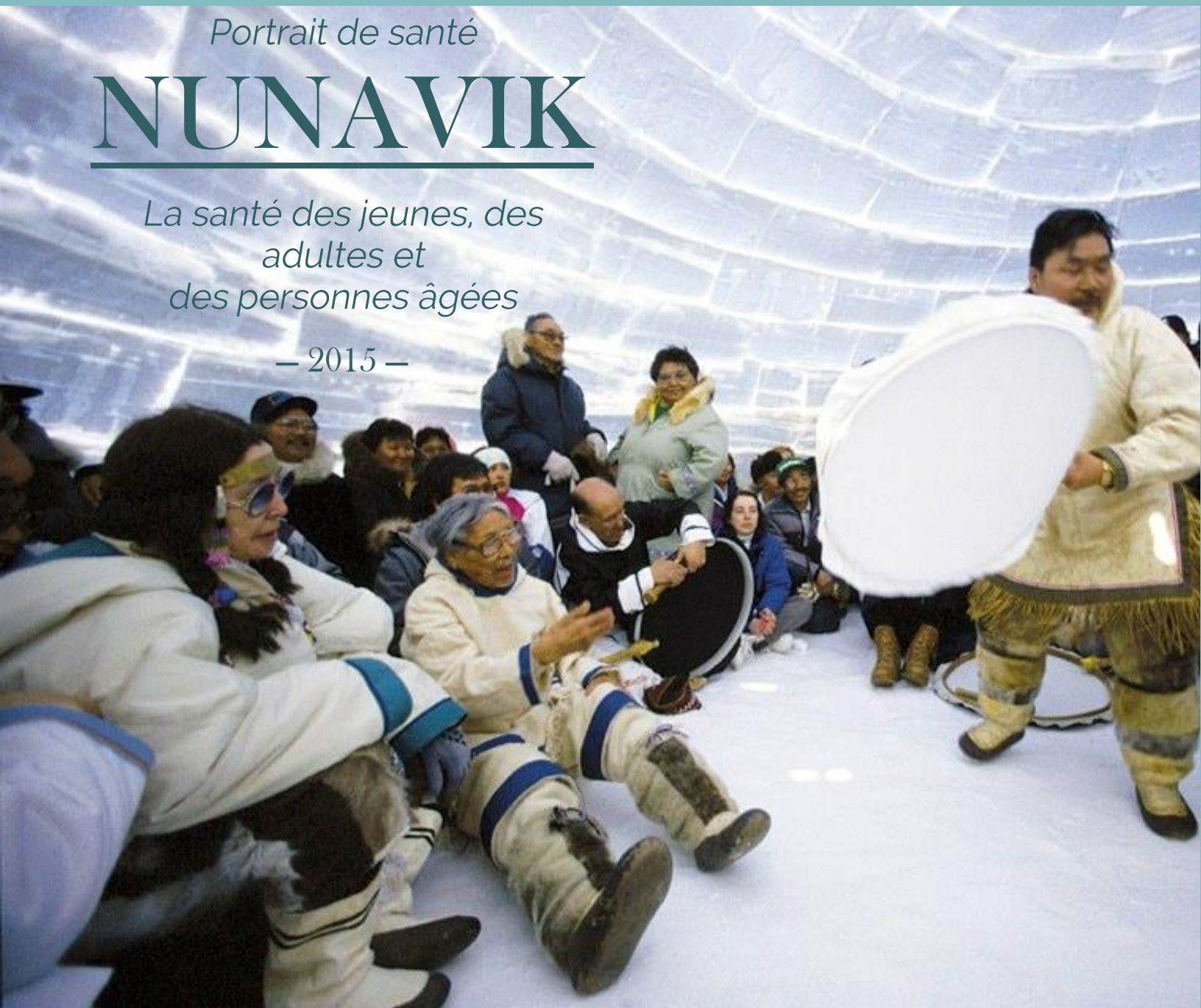


Portrait de santé

NUNAVIK

*La santé des jeunes, des
adultes et
des personnes âgées*

— 2015 —



Portrait de santé du

NUNAVIK

*La santé des jeunes, des
adultes et
des personnes âgées*

— 2015 —

Auteur

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Avec la collaboration de

L'Institut national de santé publique du Québec

Coordination scientifique

Serge Déry, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Jérôme Martinez, Institut national de santé publique du Québec

Faisca Richer, Institut national de santé publique du Québec

Recherche et rédaction

Faisca Richer, Institut national de santé publique du Québec

Karine Garneau, Institut national de santé publique du Québec

Michèle Boileau-Falardeau, Institut national de santé publique du Québec

Andrew Gray, M. D., résident en santé publique et en médecine préventive, Université McGill

Isabelle Duguay, Institut national de santé publique du Québec

Ellen Bobet, Confluence Research and Writing

Mise en page et graphisme

Hélène Fillion, Institut national de santé publique du Québec

Photo de la page couverture : Hans-Ludwig Blohm, Voices of Natives

Citation suggérée

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2014). *Portrait de santé du Nunavik en 2015 : les enjeux chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées*, Gouvernement du Québec, 90 pages et annexes.

Le présent document est disponible intégralement en format électronique (PDF) dans le site Web de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et dans celui de l'Institut national de santé publique du Québec au www.inspq.qc.ca.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la *Loi sur le droit d'auteur*. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue sur présentation d'une demande écrite à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, boîte postale 900, Kuujuaq (Québec), J0M 1C0, ou par courriel à l'adresse information_rrsss@17ssss.gouv.qc.ca.

Les renseignements contenus dans le présent document peuvent être cités, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal : 4^e trimestre 2015

Bibliothèque et archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN : 978-2-922764-71-0 (FORMAT IMPRIMÉ)

ISBN : 978-2-922764-72-7 (PDF)

ISSN : 1929-1000 (FORMAT IMPRIMÉ)

ISSN : 1929-1019 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2015)

Remerciements

Le présent portrait de santé a été commandé par la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) et réalisé en collaboration avec les unités d'Analyse de la santé et des inégalités sociales et territoriales (ASIST) et de la Santé des Autochtones de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Les auteurs remercient le personnel de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik ainsi que leurs partenaires du secteur de la santé et des services sociaux au Nunavik pour leur collaboration tout au long du projet. Nous remercions également Danielle St-Laurent et Louis Rochette, de l'Unité de surveillance des maladies chroniques de l'INSPQ, pour la compilation et la présentation de toutes les données de l'*Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik : Comment allons-nous?*, ainsi que Suzanne Bruneau et Isabelle Duguay, de l'Unité Santé des Autochtones de l'INSPQ, pour leurs commentaires éclairés.

Enfin, pour leur collaboration tout au long du projet, nous remercions particulièrement Sylvie Martel et Caroline Alix (ASIST) de l'INSPQ, pour le traitement de diverses données et leurs conseils avisés, ainsi qu'Hélène Fillion pour la mise en page et la conception graphique du document.



Crédit photo : Marites N. Sison, 2011, Anglican Journal

Mot du directeur

La préparation du portrait de santé relève du mandat du directeur régional de la santé publique et il vise à fournir aux directeurs régionaux des secteurs de la santé, des services sociaux et autres, ainsi qu'aux citoyens du Nunavik l'information nécessaire pour prendre les meilleures décisions qui soient en vue d'améliorer l'état de santé et le mieux-être des Nunavimmiut.

Troisième d'une série¹, le présent fascicule axé sur la santé des adultes et des jeunes met en relief nombre de facteurs dont les leviers décisionnels sortent du cadre de la santé publique, mais qui ont néanmoins des conséquences importantes sur l'état de santé de la population du Nunavik.

Bonne lecture!



¹ Le premier rapport analyse la situation du Nunavik du point de vue sociodémographique, tandis que le deuxième dresse le bilan de santé des enfants et de leurs familles.

Messages clés

Les jeunes du Nunavik : Fiers d'être Inuit² malgré un contexte difficile

- Si une grande partie des Nunavimmiut jouissent d'une **bonne estime de soi** et sont fiers de leur culture, la **détresse psychologique** est tout de même bien observable dans la région, principalement chez les jeunes. L'ampleur de cette détresse se mesure notamment par les taux très élevés d'abus d'alcool et de drogues, de violence et de **suicide**.
- De plus, la morbidité associée à la **violence** dans la région est également très élevée et plus de la moitié de la population se dit avoir été victime de violence à l'âge adulte. De même, le Nunavik affiche des taux de **blessures** les plus élevés de l'ensemble des régions rurales de la province; les jeunes hommes sont les plus touchés. Les accidents de la route impliquant des voitures, des camions, des véhicules tout-terrain ou des motoneiges sont, de loin, les causes les plus fréquentes de blessures, et la consommation d'alcool y joue un rôle important.
- Les taux d'incidence d'**infections à chlamydia et de gonorrhée** sont également supérieurs à la moyenne québécoise et semblent maintenant amorcer une hausse après un long déclin. Alors que le taux d'infection à chlamydia varie peu d'une collectivité à une autre, seules quelques communautés enregistrent un taux d'infection à gonorrhée très élevé. Enfin, la prévalence du VIH est si faible que les données ne peuvent être publiées, une situation qui contraste avec celle des Autochtones dans les autres provinces canadiennes, nettement surreprésentés dans les statistiques sur le VIH et le sida.

Les maladies chroniques frappent de plus en plus les adultes et les personnes âgées au Nunavik

- Les problèmes de santé touchant les jeunes persistent à l'âge adulte, mais leur fréquence tend à diminuer. En revanche, les maladies chroniques frappent surtout les adultes, même si elles tendent à apparaître de plus en plus tôt dans la vie. Ainsi, le Nunavik se compare à l'ensemble du Québec en ce qui a trait au taux d'hospitalisation par **cancer**, à l'exception du **cancer du poumon**, dont la prévalence dépasse largement la moyenne provinciale, sans doute en raison du taux élevé de tabagisme dans la région.
- Par ailleurs, l'**insuffisance respiratoire** est la première cause d'hospitalisation au Nunavik, et les maladies respiratoires entraînent un décès sur quatre chez les personnes âgées. Ceci est fort probablement lié à la fréquence du tabagisme et du surpeuplement des logements. D'autre part, la tuberculose a nettement reculé au Nunavik depuis les années 1950, le taux de mortalité de la maladie étant aujourd'hui presque nul. Le taux d'infection reste néanmoins beaucoup plus élevé que dans les autres régions de la province. Les communautés ne sont toutefois pas touchées également : alors que l'on observe de très faibles taux d'incidence dans certaines collectivités, la région a connu deux principaux foyers d'infection depuis 2007.
- Les troubles du système digestif représentent la deuxième cause d'hospitalisation dans la région derrière les maladies respiratoires, un rang beaucoup plus élevé que dans le reste de la province. La **gastroentérite** figure parmi les principales causes d'hospitalisation et est probablement également attribuable aux habitations surpeuplées et à la consommation d'eau ou d'aliments contaminés.

² En inuktitut, le terme Inuit signifie peuple ; pour cette raison, le terme Inuit ne sera pas accordé dans le présent texte lorsqu'il est employé comme nom. La même règle s'applique pour le terme « Nunavimmiut ». Par contre, selon les règles établies par l'Office québécois de la langue française, inuit s'accorde en genre et en nombre lorsqu'il est utilisé comme adjectif.

Les maladies chroniques frappent de plus en plus les adultes et les personnes âgées au Nunavik (suite)

- ⊖ Bien que le **diabète** ne soit pas encore aussi prévalent chez les Inuit que chez certaines autres nations autochtones, le Nunavik enregistre tout de même un taux légèrement supérieur à la moyenne canadienne. De même, les **maladies cardiovasculaires** enregistrent un taux supérieur à la moyenne du Québec et représentent le type de maladies chroniques le plus répandu dans la région. Or, l'abandon de l'alimentation et du style de vie traditionnels, de même que le tabagisme pourraient faire grimper les taux d'incidence du diabète et des maladies cardiovasculaires dans un avenir proche.
 - ⊖ La proportion des personnes âgées (65 ans et plus) demeure pour le moment plus faible au Nunavik qu'ailleurs dans la province; rappelons toutefois que leur proportion croîtra rapidement dans les années à venir. Nous ne disposons à l'heure actuelle que de données parcellaires sur l'état de santé des personnes de ce groupe d'âge, mais il est fort probable que l'augmentation rapide de leur poids démographique fasse en sorte que l'**invalidité** prenne une ampleur préoccupante dans la région dans les années à venir et qu'il faille ajuster les services aux besoins spécifiques des personnes âgées.
 - ⊖ Quoique bon nombre des problématiques susmentionnées sont attribuables à l'abandon du mode de vie traditionnel ainsi qu'à l'augmentation du tabagisme, de l'abus de substance et de la détresse psychologique, rappelons que les interventions visant à modifier ces comportements auront peu de chances de réussir si l'on ne s'attaque pas également aux facteurs sociaux, culturels et économiques qui sous-tendent ces difficultés. À cette fin, des mesures concrètes s'imposent en vue d'améliorer l'accès au logement, à l'emploi et à des services de santé culturellement adaptés, mais aussi de remédier aux conséquences collectives du traumatisme intergénérationnel permettant ainsi l'amélioration à long terme de la santé et du mieux-être des Nunavimmiut.
-

Table des matières

Liste des cartes et tableaux	viii
Liste des figures	viii
Liste des encadrés.....	xi
Introduction	1
Méthodologie	2
1. Définition de la santé et des facteurs qui l'influencent au Nunavik	7
1.1. La santé et le bien-être selon les Inuit	7
1.2. Les déterminants sociaux de la santé	8
2. Les déterminants sociaux de la santé : quelle est la situation au Nunavik? ...	11
2.1. Survol de la région.....	11
2.2. Les déterminants politiques de la santé.....	12
2.3. Les déterminants communautaires : infrastructures, services et contexte psychosocial.....	19
2.4. Les déterminants individuels et familiaux de la santé	27
2.5. Les déterminants de la santé au Nunavik : sommaire des constatations.....	35
3. Chapitres sur l'état de la santé	37
3.1. Mesures de santé globale	37
3.2. Problèmes de santé courants chez les jeunes.....	38
3.3. Problèmes de santé touchant les adultes et les personnes âgées	48
4. Sommaire et conclusion	61
4.1. Sommaire des constats	61
4.2. Aplanir les iniquités en matière de santé au Nunavik en s'attaquant aux déterminants sociaux	62
Références	65
Annexe : Tableaux statistiques	75

Liste des cartes et tableaux

Carte 1	Les villages du Nunavik	3
Carte 2	Inuit Nunangat.....	3
Carte 3	La région circumpolaire inuite	4
Tableau 1	Nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer au Nunavik, en fonction du type, 2004-2008	2
Tableau 2	Prévalence des cas de diabète autodéclarés chez les Premières nations et les Métis du Canada, période de 2006 à aujourd'hui	3

Liste des figures

Figure 1	Le gradient de santé	7
Figure 2	Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé.....	8
Figure 3	Modèle de déterminants sociaux appliqué au Nunavik	9
Figure 4	Proportion d'Inuit adultes ayant fréquenté un pensionnat selon l'âge, Nunavik	13
Figure 5	Proportion d'Inuits qui parlent une langue inuite, par région.....	14
Figure 6	Proportion des adultes ayant appris l'inuktitut à l'école et le maîtrisent à l'écrit : comparaison entre les Nunavimmiut et l'ensemble des Inuits du Canada.....	14
Figure 7	Taux de chômage à long terme (pourcentage d'adultes n'ayant pas travaillé depuis 2010), selon le sexe	15
Figure 8	Fréquence des activités de chasse et de pêche chez les Nunavimmiut de 15 ans et plus en 2004	16
Figure 9	Proportion de la population vivant dans des logements surpeuplés selon les populations inuites par région et la moyenne canadienne, 2006.....	21
Figure 10	Proportion de la population vivant dans des logements dont l'état est acceptable, Inuits et autres communautés canadiennes, 1981-2006.....	21
Figure 11	Proportion de la population vivant dans des habitations qui se trouvent dans un état acceptable de réparation, inuit et autres collectivités canadiennes, 1981-2006	22
Figure 12	Pourcentage des adultes ayant un diplôme d'études secondaires ou postsecondaires en 2006 : comparaison entre les Nunavimmiut et les autres groupes et régions	24

Figure 13	Nombre de professionnels de la santé par 1 000 habitants : Nunavik et autres régions.....	25
Figure 14	Proportion de professionnels de la santé occupant un emploi permanent : comparaison entre le Nunavik et les autres régions.....	25
Figure 15	Adultes ayant consulté un omnipraticien au cours de la dernière année : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2006.....	26
Figure 16	Pourcentage de fumeurs quotidiens dans la population : comparaison entre les Inuits du Nunavik et les autres groupes.....	28
Figure 17	Proportion de Nunavimmiut adultes (18 ans et plus) qui se disaient sédentaires en 2004,.....	30
Figure 18	Pourcentage des calories totales issues des aliments traditionnels, par groupe d'âge, chez les Nunavimmiut en 2004.....	31
Figure 19	Proportion de Nunavimmiut souffrant de surpoids ou d'obésité dans chaque groupe d'âge en 2004.....	32
Figure 20	Évolution de la proportion de Nunavimmiut souffrait de surpoids ou d'obésité ou qui présentent un périmètre abdominal élevé : comparaison entre 1992 et 2004.....	33
Figure 21	Prévalence de la consommation d'alcool et des épisodes de consommation excessive (ECE) au cours de la dernière année, population de 15 ans et plus, au Nunavik, au Québec et au Canada.....	34
Figure 22	Proportion d'Inuit du Nunavik (15 ans et plus) ayant consommé diverses substances au cours de la dernière année (2004).....	35
Figure 23	Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuits au Canada en 1991, en 1996 et en 2001.....	37
Figure 24	Espérance de vie à la naissance : comparaison entre les Inuit du Nunavik, les Cris de la baie James et l'ensemble du Québec.....	37
Figure 25	Causes contribuant à l'écart d'espérance de vie entre les Nunavimmiut et les Québécois, 2005-2009.....	38
Figure 26	Estime de soi selon le groupe d'âge, 2004 (Échelle de mesure de l'estime de soi de Rosenberg, version à sept énoncés).....	39
Figure 27	Nombre de suicides par année au Nunavik chez les hommes (gris foncé) et les femmes (gris pâle).....	40
Figure 28	Tentatives de suicide et idées suicidaires au cours de l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe, 2004.....	41
Figure 29	Taux d'hospitalisation résultant d'une attaque, ajusté selon l'âge, au Nunavik, 1991-2012.....	42
Figure 30	Taux d'hospitalisation résultant d'une attaque, ajusté selon l'âge : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2007-2012.....	42

Figure 31	Types de violence subis par les hommes nunavimmiut ayant signalé une attaque à l'âge adulte.....	42
Figure 32	Taux d'hospitalisation résultant de traumatismes non intentionnels ajusté selon l'âge : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, exercice 2007-2008 à 2011-2012	43
Figure 33	Taux bruts d'infection à chlamydia et de gonorrhée : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2007	45
Figure 34	Taux bruts des cas d'infection à chlamydia et de gonorrhée au Nunavik, 1990-2013	45
Figure 35	Nombre d' années potentielles de vie perdues, taux de mortalité et d'hospitalisation attribuables à certains problèmes de santé parmi les plus fréquents au Nunavik	49
Figure 36	Incidence du cancer du système respiratoire au Nunavik, 2004-2008.....	50
Figure 37	Incidence du cancer du système digestif , taux ajustés selon l'âge : total du Nunavik et du Québec.....	50
Figure 38	Proportion de femmes de 50 à 69 ans ayant passé une mammographie : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2007-2008.....	51
Figure 39	Taux d'hospitalisation et de mortalité résultant d'une maladie respiratoire, ajustés selon l'âge : comparaison entre le Nunavik, la région crie de la baie James et l'ensemble du Québec, 2005-2009	52
Figure 40	Incidence de la tuberculose au Canada en fonction de l'origine, 1991-2011	53
Figure 41	Incidence de la tuberculose Nunavik, 1992-2012	53
Figure 42	Taux de mortalité et d'hospitalisation, comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2005-2009	57
Figure 43	Taux d'hospitalisation pour maladies du système digestif, ajustés selon l'âge : comparaison entre le Nunavik et les autres régions du Québec	58
Figure 44	Taux non ajustés d'hospitalisation pour maladies du système digestif selon le groupe d'âge : Nunavik, 2007-2012	58
Figure 45	Pourcentage d'adultes de 18 ans et plus ayant une déficience auditive uni- ou bilatérale , Nunavik 2004	60

Liste des encadrés

Encadré 1	La Convention de la Baie-James et du Nord québécois : le premier traité moderne	13
Encadré 2	Continuité culturelle	14
Encadré 3	Pourquoi se soucier de la contamination de l'environnement au Nunavik? Effets possibles du mercure, du plomb, du cadmium et des polluants organiques persistants (POP)	17
Encadré 4	À propos des concentrations de contaminants	17
Encadré 5	L'alimentation traditionnelle.....	18
Encadré 6	Le capital social.....	20
Encadré 7	Qu'est-ce qu'un logement surpeuplé?	20
Encadré 8	Des solutions structurelles à la crise du logement au Nunavik	22
Encadré 9	Ilusiliriniqmi Pigutjiutini Qimirruniq	27
Encadré 10	La lutte au tabagisme : un exemple de modification de la norme sociale.....	29
Encadré 11	Comment encourager les gens à faire plus d'activité physique?	30
Encadré 12	Initiatives prometteuses en vue d'améliorer le régime alimentaire des Nunavimmiut	32
Encadré 13	Consommation, abus et dépendance : quelle différence?	33
Encadré 14	Comment expliquer le taux élevé de suicide chez les Inuit?	41
Encadré 15	Effets directs et indirects de la violence dans les communautés.....	43
Encadré 16	Qu'est-ce qu'un traumatisme non intentionnel?	43
Encadré 17	Les infections hépatites B et C	46
Encadré 18	Intéressants projets en santé sexuelle au Nunavik	47
Encadré 19	Propositions du nouveau plan d'action régional pour la prévention et le contrôle de la tuberculose au Nunavik (2014).....	54
Encadré 20	Le programme de prévention de la trichinose au Nunavik ...	58
Encadré 21	La santé des aînés	60
Encadré 22	Les services à la petite enfance et les services éducatifs aux enfants autochtones : quelle stratégie adopter?	61
Encadré 23	Créer des environnements favorables pour une meilleure santé	62



Introduction

*Les Inuit du Nord-du-Québec ont survécu et se sont même épanouis pendant des millénaires.
Plan Nunavik, 2010*

À la signature de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois en 1975, on recensait environ 4 000 Inuit au Nunavik, dont la grande majorité pratiquait les activités traditionnelles ayant assuré la survie de ce peuple durant des générations (Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010). Quelque quarante ans plus tard, la population a presque triplé, et la population de la région s'est vue propulsée dans le XXI^e siècle. Cette courte période a bouleversé le mode de vie des Inuit en imposant des changements sociaux, économiques et culturels qui, dans d'autres sociétés, ont mis des siècles à s'opérer. Malgré les avantages qu'ont pu apporter ces changements, force est de constater qu'ils n'ont pas permis de combler les écarts considérables qui subsistent entre la santé des habitants du Nunavik et ceux des autres régions du Québec et du Canada.

