en Ontario. Le registre de la Nation métisse de l'Ontario accorde la citoyenneté métisse à ceux qui peuvent fournir l'information généalogique et la preuve d'une ascendance autochtone¹⁰. Le registre de la citoyenneté de la NMO depuis août 2009 a été fourni à l'IRSE. Il comprenait 14 480 personnes au moment de l'étude.

Les données initiales du registre de la citoyenneté comprenaient des vérifications d'intervalles et la suppression d'enregistrements en double. Les citoyens individuels de la NMO étaient ensuite reliés au Registre provincial des clients (RPC, un registre de toutes les personnes admissibles à la carte Santé en Ontario. Des 14 480 personnes se trouvant dans le registre de la citoyenneté, 14 021 (96,8 %) ont été reliées avec succès, de ce nombre 13 181

(94,0 %) étaient en vie le 1er avril 2007 et avaient une adresse ontarienne valide. Ces personnes formaient la cohorte métisse qui a servi dans cette étude, ce à quoi il est ci-après fait référence par « les Métis » ou « la population métisse ». Tous les autres résidents de l'Ontario ont été considérés comme des membres de l'ensemble de la population. Les personnes de moins de 18 ans étaient exclues de l'analyse des cas de maladie respiratoire, de leurs prévalence et résultats puisque le registre des citoyens de la NMO sous-représente ce groupe.

Après l'établissement des liens, chaque numéro de carte Santé est devenu anonyme à l'aide d'un algorithme de chiffrement reproductible. Le numéro de chiffrement de la carte Santé a ensuite été relié à d'autres sources de données administratives sur la santé, et tout cela partageait le même numéro de chiffrement de la carte Santé, afin d'identifier la personne. Ainsi, les personnes ont été reliées à des sources de données et dans le temps. Parmi ces autres sources de données administratives se trouvent ceci :

- La Base de données sur les congés des patients (BDCP), où est enregistrée de l'information détaillée sur chaque hospitalisation en Ontario, y compris les diagnostics et les procédures lors de l'hospitalisation.
- La base de données du Régime d'assurance-maladie de l'Ontario (RAMO), où se trouvent toutes les réclamations de paiement d'honoraires pour les services rendus par les médecins de l'Ontario lors de consultations, de visites et de procédures.
- La base de données du Système national d'information sur les soins ambulatoires (SNISA), qui contient de l'information diagnostique de tous les services d'urgence en Ontario.
- Le Registre des cas de cancer de l'Ontario (RCCO), une base de données informatisées contenant de l'information sur tous les résidents de l'Ontario qui ont récemment eu un diagnostic de cancer (« incidence ») ou sont morts du cancer (« mortalité »). Tous les nouveaux cas de cancer sont enregistrés, sauf les cancers de la peau sans présence de mélanome. L'état d'achèvement du RCCO est à 95 % pour l'ensemble de la population de l'Ontario¹¹.

DÉFINITIONS DE MALADIE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

Au 1er avril 2007, tous les résidents de l'Ontario étaient compris dans cette étude. Ceux qui sont morts ou ont déménagé à l'extérieur de la province ont été exclus. Les asthmatiques ont été identifiés à l'aide de la base de données de l'Ontario Asthma Surveillance Information System (OASIS) (système d'information pour la surveillance de l'asthme en Ontario), un registre validé de tous les résidents de l'Ontario qui sont connus pour avoir eu une crise d'asthme entre 1996-1997 et 2009-2010, puis de l'asthme prévalent entre 1993-1994 et 2009-2010. Il est construit à l'aide d'une définition de cas antérieurement validé pour une base de données administratives sur l'asthme, cas qui comprend une ou plus d'une hospitalisation et/ou deux ou plus de deux visites ambulatoires sur une période de deux ans¹². Les personnes qui ont la MPOC ont été identifiées à l'aide de la base de données MPOC, un registre validé de tous les résidents de l'Ontario qui sont connus pour avoir eu une crise de MPOC entre 1996-1997 et 2009-2010, puis une MPOC prévalente entre 1991-1994 et 2009-2010. Cette base de données repose sur une définition validée des données administratives sur la MPOC; cela comprend une ou plus d'une hospitalisation et/ou une ou plus d'une visite ambulatoire de personnes de 35 ans et plus en raison de la MPOC¹². Les deux types de maladie sont énumérés à l'Annexe 1, ainsi que leur CIM-9 correspondant et les codes CIM-10 ainsi que leurs définitions de cas validées.

DÉFINITION DU CANCER PULMONAIRE

Les personnes qui ont un cancer pulmonaire ont été identifiées à partir du RCCO, entre 2005 et 2007. Les codes et définitions correspondantes de la Classification internationale des maladies pour le cancer pulmonaire, 9e révision (CIM-9), qui ont servi dans la présente analyse sont énumérés à l'Annexe 2. Les taux d'incidence temps-personne pour le cancer pulmonaire (le nombre des personnes qui ont un diagnostic récent de cancer pulmonaire sur une certaine période dans une population donnée) pour la période de 2005 à 2007 ont été calculés pour les Métis et l'ensemble de la population de l'Ontario. Les taux bruts ont été calculés par sexe.

Maladie respiratoire chronique : façon de la soigner et résultats de la maladie

Un certain nombre de variables de MRC ont été calculées et comparées pour les Métis et pour l'ensemble de la population de l'Ontario. Le nombre moyen et médian des visites par année, pour les soins primaires et chez les médecins spécialistes, a été évalué à l'aide des deux plus récentes années de données (2007-2008 et 2008-2009). Médecin spécialiste est défini par tout médecin qui n'administre pas de soins primaires. Nous avons regardé ceux qui avaient un diagnostic d'asthme et de MPOC, considérant les soins primaires et les visites aux spécialistes globalement, ainsi que les visites pour la maladie spécifique. Nous avons également examiné et comparé les visites et les hospitalisations globales et propres à une maladie (patient d'un jour ou hospitalisé) chez les Métis et dans l'ensemble de la population. La mortalité, toutes causes confondues, a été calculée pour les personnes ayant eu un diagnostic de MPOC ou d'asthme, pour les années 2007-2008 et 2008-2009. Et des taux bruts et des taux normalisés par âge et par sexe ont été produits pour l'incidence, la prévalence et la mortalité. Les taux ont été normalisés par âge et par sexe à l'aide de la méthode de la population-type. Des essais importants ont eu lieu à l'aide de rajustements indirects (essais fondés sur un modèle).

CONSTATATIONS

CARACTÉRISTIQUES DÉMOGRAPHIQUES DES POPULATIONS

Tableau 1 : Caractéristiques démographiques de la Nation métisse de l'Ontario, par opposition aux Métis de l'Ontario, tels qu'identifiés dans le Recensement de 2006.

Caractéristique	Registre des citoyens de la Nation métisse de l'Ontario	Métis de Ontario, tels qu'identifiés dans le Recensement de 2006
Nombre de personnes	13 181	73 605
Âge médian (EI)	43 (24)	33 (S. O.)
Sexe		
Femme	46,5	50,0
Homme	53,5	50,0

Le registre de la citoyenneté de la NMO compris dans cette analyse représente approximativement 18% de la population métisse totale de l'Ontario, ce qui repose sur le rapport des intéressés dans le Recensement de 2006 de Statistique Canada. Les personnes comprises dans le registre de la citoyenneté de la NMO sont plus âgées, et il est plus probable qu'il s'agisse d'hommes que dans la population métisse du recensement.

Tableau 2 : Caractéristiques démographiques du registre de la citoyenneté de la Nation métisse de l'Ontario, par opposition à l'ensemble de la population de l'Ontario.

Caractéristique	Registre des citoyens de la Nation métisse de l'Ontario	Ensemble de la population
Nombre de personnes	13 181	13 496 154
Âges médian (écart interquartile)	43(24)	39(34)
Sexe(%)		
Femme	46,5	50,6
Homme	53,5	49,4
Ruralité ¹ (%)		
Urbain	69,1	88,5
Rural	30,9	11,5
Quintile du revenu ² (%)		
1 – Le plus bas	22,4	20,1
2	21,0	19,9
3	20,1	19,7
4	18,5	20,0
5 – Le plus haut	17,4	19,9
Répartition de la population par réseau local d'intégration des services de santé (RLISS) (%)		
Erie St. Clair	2,5	5,1
Sud-Ouest	3,8	7,1
Waterloo Wellington	2,4	5,5
Hamilton Niagara Haldimand Brant	5,4	10,5
Centre-Ouest	1,4	6,2
Mississauga Halton	1,7	8,6
Toronto central	2,5	9,3
Central	2,3	13,0
Centre-Est	5,1	11,8
Sud-Est	2,8	3,7
Champlain	5,7	9,5
North Simcoe Muskoka	17,8	3,3
Nord-Est	30,9	4,4
Nord-Ouest	15,9	1,9

¹En fonction de la définition de ruralité par Statistique Canada. Classification géographique type (CGT) : Volume 1 - Classification. Ottawa (Ontario) : 2007).

²Le revenu des quartiers est calculé par Statistique Canada et mis à jour chaque cinq ans lorsque les données du nouveau recensement sont disponibles. Les quartiers de l'Ontario sont classés en cinq groupes à peu près égaux (quintiles), ordonnés des plus pauvres (Q1) aux plus riches (Q5). Ces quintiles du revenu sont reliés à l'état de santé de la population et aux niveaux d'utilisation des soins de santé.

Notez que les totaux n'aboutissent pas toujours à 100 % en raison de l'arrondissement.

Les citoyens de la NMO sont légèrement plus âgés, et la proportion d'hommes est plus grande que dans l'ensemble de la population. Une beaucoup plus grande proportion de l'ensemble de la population vit dans les zones urbaines par rapport aux citoyens de la NMO. Il était plus probable que les citoyens de la NMO vivent dans des quartiers à faible revenu que l'ensemble de la population. La majorité des citoyens de la NMO vit dans le Nord ontarien, le groupe le plus nombreux se trouvant dans le Nord-Est.

ÉPIDÉMIOLOGIE DE LA MALADIE RESPIRATOIRE CHRONIQUE

Tableau 3 : Prévalence de la maladie respiratoire chronique par 100 personnes au cours de 2007-2008 et de 2008-2009 chez les Métis et dans l'ensemble de population de l'Ontario, par type de maladie.

Prévalence par 100 habitants		Métis	Ensemble de la population	valeur-p
Asthme				
2007-2008				
	Nombre de cas	1 789	1 174 351	
	Taux brut	14,00	11,72	
	Taux standardisé (IC)	14,49 (13,78, 15,22)	11,71 (11,69, 11,73)	<0,0001
2008-2009				
	Nombre de cas	1 843	1 231 050	
	Taux brut	14,28	12,10	
	Taux standardisé (IC)	14,76 (14,06, 15,49)	12,08 (12,06, 12,11)	<0,0001
Maladie pulmonaire obstructive chronique				
2007-2008				
	Nombre de cas	1 260	701 209	
	Taux brut	14,24	9,91	
	Taux standardisé (IC)	16,13 (15,11, 17,19)	9,45 (9,43, 9,47)	<0,0001
2008-2009				
	Nombre de cas	1 340	728 250	
	Taux brut	14,76	10,13	
	Taux standardisé (IC)	15,85 (14,92, 16,83)	9,55 (9,53, 9,57)	<0,0001

IC = Intervalle de confiance de 95 %

La prévalence de l'asthme et de la MPOC était considérablement plus élevée chez les Métis que dans l'ensemble de la population au cours des deux années de l'étude. Les taux d'asthme et de MPOC augmentaient en général légèrement dans les deux groupes en 2008-2009, bien que le taux standardisé de la MPOC chez les Métis ait pu baisser.