Nous savons maintenant que ces écarts sont en fait en grande partie les symptômes de conditions de vie et socioéconomiques qui demeurent déplorables dans les collectivités inuites : taux de pauvreté élevé, accès limité à l'enseignement supérieur et à l'emploi et à des conditions de logement adéquates. Dans le présent rapport, nous examinerons ces facteurs, et nous analyserons les plus récentes statistiques en matière de santé à la lumière de ce contexte.

Ce document s'inscrit dans le mandat des services de santé publique de surveiller et de rendre compte de l'état de santé de la population. Il fournit aux décideurs et aux professionnels de la santé l'information utile pour la planification des programmes et la prise de décisions concernant les services aux citoyens et aux collectivités de la région. Il présente une synthèse des enjeux de santé et de bien-être présents au sein de la population, dégage les tendances et décrit les besoins à combler au moyen d'initiatives adaptées.

Le présent document fut élaboré avec comme prémisses de base le principe que le milieu dans lequel les individus naissent, vivent et travaillent a une incidence décisive sur leur santé. C'est pourquoi, après une brève description de notre méthodologie au chapitre 1, et la définition de notre cadre conceptuel au chapitre 2, suit un examen détaillé des facteurs qui influent sur la santé des habitants du Nunavik ce, sous trois angles : social, communautaire et individuel.

Nous présentons ensuite les statistiques relatives aux grands enjeux sanitaires chez les jeunes et les adultes : d'abord les indicateurs de l'état de santé général, ensuite les conditions particulièrement répandues chez les jeunes, et enfin, les principaux problèmes de santé des adultes et des personnes âgées.

Il convient de préciser que les statistiques incluses dans ces derniers chapitres n'ont pas été calculées pour ces groupes d'âge seulement; cette façon de présenter l'information vise simplement à mettre en relief les problèmes de santé et de mieux-être les plus courants aux différentes étapes de la vie.

Ainsi, l'ensemble du rapport dresse un portrait détaillé de l'état de santé de la population et des facteurs qui l'influencent. Nous espérons qu'il permettra d'orienter l'établissement des priorités dans un contexte où les ressources suffisent rarement à combler l'ensemble des besoins. De plus, nous souhaitons que ce rapport appuiera l'élaboration de politiques et d'initiatives adaptées aux besoins et au contexte inuits ce, dans le but d'améliorer l'état de santé et de bien-être de la population du Nunavik.

Méthodologie

Choix des indicateurs

Il était souhaité que les indicateurs utilisés permettent de refléter les caractéristiques uniques de la population du Nunavik, et c'est pourquoi ceux-ci furent sélectionnés en deux temps. Nous avons d'abord consulté la littérature récente sur les pratiques exemplaires en matière de surveillance des inégalités de santé, notamment les documents du gouvernement du Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2011), le rapport *Comblant le fossé en une génération* de l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2008), ainsi qu'un document de travail sur les déterminants de la santé des Inuit de l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007). Nous avons ensuite consulté les responsables des dossiers santé publique et surveillance de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, pour leurs conseils sur la disponibilité, la validité et l'utilité de divers indicateurs dans leur contexte.

Comparaisons intra et interrégionales

Les quatorze villages du Nunavik sont situés le long des côtes des baies d'Hudson et d'Ungava, ce qui permet les comparaisons entre les deux côtes. Mentionnons toutefois que ces villages diffèrent grandement entre eux, notamment par la taille de leur population et la proportion de leur population non inuite. La communauté de Kuujuaq, par exemple, compte près de 2 375 habitants, soit 44 % de la population de la côte de l'Ungava et 20 % de la population du Nunavik. Avec plus d'un cinquième de sa population d'origine non inuite, le village se distingue particulièrement sur le plan socioéconomique. Le profil très particulier présent à Kuujuaq a donc une grande influence sur les statistiques de la côte de l'Ungava, ainsi que, dans une moindre mesure, sur celles de la région dans son ensemble.

Le rapport compare également l'ensemble du Nunavik à d'autres régions. Ce sont généralement les moyennes du Québec et de la région crie de la Baie James qui servent de référence. Cette dernière présente un intérêt particulier, non seulement parce qu'il s'agit de deux populations autochtones vivant en région isolée, mais également parce qu'elles présentent toutes deux un profil démographique jeune. En outre, tant les Inuit que les Cris sont signataires de la Convention de la Baie James et du Nord québécois, qui leur procure un cadre juridique commun pour l'organisation et le financement des services de santé. Et finalement, lorsque les données étaient disponibles, nous comparons également les statistiques du Nunavik à celles des autres régions inuites du Canada.

Le plus souvent les comparaisons entre le Nunavik et les autres régions du Québec s'appuient sur des taux ajustés selon l'âge, permettant ainsi d'éliminer l'effet de la structure par âge d'une population sur les statistiques relatives à la santé. Cette méthode produit des comparaisons valables entre des régions dont les structures d'âge diffèrent complètement, comme c'est le cas du Nunavik et du reste du Québec. Il est également possible d'ajuster les données à des fins de comparaison chronologique. Dans le présent rapport, nous avons ajusté les taux en fonction de la composition démographique du Nunavik en 2006. Les taux ajustés n'étant pas les véritables taux pour la région, ils ne sont pas indiqués de façon explicite dans les graphiques servant à ces comparaisons.

Dans de très rares cas, nous avons comparé des données brutes parce que nous ne disposions pas de toutes les données par groupe d'âge et qu'il était par conséquent impossible de les standardiser selon l'âge. Nous ne manquerons pas de rappeler au lecteur, le cas échéant, que les écarts observés sont en partie attribuables aux différentes structures d'âge des populations comparées.

Sources et limites des données

Le rapport se fonde sur des données provenant de diverses sources. Signalons que certaines de ces sources renferment des données sur *tous* les habitants du Nunavik, qu'ils soient ou non inuits. D'autres, à l'inverse, fournissent uniquement des données sur les Inuit de la région, notamment l'*Enquête auprès des peuples autochtones*. Cette situation n'est pas idéale, mais elle n'invalide pas la méthode étant donné que la population du Nunavik se compose à 90 % d'Inuit³.

BANQUES DE DONNÉES ADMINISTRATIVES

De nombreuses statistiques sont tirées des sources de données administratives suivantes :

- ⊖ Les données sur les naissances et autres information de nature démographique proviennent de l'Institut de la statistique du Québec et du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les estimations de la population jusqu'au 30 juin 2006 et les prévisions subséquentes sont tirées du registre de la population.
- ⊖ L'Institut de la statistique du Québec fournit certains indicateurs de revenu ce, sans permettre de distinguer les Inuit des non-Inuit.
- ⊖ Les statistiques sur la mortalité (de 1981 à 2010) émanent du fichier des décès tenu à jour par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Elles concernent également l'ensemble de la population, sans distinction d'origine ethnique.
- ⊖ Les taux d'hospitalisation proviennent de la banque de données MED-ÉCHO du ministère de la Santé et des Services sociaux. Ils sont présentés par exercice (du 1er avril au 31 mars), et la dernière période quinquennale s'étend de 2007-2008 à 2011-2012. Étant donné que MED-ÉCHO ne consigne pas les hospitalisations de résidents du Québec à l'extérieur de la province, ses données peuvent différer de celles d'autres sources.

³ Voir par contre la mise en garde énoncée précédemment concernant les distorsions pouvant être créées par la population non inuite de Kuujuaq.

Les écarts sont toutefois minimes pour le Nunavik et la région crie de la Baie James.

Comme dans tout rapport statistique, l'interprétation des données doit tenir compte des limites des différentes sources. Le *Portrait du Québec et de ses régions* (Institut national de santé publique du Québec, 2011) décrit les limites de la plupart des banques de données administratives utilisées ici. De façon générale, rien ne semble indiquer que les données sur le Nunavik extraites de ces sources soient moins valides que celles des autres régions, si ce n'est que les données prélevées auprès de petites populations manquent généralement de précision.

Précautions supplémentaires concernant les données sur les hospitalisations

Le lecteur doit toutefois garder en tête que les données sur les hospitalisations fournissent une simple approximation de la morbidité réelle, et ce, pour trois raisons. D'abord, des erreurs de diagnostic peuvent fausser les données à l'échelle du Québec. Ensuite, ces données portent sur des problèmes de santé ou des maladies dont la gravité des symptômes ou le stade avancé justifie l'hospitalisation du patient. Par conséquent, les problèmes de santé anodins sont souvent négligés. Enfin, l'accès limité aux services spécialisés dans les régions éloignées incite les praticiens à référer certains patients dans les régions plus au sud, alors qu'ailleurs dans la province ces pourraient être traités en clinique externe. Par exemple, en l'absence de centre de radiologie à proximité, les médecins enverront les patients dès qu'ils leur suspectent une fracture. Il en sera de même pour les patients souffrant d'infections respiratoires dont l'état risque de se détériorer rapidement.

De telles précautions tendent donc à hausser artificiellement les taux d'hospitalisation dans les régions éloignées, de sorte qu'ils ne traduisent plus réellement l'état de santé de la population, mais l'accès restreint aux soins de deuxième ligne. Le Nunavik étant la région la plus isolée de la province, on peut raisonnablement croire que ses

données sont davantage biaisées que celles des autres régions, et ce facteur complique les comparaisons interrégionales.

RECENSEMENT CANADIEN

Le recensement constitue une source importante de données socioéconomiques. Précisons néanmoins que les données colligées lors des recensements sont considérées valides pour comparaison chronologique que jusqu'en 2006. En effet, les données recueillies par l'*Enquête nationale auprès des ménages* qui a depuis remplacé le questionnaire détaillé de recensement obligatoire ne sont pas jugées comparables à celles des recensements antérieurs en raison des biais attribuables aux refus de participer. Au Nunavik, par exemple, le taux de non-réponse au questionnaire du recensement était « inférieur à 10 % » en 2006, alors qu'il a atteint 15 % en 2011. Il est difficile de mesurer avec exactitude les conséquences de cette hausse sur les données, mais il importe d'en tenir compte dans l'interprétation des données du recensement.

ENQUÊTES SUR LA SANTÉ

Bon nombre d'enquêtes sur la santé menées au Québec et au Canada omettent le Nunavik pour des raisons administratives, méthodologiques ou géographiques. On dispose donc de moins de données d'enquêtes concernant cette région. La majeure partie des données récentes sur l'état de santé et le mode de vie des habitants du Nunavik proviennent de l'une ou l'autre des trois enquêtes ci-dessous :

- 1) *L'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik 1992* (Santé Québec, 1994).
- 2) *L'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?*, qui compte au-delà de 1 000 répondants de 15 ans et plus dans les quatorze communautés de la région (Rochette et Blanchet, 2007).

- 3) *L'Enquête auprès des peuples autochtones* menée par Statistique Canada, en 1991, en 2001 et en 2006 auprès des Autochtones de tout le Canada.

Chacune de ces publications décrit les limites de ses données. Soulignons toutefois la rigueur particulière de l'enquête *Comment allons-nous?*, grâce à la méthode participative employée et au soin apporté à la préparation et à la traduction des questionnaires adaptés à la culture, bien qu'aucune enquête ne soit tout à fait exempte de biais de mémoire et de désirabilité sociale.

INFOCENTRE DE SANTÉ PUBLIQUE DU QUÉBEC

Le portail de l'Infocentre de santé publique du Québec, dont l'accès est actuellement réservé aux membres du réseau de la santé, offre différentes sources de données, notamment des fichiers administratifs, les recensements et les enquêtes du Canada et du Québec. Certains des indicateurs du présent rapport proviennent de l'Infocentre, notamment l'information liée aux définitions et au calcul des indicateurs de santé publique.

CENTRE DU SAVOIR INUIT QAUJISARVINGAT : NAASAUTIT, STATISTIQUES DE LA SANTÉ INUITE

Le site Web Naasautit⁴ publie des statistiques sur la santé des Inuit tirées de sources variées, en particulier du recensement et de l'*Enquête auprès des peuples autochtones*. Certaines des données issues du recensement et d'autres sources présentées dans le rapport proviennent de Naasautit.

⁴ www.inuitknowledge.ca/naasautit

Analyses statistiques

La taille relativement réduite de la population du Nunavik complique souvent l'analyse, vu l'instabilité des taux basés sur de petits nombres. Nous avons donc eu recours à diverses techniques en vue de stabiliser le plus possible les taux et de produire des résultats crédibles :

- ⊖ En premier lieu, afin d'accroître la puissance statistique de certains indicateurs, nous avons regroupé les données, généralement en créant des périodes de cinq ans, parfois aussi en fusionnant les deux côtes, les deux sexes ou les différents groupes d'âge.
- ⊖ Nous avons intégré des indicateurs de précision tels que le coefficient de variation et observé les lignes directrices de Statistique Canada quant à leur interprétation : les taux présentant un coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 % étant à « interpréter avec prudence », et ceux dont le coefficient de variation dépasse 33,33 % ayant été d'emblée omis du rapport. Dans ces cas, nous indiquons également la moyenne annuelle. (Les tableaux détaillés en annexe incluent tous les coefficients de variation.)
- ⊖ Dans l'analyse des écarts entre les groupes ou les périodes, le symbole (*) indique la signification statistique.
- ⊖ Enfin, mentionnons qu'il n'est pas d'usage de soumettre les données de recensement à des tests de signification statistique, puisqu'elles représentent en théorie des données pour l'ensemble de la population.

Pour en savoir plus sur la méthode, nous vous invitons à consulter le *Cadre méthodologique du Plan commun de surveillance* (Institut national de santé publique du Québec, 2013).



Crédit photo : Valérie Courtois, 2009, Canadian Caribou Initiative

1. Définition de la santé et des facteurs qui l'influencent au Nunavik

1.1. La santé et le bien-être selon les Inuit

« La philosophie inuite à l'égard de la santé englobe une dimension qu'on peut appeler "écocentrique", selon laquelle les liens avec la terre (*nuna*) et le règne animal sont des déterminants cruciaux de l'état de santé et du bien-être de l'individu. »

— Kirmayer et Paul, 2007

Les Inuit estiment que la santé et le bien-être sont fonction d'une identité personnelle et d'un sentiment d'appartenance très forts, ainsi que de la conscience de sa propre raison d'être et de son rôle au service de la communauté et du bien commun (Tagalik, 2009-2010). Aussi, la santé, à leurs yeux, est holistique, c'est-à-dire qu'elle comporte plusieurs dimensions : physique, psychologique, intellectuelle et spirituelle. Elle repose sur l'équilibre des relations réciproques entre tous les aspects de la vie et de l'environnement (Tagalik, 2009-2010; Inuit Tapiriit Kanatami, 2007). Ancrée dans la tradition culturelle inuite, cette vision commune de la santé et du bien-être s'est transmise de génération en génération.

Or, l'épidémiologie permet rarement de bien représenter des notions aussi complexes. Afin de brosser un portrait fidèle de la santé des Nunavimmiut, il a donc été décidé de tenir compte de cette vision inuite de la santé et du bien-être en nous penchant d'abord sur les causes multidimensionnelles des problématiques. Aussi afin de reconnaître les forces de résilience de la population, il a été choisi de ne pas simplement décrire les problèmes comme immuables, mais bien d'en exposer également les pistes de solutions, en décrivant notamment les interventions et services déjà en place dans la région :

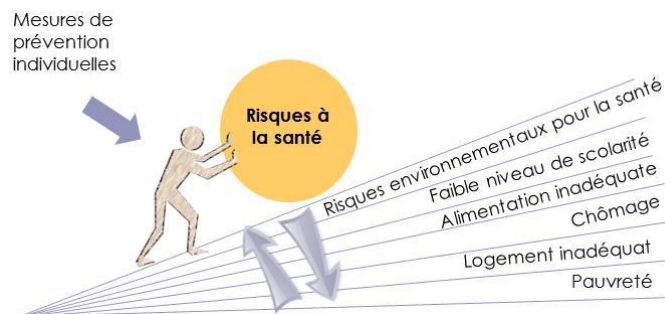
- 1) **De nombreux facteurs contextuels influent sur les problèmes de santé au Nunavik :** en rappelant au lecteur les facteurs sociaux, économiques, politiques, culturels et environnementaux qui contribuent au développement de problématiques, nous espérons attirer son attention sur les difficultés quotidiennes de nombreux Nunavimmiut vivant dans des milieux défavorables (ce type d'information se présente en général dans des encadrés **bruns**).

« Les individus font des choix en fonction de leurs options. »

— Writing Partners, 2011

- 2) **Il existe des pistes de solution à bon nombre de ces problèmes :** en fait, de nombreuses solutions sont déjà mises en œuvre et seront décrites dans des encadrés **bleus**; d'autres interventions prometteuses seront aussi proposées dans le corps du rapport. Nous espérons ainsi démontrer que les répercussions des interventions auprès des individus restent limitées si rien n'est fait pour améliorer les facteurs contextuels.

Figure 1
Le gradient de santé



Source : Making Partners: Intersectorial Action for Health 1988, Proceedings and Outcome of a WHO Joint Working Group on Intersectorial Action for Health, Pays-Bas

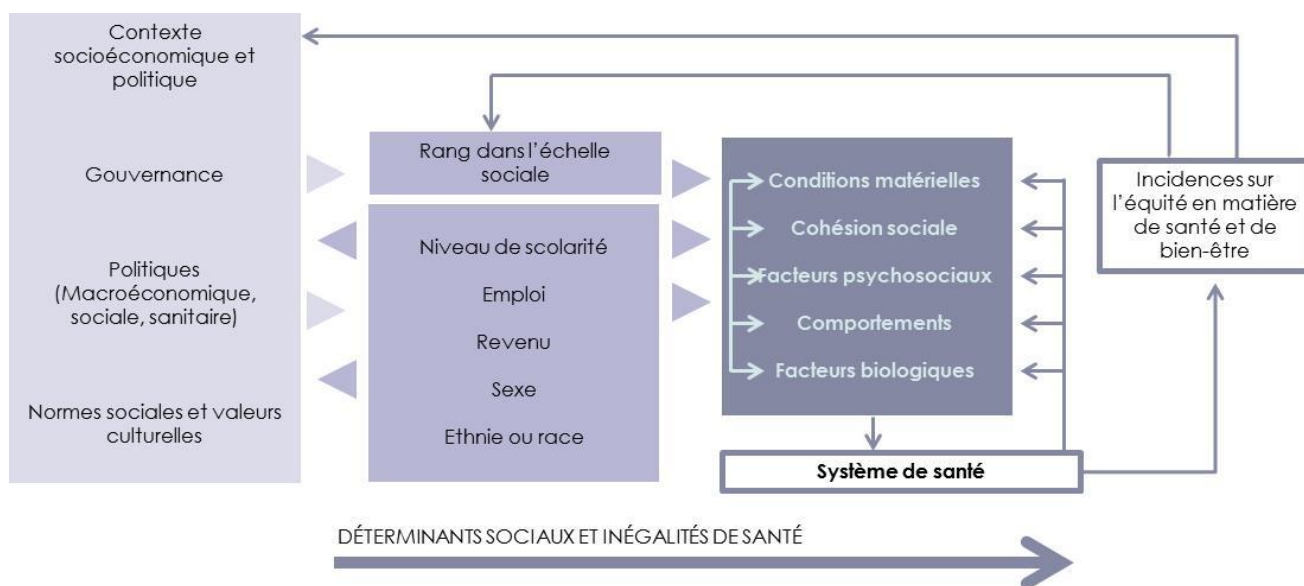
1.2. Les déterminants sociaux de la santé

Un point de vue qui tient compte du milieu de vie

Les chercheurs occidentaux se rallient de plus en plus à la théorie des déterminants sociaux de la santé (Marmot, 2007), selon laquelle des liens étroits existent entre la santé d'une population, son milieu et ses conditions de vie (figure 2). L'Organisation mondiale de la Santé définit ainsi ces déterminants sociaux : « les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie » (Organisation mondiale de la Santé, 2009).

Cette vision élargie de la santé publique cadre bien avec celle des Inuit, car elle ne se borne pas aux facteurs individuels : elle tient compte des facteurs sociaux, historiques et politiques qui créent des écarts entre les populations en matière de santé (Loppie-Reading et Wien, 2009; Kirmayer et Valaskakis, 2009). C'est donc à travers le prisme – taillé sur mesure pour le Nunavik – des déterminants sociaux que nous examinerons la multitude de facteurs qui contribuent au développement de maladies dans cette région.