La prévalence de l'asthme était supérieure chez les Métis dans tous les groupes d'âge, jusqu'à 64 ans, mais l'écart entre les Métis et l'ensemble de la population était plus grand chez les hommes que chez les femmes de 18 à 24 ans (voir l'Annexe 3). La prévalence de la MPOC était également supérieure chez les Métis de tous les groupes d'âge, l'écart s'élargissant entre les Métis et l'ensemble de la population après 45 ans.

Tableau 4 : Fréquence de la maladie respiratoire chronique par 1 000 personnes en 2007-2008 et 2008-2009 chez les Métis et l'ensemble de la population de l'Ontario, par type de maladie.

Incidence per 1000 population		Métis	General population	p-value
Asthma				
2007/08				
	Number of Cases	40	30,188	
	Crude Rate	3.13	3.01	
	Standardized Rate (CI)	3.09 (2.20, 4.23)	3.01 (2.98, 3.04)	0.74
2008/09				
	Number of Cases	30	27,343	
	Crude Rate	2.33	2.69	
	Standardized Rate (CI)	2.30 (1.54, 3.32)	2.68 (2.65, 2.71)	0.46
Chronic Obstructive Pulmonary Disease				
2007/08				
	Number of Cases	95	55,525	
	Crude Rate	10.70	7.80	
	Standardized Rate (CI)	11.16 (8.85, 13.89)	7.62 (7.56, 7.69)	0.0010
2008/09				
	Number of Cases	113	59,860	
	Crude Rate	12.40	8.33	
	Standardized Rate (CI)	12.40 (10.10, 15.00)	8.06 (8.00, 8.13)	<0.0001

IC = Intervalle de confiance de 95 %

Il n'y avait pas de différence valable dans la fréquence de l'asthme, et ce, entre les Métis et l'ensemble de la population pendant l'une ou l'autre année de l'étude. Toutefois, la fréquence de la MPOC était supérieure de 1,5 chez les Métis pendant les deux années.

L'Annexe 4 montre le nombre de cas de maladie respiratoire chronique pour les mêmes deux années, par sexe. La MPOC était plus fréquente chez les femmes métisses que chez les femmes de l'ensemble de la population en 2007-2008 et, chez les Métis hommes, la MPOC était plus fréquente que dans l'ensemble de la population mâle en 2008-2009. L'analyse de la fréquence par groupe d'âge était impossible en raison des cases de faible valeur.

ÉPIDÉMIOLOGIE DU CANCER PULMONAIRE

Tableau 5 : Fréquence et taux brut d'incidence du cancer pulmonaire par 1 000 personnes de 2005 à 2007 chez les Métis et l'ensemble de la population de l'Ontario, par sexe.

	Métis		Ensemble de la population	
	Nombre de cas	Taux brut (IC de 95 %)	Nombre de cas	Taux brut (IC de 95 %)
Total	29	0,74 (0,49, 1,06)	21 563	0,68 (0,67, 0,69)
Hommes	13	0,62 (0,32, 1,06)	11 546	0,74 (0,73, 0,76)
Femmes	16	0,88 (0,50, 1,43)	10 017	0,62 (0,61, 0,63)

IC = Intervalle de confiance de 95 %

Les taux bruts de cancer pulmonaire étaient légèrement inférieurs chez les Métis hommes que dans l'ensemble de la population. En revanche, les taux étaient supérieurs de 1,4 chez les Métis femmes, comparativement à l'ensemble de la population. Toutefois, ces différences ne sont pas statistiquement importantes.

RÉSULTATS DE LA MALADIE RESPIRATOIRE CHRONIQUE ET ACCÈS AUX SOINS

Tableau 6 : Soins primaires et visites aux spécialistes chez les personnes ayant un diagnostic de maladie respiratoire chronique : De 2007-2008 à 2008-2009

Visites par année	Métis		Ensemble de la population		valeur-p ¹
	Moyenne (ET)	Médiane (EI)	Moyenne (ET)	Médiane (EI)	
Asthme					
Global					
Soins primaires	9,88 (12,33)	7,00 (10,00)	10,56 (12,42)	7,00 (11,00)	0,019
Spécialiste ²	4,15 (6,83)	2,00 (5,00)	4,83 (8,58)	2,00 (6,00)	<0,0001
Propre à l'asthme					
Soins primaires	0,39 (1,15)	0,00 (0,00)	0,48 (1,47)	0,00 (0,00)	0,0049
Spécialiste	0,08 (0,44)	0,00 (0,00)	0,15 (0,84)	0,00 (0,00)	<0,0001
Maladie pulmonaire obstructive chronique					
Global					
Soins primaires	11,60 (12,20)	9,00 (10,00)	11,90 (12,10)	9,00 (12,00)	0,30
Spécialiste	5,80 (7,80)	3,00 (7,00)	6,60 (9,00)	4,00 (8,00)	<0,0001
Propre à la MPOC					
Soins primaires	0,50 (1,80)	0,00 (0,00)	0,50 (1,70)	0,00 (0,00)	0,42
Spécialiste	0,10 (0,50)	0,00 (0,00)	0,20 (0,90)	0,00 (0,00)	<0,0001

ET = Écart type; EI = Écart interquartile

1 Repose sur les différences de moyennes

2 Spécialiste a été défini afin de comprendre tout médecin qui n'est pas un généraliste/médecin de famille.

Parmi les cas d'asthme, la quantité moyenne des visites aux spécialistes et des soins primaires globaux et propres à l'asthme était considérablement inférieure chez les Métis que dans l'ensemble de la population. Pour la MPOC, il n'y avait pas de différence importante entre les Métis et l'ensemble de la population en ce qui concerne globalement les visites axées sur les soins primaires propres à la MPOC; toutefois, la quantité moyenne des visites globales et aux spécialistes de la MPOC était inférieure chez les Métis.

Tableau 7 : Visites aux services d'urgence (SU), par personne, par année, par ceux ayant un diagnostic de maladie respiratoire chronique, 2007-2008 et 2008-2009.

Visites aux SU par année	Métis		Ensemble de la population		valeur-p ¹
	Moyenne (ET)	Médiane (EI)	Moyenne (ET)	Médiane (EI)	
Asthme					
Global	1,70 (2,57)	1,00 (2,00)	1,18 (2,86)	0,00 (1,00)	<0,0001
Propre à l'asthme	0,066 (0,336)	0,000 (0,000)	0,047 (0,371)	0,000 (0,000)	0,028
Maladie pulmonaire obstructive chronique					
Global	2,0 (3,0)	1,0 (3,0)	1,5 (3,1)	1,0 (2,0)	<0,0001
Propre à la MPOC	0,12 (0,57)	0,00 (0,00)	0,11 (0,63)	0,00 (0,00)	0,46

ET = Écart type; EI = Écart interquartile

1 Repose sur les différences de moyennes

Les visites globales aux SU par ceux ayant un diagnostic d'asthme ou de MPOC étaient respectivement supérieures de 1,4 et de 1,3 fois chez les Métis, comparativement à l'ensemble de la population. Les visites propres à l'asthme aux SU étaient également supérieures de 1,4 fois chez les Métis; il n'y avait pas de différence pour les visites propres à la MPOC aux SU.

Table 8: Hospitalizations per person per year among people diagnosed with chronic respiratory disease, 2007/08 and 2008/09.

Hospitalisations par année	Métis		Ensemble de la population		valeur-p ¹
	Moyenne (ET)	Médiane (EI)	Moyenne (ET)	Médiane (EI)	
Asthme					
Global	0,47 (0,83)	0,00 (1,00)	0,41 (0,87)	0,00 (1,00)	0,011
Propre à l'asthme	0,00 (0,07)	0,00 (0,00)	0,00 (0,07)	0,00 (0,00)	0,54
Maladie pulmonaire obstructive chronique					
Global	0,85 (1,22)	1,00 (1,00)	0,77 (1,21)	0,00 (1,000)	0,018
Propre à la MPOC	0,05 (0,34)	0,00 (0,00)	0,06 (0,37)	0,00 (0,00)	0,48

ET = Écart type; EI = Écart interquartile

1 Repose sur les différences de moyennes

Les hospitalisations de ceux ayant un diagnostic d'asthme ou de MPOC étaient globalement supérieures de 1,1 fois chez les Métis, comparativement à l'ensemble de la population. Il n'y avait pas de différence pour les hospitalisations propres à une maladie.

Tableau 9 : Mortalités, toutes causes confondues, par personne, par année, chez ceux ayant un diagnostic de maladie respiratoire chronique, 2007-2008 et 2008-2009.

Décès par année		Métis	Ensemble de la population	valeur-p
Asthme				
2007-2008				
	Taux brut	0,78	1,07	
	Taux standardisé (IC)	1,23 (0,62, 2,20)	0,99 (0,97, 1,01)	0,3345
2008-2009				
	Taux brut	0,65	1,08	
	Taux standardisé (IC)	1,19 (0,56, 2,22)	0,99 (0,98, 1,01)	0,7968
Maladie pulmonaire obstructive chronique				
2007-2008				
	Taux brut	2,62	4,56	
	Taux standardisé (IC)	1,86 (1,22, 2,72)	2,18 (2,14, 2,21)	0,5703
2008-2009				
	Taux brut	2,69	4,54	
	Taux standardisé (IC)	2,34 (1,38, 3,70)	2,17 (2,13, 2,20)	0,6571

IC = Intervalle de confiance de 95 %

Il n'y avait pas de différence entre les Métis et l'ensemble de la population de l'Ontario quant à la mortalité, toutes causes confondues, chez ceux ayant un diagnostic d'asthme ou de MPOC.

LIMITES

Les données administratives sur la santé ont été largement préconisées pour la surveillance des maladies chroniques, car de telles données constituent un moyen efficace d'obtenir des mesures du fardeau des maladies, fondées sur la population. Les données administratives sur la santé en Ontario sont faciles d'accès, électroniquement lisibles, faciles à relier, relativement peu coûteuses et pratiquement fondées sur la population. Toutefois ces données ont également un certain nombre de limites, y compris le manque de détails cliniques, des erreurs de codage et de la partialité quant à la méthode de collecte des données, notamment celle des réclamations des médecins. Le RCCO comporte également un certain nombre de limites, car il ne contient pas d'information sur le stade du cancer et exclut certains types de diagnostics reliés au cancer, dont le cancer de la peau sans présence de mélanome et le carcinome in situ du sein (qui représente plus de 30 % des diagnostics de « cancer du sein »).