Figure 2
Cadre conceptuel des déterminants sociaux de la santé



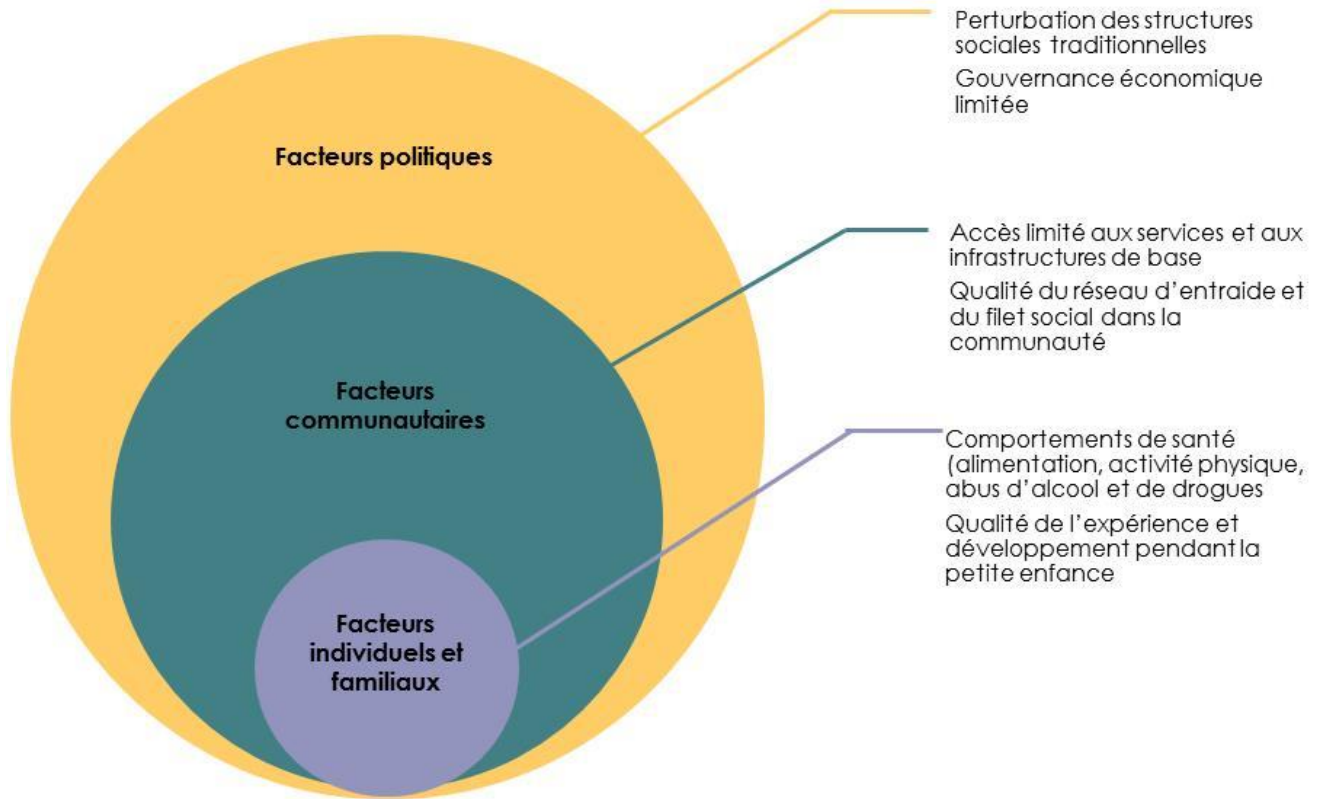
Adapté de Solar et Irwin, 2007

La vision des déterminants sociaux appliquée au contexte du Nunavik

En général, on regroupe ces facteurs selon les différents niveaux de l'organisation sociale : la société dans son ensemble, la communauté et l'individu et son noyau familial (figure 3). Dans le présent rapport, nous fonderons notre analyse sur les déterminants décrits à la figure 3 ci-dessous,

adaptés à partir d'un atelier réalisé en 2005 par le ministère de la Santé du Nunavut (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007). Bien que ce cadre ne soit pas expressément conçu pour le Nunavik, nous espérons qu'il jettera un éclairage nouveau sur les nombreux facteurs historiques et actuels qui ont engendré des problèmes de santé persistants dans les populations inuites.

Figure 3
Modèle de déterminants sociaux appliqué au Nunavik





2. Les déterminants sociaux de la santé : quelle est la situation au Nunavik?

2.1. Survol de la région

Le Nunavik s'étend au nord du 55^e parallèle sur environ le tiers de la surface du Québec (Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010). L'accès à la région n'est possible uniquement par avion ou, en été, par bateau.

La population composée à 90 % d'Inuit a plus que doublé au cours des trente dernières années⁵; si bien qu'on y recense aujourd'hui environ 10 750 personnes réparties dans quatorze villages⁶ : sept aux abords de la baie d'Hudson et sept le long de la baie d'Ungava (carte 1). Chacune de ces deux régions possède son centre administratif, à savoir Puvirnituq pour la baie d'Hudson et Kuujuaq pour la baie d'Ungava et la région dans son ensemble.

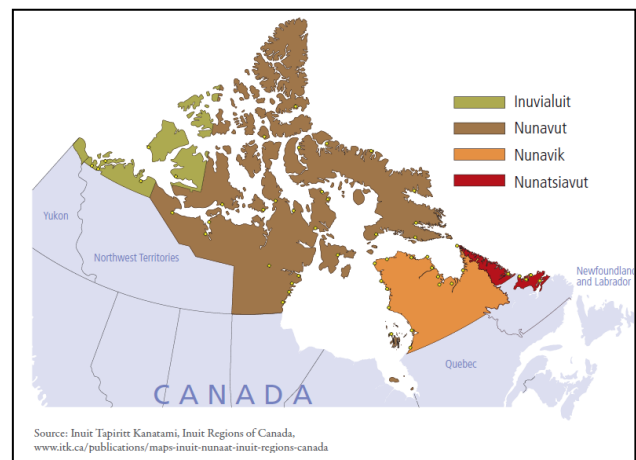
Carte 1
Les villages du Nunavik



Source : Société Makivik

Les Inuit du Nunavik partagent un héritage culturel avec l'ensemble des Inuit canadiens vivant dans les régions du Nunavut, du Nunatsiavut (Labrador) et de l'Inuvialuit, dans les Territoires du Nord-Ouest — l'ensemble de ces territoires forme l'Inuit Nunangat (carte 2). Le peuple du Nunavik représente environ le cinquième de la population inuite du Canada (Recensement 2011).

Carte 2
Inuit Nunangat

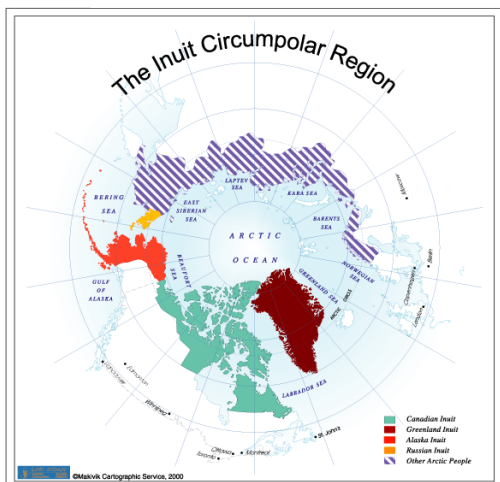


Comme l'illustre la carte 3, l'Inuit Nunangat appartient à un vaste ensemble qui englobe les régions circumpolaires de la Tchoukotka (Russie), de l'Alaska (États-Unis) et du Groenland (Danemark). Des découvertes archéologiques ont apporté la preuve que les Inuit ont occupé l'ensemble de ces régions au fil du temps et qu'ils ont établi leur mode de vie sur la base d'une identité culturelle et d'un territoire communs (Bjerregaard, Young et coll., 2004).

⁵ Pour un complément d'information sur la répartition sociodémographique de la population, se reporter au premier volet de la série.

⁶ Les Inuit n'étant pas assujettis à la Loi sur les Indiens, il s'agit de villages plutôt que de « réserves ».

Carte 3
La région circumpolaire inuite



Source : Société Makivik

L'état de santé des Nunavimmiut présente également des similitudes avec celui des autres peuples inuits du Canada et des autres régions circumpolaires. On y observe ainsi, d'une part, une incidence marquée des maladies transmissibles qui, malgré un certain déclin au cours des siècles, demeure élevée en comparaison des populations non inuites de ces régions. Parallèlement, on note depuis la seconde moitié du vingtième siècle une prévalence accrue des maladies chroniques de même que des taux de suicide, de violence, d'abus d'alcool et de drogues. Tel que nous le décrivons dans les prochaines sections, ces tendances sont en grande partie le résultat d'un éventail de facteurs structurels communs à l'ensemble des peuples inuits du monde entier (Bjerregaard, Young et coll., 2004).

2.2. Les déterminants politiques de la santé

Historique de colonisation et d'acculturation

Comme nous l'avons brièvement mentionné dans l'introduction, la perte du mode de vie traditionnel s'est effectuée très rapidement au Nunavik. En effet, jusqu'au milieu du vingtième siècle, la plupart des Inuit du Nunavik vivaient avec les membres de leur famille élargie se déplaçant au fil des saisons et des migrations de

la faune. Les hommes et les femmes avaient des rôles bien définis et l'identité était étroitement liée au territoire et à l'appartenance au clan. Les aînés transmettaient aux plus jeunes leur savoir traditionnel par les contes et les valeurs ancestrales étaient enseignées par l'exemple (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007).

C'est à compter des années 1950 que le gouvernement du Canada pressa graduellement les Inuit à se sédentariser dans des collectivités pourvues d'habitations bon marché. Bon nombre d'entre eux ont ainsi perdu leur mode de subsistance traditionnel et sont devenus dépendants de l'aide sociale et des quelques emplois offerts dans leur village; rares furent ceux qui conservèrent un mode de vie entièrement nomade. Le passage de la subsistance au salariat a radicalement bouleversé les relations sociales et les liens avec l'environnement, générant des phénomènes de marginalisation sociale et de stress acculturatif importants (Kirmayer et Valaskakis, 2009; Wexler, 2011).

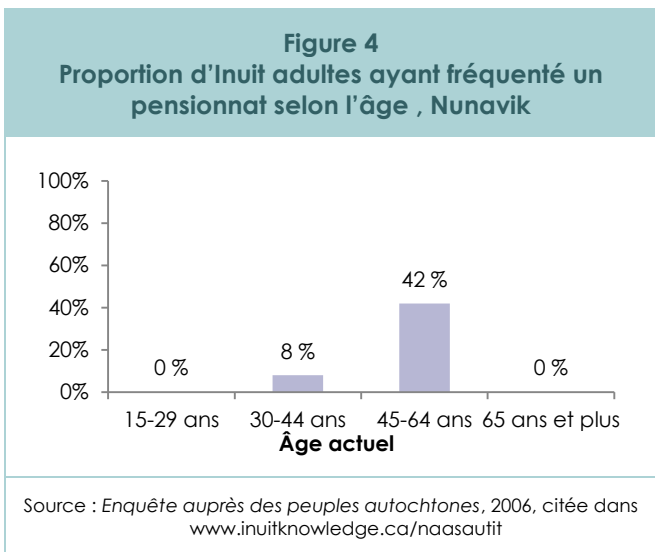
« Dans la vision traditionnelle du monde de nombreux peuples autochtones, la terre, le monde animal et les éléments sont tous en relation avec l'homme. (...) Les dommages causés à l'environnement, l'appropriation du territoire et les restrictions spatiales (...) menacent à la fois leur subsistance et leur identité. »

— Kirmayer et coll., 2007, p. 60-61

À ces facteurs de stress importants s'ajouta bientôt les effets des systèmes scolaires fédéral et provincial. En effet, on obligeait les enfants du Nunavik à fréquenter d'abord l'école primaire, et au-delà du niveau d'enseignement élémentaire, des pensionnats, où ils y logeaient neuf mois par année, durant lesquels il leur était interdit de parler inuktitut et de participer à des activités traditionnelles. Bon nombre de ces élèves ont perdu contact avec leur famille, leur communauté et leur culture, et certains ont été victimes de violence physique, psychologique ou sexuelle (Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010). En plus de toutes ces blessures psychologiques, rappelons que plusieurs membres de cette génération ayant grandi loin du noyau familial ont par la suite souffert d'un

manque d'aptitudes parentales et de difficultés relationnelles importantes.

Encore aujourd'hui au Nunavik, plus de la moitié des Inuit de six à quatorze ans comptent dans leur famille un personne ayant fréquenté ces pensionnats (Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones*, 2006) (figure 4).



L'autodétermination

Le Nunavik a été la première des quatre régions inuites du Canada à signer un accord de revendications territoriales : la Convention de la Baie-James et du Nord québécois de 1975. Cet accord visait à garantir au Nunavik des services régionaux et municipaux (infrastructures, services communautaires, logement, éducation, soins de santé, services policiers et judiciaires) de nature et de qualité équivalentes à ceux dont bénéficiaient alors les communautés inuites des Territoires du Nord-Ouest (Kativik Regional Government & Makivik Corporation, 2010)

En outre, il donne aux Inuit voix au chapitre à l'égard des décisions qui les concernent et qui touchent à leur développement communautaire et régional. Il leur procure des outils et des ressources qui leur assurent, dans une certaine

mesure, un pouvoir accru sur leur vie. La Convention revêt une importance cruciale, car il a été maintes fois démontré que la préservation de l'héritage culturel et les mesures d'autodétermination sont des facteurs protecteurs importants pour la santé des populations autochtones (encadré 1).

Encadré 1 La Convention de la Baie-James et du Nord québécois : le premier traité moderne

En 1971, après que le gouvernement du Québec a annoncé son intention d'exploiter les ressources hydroélectriques du Nord, les Cris et les Inuits de la région s'y sont immédiatement opposés. Faisant fi des nombreux rapports et des avis de tribunaux reconnaissant aux Autochtones certains droits que la province devait négocier avec eux, Québec a poursuivi son ambitieux projet, sous prétexte que l'« intérêt public », c'est-à-dire le droit de la majorité, l'emporte sur celui de la minorité (Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010).

Au bout de deux ans d'intenses négociations, les sept parties concernées, soit les Inuits, les Cris, les gouvernements du Québec et du Canada, Hydro-Québec, la Société d'énergie de la Baie-James et la Société de développement de la Baie-James, ont enfin conclu un accord en novembre 1975, qui a conféré au Nunavik un statut juridique et une certaine forme de gouvernance et énoncé les dispositions relatives à l'indemnisation, au territoire et à l'exercice des activités traditionnelles.

Le transfert de la responsabilité des services du gouvernement fédéral à celui du Québec et l'établissement de mesures d'autodétermination des services de santé et autres sont des aspects fondamentaux de la Convention. C'est ainsi qu'a vu le jour la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, qui supervise la planification et la prestation des services de santé et sociaux dans les communautés de la région (encadré 2).

Encadré 2 Continuité culturelle

Selon Chandler et Lalonde (2008), l'auto-détermination et l'efficacité collective des communautés autochtones sont des déterminants clés de leur bien-être. Les deux chercheurs ont établi les facteurs de résilience de ces communautés, dont :

- le fait de prendre part à des revendications territoriales;
- avoir établi une certaine forme d'autodétermination gouvernementale;
- l'administration locale des services d'éducation, de police, d'incendie et de santé;
- la préservation et la promotion des activités traditionnelles;
- la participation des femmes à la gouvernance;
- l'autonomie dans la gestion des services aux enfants et aux familles.

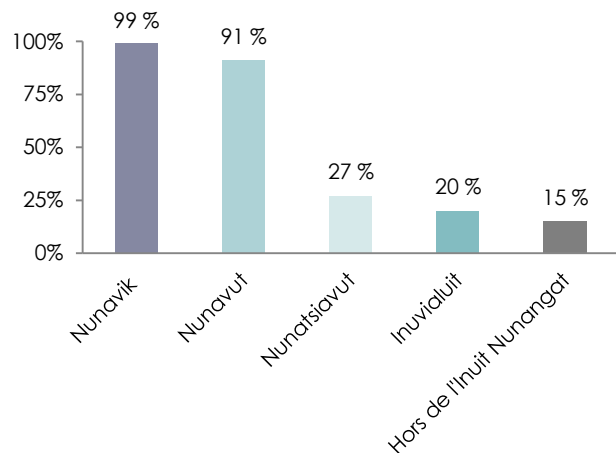
La protection de la langue

Les chercheurs considèrent la sauvegarde de la langue en milieu autochtone comme un important indicateur d'identité et de résilience communautaire. La sauvegarde de la langue se mesure notamment à son utilisation quotidienne (entre les individus, dans les médias, sur les panneaux, etc.), mais également par la présence d'initiatives de préservation ou de revitalisation de la langue, par le biais de campagnes de sensibilisation ou d'activités de rapprochement intergénérationnel.

Les régions inuites ont particulièrement bien réussi à préserver leurs langues, et l'inuktitut fait aujourd'hui partie des quelques langues autochtones non menacées d'extinction. Le Nunavik a par exemple établi des structures juridiques qui garantissent à l'inuktitut le statut de langue officielle enseignée dans les écoles, et les résultats d'une telle mesure sont remarquables : 99 % des Nunavimmiut ont aujourd'hui une bonne connaissance de l'inuktitut, une proportion nettement supérieure à celle qu'on observe dans les autres régions inuites. De plus, la proportion

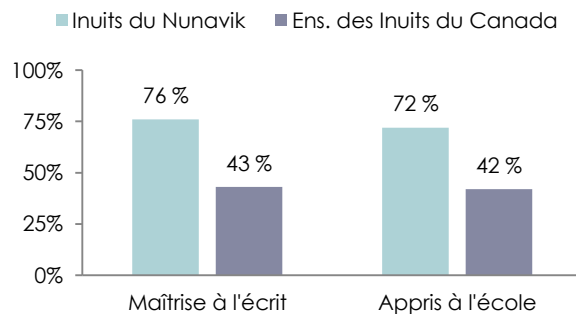
d'adultes au Nunavik qui ont appris la langue à l'école et la maîtrisent à l'écrit est de loin supérieure à la moyenne chez les Inuit du Canada (figures 5 et 6).

Figure 5
Proportion d'Inuit qui parlent une langue inuite, par région



Source : Recensement de 2006

Figure 6
Proportion des adultes ayant appris l'inuktitut à l'école et le maîtrisent à l'écrit : comparaison entre les Nunavimmiut et l'ensemble des Inuit du Canada



Source : Statistique Canada, Sondage auprès des peuples autochtones, 2006

Le contexte socioéconomique ⁷

La société inuite s'est énormément transformée au cours des cinquante dernières années passant rapidement d'un mode de vie en étroite relation avec le territoire et ses ressources, à une situation où il ne lui est plus permis de gérer son territoire traditionnel. Si bon nombre d'Inuit continuent à y pratiquer la chasse et la pêche, leurs représentants ne disposent plus des pleins pouvoirs pour développer les ressources du territoire et la population régionale est loin de recevoir une part équitable des bénéfices générés par l'exploitation des ressources par d'autres.

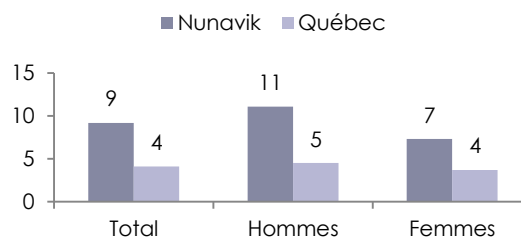
Le Nunavik vit aujourd'hui sous un régime économique mixte, basé sur les revenus d'emploi et les moyens de subsistance traditionnels. En effet, les activités traditionnelles ne permettent plus aux familles d'assurer leur entière subsistance; celles-ci ont maintenant besoin d'argent pour se procurer la nourriture et les biens nécessaires à la vie courante. Par conséquent, les Nunavimmiut doivent aujourd'hui avoir accès à des emplois rémunérés ou à la possibilité de développer leur propre entreprise.

L'emploi

La pénurie d'emplois au Nunavik offre peu de sources de revenus à ses habitants (Duhaime, 2008). Malgré l'expansion continue du secteur public depuis la sédentarisation durant les années 1960 et l'entrée en vigueur de la Convention de la Baie James et du Nord québécois en 1978, bon nombre des emplois à temps plein créés dans la région vont à des travailleurs venus de l'extérieur, plus qualifiés que la plupart des habitants de la région (Duhaime, 2008). Ainsi, bien qu'ils forment la grande majorité de la population, les Inuit occupent à peine plus de la moitié des emplois à temps plein (Duhaime, 2008). C'est ce qui explique le taux de chômage élevé dans la région (figure 7).

⁷ Le premier volet de la série, *Portrait de santé du Nunavik : Conditions démographiques et socioéconomiques*, renferme plus d'information à ce sujet.

Figure 7
Taux de chômage à long terme (pourcentage d'adultes n'ayant pas travaillé depuis 2010), selon le sexe



Source : Statistique Canada, *Enquête nationale auprès des ménages*, 2011

Les activités traditionnelles

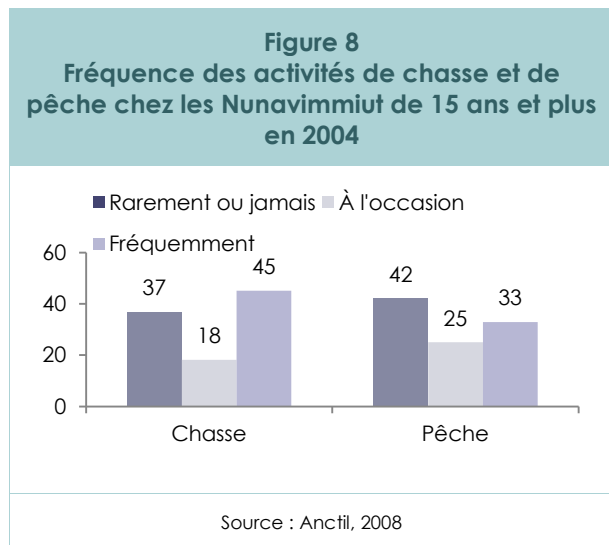
En dépit des multiples changements qui ont bouleversé leur région au cours des dernières décennies, de nombreux Nunavimmiut pratiquent abondamment la chasse, la pêche et la cueillette de petits fruits. Pour cette raison, l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami recommande de remplacer le terme « emploi » par celui de « productivité », qui traduirait plus fidèlement la réalité des Inuit du Canada, car il permet de tenir compte du fait que, même s'ils ne détiennent pas d'emploi rémunéré, de nombreux Inuit « travaillent » par la participation à des activités traditionnelles, la production d'objets ou la prestation de services bénévoles à la communauté (Inuit Tapiriit Kanatami, 2007).