De plus, le registre de la citoyenneté de la NMO peut ne pas être représentatif de toute la population métisse en Ontario. Les personnes qui ne sont pas des citoyens inscrits peuvent être différentes (en termes démographique, comportemental ou clinique) des citoyens inscrits; il peut donc être inapproprié de généraliser ces résultats pour tous les Métis en Ontario. Ces Métis non inscrits se trouvaient dans l'ensemble de la population de cette étude, ce qui aura tendance à minimiser toute véritable différence dans la prévalence et l'incidence des maladies.

En dernier lieu, cette étude a été limitée par la petitesse de l'échantillon, étant donné le petit volume du registre des citoyens de la NMO. Bien qu'un registre légèrement plus gros de la NMO ait été offert dès 2009, utiliser cette cohorte aux fins de l'étude des maladies au taux de mortalité élevé, et ce, en reculant dans le temps aurait probablement pour effet de sous-estimer les taux de maladie chez les Métis, puisque les personnes qui sont mortes d'une maladie avant 2009 ne s'y trouveraient pas. Donc une analyse de la cohorte à compter de 2006 a été choisie, et nous avons suivi ces personnes, mais en avançant dans le temps, afin d'éviter ce problème. Toutefois, cela a limité la taille de notre échantillon, en particulier pour les taux de fréquence, où une année d'information de suivi était requise pour chercher les résultats chez ces patients.

ANALYSE

Notre étude a trouvé que la prévalence et l'incidence de l'asthme ainsi que la prévalence de la MPOOC sont considérablement supérieures chez les citoyens inscrits de la Nation métisse de l'Ontario, comparativement au reste de l'ensemble de la population ontarienne, même après avoir tenu compte des différences pour l'âge et le sexe. Cette étude a également révélé des taux supérieurs de cancer pulmonaire chez les femmes métisses et des taux inférieurs chez les hommes métis, bien que ces taux n'aient pas été significatifs. En dépit des taux supérieurs d'asthme et de MPOC chez les Métis, il semble y avoir une disparité dans l'accès aux soins de santé, ce qui se reflète dans les taux inférieurs de visites des Métis chez les médecins. Par contre, les taux de visites aux SU et d'hospitalisation semblent supérieurs chez les Métis ayant un diagnostic d'asthme ou de MPOC, par rapport à l'ensemble de la population pour des diagnostics similaires.

Ces constatations relatives aux tendances pour les soins suggèrent que les Métis ayant eu un diagnostic pour des états propices aux soins ambulatoires ne sont pas gérés aussi bien que les autres dans un contexte de soins primaires et exigent plutôt des soins actifs d'urgence lorsque les symptômes deviennent graves. Cela peut refléter des difficultés d'accès aux soins primaires dans les régions du Nord ontarien et une plus grande dépendance des services d'urgence des hôpitaux pour les soins non urgents.

Ces constatations sont en harmonie avec celles d'une étude de cohorte fondée sur une population de l'Alberta, au Canada, entre le 1^{er} avril 1996 et le 31 mars 1997, qui a trouvé que, comparativement à des personnes non autochtones appariées pour l'âge et le sexe, les Autochtones affichaient des taux supérieurs de visites aux SU et aux bureaux par suite d'asthme ou de MPOC (2,1 fois et 1,6 fois, respectivement)¹⁴. Dans la même étude, en dépit des taux supérieurs de maladie, il a été trouvé que chez les Autochtones, il était moins probable que 55 % d'entre eux voient un spécialiste et que 6 % passent un spiromètre. Les auteurs ont suggéré que cela démontrait des obstacles pour l'accès aux soins de santé chez les Autochtones.

Même si nos constatations n'ont pas révélé de différences considérables dans la mortalité, toutes causes confondues, entre les Métis et l'ensemble de la population ayant eu un diagnostic d'asthme ou de MPOC, la documentation semble suggérer qu'une analyse de la mortalité axée sur les causes spécifiques pourrait montrer autre chose. Tjepkema et coll. ont utilisé l'étude de suivi de la mortalité du recensement canadien, afin de comparer les taux de mortalité des Métis et des adultes indiens inscrits, et ce, au reste de la population non autochtone¹⁵. Les taux de mortalités normalisés selon l'âge (TMNA) pour des maladies spécifiques par 100 000 années-personnes à risque ont été calculés pour les Métis, les Indiens inscrits et les non Autochtones. Les taux de mortalités normalisés selon l'âge pour les maladies du système respiratoire étaient élevés chez les Métis comparativement à ceux de l'ensemble de la population (58,2 par 100 000 années-personnes à risque pour les hommes de 25 ans et plus, puis 39,5 par 100 000 années-personnes à risque pour les femmes de 25 ans et plus). Si nous regardons les divers types de maladie respiratoire selon l'âge et le sexe, lors d'une comparaison avec l'ensemble de la population, les TMNA étaient supérieurs pour la bronchite, l'emphysème et l'asthme chez les femmes métisses. La capacité de présenter l'étude afin d'examiner les différences dans la mortalité étaient limitée par la paucité des données.

Les données administratives utilisées ici ne comprennent pas d'information sur les facteurs de risque, les taux du tabagisme en particulier, qui sembleraient supérieurs chez les Métis, par rapport aux populations non métisses. La différence pourrait expliquer les taux supérieurs de maladie respiratoire chronique chez les Métis. Les différences dans les taux de maladie respiratoire n'étaient pas géographiquement stratifiées ou normalisées, et le Métis compris dans cette étude risquaient davantage de résider dans le Nord, par opposition à l'ensemble de la population. Bien qu'il ne soit pas évident que l'un ou l'autre facteur du Nord puisse se traduire par des taux supérieurs de MPOC ou d'asthme, de la recherche future tenant compte des caractéristiques géographiques de la population pourrait nous fournir des renseignements. Enfin, des études futures pourraient porter sur les personnes de moins de 18 ans dans l'analyse, car les maladies respiratoires telles que l'asthme tendent à avoir une prévalence et un poids plus grands chez les enfants que chez les adultes. Par conséquent, nous pourrions sous-estimer le fardeau total de l'asthme chez les Métis.

Même si cette étude était quelque peu affaiblie par les petits nombres de cas chez les Métis, il devrait être signalé que les taux d'incidence du cancer pulmonaire augmenteront probablement dans les communautés autochtones au cours des prochaines décennies. L'augmentation prédite repose sur les tendances passées du cancer et l'information sur la prévalence des facteurs de risques chez les Autochtones⁵. Principalement, les taux du tabagisme sont évalués à 37 % environ chez les Métis, par rapport à 22 % dans la population non autochtone au Canada⁴. Il est probable que le taux élevé du tabagisme chez le Métis aboutisse à une hausse de l'incidence du cancer pulmonaire, par rapport à celle de l'ensemble de la population.

CONCLUSION

Selon les données administratives sur les soins de santé de l'Ontario, les citoyens de la Nation métisse de cette province avaient des taux supérieurs d'asthme et de MPOC pour 2007-2008 et 2008-2009, par rapport à l'ensemble de la population ontarienne. Ces analyses suggèrent aussi des lacunes dans les soins de santé auxquels accèdent les Métis ayant eu un diagnostic d'asthme et de MPOC, en particulier une dépendance supérieure des services d'urgence. Fondées sur de petits nombres de cas, ces constatations ne sont que suggestives et doivent être confirmées par des études approfondies à l'aide d'un plus grand nombre de Métis étudiés sur des périodes plus prolongées.

REMERCIEMENTS

Cette étude a été soutenue par l'Institut de recherche en services de santé (IRSE), qui est subventionné annuellement par le Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario (MSSLDO). Les opinions, résultats et conclusions de ce rapport sont ceux des auteurs et indépendants des sources de financement. Il n'y a pas d'aval implicite ou explicite de l'IRSS ou du MSSLDO.

Cette publication a été réalisée grâce au financement de l'Agence de la santé publique du Canada.

Les opinions exprimées ici ne reflètent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

RÉFÉRENCES

1. Public Health Agency of Canada. Life and Breath: Respiratory disease in Canada. 2007. Ottawa, ON.
2. Canadian Cancer Society's Steering Committee. Canadian Cancer Statistics 2010. 2010. Toronto, ON.
3. Subbarao P, Mandhane PJ, Sears MR. Asthma: epidemiology, etiology and risk factors. *CMAJ* 2009; 181:E181-90.
4. Canadian Institute for Health Information. Improving the Health of Canadians: Aboriginal Peoples' Health. 2004. Ottawa, ON.
5. Métis Nation of Ontario. Literature Scan and Review: Métis Health and Healthcare. 2010. Ottawa, ON.
6. Klein-Geltink J, Saskin R, Manno M, Urbach D, Henry D, Gravelle M, Pigeau L, MacQuarrie J, Lyons D. Cancer in the Métis Nation of Ontario. Métis Nation of Ontario: 2010. Toronto, ON.
7. Manitoba Centre for Health Policy, Manitoba Métis Federation. Profile of Métis Health Status and Healthcare Utilization in Manitoba: A Population-Based Study. 2010. Winnipeg, MB.
8. Gao Z, Rowe BH, Majaesic C, O'Hara C, Senthilselvan A. Prevalence of asthma and risk factors for asthma-like symptoms in Aboriginal and non-Aboriginal children in the northern territories of Canada. *Can Respir J* 2008; 15:139-45.
9. Crighton EJ, Wilson K, Senecal S. The relationship between socio-economic and geographic factors and asthma among Canada's Aboriginal populations. *Int J Circumpolar Health* 2010; 69:138-150.
10. Métis Nation of Ontario. "Registry". <http://www.metisnation.org/registry.aspx>. Updated 2011. Accessed on July 1, 2011.
11. Robles SC, Marrett LD, Clarke EA, Risch HA. An application of capture-recapture methods to the estimation of completeness of cancer registration. *J Clin Epidemiol* 1988; 41:495-501.
12. Gershon AS, Wang C, Guan J, Vasilevska-Ristovska J, Cicutto L, To T. Identifying individuals with physician diagnosed COPD in health administrative databases. *COPD* 2009; 6:388-94.
13. Statistics Canada. "Aboriginal Peoples Survey (APS)". <http://www.statcan.gc.ca/cgi-bin/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=3250&lang=en&db=imdb&adm=8&dis=2>. Updated December 2, 2008. Accessed on July 1, 2011.
14. Sin DD, Wells H, Svenson LW, Man SF. Asthma and COPD among Aboriginals in Alberta, Canada. *Chest* 2002; 121:1841-6.
15. Tjepkema M, Wilkins R, Senecal S, Guimond E, Penney C. Mortality of Métis and registered Indian adults in Canada: an 11-year follow-up study. *Health Rep* 2009; 20:31-51.

Annexe n° 1 : Types de maladies respiratoires chroniques et définitions correspondantes pour les cas d'incidence et de prévalence.