Par exemple, en 2004 (voir la figure 8) :

- Quarante-cinq pour cent (45 %) des adultes, principalement des hommes, déclaraient chasser « fréquemment ». Cette proportion s'élevait à 54 % chez les hommes de 50 ans et plus.
- Le tiers des habitants (33 %) disaient pêcher fréquemment.
- Environ la moitié de la population, surtout les femmes, s'adonnait à la cueillette de petits fruits.

On remarque cependant que la pratique de ces activités est plus fréquente chez les personnes plus âgées, les couples mariés et les personnes ayant

un revenu annuel élevé (Furgal et Rochette, 2007; Duhaime, Chabot et Gaudreault, 2002). Selon certains, ces activités ont considérablement ralenti depuis 2004 sous l'effet surtout du coût élevé de l'équipement, d'une certaine perte de savoir traditionnel et des changements environnementaux (instabilité de la croûte glaciaire, variation des populations fauniques et modification des comportements migratoires).



La participation à la récolte traditionnelle a une incidence positive sur la santé des Inuit. Non seulement les aliments traditionnels sont très nutritifs (Lawn et Harvey, 2003), mais la récolte assure une meilleure sécurité alimentaire. En outre, d'un point de vue socioculturel, cette dernière est essentielle au bien-être des Inuit : elle resserre leurs liens avec la terre sur lesquels se fondent leur culture, leur identité et leur autonomie. Les activités postérieures à la récolte consolident les liens familiaux et communautaires, car le partage des ressources alimentaires est profondément ancré chez les Inuit (Statistique Canada, 2006; Willows, 2005).

Les revenus, le coût de la vie et la sécurité alimentaire

De nombreuses familles du Nunavik vivent dans la pauvreté. En 2006, les revenus de plus d'une famille sur cinq ne dépassaient pas le seuil de faible revenu, soit le double de la moyenne au Québec. On constate des écarts considérables

entre les villages en ce qui a trait aux revenus individuels : les habitants de la côte de la Baie d'Hudson sont en général plus pauvres que ceux de la côte de la baie d'Ungava.⁸

Le coût élevé de la vie au Nunavik exacerbe la situation. Par exemple, les Nunavimmiut paient leurs aliments 57 % plus cher que les habitants de la région métropolitaine de Québec (Duhaime et Caron, 2012). C'est sans compter que les familles à faible revenu n'ont pas les moyens de se payer l'équipement de chasse et de pêche leur permettant d'assurer leur sécurité alimentaire par l'ajout d'aliments traditionnels. Par conséquent, l'insécurité alimentaire semble être un problème courant dans la région : en effet, près d'une personne sur quatre déclarait en avoir souffert au cours du dernier mois en 2004 (Blanchet et Rochette, 2008), et près d'un tiers des enfants de moins de 14 ans en aurait souffert au cours de leur existence (Aboriginal children survey 2006, sans date).

L'environnement naturel

« Si la santé de la terre est en péril, celle de ses habitants l'est aussi. »

— Ministère de la Santé Nunavut, 2005

En raison de la relation étroite qu'ils entretiennent avec leur environnement, les Inuit sont très rapidement affectés par la contamination des sols, de l'eau et des ressources alimentaires, mais aussi par les effets des changements climatiques dans les régions nordiques.

La contamination de l'environnement

« Les bienfaits de la chasse, de la pêche et de la cueillette d'aliments traditionnels dépassent largement l'aspect nutritionnel : ces activités sont intimement liées à la spiritualité et à l'identité du peuple inuit, sur qui la pollution de l'écosystème arctique fait peser une grave menace. »

— Elliott et Macauley, 2004, p. 24

⁸ Le premier volet de la série renferme plus d'information au sujet des revenus.

De nombreux contaminants issus de l'activité humaine ayant lieu pour la plupart au sud de la région (notamment les barrages hydroélectriques et les industries) se disséminent au nord par voie aérienne ou aquatique. Ces toxines pénètrent dans la chaîne alimentaire et s'accumulent à chacun de ses maillons (Willows, 2005). La contamination cumulative est particulièrement importante chez les espèces prédatrices de poissons et de mammifères marins, notamment le brochet, le touladi, le phoque et le béluga (Dewailly, Dallaire et coll., 2007). Leur régime traditionnel se composant principalement de poisson, de mammifères marins et de gibier, les Inuit sont davantage exposés à ces toxines que les habitants des régions méridionales du pays. Les contaminants les plus répandus dans la région sont le mercure, le plomb, le cadmium et les polluants organiques persistants (POP) (voir l'encadré 3).

Pour ces raisons, la contamination de l'environnement et l'exposition aux métaux lourds sont, de longue date, des préoccupations majeures pour les résidents et les autorités de santé publique du Nunavik (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2011), et de nombreuses études se sont penchées sur ces problèmes au cours des dernières décennies. Ces études confirment en général que, malgré la chute des concentrations de contaminants dans l'organisme des Inuit du Nunavik depuis les années 1990⁹, on détecte encore certains contaminants à des concentrations supérieures aux seuils recommandés.

En effet, la dernière enquête, menée en 2004 (intitulée *Comment allons-nous?*), soulevait des inquiétudes quant aux contaminants suivants :

Le mercure : Selon les résultats des enquêtes récentes, il appert que la teneur en mercure dans le sang de cette population a nettement diminué entre 1992 et 2004, sans doute en raison de la baisse progressive du régime alimentaire

⁹ Cette chute s'explique par le déclin de la consommation de produits de la mer conjugué à la baisse générale des concentrations de contaminants dans l'environnement arctique.

traditionnel. La concentration sanguine en mercure excédait pourtant la valeur recommandée chez plus du quart (28 %) des Inuit en 2004. De plus, près des trois quarts (72 %) des femmes en âge de procréer (pour qui le seuil acceptable est abaissé) dépassaient la valeur recommandée (voir encadré 4).

Encadré 3

Pourquoi se soucier de la contamination de l'environnement au Nunavik? Effets possibles du mercure, du plomb, du cadmium et des polluants organiques persistants (POP)

- Le méthylmercure attaque le système nerveux : il peut causer la parésie (fourmillements et picotements), l'ataxie (perte de coordination des mouvements) et une vision tubulaire chez les adultes. Une exposition prénatale risque de nuire au développement du cerveau du fœtus.
- La contamination de l'environnement au plomb peut affecter les fonctions nerveuses, musculaires et cognitives chez l'adulte. Chez l'enfant le plomb est susceptible de causer des dommages irréversibles aux fonctions cognitives, comportementales et de motricité fine.
- Le cadmium s'accumule dans les reins et endommage le mécanisme de filtrage.
- Les polluants organiques persistants (POP) sont des substances dangereuses, dont la production est interdite pour certaines, par exemple le diphényle polychloré (BPC), la dioxine, le dibenzofurane et les pesticides chlorés. Cancérogènes, ces substances peuvent endommager le foie, affecter les systèmes reproductif et immunologique et causer des troubles neurodéveloppementaux (Dewailly, Dallaire et coll., 2007).

Encadré 4

À propos des concentrations de contaminants

Les normes qui définissent les concentrations « acceptables » de contaminants prévoient de larges marges de sécurité. Ainsi, un résultat supérieur au seuil recommandé ne signifie pas forcément que la santé du sujet est compromise, mais que celui-ci entre dans une catégorie qui comporte d'éventuels risques pour sa santé.

Bien qu'on ne détecte qu'une faible concentration de mercure dans la plupart des aliments traditionnels du Nunavik, la concentration élevée mesurée chez les Inuit est principalement attribuable à la consommation de béluga, le touladi et de foie de phoque. Il est donc recommandé aux femmes enceintes ou en âge de procréer de réduire leur consommation de ces aliments. Pour les y encourager, certaines communautés fournissent gratuitement du poisson faible en mercure aux femmes enceintes.

Le plomb : L'interdiction de la vente de cartouches au plomb au Nunavik en 1998 s'est traduite par une baisse marquée des niveaux de plomb chez les adultes et les nouveau-nés. Malgré tout, on détectait en 2004 une concentration supérieure au seuil recommandé chez près de 10 % des Inuit et chez 2 % des femmes en âge de procréer. Les dernières données de surveillance indiquent que l'interdiction de vente de cartouche au plomb ne serait plus respectée, expliquant pourquoi celles-ci sont de nouveau largement utilisées (Couture, 2010).

Le cadmium : En 2004, le tiers des Inuit du Nunavik, dont de nombreuses femmes en âge de procréer, affichaient une teneur en cadmium dans le sang supérieure au seuil recommandé. Ces résultats semblent par contre essentiellement liés au tabagisme, la cigarette contenant du cadmium, plutôt qu'à l'ingestion d'aliments traditionnels (Bobet, 2013).

Les polluants organiques persistants (POP) : On détecte encore chez 14 % des femmes en âge de procréer une concentration sanguine de POP supérieure au niveau « préoccupant » défini par Santé Canada. Ces substances pénètrent dans l'organisme par la consommation de graisse de mammifères marins. Depuis l'entrée en vigueur de la réglementation internationale en 2004, on observe une nette régression de la majeure partie des contaminants (BPC et pesticides chlorés) accumulés dans les tissus de la faune et des habitants de l'Arctique (RRSSS, 2011).

Malgré l'abondance des études menées dans la région, rien ne semble démontrer que les concentrations de toxines observées aient un réel effet sur la santé des Nunavimmiut. Les experts continuent donc de tenir un discours rassurant soutenant que les avantages de la consommation d'aliments traditionnels surpassent largement les risques de contamination (Berti et coll., 1998; Chan, Kim et coll., 1995; Chan, Trifonopoulos et coll., 1999; Dewailly, Dallaire et coll., 2007; Duhaime, Chabot et coll., 2004; Van Oostdam, Donaldson et coll., 2005; Willows, 2005; Earle, 2011).

De fait, ils reconnaissent de plus en plus que les bienfaits de la consommation de poisson, soit la diminution du risque de maladie cardiovasculaire et les effets favorables sur le développement du cerveau du fœtus de l'acide gras oméga-3 DHA, l'emportent de loin sur les risques associés à la contamination au mercure (Mozaffarian et Rimm, 2006). C'est sans compter les effets bénéfiques du régime traditionnel, qui favorise l'activité physique, renforce l'identité culturelle et atténue les comportements dommageables pour la santé (voir l'encadré 5).

Encadré 5 L'alimentation traditionnelle

La nourriture traditionnelle et les activités qui l'entourent sont au cœur de la culture inuite. En effet, bon nombre de ces aliments contiennent plusieurs éléments nutritifs essentiels au maintien d'une bonne santé à tous les âges et durant la grossesse. La graisse des mammifères marins, l'omble chevalier, le béluga (mattaq) et les œufs de poisson sont par exemple remarquablement riches en acides gras oméga-3 et en vitamine D. De plus, les palourdes, la chair de phoque et de morse, la chair et les abats du caribou ainsi que le gibier à plumes constituent d'excellentes sources de fer et contribuent davantage à prévenir l'anémie que les aliments commerciaux.

Les changements climatiques

Les changements climatiques représentent une préoccupation pour l'ensemble du pays, mais leurs effets sont particulièrement visibles dans les régions arctiques. En effet, l'amplitude croissante

des fluctuations de température et les conditions climatiques inhabituelles peuvent causer des blessures, voire la mort, car ces facteurs compliquent les prévisions météorologiques et l'évaluation de l'état des glaces durant les expéditions de chasse (Cameron, 2011). L'amincissement de la couche de glace, les déviations des trajectoires migratoires (en particulier celles des caribous et des bélugas) et le déclin de la population de certaines espèces sont autant de freins à l'utilisation du territoire et de ses ressources (Furgal et Rochette, 2007; Kraemer, Berner et coll., 2005).

Les scientifiques craignent également des problèmes liés aux risques posés à la structure des habitations par le dégel partiel du pergélisol. On craint aussi que la ventilation inadéquate des habitations puisse accroître les risques de coups de chaleur chez les personnes âgées en période de grande chaleur (Furgal et Séguin, 2006).

Et enfin, des chercheurs ont mesuré la séroprévalence de certains parasites parmi la population inuite adulte du Nunavik pour constater que les changements climatiques modifient l'écologie de ces parasites et renforcent leur capacité de survie dans l'environnement nordique. En outre, comme partout ailleurs au pays, la baisse des températures pourrait favoriser la migration vers le nord de nouvelles espèces d'insectes piqueurs, vecteurs potentiels d'agents pathogènes (Lowe, 2014).

2.3. Les déterminants communautaires : infrastructures, services et contexte psychosocial

L'ensemble des déterminants sociaux de la santé étant interdépendants, on peut considérer que les déterminants communautaires sont à la fois les conséquences des déterminants structurels exposés dans la section précédente, de même que les causes de certains déterminants familiaux et individuels qui font l'objet de la section suivante.

Le contexte psychosocial

Aux yeux des Inuit, la santé s'inscrit dans un ensemble de relations qui les unissent entre eux, à la culture et à leur environnement. Selon cette vision, la distinction que nous faisons ici entre les déterminants de l'environnement physique (présentés ci-haut) et ceux de l'environnement social est quelque peu factice (Parkes, 2010). Il importe néanmoins d'examiner séparément les changements qui se sont opérés au fil du temps dans les communautés du Nunavik et les effets du nouveau contexte social sur les résidents.

La « communauté » inuite traditionnelle correspondait essentiellement aux groupes de familles élargies; avec le temps, la notion de communauté s'est progressivement étendue pour inclure l'ensemble des membres des villages d'aujourd'hui. Certains auteurs estiment que ce changement a mis à rude épreuve les réseaux d'entraide traditionnels. De plus, le placement des enfants dans les pensionnats a considérablement miné les relations familiales et de nombreuses familles souffrent de problèmes de violence et de dépendance découlant de cette rupture. Or, la violence est un phénomène effectivement bien présent au Nunavik, tel que le démontrent les statistiques policières suivantes : les crimes contre les personnes (voies de fait, agressions sexuelles, vols et autres délits) seraient, selon les années, de 2,5 à 5 fois plus fréquents au Nunavik que dans le reste du Québec, et les femmes seraient de 6 à 10 fois plus susceptibles d'être victimes de violence conjugale (Duhaime, 2008).

D'autre part, d'autres auteurs rappellent que la famille élargie forme toujours la cellule sociale principale ce, surtout en raison de la petite taille de la plupart des villages. Pour étayer leur point de vue, ils évoquent les séjours des enfants, qui vivent tantôt chez leurs parents ou leurs grands-parents, tantôt chez d'autres membres de la famille (Inuit Tapiriit Kanatami, 2008). Ils soulignent également qu'il existe encore au sein de bien des communautés un fort sentiment de capital social (voir l'encadré 6). Bien que nous ne disposions que de mesures partielles, l'enquête menée en 2004 abordait certains aspects de la notion de

capital social et indiquait les éléments suivants (Kirmayer et Paul, 2007) :

- c Plus de la moitié des Nunavimmiut (57 %) partagent « souvent » leurs prises avec d'autres membres de leur communauté, ce qui semble indiquer une tradition de partage encore bien ancrée.
- c Près de 7 répondants sur 10 (69 %) affirment que le sentiment d'unité est une valeur « forte » ou « très forte » dans leur communauté.
- c En revanche, certains résultats semblent indiquer l'isolement ressenti par certains membres, puisque près des deux tiers des répondants n'obtiennent que rarement, sinon jamais, l'aide d'un proche lorsqu'ils sont en détresse émotionnelle. Ces résultats sont inférieurs à la moyenne du Québec, bien que les différences dans la formulation des questions faussent quelque peu la comparaison.

Le logement

Il apparaît de plus en plus clairement que les conditions de logement influent sur la santé physique et mentale (Moloughney, 2004). À preuve, certaines conditions de logement (notamment le froid, l'humidité, la moisissure, les allergènes et la fumée de tabac secondaire) sont responsables d'un éventail de maladies respiratoires qui touchent particulièrement les enfants (Moloughney, 2004; Clark, Riben et

Nowgesic, 2002; Inuit Tapiriit Kanatami, 2007; Société canadienne d'hypothèques et de logement, 2004). L'Enquête de santé de 2004 établissait d'ailleurs un lien statistiquement significatif entre le nombre de personnes par chambre à coucher et la respiration sifflante chez les enfants telle que signalée par leurs parents (Lajoie, Lévesque et Rhainds, 2007).

On constate également les effets des logements surpeuplés sur la santé mentale, car de telles conditions de vie peuvent entraîner le manque de sommeil, la dépression et des problèmes familiaux (Baillie et Wayte, 2006; Moloughney, 2004), en plus de nuire au développement de l'enfant et à ses résultats scolaires (Moloughney, 2004) (voir encadré 7).

Sous cet éclairage, la situation du logement au Nunavik est alarmante. Selon le recensement de 2006, près de la moitié (49 %) des Nunavimmiut vivent dans des logements surpeuplés (figure 9). Ce pourcentage est le plus élevé au Canada et cinq fois supérieur à celui qu'on observe au sein de la population non inuite du Nunavik. Or, la pénurie de logements sévit depuis longtemps au Nunavik : les données sur le surpeuplement ont peu varié depuis 1991 et traduisent même une légère aggravation de la situation entre 2001 et 2006 (figure 10). Finalement, l'état du parc résidentiel, sensiblement identique à la moyenne canadienne en 1996, semble depuis s'être sérieusement détérioré (figure 11).

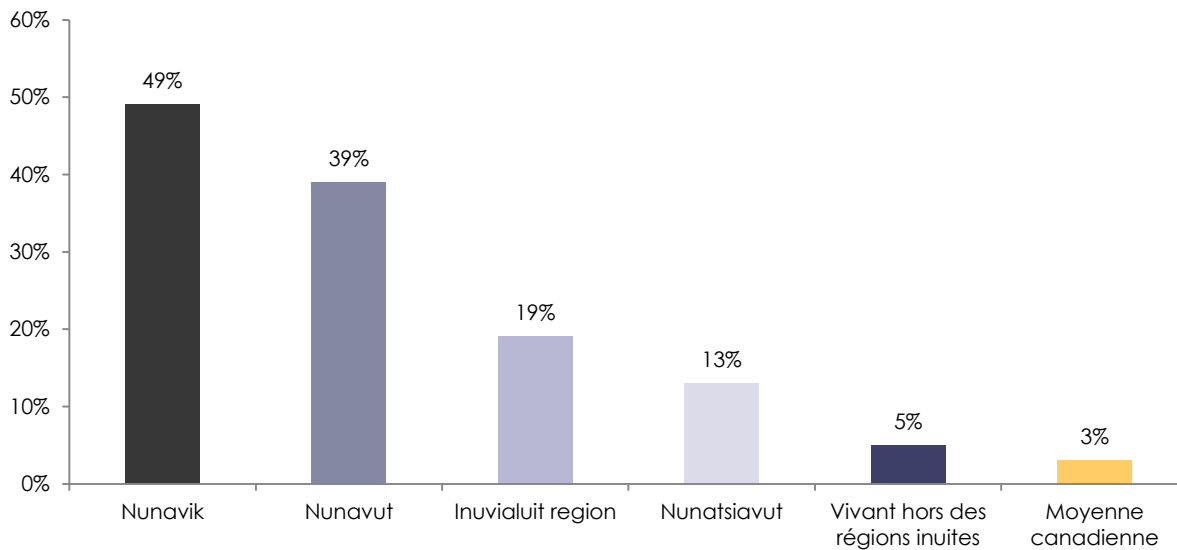
Encadré 6 Le capital social

Le terme « capital social » désigne les relations, le niveau de confiance et la culture de participation communautaire dans une région donnée. Il englobe les notions de partage et de réciprocité qui sont les fondements de nombreuses communautés autochtones (Mignone et O'Neill, 2005). Selon de nombreuses études, les communautés au fort capital social tendent à enregistrer un taux de suicide moins élevé et une espérance de vie plus longue (Berkman et Kawachi, 2000; Kawachi et Berkman, 2001).

Encadré 7 Qu'est-ce qu'un logement surpeuplé?

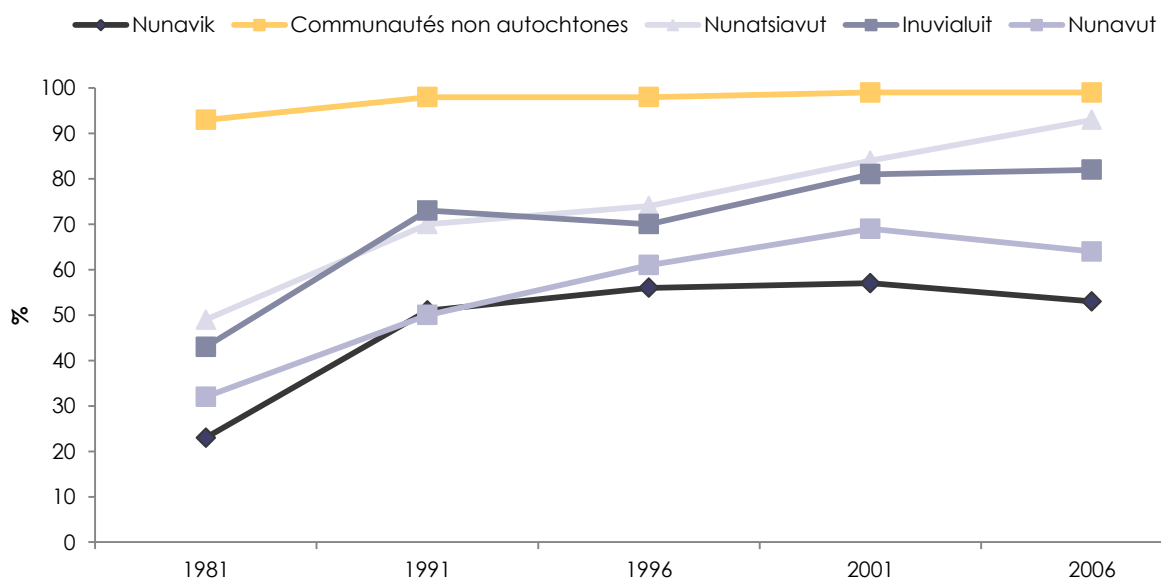
À l'heure actuelle, Statistique Canada qualifie un logement de « surpeuplé » lorsqu'il compte plus d'un habitant par pièce. Une telle définition ne tient par ailleurs nullement compte des différences culturelles. En effet, la moyenne nord-américaine (environ une demi-personne par pièce) est clairement l'exception, et non la règle dans bien des régions du globe. En dépit de leurs limites, ces types de mesures comparatives permettent tout de même de mettre en évidence certaines formes d'inégalités sociales.

Figure 9
Proportion de la population vivant dans des logements surpeuplés selon les populations inuites par région et la moyenne canadienne, 2006



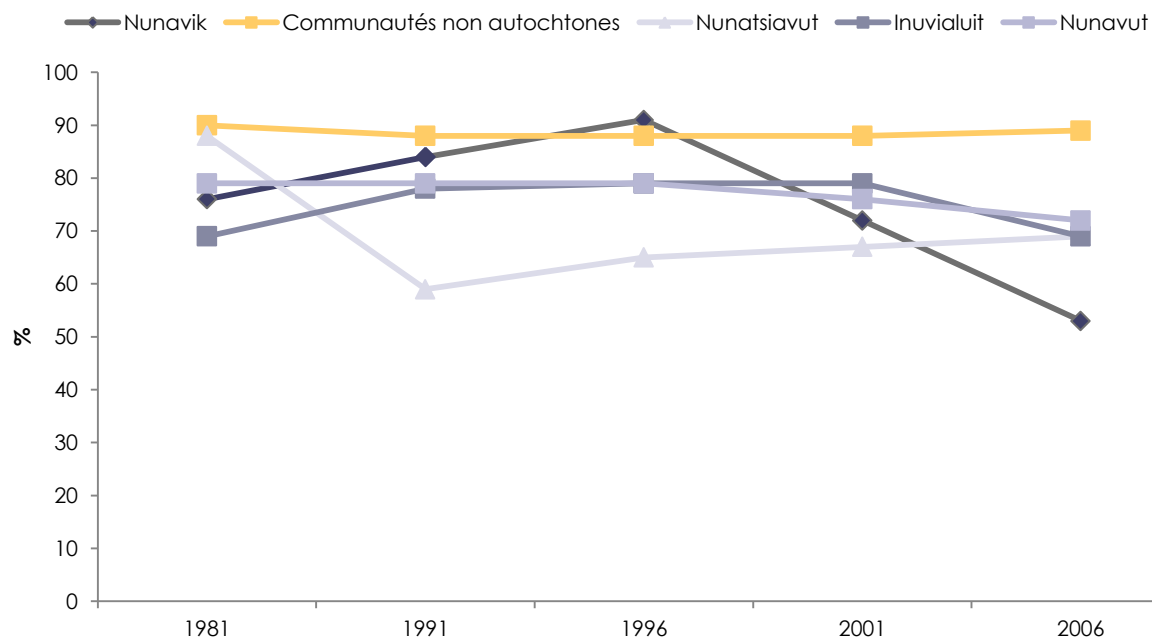
Source: Statistique Canada, Recensement 2006. Table 9: Percentage of the Inuit and non-Aboriginal populations living in crowded dwellings, Canada and regions, 2006. www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/assa/97-558/table/19-eng.cfm

Figure 10
Proportion de la population vivant dans des logements dont l'état est acceptable, Inuit et autres communautés canadiennes, 1981-2006



Source: Penney, O'Sullivan et Sénécal, 2012. Basé sur les données du recensement.

Figure 11
Proportion de la population vivant dans des habitations qui se trouvent dans un état acceptable de réparation, Inuit et autres collectivités canadiennes, 1981-2006



Source: Penney, O'Sullivan et Senécal, 2012. Basé sur les données de recensement.

Encadré 8 **Des solutions structurelles à la crise du logement au Nunavik**

Les problèmes de logement des Inuit ont commencé avec leur sédentarisation dans des villages, durant les années 1950 et 1960 (Conseil canadien de la santé, 2012).

Ainsi, l'insuffisance de logements et leur qualité médiocre à l'époque de la signature de la Convention de la Baie James et du Nord québécois résultait de nombreuses années de sous-financement par le gouvernement fédéral, en particulier durant la période de négociations de 1973 à 1975. Le problème s'est par la suite aggravé lorsque le gouvernement du Canada a cessé de financer la construction de logements sociaux au début des années 1990 (Inuit Tapiriit Kanatami, 2004b; Knotsch et Kinnon, 2011; Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010).

Depuis 2000, grâce à des ententes avec les gouvernements fédéral et provincial, la construction de logements sociaux a repris, mais les besoins ont augmenté à un point tel qu'il semble presque impossible de rattraper le retard accumulé : en effet, en 2013, il manquait encore environ 900 unités d'habitation (Office municipal d'habitation Kativik, 2013).

Le programme *Logement abordable Québec* offre aux résidents du Nunavik une aide financière pour l'achat d'une propriété. Cependant, les propriétaires du Nunavik doivent assumer des coûts de construction d'une habitation qui sont souvent deux à trois fois plus élevés que ceux de la région de Québec. Les assurances, l'impôt municipal, le mazout et l'électricité sont hors de prix. En effet, malgré la proximité des centrales électriques, les communautés du Nunavik ne sont pas reliées au réseau électrique provincial. Elles dépendent donc des combustibles fossiles pour le chauffage et la production d'électricité. Pour toutes ces raisons, rares sont les Nunavimmiut ayant la possibilité de posséder une maison bien à eux (Kativik Regional Government & Makivik Corporation, 2010).

Selon certains observateurs, il semble que la crise du logement au Nunavik se répercute jusqu'à Montréal, où la population de sans-abris inuits ne cesse de croître. De nombreux Nunavimmiut fuient la pénurie de logements ou un milieu social difficile pour aboutir dans les rues de la métropole, où ils ont difficilement accès aux services de base, augmentant ainsi leur vulnérabilité (Knotsch et Kinnon, 2011).

Les systèmes de traitement et d'alimentation en eau potable

Toutes les municipalités du Nunavik ont aujourd'hui des usines de traitement de l'eau et, à l'exception de Kuujuaq, d'Aupaluk, d'Ivujivik et de Kuujuarapik, elles disposent toutes d'un système de traitement efficace aux rayons ultraviolets (UV) qui détruit non seulement les bactéries et les virus, mais aussi les parasites. L'installation de tels systèmes est prévue à l'automne 2014 à Aupaluk et à Ivujivik, puis à Kuujuaq en 2015-2016. Kuujuarapik puise son eau à même des sources souterraines, ce qui la dispense d'un traitement aux UV (Administration régionale Kativik, comm. pers.).

Comme il est difficile d'enfouir et d'entretenir un réseau d'aqueduc dans le pergélisol, des camions-citernes déversent l'eau potable chaque jour dans les réservoirs résidentiels. Les ressources communautaires limitées posent parfois des risques pour la santé des Nunavimmiut : ainsi, en 2013, les municipalités de la région ont émis 149 avis d'ébullition d'eau, soit 100 sur la côte de la baie d'Hudson et 49 sur celle de l'Ungava (Administration régionale Kativik, comm. pers.).

Signalons toutefois que la grande majorité (96 %) de ces avis sont émis parce qu'il a été impossible de tester l'eau, et non à cause de résultats hors-normes pour la qualité de l'eau. Les avis répétés d'ébullition d'eau soulèvent des préoccupations, car ils érodent la confiance de la population, qui finit par les ignorer. Or, le non-respect de ces avis expose les habitants à de graves infections lorsque l'eau s'avère bel et bien contaminée par des agents pathogènes (virus, bactéries ou parasites) (Groupe scientifique sur l'eau, 2003).

Aussi, bon nombre de familles puisent leur eau dans des sources naturelles, lacs et cours d'eau environnants (Martin et coll. 2005), et la stockent dans des contenants de plastique. Certains préfèrent son goût à celui de l'eau du robinet. La pureté de cette eau varie cependant selon la source, la saison, la fréquence de nettoyage des contenants et l'application d'un traitement (filtrage, ébullition) ou non (Messier et coll., 2008). Depuis la modernisation des usines de traitement des eaux, les municipalités (à l'exception de Kuujuaq, d'Aupaluk, d'Ivujivik et de Kuujuarapik) sont équipées d'un robinet public extérieur qui distribue l'eau potable non chlorée à l'aide de filtres à charbon actif. Le même système sera installé à l'automne 2014 à Aupaluk et à Ivujivik, puis à Kuujuaq en 2015-2016. L'utilisation de ces installations diffère considérablement d'une municipalité à une autre, les résidents plus conservateurs préférant l'eau de source naturelle (Administration régionale Kativik, comm. pers.).

L'éducation

« Le Nunavik avait son propre système d'éducation bien avant l'arrivée des missionnaires européens en 1872. Les Inuit dispensaient alors à leurs jeunes un enseignement efficace et pratique. Le programme se fondait sur leurs besoins et sur les connaissances nécessaires à la survie. »

— Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010

Au Canada comme ailleurs dans le monde, un niveau de scolarité élevé rime en général avec un emploi et un revenu satisfaisants, un logement adéquat et une bonne santé (Berkman et Kawachi, 2000), et certaines études semblent confirmer que les Inuit ne font pas exception à la règle (Kirmayer, Malus et Boothroyd, 1996). Dans le contexte inuit, cependant, la notion d'éducation ne renvoie pas uniquement à l'enseignement officiel et à la littératie. Le savoir traditionnel et les aptitudes de survie contribuent aussi à améliorer l'état de santé des Inuit, car la capacité de vivre de façon autonome des ressources du territoire renforce en eux l'auto-efficacité et l'estime de soi (Kirmayer et Valaskakis, 2009; Wexler, 2006; Inuit Tapiriit Kanatami, 2007).

Tel que mentionné, avant la signature de la Convention de la Baie-James et du nord

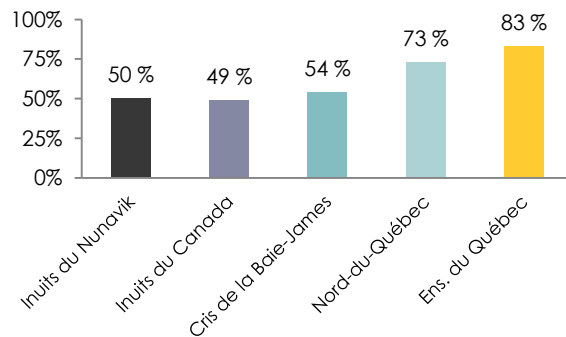
québécois, les écoles primaires fédérales et provinciales dispensaient un enseignement élémentaire aux enfants du Nunavik. Ces écoles suivaient le programme officiel et offraient généralement des cours en anglais ou en français. La situation a rapidement évolué après la création de la Commission scolaire Kativik, administrée par les Inuit. Celle-ci n'a pas tardé à mettre sur pied un programme culturellement adapté où les enseignants de tous les niveaux disposent de matériel en inuktitut, et les écoles s'efforcent d'intégrer la culture et le savoir inuits au programme. La région peut maintenant compter sur les ressources suivantes :

- ⊖ Un programme d'enseignement en inuktitut jusqu'à la troisième année du primaire, les élèves choisissant ensuite de poursuivre leur scolarité en anglais ou en français.
- ⊖ L'accès aux cinq années du secondaire dans toutes les communautés.
- ⊖ Un programme de préparation des élèves aux études postsecondaires.
- ⊖ Un programme de formation à l'enseignement.
- ⊖ Dans certaines communautés, des cours aux adultes ou à distance et des programmes de formation professionnelle ou technique.

En dépit de ces améliorations remarquables, l'accès aux études supérieures demeure ardu au Nunavik. En effet, il peut être difficile de trouver un coin tranquille pour étudier dans un logement surpeuplé, sans compter que certains élèves n'obtiennent aucun soutien parental (en particulier lorsque leurs parents ont une expérience traumatique de l'école). Les écoles inuites appliquant des normes moins rigoureuses, les élèves qui obtiennent leur diplôme doivent souvent suivre des cours d'appoint durant un ou deux ans afin de se préparer à l'université (Korhonen, 2006). Enfin, les Inuit qui souhaitent poursuivre des études supérieures se heurtent à un dernier obstacle : l'inexistence de programmes d'études postsecondaires dans la région les oblige à s'exiler dans les villes du sud du Canada, et l'isolement social et culturel qui en découle font que beaucoup y renoncent.

Ces facteurs expliquent l'écart important entre les Inuit et les autres Canadiens sur le plan du niveau de scolarité. En 2006, au Nunavik, seul un adulte de 25 ans et plus sur deux avait terminé ses études secondaires. Cette proportion est similaire à celle qu'on observe dans les autres groupes autochtones, mais bien inférieure à la moyenne provinciale (figure 12).

Figure 12
Pourcentage des adultes ayant un diplôme d'études secondaires ou postsecondaires en 2006 : comparaison entre les Nunavimmiut et les autres groupes et régions



Source : Statistique Canada, Recensement de 2006

Depuis une vingtaine d'années, l'assiduité scolaire et le niveau de scolarité décrivent cependant une courbe ascendante au Nunavik, comme dans le reste du Québec. Par exemple, le pourcentage de Nunavimmiut âgés de 20 à 64 ans titulaires d'un diplôme postsecondaire (certificat technique, diplôme d'études collégiales ou grade universitaire) est passé de 29 % en 2001 à 36 % en 2006 (Duhaime, 2008).

L'accès aux services de santé

« La situation géographique est un déterminant de la santé. [...] L'accès aux services de santé pose aussi problème, non seulement à cause des distances, mais parce que ces villages attirent peu les infirmiers, les médecins et les autres professionnels de la santé... ce qui complique davantage l'accès aux services de diagnostic et aux traitements spécialisés. [...] Les habitants doivent se déplacer pour obtenir des soins. Ils sont contraints de s'éloigner de leur famille et de leur réseau social durant des jours, voire des semaines, et de déboursier des frais additionnels pour se nourrir et se loger. »

— Romanow, 2002

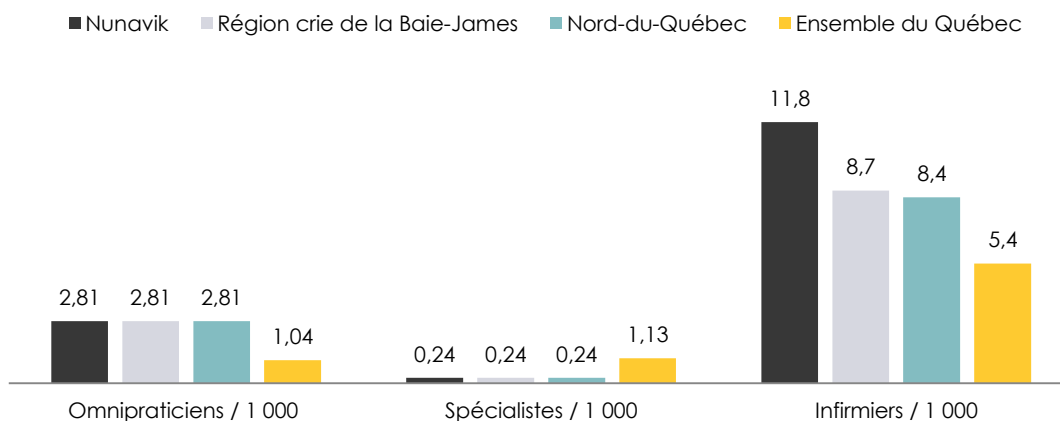
Bien que l'état de santé d'une population ne dépende pas uniquement de leur accès à des services de santé de qualité, l'accès au système de soins revêt une importance cruciale. Or, la planification et la coordination des services de santé dans les quatorze villages du Nunavik constituent un défi de taille. L'éloignement géographique, la conception et le financement des programmes, les moyens matériels, la langue et la culture sont autant de facteurs clés dont il faut tenir compte.

L'accès aux soins de santé primaires

Depuis 1975, les soins de santé primaires au Nunavik sont sous la responsabilité de la Régie régionale de la santé et des services sociaux. Tel que décrit plus tôt, la région se divise en deux zones administratives, la côte de la baie d'Ungava et la côte de la baie d'Hudson, chacune dotée d'un petit hôpital : le Centre de santé Tulattavik, à Kuujjuaq, et le Centre de santé Inuulitsivik, à Puvirnituq. Des centres locaux de services communautaires (CLSC) sont établis dans chacune des autres communautés.

Étonnamment, le Nunavik compte plus de personnel infirmier et d'omnipraticiens par habitant que les autres régions du Québec (figure 13). Soulignons toutefois que bon nombre de ces professionnels n'occupent pas un emploi permanent dans la région : ils s'y rendent pour remplir un contrat de courte durée (figure 14). C'est sans doute la raison pour laquelle les Nunavimmiut sont beaucoup moins nombreux que l'ensemble des Canadiens et que les Inuit vivant dans le sud du pays à avoir consulté un médecin au cours de la dernière année (figure 15).

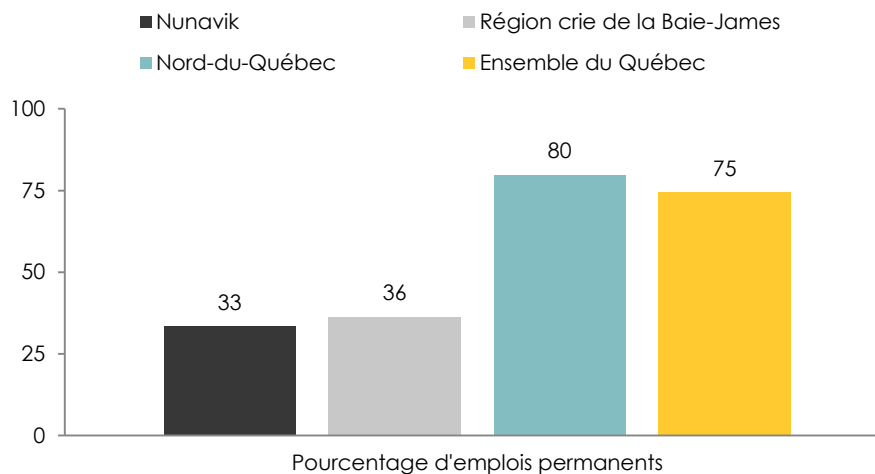
Figure 13
Nombre de professionnels de la santé par 1 000 habitants : Nunavik et autres régions



Source : Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2013

Figure 14

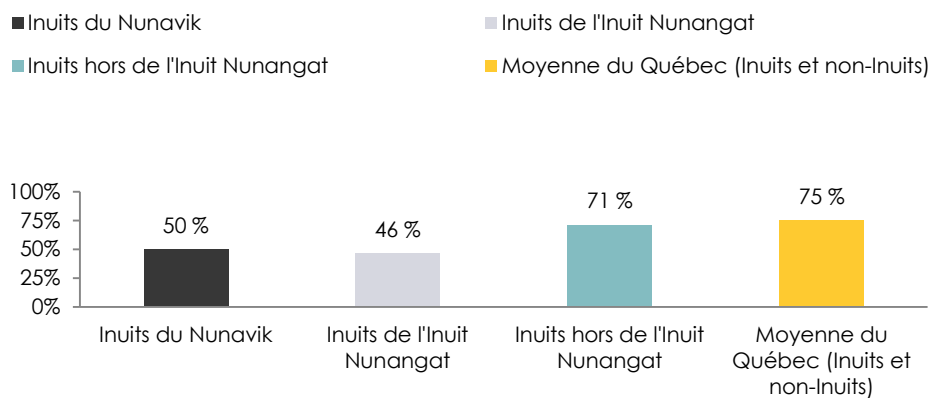
Proportion de professionnels de la santé occupant un emploi permanent : comparaison entre le Nunavik et les autres régions



Source : Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2013

Figure 15

Adultes ayant consulté un omnipraticien au cours de la dernière année : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2006



Source : Statistique Canada. Les données sur les Inuit concernent la population d'« identité inuite » de 15 ans et plus et sont tirées du *Profil des enfants, adolescents et adultes autochtones*, 2006, au www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/89-635/index.cfm?LANG=fra&intro=2. Les données sur le Québec concernent les personnes de 12 ans et plus qui ont « consulté un médecin au cours des douze derniers mois » en 2005, selon le tableau CANSIM 105-0461.

Peu de personnel infirmier et aucun des médecins œuvrant dans la région sont d'origine inuite, ce qui dresse d'emblée une barrière culturelle et linguistique entre patients et professionnels. Pour aplanir cet obstacle, les professionnels non inuits peuvent compter sur l'aide de travailleurs communautaires et d'interprètes inuits. Par ailleurs, le programme de maternité du Centre de santé Inuulitsivik emploie des sages-femmes inuites depuis 1986, permettant ainsi aux femmes d'accoucher dans la région¹⁰. La région entend augmenter la proportion de professionnels de la santé inuits au cours des années à venir (Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010), une stratégie qui améliorera considérablement la sécurité culturelle dans les services de santé (Conseil canadien de la santé, 2012).

Finalement, l'accès à la médecine traditionnelle semble plus restreint au Nunavik que dans les autres régions inuites. En effet, seuls 21 % de ses résidents disent avoir accès à des soins traditionnels dans leur village, comparativement à 59 % des habitants des autres régions inuites.

L'accès aux services spécialisés et aux traitements de longue durée

L'accès aux services spécialisés est restreint au Nunavik, comme dans la plupart des régions nordiques. Il faut donc se rendre par avion dans les villes plus au sud pour obtenir des services complets de diagnostic et de dépistage, des traitements médicaux ou palliatifs et d'autres soins de santé particuliers. Cette situation entraîne des coûts sociaux et émotionnels non négligeables, sans compter les coûts financiers qui incombent aux patients et au système de santé (Cameron, 2011).

Notamment, la région souffre d'un manque criant de ressources pour offrir des traitements intensifs et de longue durée pour les personnes souffrant de dépendance à l'alcool ce, en raison de la grave

pénurie de main-d'œuvre, du taux de roulement élevé et du financement sporadique de ces programmes. Mais il y a une lueur d'espoir : le Nunavik a mis en œuvre de nouvelles initiatives en vue d'améliorer certains services (voir l'encadré 9).