MALADIE	DÉFINITION	CODES CIM-9 (RAMO)	CODES CIM-10 (BDCP et SNISA)	Sensitivité/Spécificité
Asthme	<i>Incident :</i> Réclamations RAMO (2 réclamations pour 2 années consécutives) <i>ou</i> BDCP (1 réclamation/an) <i>Prévalent :</i> Réclamations RAMO (1 réclamation/an) <i>ou</i> BDCP (1 réclamation/an)	493	J45, J46	<i>Enfants (de 0 à 17) :</i> Sensitivité : 89 % Spécificité : 72 % <i>Adultes (18+) :</i> Sensitivité : 84 % Spécificité : 76 %
Maladie pulmonaire obstructive chronique	BDCP ou SPS (1 réclamation/an) <i>ou</i> Réclamations RAMO (1 réclamation/an) de personnes ≥ 35 ans	491, 492, 496	J41, J43, J44	Sensitivité : 85,0% Spécificité : 78,4%

Annexe n° 2 : Codes CIM-9 du cancer pulmonaire et descriptions correspondantes.

	CIM-9	DESCRIPTION
Poumon	1620	TUMEURS MALIGNES DE LA TRACHÉE
	1622	TUMEURS MALIGNES DES BONCHES
	1623	TUMEURS MALIGNES DU LOBE SUPÉRIEUR, DES BRONCHES OU DU POUMON
	1624	TUMEURS MALIGNES DU LOBE MOYEN, DES BRONCHES OU DU POUMON
	1625	TUMEURS MALIGNES DU LOBE INFÉRIEUR, DES BRONCHES OU DU POUMON
	1628	TUMEURS MALIGNES D'AUTRES PARTIE DES BRONCHES ET DU POUMON
	1629	TUMEURS MALIGNES IMPRÉCISES DES BRONCHES ET DU POUMON

Annexe n° 3 : Cas de prévalence de maladie respiratoire chronique par 100 personnes, par âge et sexe, 2007-2008 et 2008-2009.

Cas par 100 habitants	Métis			Ensemble de la population		
	Compte	Taux	Intervalle de confiance de 95 %*	Compte	Taux	Intervalle de confiance de 95 %*
Asthme						
2007-2008						
Hommes						
De 18 à 24 ans	144	21,6	(18 606, 24 833)	114 478	18,1	(18 001, 18 191)
De 25 à 34 ans	160	11,8	(10 220, 13 665)	83 172	9,9	(9 793, 9 920)
De 35 à 34 ans	143	10,1	(8 624, 11 761)	79 247	7,9	(7 841, 7 946)
De 45 à 54 ans	157	9,4	(8 093, 10 896)	76 081	7,8	(7 728, 7 835)
De 55 à 64 ans	93	9,2	(7 553, 11 116)	54 888	7,9	(7 815, 7 942)
De 65 à 74 ans	48	9,0	(6 886, 11 782)	39 694	9,5	(9 416, 9 594)
De 75 à 84 ans	14	8,5	(5 153, 13 818)	29 230	11,5	(11 378, 11 627)
85 ans +	*	16,7	(5 837, 39 222)	7 758	11,7	(11 505, 11 997)
Global	*	11,2	(10 426, 11 918)	484 548	9,9	(9 877, 9 930)
Femmes						
De 18 à 24 ans	155	21,5	(18 681, 24 677)	101 278	16,8	(16 668, 16 857)
De 25 à 34 ans	232	19,4	(17 271, 21 753)	115 808	13,4	(13 363, 13 507)
De 35 à 34 ans	187	15,6	(13 699, 17 818)	124 894	12,6	(12 496, 12 627)
De 45 à 54 ans	208	14,8	(13 015, 16 722)	125 415	12,8	(12 702, 12 834)
De 55 à 64 ans	144	18,3	(15 712, 21 098)	94 944	13,1	(13 024, 13 180)
De 65 à 74 ans	69	15,3	(12 299, 18 955)	63 296	13,5	(13 398, 13 594)
De 75 à 84 ans	26	16,0	(11 124, 22 346)	47 044	13,6	(13 466, 13 694)
85 ans +	6	22,2	(10 607, 40 757)	17 124	12,1	(11 958, 12 298)
Global	1 027	17,3	(16 330, 18 251)	689 803	13,5	(13 432, 13 491)
2008-2009						
Hommes						
De 18 à 24 ans	132	21,7	(18 585, 25 119)	126 471	19,7	(19 594, 19 789)
De 25 à 34 ans	179	13,2	(11 468, 15 063)	90 066	10,6	(10 492, 10 623)
De 35 à 34 ans	144	10,4	(8 898, 12 116)	79 204	8,1	(8 008, 8 116)
De 45 à 54 ans	164	9,7	(8 368, 11 188)	80 578	8,0	(7 948, 8 053)
De 55 à 64 ans	97	9,2	(7 567, 11 048)	57 790	8,0	(7 963, 8 089)
De 65 à 74 ans	49	8,5	(6 483, 11 050)	40 979	9,5	(9 422, 9 597)
De 75 à 84 ans	18	9,3	(5 950, 14 188)	29 908	11,5	(11 378, 11 623)
85 ans +	*	16,7	(6 679, 35 853)	8 430	11,9	(11 615, 12 090)
Global	*	11,4	(10 676, 12 176)	513 426	10,3	(10 309, 10 363)
Femmes						
De 18 à 24 ans	144	22,5	(19 434, 25 894)	109 001	17,7	(17 638, 17 829)
De 25 à 34 ans	253	20,9	(18 665, 23 234)	119 827	13,7	(13 629, 13 774)
De 35 à 34 ans	177	15,3	(13 351, 17 502)	124 742	12,8	(12 685, 12 817)
De 45 à 54 ans	224	15,4	(13 642, 17 352)	130 942	13,0	(12 929, 13 060)
De 55 à 64 ans	149	17,8	(15 340, 20 514)	100 385	13,4	(13 289, 13 443)
De 65 à 74 ans	77	16,4	(13 312, 19 999)	65 869	13,7	(13 577, 13 771)
De 75 à 84 ans	27	13,5	(9 447, 18 929)	48 274	13,8	(13 715, 13 944)
85 ans +	*	16,7	(7 337, 33 564)	18 584	12,4	(12 270, 12 605)
Global	*	17,6	(16 654, 18 581)	717 624	13,8	(13 754, 13 813)

* Les petites cellules (n≤5) et les totaux correspondants sont supprimés.