Encadré 9

Ilusiliriniqmi Pigutjuti Qimirruniq

Cette initiative régionale, visant à examiner les services sociaux et de santé dans le but de les améliorer, a donné naissance à trois projets dans des domaines prioritaires : les services aux jeunes, la santé mentale et les services pour les personnes souffrant de dépendances.

2.4. Les déterminants individuels et familiaux de la santé

« Il ne fait aucun doute que les comportements à risque tels que l'abus d'alcool et le tabagisme ont des effets néfastes sur la santé, mais leur prévalence chez les Inuit est symptomatique de problèmes sociaux et économiques plus profonds. Par conséquent, les inégalités socioéconomiques sous-jacentes qui engendrent un stress quotidien et déclenchent des mécanismes compensatoires malsains doivent être considérées comme les déterminants fondamentaux de la santé. »

— Inuit Tapiriit Kanatami, 2007

On considère souvent les comportements qui ont une incidence sur la santé, tels le tabagisme, l'abus de substances, l'alimentation et l'activité physique comme un « choix » individuel, indépendant du contexte social (Burke et coll., 2009). Or, il apparaît de plus en plus clairement que les comportements de santé sont influencés par le milieu dans lequel on vit. En effet, on sait maintenant que non seulement les comportements de santé sont largement influencés par les normes sociales du milieu (seul un *Qallunaaq*¹¹ mangerait une salade ou porterait un casque à vélo, par exemple), mais on admet maintenant aisément que l'environnement physique est important dans l'adoption de certains comportement de santé (l'absence de trottoirs et le manque d'éclairage, n'encourage

¹⁰ Le deuxième volet de la présente série, qui porte sur la santé des jeunes enfants et de leurs familles, décrit plus en détail le programme de services de sages-femmes du Nunavik.

¹¹ *Qallunaaq*. Terme utilisé qui réfère à une personne non inuite et non autochtone.

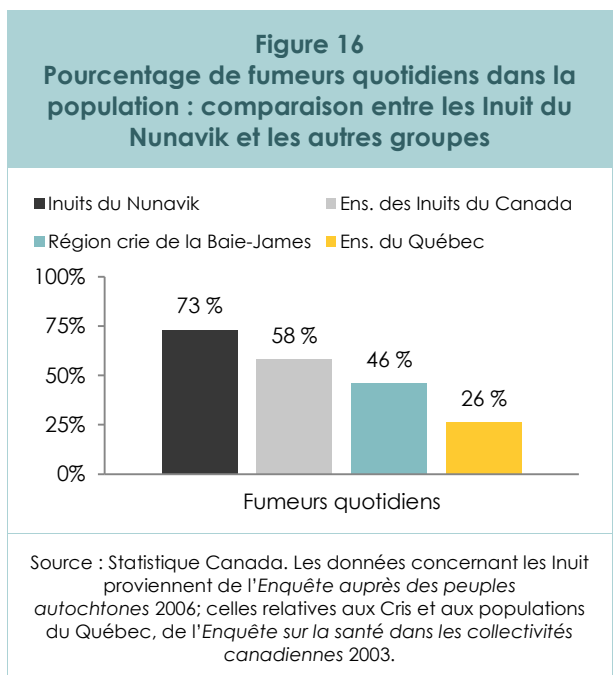
pas les promenades en soirée, par exemple). Et finalement, le stress découlant des conditions de vie défavorables incite certaines personnes à adopter des comportements délétères comme stratégies d'adaptation à court terme (la consommation d'alcool peut donner l'impression d'engourdir la douleur de n'avoir nulle part où se réfugier pour fuir la violence conjugale, par exemple).

De la même façon, on constate de plus en plus que les comportements de santé ont tendance à être présents simultanément chez certaines personnes (Spring, Moller et Coons, 2012). Par exemple, les personnes qui consomment de l'alcool de façon excessive fument généralement la cigarette, tandis que celles qui ont un régime alimentaire sain pratiquent également souvent une activité physique. De même, ceux qui vivent dans la pauvreté présente souvent un faible niveau de scolarité, ce qui en revanche les rend plus vulnérable à l'adoption de divers comportements dommageables pour la santé. Ces observations ont conduit de nombreux experts à s'éloigner du concept de « populations à risque » pour celle de « situations qui mettent certaines personnes à risque » (Berkman et Kawachi, 2000).

En d'autres termes, si l'on désire bien comprendre pourquoi les comportements dommageables à la santé sont si fréquents dans la région, il suffit de prendre en compte l'accumulation des situations à risque auxquelles les individus font face tout au long de leur vie : difficultés lors de la petite enfance (pauvreté, négligence, abus sexuels, etc.), difficultés scolaires, détresse et consommation d'alcool ou de drogues, chômage, et pauvreté. Dans ce contexte, rien ne sert de jeter le blâme sur les individus pour la situation dans laquelle ils se trouvent ni pour les comportements et les problèmes de santé qui en découlent. Il faut plutôt mettre en valeur l'incroyable résilience des personnes et des communautés face au contexte difficile auquel ils doivent faire face au quotidien.

Le tabagisme

Le tabagisme est très fréquent au Nunavik, car près de trois adultes sur quatre disent fumer tous les jours, une proportion nettement supérieure à celle du reste du Québec (figure 16). De ce nombre, la grande majorité (82 %) se compose de fumeurs « légers ou modérés », c'est-à-dire qu'ils consomment moins de 20 cigarettes par jour. À ces égards, la situation du tabagisme au Nunavik s'apparente à celle des autres groupes autochtones au Canada¹² (figure 16).



Selon certains auteurs, le fait de fumer peut parfois constituer un élément important du sentiment d'appartenance au groupe dans certains milieux autochtones (Bottorff et coll., 2010). D'autre part, la croyance selon laquelle le tabagisme serait une pratique traditionnelle chez les Inuit complique d'autant plus la lutte au tabagisme au Nunavik. De nombreux organismes tels que l'Association des femmes inuites

¹² Rappelons que, contrairement à la situation qui prime dans les communautés des Premières nations du Canada, les produits du tabac au Nunavik sont assujettis aux mêmes taxes que dans le reste de la province. Le fort taux de tabagisme ne peut donc être attribué à un prix plus bas, tel qu'on le fait souvent pour la situation chez les Premières Nations ailleurs au pays.

Pauktuutit et Inuit Tapiriit Kanatami nous rappellent que le tabac ne pousse pas dans l'Arctique.

« Le tabagisme est un acte social qui consolide les liens sociaux et facilite la vie familiale en aidant les personnes à soutenir la pression liée aux conditions défavorisées et aux pertes communes. »
— Bottorff et coll., 2010

En plus de sa fonction sociale, le fait de fumer la cigarette est également souvent perçu comme une façon de s'accorder un moment de répit aidant à composer avec le stress quotidien; ceci explique peut-être pourquoi le taux de tabagisme est légèrement inférieur dans la région plus prospère de la Baie d'Ungava que dans celle de la Baie d'Hudson (respectivement 63 % et 75 %).

Par ailleurs, le fait que tabagisme soit très répandu au Nunavik rend particulièrement difficile les tentatives de cessation. Dans une enquête de 2004, près de la moitié des fumeurs (42 %) ont déclaré avoir déjà essayé d'arrêter, sans succès à long terme. De plus, les méthodes de soutien à la cessation qui ont fait leurs preuves auprès des groupes non autochtones sont souvent, soit peu présentes dans la région (les services de counselling, par exemple) ou peu utilisées (les substituts de la nicotine disponibles sans frais à la clinique). Il a par contre été démontré que ces méthodes, lorsque non adaptées au contexte social et à la culture locale, s'avèrent en fait bien peu efficaces auprès des populations autochtones (Varcoe et coll., 2010; Greaves et coll., 2006) (encadré 10).

L'activité physique

L'environnement physique et social, qu'il s'agisse de l'infrastructure locale, des conditions socio-économiques, ou des normes sociales, constituent d'importants déterminants de l'activité physique ce, dans toutes les populations du globe (Bauman et coll., 2012). À cette liste nous devons ajouter au Nunavik certains facteurs propres aux Inuit, tel le déclin de l'accès au territoire et de la pratique de certaines activités traditionnelles.

Encadré 10 **La lutte au tabagisme : un exemple de modification de la norme sociale**

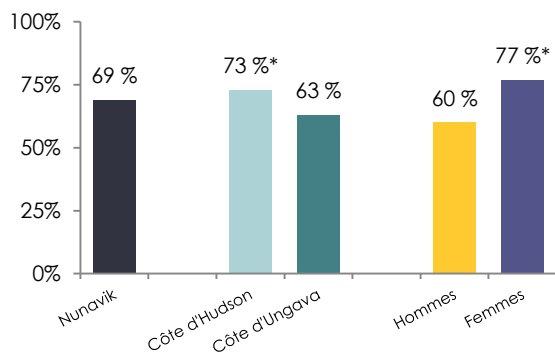
La lutte contre le tabagisme doit se fonder sur des stratégies culturellement adaptées à l'échelle communautaire. Des chercheurs ont mis en lumière les facteurs sociaux du tabagisme et soutiennent que la réduction du nombre de fumeurs passe par l'atténuation de l'influence de ces facteurs.

Le projet Blue Light, qui fait la promotion d'un environnement sans fumée au domicile, a réussi à modifier les normes sociales dans de nombreuses communautés du pays (Varcoe et coll., 2010). Au Nunavik, les campagnes Blue Light ont aussi remporté un franc succès : malgré la forte proportion de fumeurs, moins d'un tiers (29 %) des enfants de la région sont régulièrement exposés à la fumée secondaire du tabac à la maison (Statistique Canada, *Enquête auprès des peuples autochtones*, 2006).

De fait, la marche même semble être révolue pour de nombreux résidents du Nunavik, ce qui est peut-être peu étonnant étant donné l'absence de trottoirs et de pistes cyclables, les longues distances, les conditions météorologiques extrêmes et, dans certains cas, le manque de sécurité routière (Joseph et coll., 2012). Ainsi, dans une enquête menée en 2004 (figure 17), près de sept Nunavimmiut sur dix admettaient être sédentaires, soit le double de la moyenne au Québec et plus que la moyenne dans les autres régions rurales de la province¹³. Les personnes qui pratiquent une activité physique dans leurs loisirs semblent présenter certaines caractéristiques : globalement, elles sont plus scolarisées que la moyenne, elles vivent plus souvent sur la côte de la baie d'Ungava, elles ont un poids et une circonférence abdominale moins élevés et elles se considèrent en meilleure santé que les répondants sédentaires (Nolin, Lamontagne et Tremblay, 2007) (encadré 11).

¹³ La région de la Gaspésie-Îles-de-la-Madeleine présente le taux d'inactivité le plus élevé, soit 30 % en 2003.

Figure 17
Proportion de Nunavimmiut adultes (18 ans et plus) qui se disaient sédentaires en 2004,



Source : Enquête de santé auprès des Inuit du Nunavik 2004 : *Comment allons-nous?*, citée dans Nolin (2007).

Note : (*) L'écart entre les côtes de la baie d'Hudson et celle de la baie d'Ungava est statistiquement significatif, de même que l'écart entre les hommes et les femmes.

Encadré 11

Comment encourager les gens à faire plus d'activité physique?

La région a déjà pris des mesures en vue de promouvoir la marche et les autres sports extérieurs.

En 2012, la Maison de la famille d'Inukjuak a organisé un marchathon de trois semaines avec l'aide de la Commission de la santé et des services sociaux du Nunavik.

Le CLSC d'Aupaluk a mis sur pied un club de marche très populaire.

Le club sportif de Kuujuaq organise des courses à pied et cyclistes et des activités d'entraînement multidisciplinaire.

Or, les recherches sont unanimes : pour être efficaces à long terme, les programmes de santé publique visant à accroître la pratique de l'activité physique devront adopter une vision communautaire et prendre d'avantage en considération les facteurs structurels qui influencent le choix des individus d'être ou non actifs (Burke et coll., 2009); par l'aménagement de circuits piétonniers ou cyclables, par exemple, qui sont reconnus comme encourageant les résidents au transport actif (Joseph et coll., 2012).

LES HABITUDES ALIMENTAIRES

L'alimentation traditionnelle¹⁴

« Dans la culture inuite, bon nombre de personnes établissent un lien explicite entre les vertus curatives de l'alimentation traditionnelle et l'importance de l'accompagnement familial dans le processus de guérison. Ce lien met en évidence le caractère indissociable des aspects social et physique de la guérison dans les modèles inuits de la préservation de la santé [...]. Pour ces mêmes raisons, les personnes âgées inuites du Nunavik disent avoir besoin de peau de béluga, un aliment très prisé, [...] car la consommation de béluga freine le vieillissement grâce à ses effets sur le sang et, par extension, sur l'organisme et l'esprit. »

– Kirmayer et Valaskakis, 2009

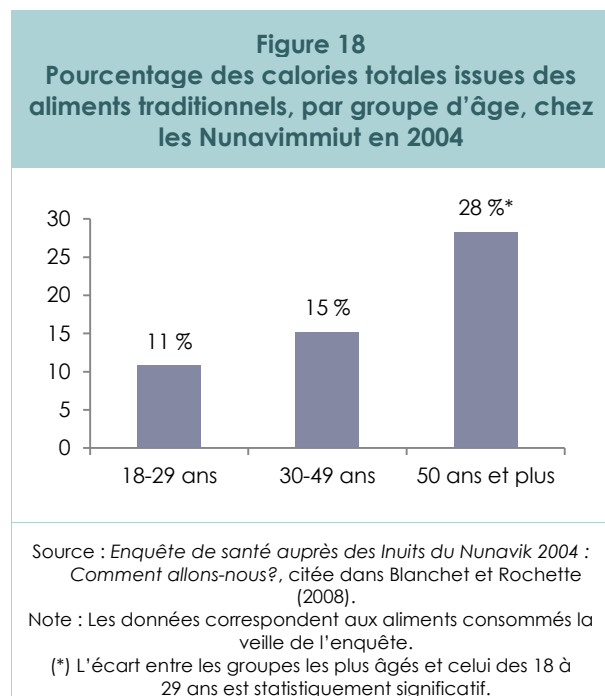
Les habitudes alimentaires, de même que les traditions culturelles et le sentiment identitaire qui s'y rattachent, se sont considérablement transformées avec le temps. La sédentarisation et l'accès réduit au territoire, d'abord, puis le déclin des populations de certaines espèces de gibiers, ensuite, ont fait chuter la consommation d'aliments traditionnels (Gracey et King, 2009; Loppie-Reading et Wien, 2009; Willows, Hanley et coll., 2012; Oliver et Wardle, 1999; Wardle, Stepto et coll., 2000).

La chasse, la pêche et la cueillette restent malgré tout largement pratiquées au Nunavik. En plus de subvenir aux besoins alimentaires, ces activités permettent de renouer avec le territoire et les traditions de coopération, de partage et de générosité. Elles resserrent également les liens familiaux, puisque tous les membres de la famille y participent et se réunissent pour les repas traditionnels. Les Inuit du Nunavik mangent encore aujourd'hui une grande variété de gibier local, notamment le caribou, le lagopède, l'omble chevalier, le phoque, le béluga et d'autres produits de la mer, préparés selon les diverses méthodes traditionnelles. Le bleuets, la chicouté et les autres petits fruits font également partie du régime traditionnel.

¹⁴ L'alimentation traditionnelle est constituée d'aliments culturellement acceptables produits à partir des ressources locales (N. D. Willows 2005), généralement les fruits de la chasse, de la pêche ou de la cueillette.

Selon les diététistes, ces aliments sont sains et extrêmement nutritifs. Ce sont d'excellentes sources de fer, de zinc et de vitamines A, B, C et D (Mann, 2000). Ils ont une teneur élevée en protéines et sont souvent riches en acides gras essentiels. Les produits de la mer, en particulier, constituent d'excellentes sources d'acides gras oméga-3, qui contribuent à maintenir la santé cardiovasculaire (Receveur, Boulay et coll., 1997; Nakano, Fediuk et coll., 2005; Kuhnlein, Receveur et coll., 2004; Kuhnlein, Soueida et coll., 1996; Earle, 2011).

Or, ces dernières années, on a constaté une importante baisse de la consommation d'aliments traditionnels. L'enquête de Santé Québec en 1992 indiquait que les aliments traditionnels représentaient 21 % de l'apport calorique chez les Nunavimmiut; en 2004, ils n'en valaient plus que 16 % (Blanchet et Rochette, 2008). De façon similaire, le nombre moyen de repas hebdomadaires constitués des fruits de la chasse ou de la pêche est passé de huit en 1992 à seulement cinq en 2004. Enfin, les résultats de l'enquête *Comment allons-nous?* de 2004 confirment que les jeunes adultes consomment beaucoup moins d'aliments traditionnels que leurs aînés (figure 18).



Les aliments achetés en magasin

Au Nunavik, le type et la qualité des aliments disponibles dans les épicerie locales varient généralement en fonction de la distance. Ainsi, Kuujuaq compte plusieurs magasins d'alimentation bien garnis, alors que les villages plus au nord, tels qu'Ivujivik et Salluit, offrent un choix beaucoup plus restreint de produits frais.

De même, plus la distance est grande, plus les prix des denrées sont élevés (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2011; Duhaime et Caron, 2012). Selon une étude comparative des prix menée en 2011, le panier d'épicerie coûtant 100 \$ à Québec valait en moyenne 181 \$ au Nunavik (Duhaime et Caron, 2012). Ni les magasins ni les restaurants ne peuvent réduire cet écart en offrant du gibier ou du poisson de la région, car les règlements en matière de salubrité alimentaire leur interdisent de vendre et de servir des aliments traditionnels. Les Nunavimmiut contestent d'ailleurs de plus en plus vivement ces règlements (Bobbish-Rondeau, Boston et coll., 1996).

De nombreux chercheurs attribuent en partie le taux croissant de diabète dans les populations autochtones à l'abandon graduel de l'alimentation traditionnelle au profit de produits en conserve et transformés. Or, tous n'ont pas accès à une alimentation de qualité, car les aliments sains se vendent très cher dans les magasins locaux situés dans les régions nordiques du pays (Statistique Canada, 2003). Le passé des individus peut également entrer en jeu : des enfants qu'on aura obligés à manger certains légumes dans les pensionnats refuseront d'en consommer à l'âge adulte. Et finalement, les comportements alimentaires de plusieurs personnes au Nunavik ont été grandement influencés par l'expérience de la faim vécue dans les pensionnats ou lors d'épisodes de famine périodiques.

Ces facteurs réunis expliquent en partie que les Inuit du Nunavik sont peu nombreux à consommer suffisamment de fruits et de légumes. En effet en

2004, seuls 11 % des répondants adultes disaient manger le nombre de portions quotidiennes de fruits et de légumes recommandées dans le Guide alimentaire canadien (Council, Dewailly et coll., 2008), comparativement à 45 % dans le reste du Québec et à 43 % dans le Nord-du-Québec (Institut national de santé publique du Québec, 2006).

Toujours selon l'enquête de 2004, les répondants consomment le plus souvent de la viande achetée en magasin, mais c'est la catégorie « Autres aliments » qui constitue leur principale source de calories (36 %). Dans cette catégorie entre une gamme de produits qu'il est conseillé de consommer avec modération, tels les biscuits, les croustilles, et les boissons gazeuses, entre autres. De fait, la consommation de boissons gazeuses et fruitées atteint un niveau préoccupant dans les communautés autochtones partout au Canada, en particulier chez les jeunes. Une étude menée au Nunavik révèle en effet que les jeunes adultes (de 18 à 29 ans) boivent en moyenne quatre cannettes de boissons gazeuses par jour (Council, Dewailly et coll., 2008) (voir encadré 12 pour des exemples d'initiatives implantées dans les communautés inuites).

L'obésité

La modification du régime alimentaire et du mode de vie se sont traduits au Nunavik, comme dans l'ensemble des pays industrialisés, par une hausse du taux d'obésité. Déjà en 1992, on observait une proportion assez importante de Nunavimmiut souffrant d'embonpoint (21 %) ou d'obésité (19 %). Or, en 2004, cette proportion a grimpé en flèche : 30 % des adultes souffraient de surpoids et 28 % d'obésité (Anctil, 2008), le groupe des 50 à 74 ans étant le plus touché (figure 19). L'obésité frappe plus particulièrement les femmes et le groupe des 50 à 74 ans. Les hommes et les jeunes adultes risquent toutefois de les rattraper, étant donné le taux d'accroissement plus rapide dans ces groupes.

Encadré 12 Initiatives prometteuses en vue d'améliorer le régime alimentaire des Nunavimmiut

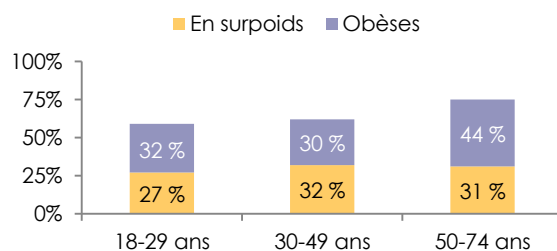
Bon nombre d'initiatives sont mises en place au Nunavik dans le but de favoriser l'acquisition de saines habitudes alimentaires, notamment :

- La conception de documents sur l'alimentation adaptés à la culture : dont le *Guide alimentaire du Nunavik*, et une trousse d'outils à l'intention des enseignants.



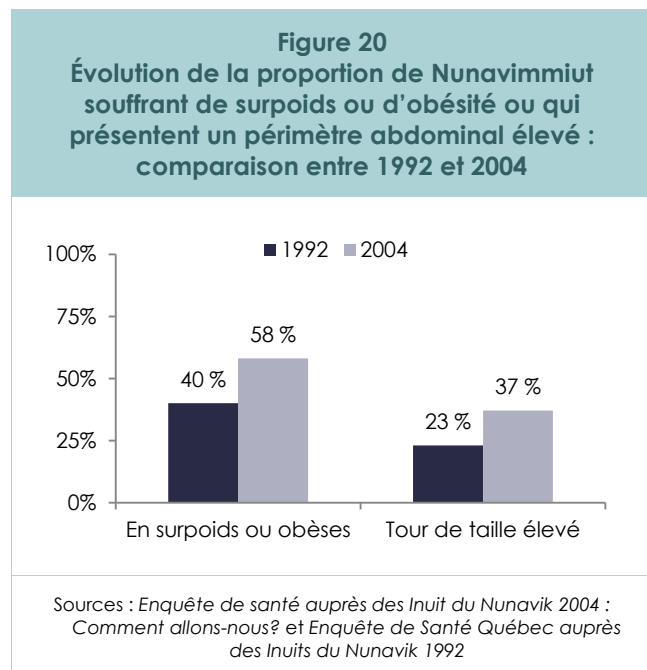
- L'Intégration d'aliments traditionnels dans les repas offerts en garderies.
- Le soutien à la mise en place de congélateurs communautaires qui facilitent le partage du gibier et du poisson au sein des membres d'une même communauté.
- La mise en place en milieux scolaires, de zones sans boissons gazeuses et de politiques favorisant la saine alimentation.
- La participation au Comité permanent des affaires autochtones et du développement du Grand Nord du gouvernement fédéral, chargé en avril 2011 de la surveillance du nouveau programme Nutrition Nord Canada.

Figure 19
Proportion de Nunavimmiut souffrant de surpoids ou d'obésité dans chaque groupe d'âge en 2004



Source : Enquête de santé auprès des Inuit du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?

La mesure du périmètre abdominal est souvent un indicateur plus fiable du risque de maladie cardiovasculaire que celle de l'IMC. Là encore, les données soulèvent des préoccupations. En 2004, 37 % des Nunavimmiut adultes présentaient un périmètre abdominal considéré à risque comparativement à 23 % en 1992 (figure 20).



Abus d'alcool et de drogues

De nombreux facteurs influencent la consommation d'alcool ou de drogues chez les Inuit (voir encadré 13), notamment les conditions de vie difficiles liées au chômage et au surpeuplement des logements, entre autres. En outre, de nombreuses communautés traversent régulièrement des périodes de crises ou de deuils importants, car malheureusement les suicides, la violence et les accidents sont fréquents. Les répercussions intergénérationnelles des pensionnats et des autres traumatismes collectifs vécus par les Nunavimmiut au cours de leur histoire contribuent aussi à ces comportements (Cameron, 2011).

Encadré 13 Consommation, abus et dépendance : quelle différence?

Le terme « consommation » fait habituellement référence à toute consommation qui reste dans les limites de la loi et des quantités et qui n'est pas considérée comme à risque pour la santé.

L'« abus » renvoie à la consommation de substances interdites par la loi ou à la consommation excessive d'une substance licite, et ce malgré ses effets néfastes (sur la capacité de conduire un véhicule, par exemple).

La « dépendance » se manifeste chez les personnes qui ne parviennent ni à stopper, ni à réduire leur consommation, même si celle-ci cause de graves problèmes (perte d'emploi, violence, etc.).

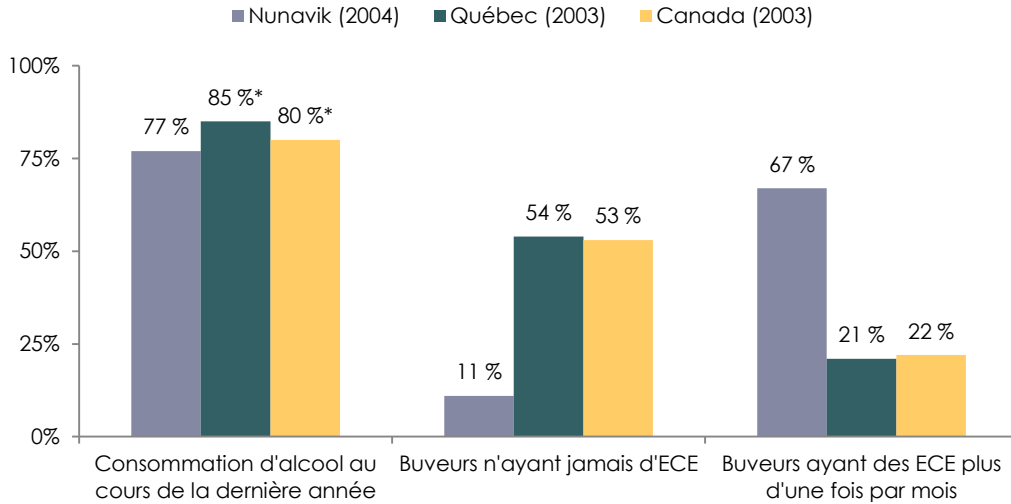
Les habitudes de consommation d'alcool au Nunavik diffèrent considérablement de celles du reste du Québec. En effet, la proportion de buveurs au Nunavik est un peu plus faible que dans le reste de la province mais, comme l'illustre la figure 21, ceux qui consomment de l'alcool sont plus susceptibles que les autres Québécois d'en consommer de façon excessive (plus de cinq consommations en une occasion). Or, la consommation excessive est une importante cause de violence, de blessures, de rapports sexuels non désirés et de problèmes professionnels et familiaux.

Comme dans le reste de la population québécoise, la consommation régulière d'alcool est plus fréquente chez les jeunes, ce qui peut partiellement expliquer les écarts observés entre ces taux de prévalence non ajustés. En revanche, les femmes du Nunavik, contrairement à celles du reste de la province, sont aussi susceptibles que les hommes d'adopter des habitudes de consommation à risque.

De façon générale, la consommation d'alcool semble augmenter au Nunavik, puisqu'en 2004, environ 77 % des répondants disaient consommer de l'alcool au moins de manière occasionnelle, ce qui représente une hausse de 17 % par rapport à 1992.

Figure 21

Prévalence de la consommation d'alcool et des épisodes de consommation excessive (ECE) au cours de la dernière année, population de 15 ans et plus, au Nunavik, au Québec et au Canada



Sources : Enquête de santé auprès des Inuit du Nunavik 2004 : Comment allons-nous? et Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), 2003

De plus, la côte de la baie d'Ungava enregistre un taux de consommation d'alcool de 10 points plus élevé que celle de la Baie d'Hudson, un écart reflétant probablement en partie le nombre plus élevé de communautés « sèches »¹⁵ sur la côte de la baie d'Ungava.

Si plusieurs personnes présentant des problèmes d'abus ou de dépendance à l'alcool (voir encadré 13) parviendront seules à modérer ou à cesser leur consommation, d'autres auront besoin d'une aide extérieure. Ces dernières se heurteront alors au manque de ressources locales pouvant leur offrir le soutien approprié (Centre Ajunnginiq, 2003). En effet, ces services sont rares dans la région. Heureusement, le nouveau programme de formation du Nunavik, adapté du programme provincial, promet d'améliorer la situation en permettant de recruter et de former du personnel inuit. Mais il reste fort à faire pour garantir aux Nunavimmiut l'accès aux services dont ils ont besoin.

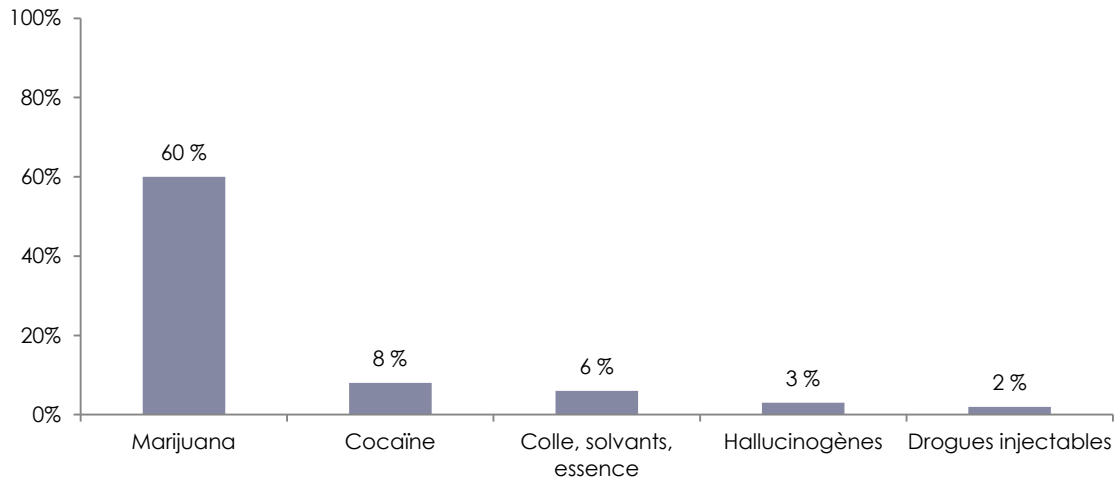
Après l'alcool, la substance psychoactive la plus souvent consommée au Nunavik est la marijuana (figure 22). Le taux de consommation de cette drogue au Nunavik équivaut au quadruple des moyennes du Québec et du Canada¹⁶ et il a de plus considérablement augmenté dans les dernières années, passant de 36 % en 1992 à 60 % en 2004. Par ailleurs, la consommation de drogues dures comme la cocaïne et l'héroïne touche quelques communautés, tandis que l'abus de solvants suit une tendance sporadique.

La consommation de marijuana, contrairement à l'alcool, varie selon l'âge et le sexe au Nunavik, les hommes faisant usage de marijuana plus souvent que les femmes (73 % contre 47 %), tandis que les jeunes de 15 à 17 ans sont ceux dont la consommation est la plus élevée de tous les groupes d'âge, soit 78 %.

¹⁵ Dans les communautés dites « sèches », la vente (mais non la consommation) d'alcool est interdite.

¹⁶ Il s'agit encore une fois de données brutes; les écarts peuvent s'expliquer en partie par la plus forte proportion de jeunes au Nunavik.

Figure 22
Proportion d'Inuit du Nunavik (15 ans et plus) ayant consommé diverses substances au cours de la dernière année (2004)



Source : Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?

2.5. Les déterminants de la santé au Nunavik : sommaire des constatations

Plusieurs éléments se dégagent de l'examen que nous venons de compléter sur la situation des déterminants de la santé au Nunavik :

- ⊞ D'une part, les comportements dommageables pour la santé sont très fréquents dans la région, que l'on pense au tabagisme, à l'abus d'alcool et de drogues, à la sédentarité, qui non seulement atteignent des taux extrêmement élevés, mais aussi semblent s'accroître dans le temps.
- ⊞ Or, il est fondamental de comprendre ces comportements dans leur contexte social et économique. En effet, la pauvreté, le chômage, les conditions inadéquates de logement et le fort coût de la vie, sont autant de facteurs qui freinent l'adoption de comportements sains au Nunavik.
- ⊞ Rappelons finalement que ces conditions de vie défavorables résultent en grande partie de facteurs structurels, historiques et politiques profondément marqués par les conséquences de la colonisation. Le contexte politique actuel aura valu à la région une certaine marge d'autodétermination, mais l'accès aux services communautaires de base demeure inadéquat et les acteurs régionaux ont une autonomie limitée sur les réels leviers de leur développement social et économique.



3. L'état de la santé

Les chapitres précédents ont dressé le portrait de la situation en fonction des grands déterminants de la santé propres à la région. Les sections suivantes présenteront plutôt quelques-unes des conséquences qu'ont ces déterminants sur l'état de la santé des Nunavimmiut.

Le chapitre 3.1 débute par des indicateurs de l'état de santé global, soit les indicateurs d'espérance de vie et de l'état de santé perçu, le chapitre 3.2 poursuit avec un examen des problèmes de santé particulièrement fréquents chez les jeunes, puis le chapitre 3.3 présente les problèmes de santé les plus courants chez les adultes et les personnes âgées, notamment les maladies chroniques.

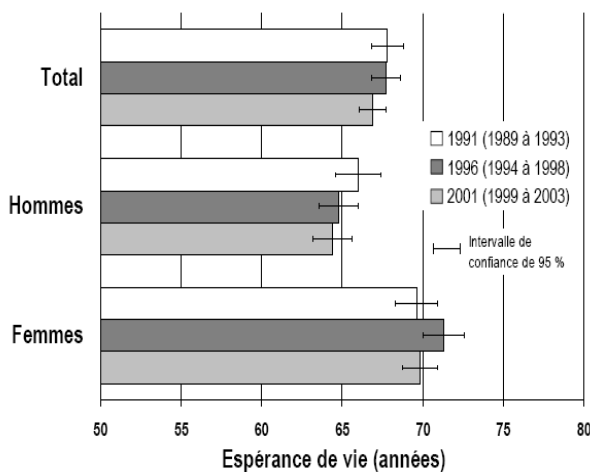
3.1. Mesures de santé globale

3.1.1. L'ESPÉRANCE DE VIE

Si l'espérance de vie au Québec suit une tendance à la hausse depuis 1991, celle-ci ne semble pas avoir augmenté au Nunavik depuis les 25 dernières années (figure 23), si bien que l'écart entre l'espérance de vie des Nunavimmiut et celles des autres Québécois s'élève aujourd'hui à une quinzaine d'années. (On observe une différence semblable en ce qui concerne l'espérance de vie sans incapacité.) Une décennie sépare également les Nunavimmiut des Cris de la Baie James (figure 24).

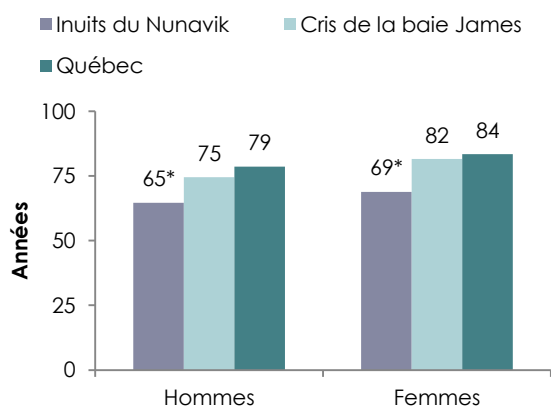
Des quatre régions inuites du Canada, le Nunavik affiche la plus courte espérance de vie.

Figure 23
Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuit au Canada en 1991, en 1996 et en 2001



Source : Statistique Canada, 2008, « Espérance de vie dans les régions où vivent les Inuit au Canada, 1989 à 2003 », Rapports sur la santé, vol. 19, n° 1, numéro 82-003-XWF au catalogue. Remarque : Cette diminution de l'espérance de vie n'est pas statistiquement significative. Source : Wilkins et coll., 2008.

Figure 24
Espérance de vie à la naissance : comparaison entre les Inuit du Nunavik, les Cris de la Baie James et l'ensemble du Québec



Source : MSSS, Service de développement de l'information, Estimations et projections démographiques (version de janvier 2010).

Remarque : (*) Toutes les différences entre les Inuit du Nunavik et les groupes des autres régions sont statistiquement significatives.

Quels sont les principaux problèmes de santé expliquant cet écart d'espérance de vie au Nunavik? Comme le montre la figure 25 :

- c Chez les hommes, les suicides expliquent plus du tiers de l'écart, suivi de près par les traumatismes non intentionnels.
- c Chez les femmes, ce sont plutôt les cancers et les maladies respiratoires qui occupent le premier rang suivi, là aussi, des traumatismes non intentionnels. Si le suicide et les blessures touchent principalement les adolescentes et les jeunes adultes, le cancer et les maladies respiratoires affectent plutôt les personnes plus âgées.

En un mot, l'écart d'espérance de vie entre les Inuit du Nunavik et le reste du Québec est la conséquence des taux très élevés de traumatismes (blessures et suicide) chez les jeunes hommes et de maladies chroniques (cancer, maladies respiratoires) chez les femmes âgées. Une tendance semblable s'observe dans les autres régions inuites.

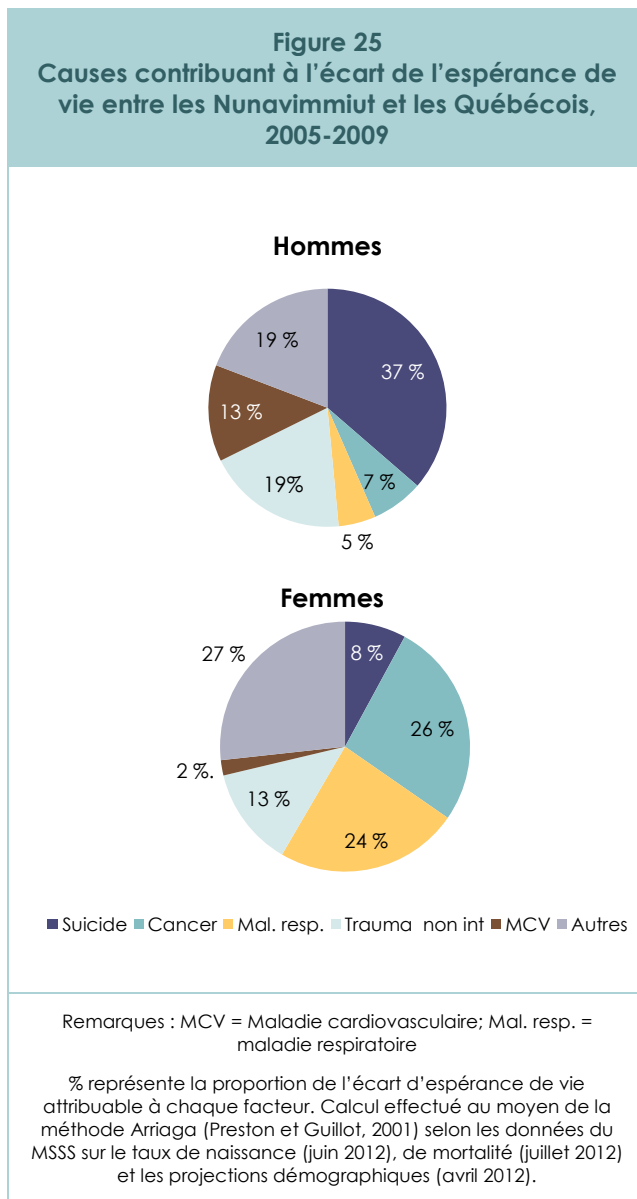
3.1.2. ÉTAT DE SANTÉ PERÇU

En 2006, 39 % des Nunavimmiut percevaient leur santé comme « excellente » ou « très bonne », soit le taux le plus faible de toutes les régions du Québec (*Enquête auprès des peuples autochtones, 2006, citée dans Nasautiit*). Une certaine réserve s'impose toutefois lors d'une telle comparaison en raison de différents facteurs, notamment culturels, susceptibles d'influencer l'interprétation de tels indicateurs (OCDE, 2011).

3.2. Problèmes de santé courants chez les jeunes

La population du Nunavik est plutôt jeune : plus du tiers (34 %) des habitants ont moins de 15 ans, une proportion deux fois plus grande qu'à l'échelle du Québec (16 %) ¹⁷. Le présent chapitre traite des problèmes de santé les plus courants chez les jeunes, soit les troubles de santé mentale,

le suicide, les traumatismes et les infections transmissibles sexuellement.



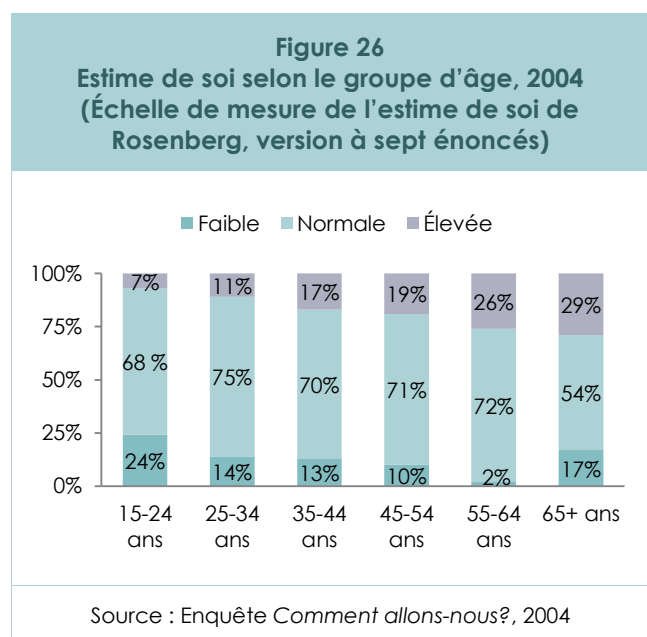
¹⁷ Le premier fascicule de la présente série précise les données démographiques du Nunavik.

3.2.1. SANTÉ MENTALE ET SUICIDE

Santé mentale

L'enquête *Comment allons-nous?* de 2004 s'intéressait à différents aspects du mieux-être mental des Nunavimmiut, notamment l'estime de soi, l'identité culturelle, la satisfaction de la vie et les problèmes émotionnels. Le bilan de ces résultats est plutôt mitigé, puisque d'une part la grande proportion de Nunavimmiut semblait jouir d'une bonne estime de soi, se déclarant à la fois fiers de leurs racines inuites et satisfaits de leur vie, alors que, d'autre part, on observait un taux considérablement élevé de détresse psychologique.

- De façon générale, l'estime de soi était mesurée comme normale ou élevée chez huit Nunavimmiut sur dix. Comme c'est souvent le cas, plus la personne était âgée, plus son estime était élevée (figure 26).
- Le sentiment d'identité culturelle était également très fort : près de neuf Nunavimmiut sur dix se disaient fiers de leurs racines inuites, proportion généralement plus élevée chez les personnes âgées.
- Et finalement, près des trois quarts des Nunavimmiut se disaient satisfaits ou très satisfaits de leur vie.



Malgré ces résultats encourageants, 10 % des répondants déclaraient ressentir fréquemment de la colère, et 13 % présentaient un taux élevé de détresse. La situation semblait particulièrement marquée chez certains groupes :

- les adolescents et jeunes adultes (15-29 ans);
- les femmes;
- les personnes célibataires ou qui se sentent isolées socialement;
- les personnes à faible revenu;
- les victimes de violence sexuelle ou psychologique.

Par ailleurs, l'abus d'alcool et de drogues était aussi plus fréquent chez les personnes souffrant de détresse, puisque, comme nous l'avons déjà vu, de tels comportements peuvent être à la fois la source et la conséquence de problèmes personnels ou sociaux.