Appendix 3 (continued): Prevalent cases of chronic respiratory disease per 100 persons, by age and sex, 2007/2008 and 2008/2009.

Cas par 100 habitants	Métis			Ensemble de la population		
	Compte	Taux	Intervalle de confiance de 95 %*	Compte	Taux	Intervalle de confiance de 95 %*
Maladie pulmonaire obstructive chronique						
2007-2008						
Hommes						
De 35 à 44 ans	38	2,7	(1 959, 3 657)	18 981	1,9	(1 864, 1 917)
De 45 à 54 ans	174	10,4	(9 044, 11 976)	64 184	6,6	(6 516, 6 614)
De 55 à 64 ans	215	21,2	(18 817, 23 848)	82 647	11,9	(11 787, 11 939)
De 65 à 74 ans	154	29,0	(25 304, 33 001)	83 481	20,0	(19 868, 20 111)
De 75 à 84 ans	71	43,3	(35 949, 50 944)	73 103	28,8	(28 590, 28 942)
85 ans +	11	61,1	(38 619, 79 695)	22 247	33,7	(33 332, 34 053)
Global	663	13,8	(12 828, 14 775)	344 643	10,1	(10 056, 10 120)
Femmes						
De 35 à 44 ans	41	3,4	(2 539, 4 621)	19 592	2,0	(1,943, 1 998)
De 45 à 54 ans	154	10,9	(9 412, 12 675)	65 436	6,7	(6 612, 6 711)
De 55 à 64 ans	190	24,1	(21 228, 27 186)	80 416	11,1	(11 025, 11 169)
De 65 à 74 ans	135	30,0	(25 950, 34 389)	78 852	16,8	(16 706, 16 920)
De 75 à 84 ans	66	40,5	(33 258, 48 161)	76 802	22,2	(22 032, 22 308)
85 ans +	11	40,7	(24 515, 59 273)	35 468	25,1	(24 892, 25 344)
Global	597	14,8	(13 744, 15 936)	356 566	9,7	(9 717, 9 778)
2008-2009						
Hommes						
De 35 à 44 ans	45	3,2	(2 437, 4 320)	19 764	2,0	(1 984, 2 040)
De 45 à 54 ans	189	11,2	(9 751, 12 753)	66 691	6,6	(6 573, 6 670)
De 55 à 64 ans	224	21,2	(18 799, 23 714)	87 233	12,1	(12 039, 12 190)
De 65 à 74 ans	166	28,8	(25 226, 32 594)	85 702	19,9	(19 768, 20 007)
De 75 à 84 ans	79	40,7	(34 053, 47 750)	74 508	28,6	(28 475, 28 822)
85 ans +	12	50,0	(31 427, 68 573)	23 717	33,3	(32 994, 33 687)
Global	715	14,5	(13 542, 15 507)	357 615	10,3	(10 268, 10 332)
Femmes						
De 35 à 44 ans	41	3,5	(2 625, 4 776)	19 956	2,0	(2 012, 2 068)
De 45 à 54 ans	154	10,6	(9 112, 12 278)	68 090	6,8	(6 708, 6 806)
De 55 à 64 ans	200	23,9	(21 104, 26 868)	85 347	11,4	(11 292, 11 436)
De 65 à 74 ans	144	30,6	(26 642, 34 949)	81 582	16,9	(16 830, 17 042)
De 75 à 84 ans	77	38,5	(32 033, 45 400)	77 817	22,3	(22 154, 22 430)
85 ans +	9	30,0	(16 665, 47 876)	37 843	25,3	(25 104, 25 545)
Global	625	15,1	(14 011, 16 188)	370 635	10,0	(9 940, 10 001)

Annexe n° 4 : Cas d'incidence de maladie respiratoire chronique par 1000 personnes, par sexe, 2007-2008 et 2008-2009.

Cas par 100 habitants	Métis			Ensemble de la population		
	Compte	Taux	Intervalle de confiance de 95 %*	Compte	Taux	Intervalle de confiance de 95 %*
Asthme						
2007-2008						
Hommes - Global	14	2,05	(1,22, 3,44)	12 222	2,50	(2,45, 2,54)
Femmes - Global	26	4,37	(2,99, 6,40)	17 966	3,51	(3,46, 3,56)
2008-2009						
Hommes - Global	11	1,59	(0,89, 2,85)	11 164	2,25	(2,21, 2,29)
Femmes - Global	19	3,17	(2,03/4,94)	16 179	3,11	(3,06, 3,16)
Maladie pulmonaire obstructive chronique						
2007-2008						
Hommes - Global	52	10,80	(8,25, 14,14)	28 019	8,20	(8,11, 8,30)
Femmes - Global	43	10,66	(7,93, 14,33)	27 506	7,52	(7,43, 7,61)
2008-2009						
Hommes - Global	72	14,60	(11,61, 18,34)	30 538	8,80	(8,70, 8,89)
Femmes - Global	41	9,88	(7,29, 13,38)	29 322	7,89	(7,80, 7,98)