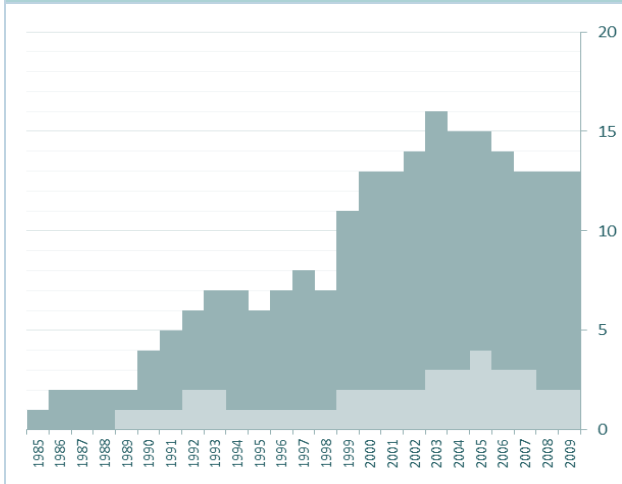
Suicide, tentative de suicide et idées suicidaires

Si toutes les régions inuites présentent des taux élevés de suicide (Oliver, Peters et Kohen, 2012), le Nunavik se distingue tristement par des taux de suicide chez les jeunes les plus élevés au monde. En hausse depuis les années 1990 (figure 27), le taux de suicide dans la région pour la période de 2005 à 2009 (11,9 par 10 000 habitants, taux ajusté selon l'âge) atteint environ dix fois la moyenne québécoise (1,1 par 10 000 habitants). Ceci correspond à 13 suicides en moyenne survenus chaque année au Nunavik, la plupart par pendaison (83 %) ou par arme à feu (12 %).

Dans la plupart des pays occidentaux, les taux de suicides sont plus élevés chez les hommes que chez les femmes, mais celles-ci présentent des taux de tentatives supérieurs à ceux observés chez les hommes. La même tendance s'observe au Nunavik où, de 2000 à 2010, les hommes représentaient 80 % des cas de suicides complétés; 60 % d'entre eux n'avaient pas atteint 25 ans¹⁸

¹⁸ Le suicide ayant tendance à survenir à un jeune âge, chaque suicide retranche plusieurs années à l'espérance de vie. Cet élément ajouté à la grande

Figure 27
Nombre de suicides par année au Nunavik chez les hommes (gris foncé) et les femmes (gris pâle)



À l'instar du suicide, les idées suicidaires et les tentatives de suicide sont plus courantes chez les jeunes de 15 à 24 ans, à la différence près qu'elles s'observent davantage chez les femmes que chez les hommes (figure 28). Selon l'enquête *Comment allons-nous?*, 14 % des Nunavimmiut de plus de 15 ans auraient eu des idées suicidaires au cours de l'année précédente et 7 % auraient fait une tentative de suicide. Au sein du groupe le plus à risque, les femmes de 15 à 24 ans, la proportion de tentatives passe à une sur cinq. En moyenne par année, 30 tentatives sont assez sérieuses pour justifier l'hospitalisation.

Ressources de prévention du suicide

Toujours selon l'enquête de 2004, la plupart des personnes ayant eu des idées suicidaires au cours de l'année précédente auraient tenté de trouver du soutien auprès de leurs proches. Peu se seraient adressés à des ressources officielles tels un travailleur social ou communautaire, un professionnel de la santé, un prêtre ou des enseignants (Kirmayer et Paul, 2007).

De façon générale, les Nunavimmiut utilisent différentes stratégies d'adaptation lors de

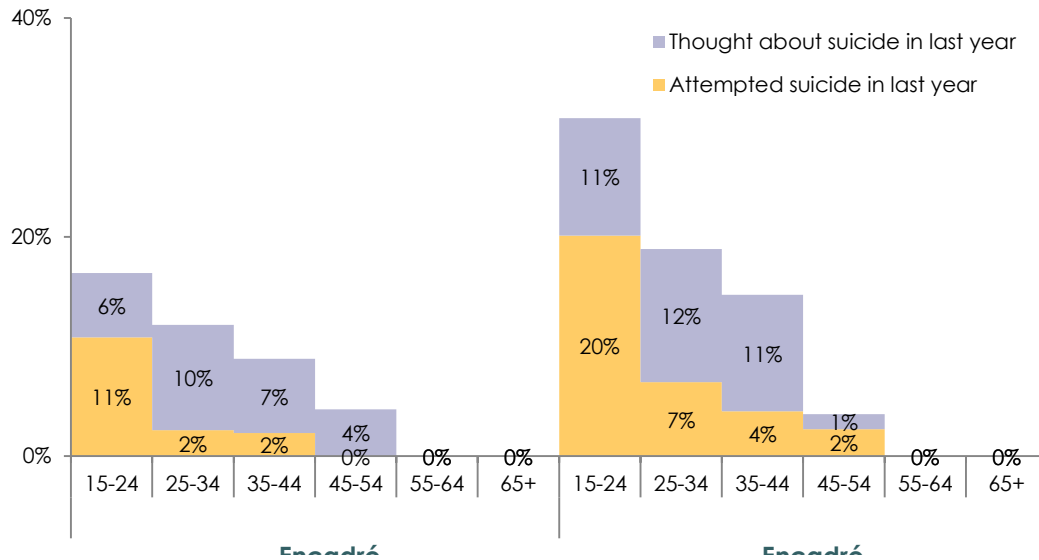
fréquence des suicides dans la région expliquent plus du tiers de l'écart entre le Nunavik et le Québec.

période de détresse : 40 % cherchent réconfort auprès de l'Église, 27 % participent aux cérémonies et cercles de guérison et 25 % s'adressent plutôt aux guérisseurs, aidants naturels, psychologues ou médecins de la collectivité. Ce sont toutefois les adultes de plus de trente ans qui font majoritairement appel à de telles stratégies plutôt que les jeunes de 15 à 29 ans, groupe le plus à risque.

La région compte déjà un certain nombre d'établissements et de programmes pour les personnes souffrant de problèmes de santé mentale, mais elle procède actuellement à l'amélioration de ses services. Notamment, les professionnels de l'Hôpital Douglas offrent régulièrement de la formation au personnel de la région, et les responsables de la formation en techniques d'intervention face au suicide (ASIST)¹⁹ y organisent de nombreuses séances sur demande. Des sept communautés établies sur la côte de la baie d'Hudson, cinq abritent des services chargés d'élaborer des projets liés à la prévention du suicide, des problèmes d'abus de substance, à la guérison et à la santé mentale. Deux centres de crise situés dans la région, soit le Centre de réinsertion d'Inukjuaq et le Centre Aaniavituqarq de Puvirnituaq, permettent la prise en charge des jeunes en crise grâce à un personnel qui compte bon nombre d'Inuit. Leur liste d'attente est malheureusement extrêmement longue, et leurs projets se heurtent souvent aux pénuries et roulements de personnel, lequel compte par ailleurs trop peu d'intervenants inuits en santé mentale.

¹⁹ Le programme ASIST (formation appliquée en techniques d'intervention face au suicide) vise à développer les capacités d'intervention des soignants en présence d'une personne suicidaire.

Figure 28
Tentatives de suicide et idées suicidaires au cours de l'année précédente, selon le groupe d'âge et le sexe, 2004



Source : Enquête *Comment allons-nous?*, 2004

Encadré 14 Comment expliquer le taux élevé de suicide chez les Inuit?

Percevant surtout le suicide comme un symptôme de maladie mentale, la médecine occidentale se concentre sur l'identification des facteurs individuels qui tendent à augmenter les risques de passage à l'acte. Ces facteurs, souvent semblables d'une population à l'autre, incluent, outre les antécédents de problèmes de santé mentale, l'abus d'alcool et de drogues, les antécédents de violence sexuelle ou autre, la négligence ou la dysfonction familiale à l'enfance, le chômage, la pauvreté, le faible niveau de scolarité et l'isolement social. Rappelons-le, ces facteurs sont fréquents dans les collectivités inuites.

D'autre part, la sociologie explique plutôt le suicide en fonction du contexte social, interprétation plus cohérente avec l'esprit des Inuits, selon Kirmayer, Hayton et coll., 1994, puisqu'elle lie la perte de rôles et de normes symboliques au déclin du sentiment d'identité et de la valeur qu'accorde une personne à son avenir. Comme l'illustre concrètement l'étude de Chandler et Lalonde (2008) sur le suicide au sein des Premières Nations de la Colombie-Britannique, les groupes indépendants sur les plans politique et culturel affichent des taux de suicide inférieurs aux autres. Malgré la remarquable résilience des Inuit ces dernières décennies, bien des facteurs menacent leur santé mentale, comme l'effritement culturel, la pénurie de logements et certaines conditions socioéconomiques (Lessard et coll., 2008).

Bien que certains auteurs (Hicks, 2007) critiquent l'insistance sur les causes extérieures du suicide, nous croyons qu'à défaut d'en tenir compte, nous pourrions blâmer à tort les Inuit eux-mêmes pour leurs difficultés (Wexler, 2006; Tester et McNicoll, 2004). En outre, l'admission de ces causes extérieures ne signifie certes pas que les Inuit ne peuvent rien pour modifier la situation, mais bien au contraire, qu'ils peuvent beaucoup, dans la mesure où ils disposent du soutien nécessaire à leurs propres projets au lieu de stratégies et de structures imposées (Kral et Idlout, 2009); et c'est ainsi que la liberté et l'autodétermination contribuent de façon critique à la prévention efficace du suicide.

3.2.2. BLESSURES RÉSULTANT DE LA VIOLENCE

Différentes formes de violence

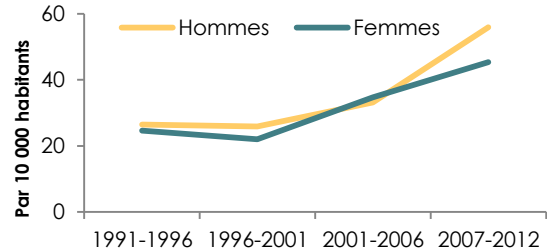
Bien que les hommes et les femmes vivent différentes formes de violence, dans les deux cas, les groupes les plus à risque sont les adultes de 25 à 44 ans suivis des jeunes de 15 à 24 ans. Le plus fréquemment, la violence envers les femmes provient d'un membre de la famille, notamment le conjoint (sujet traité plus en détail dans le deuxième fascicule de la présente collection). En ce qui concerne les hommes, la violence provient plutôt d'autres membres de la collectivité, par exemple leurs amis, notamment lors de bagarres.

Fréquence de la violence au Nunavik

On recense en moyenne au Nunavik, deux décès et une soixantaine d'hospitalisations par année liés à des épisodes de violence, surtout chez les hommes. Le taux d'hospitalisation résultant de la violence a gravement augmenté depuis les années 1990 chez les deux sexes, si bien que celui du Nunavik dépasse largement celui du Québec (figures 29 et 30). C'est sur la côte de la baie d'Ungava que les taux de violence domestique et communautaire semblent être les plus élevés, à Kuujuaq surtout, en raison, présumément, de la plus grande accessibilité à l'alcool sur cette côte.

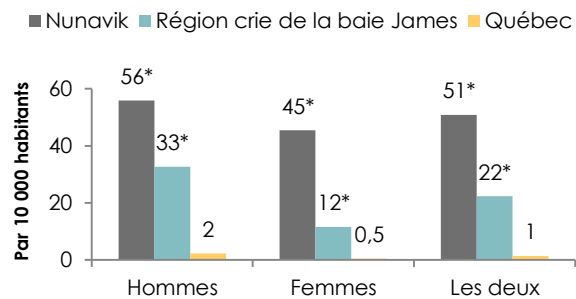
Les résidents déclarent être fréquemment exposés à des actes de violence dans leur communauté. En 2004, la moitié des répondants de sexe masculin à l'enquête *Comment allons-nous?* a dit avoir subi de la violence à l'âge adulte, la plupart du temps il s'agit d'une bousculade ou d'un coup de poing ou de pied, mais parfois d'une attaque fort dangereuse (figure 31).

Figure 29
Taux d'hospitalisation résultant d'une attaque, ajusté selon l'âge, au Nunavik, 1991-2012



Taux corrigé de la population du Nunavik de 2006. Source : Banque de données MED-ÉCHO

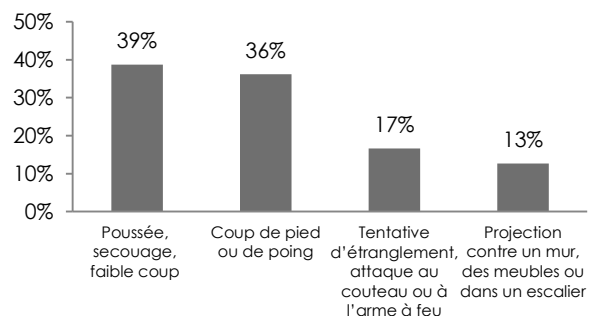
Figure 30
Taux d'hospitalisation résultant d'une attaque, ajusté selon l'âge : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2007-2012



Taux ajusté suivant la population du Nunavik de 2006. Source : Banque de données MED-ÉCHO.

*Remarque : Toutes les différences entre les régions sont statistiquement significatives.

Figure 31
Types de violence subis par les hommes nunavimmiut ayant signalé une attaque à l'âge adulte



Source : Lavoie et coll., 2007

Les répondants à l'enquête *Comment allons-nous?* ont avancé de nombreuses explications à la violence dans la région. Selon la majorité des répondants, les personnes qui ont de tels comportements souffrent de problèmes d'ordre social ou familial (l'abus sexuel, la négligence, le chômage ou l'abus d'alcool) ou en avait subi dans l'enfance. Certains ont aussi signalé le surpeuplement des logements et l'absence d'infrastructures qui permettraient de séparer l'agresseur de la victime de la même famille (Lavoie et coll., 2007). Devant ces constats inquiétants, un congrès régional de réflexion intersectorielle sur la prévention du crime s'est tenu pendant trois jours dans la région en 2013 (voir l'encadré 15).

Encadré 15
Effets directs et indirects de la violence dans les communautés

La violence a de graves conséquences sur la santé de nombreuses personnes. Les victimes ou témoins risquent davantage d'éprouver des problèmes de santé mentale comme l'anxiété, la dépression et l'état de stress post-traumatique, et ainsi d'abuser de l'alcool ou des drogues, ou d'adopter un comportement agressif, ou autodestructeur. On observe ces conséquences tant chez les adultes que chez les enfants, et ce, que la violence ait lieu en contexte familial ou non.

Selon certaines études, la violence fait aussi des victimes indirectes : membres de la famille, voisins, collègues de travail et amis. Quiconque entend parler de crimes dans son quartier risque davantage d'éprouver de l'angoisse ou de l'anxiété. C'est ainsi que la violence affecte la collectivité entière (Lavoie et coll., 2007).

3.2.3. TRAUMATISMES NON INTENTIONNELS

Grave problème à l'échelle canadienne, les blessures non intentionnelles (encadré 16) touchent particulièrement les zones nordiques et rurales, surtout au sein des populations d'adolescents et de jeunes adultes de sexe masculin.

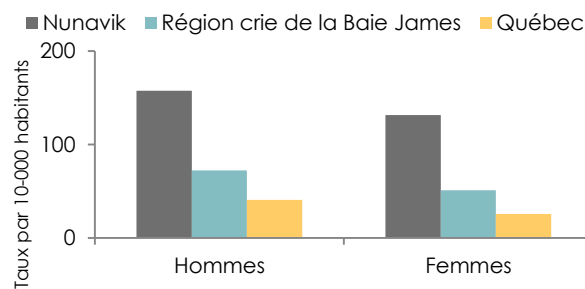
Encadré 16
Qu'est-ce qu'un traumatisme non intentionnel?

Il s'agit d'une blessure involontairement infligée à la victime par elle-même ou une autre personne; elles incluent, notamment :

- les chutes;
- les accidents de véhicules motorisés;
- les noyades;
- les empoisonnements;
- les brûlures

Les taux de décès et d'hospitalisation reliés aux traumatismes non intentionnels sont beaucoup plus élevés au Nunavik que dans les autres régions (figure 32). En moyenne, ces blessures causent 12 décès et 167 hospitalisations chaque année²⁰ dans la région, et le taux de mortalité engendré par ces blessures est resté relativement stable depuis les années 1990. Le taux d'hospitalisation des hommes est également demeuré stable, mais celui des femmes a augmenté.

Figure 32
Taux d'hospitalisation résultant de traumatismes non intentionnels ajusté selon l'âge : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, exercice 2007-2008 à 2011-2012



Sources : Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès (version de juillet 2012) et Estimations et projections démographiques (version de janvier 2010).

²⁰ Ces moyennes sont extraites des données sur le taux de mortalité des années 2005 à 2009 et le taux d'hospitalisation des exercices 2007-2008 à 2011-2012.

Les chutes sont responsables de la plupart des traumatismes non intentionnels courants et elles sont également la cause de certaines hospitalisations, surtout chez les jeunes enfants et les personnes âgées. Tous âges confondus, ce sont toutefois les collisions de véhicules motorisés qui causent le plus de blessures graves, c'est-à-dire celles qui exigent une hospitalisation. On entend par « véhicule motorisé » les automobiles, camions, bateaux et autres véhicules hors route comme les motoneiges et les tout-terrains. Le risque de blessure dépend à la fois du comportement du conducteur (excès de vitesse, conduite avec les facultés affaiblies, etc.) et de l'utilisation d'équipement de protection, selon le cas le port de la ceinture de sécurité ou du casque (Légaré et Robitaille, 2008).

À l'égard de la conduite avec les facultés affaiblies, les statistiques du Nunavik sont préoccupantes :

- c En 2004, 40 % des personnes de 15 ans et plus ont admis avoir déjà conduit avec les facultés affaiblies. Ceci est particulièrement le cas des hommes, des jeunes, des résidents des communautés de la Baie d'Ungava ainsi que des gens détenant un emploi et un niveau de scolarisation élevé (Légaré, 2007).
- c En 2007, le taux moyen de condamnations pour conduite avec les facultés affaiblies au Nunavik était 18 fois supérieur à celui de l'ensemble du Québec. Il faut toutefois interpréter cette statistique avec prudence, car ce taux fluctue énormément d'une année à l'autre (Institut national de santé publique du Québec, 2006).

Bien que l'éducation soit essentielle aux efforts de prévention des traumatismes non intentionnels, celle-ci demeure inefficace à défaut de politiques et règlements visant la réduction des comportements à risque et le port obligatoire d'équipement de protection. Ainsi, parmi les stratégies les plus efficaces de prévention des blessures, on retrouve les lois régissant la conduite avec les facultés affaiblies, le port de la ceinture de sécurité et l'accès gratuit au transport

alternatif (Groupe de travail des services de prévention communautaires, 2011). Au Nunavik, la prévention efficace reposera donc sur une démarche intersectorielle coordonnée, systématique et adaptée à la culture (Tagalik, 2009-2010).

La noyade ne figure toujours pas parmi les principales causes de blessures au Nunavik, bien que la quasi-totalité des collectivités jouxte la côte.

En revanche, il faut remarquer que les changements climatiques des dernières années augmentent la dangerosité des déplacements sur la glace marine. Il sera impératif de suivre l'état de la situation par la collecte de données pertinentes.

— Cameron, 2011

3.2.4. INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT ET PAR LE SANG (ITSS)

Déjà élevé, le taux d'infections transmissibles sexuellement ne cesse d'augmenter dans les régions inuites au Canada. Les cas d'infections à chlamydia et gonococciques ont beaucoup augmenté cette dernière décennie, et l'on craint qu'il en aille de même pour les cas de VIH et d'hépatite C (Cameron, 2011; Association des femmes inuites Pauktuutit, 2006). En ce sens, les tendances au Nunavik concernant la situation des ITSS s'apparentent à celles des autres régions inuites.

Chlamydia et gonorrhée

Au Nunavik, la grande majorité (85 %) des maladies à déclaration obligatoire sont des cas d'infection à chlamydia et de gonorrhée (Morin et coll., 2013). Comme au Québec, l'ITSS la plus courante au Nunavik est l'infection génitale à *Chlamydia trachomatis*, et l'on rapporte en moyenne par année pour 2012 et 2013 446 nouveaux cas d'infection à chlamydia et 272 nouveaux cas de gonorrhée.

Contrairement au taux d'infection à chlamydia, semblable d'une communauté à l'autre, le taux de gonorrhée varie énormément d'un village à l'autre, et seuls quelques-uns présentent en fait des taux très élevés.

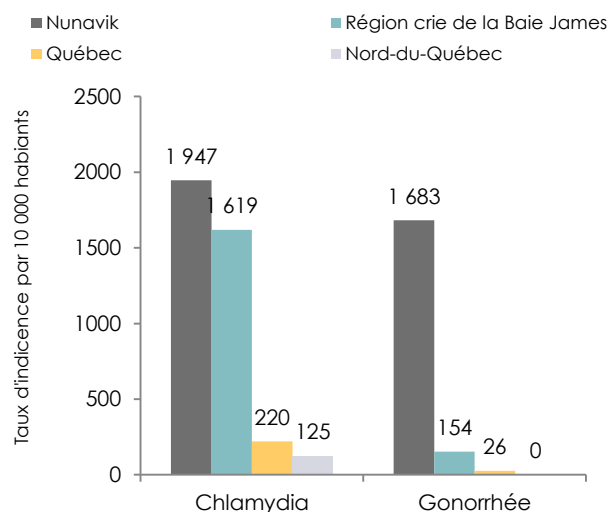
Tout comme pour la population québécoise, ce sont les adolescents et les jeunes adultes qui sont les plus touchés; en effet, 60 % des personnes infectées ont de 15 à 24 ans et rares sont les cas chez les 40 ans et plus. De plus, si, à l'instar du reste de la province, l'infection à la chlamydia s'observe surtout chez les femmes au Nunavik (Wiehe et coll., 2011)²¹, notons que la répartition des cas d'infections gonococciques est également plus élevée chez celles-ci que chez les hommes, situation fort différente de celle de l'ensemble du Québec (Morin et coll., 2013).

Or, il demeure que la plus grande différence par rapport au reste du Québec tient au fait que les taux d'ITSS au Nunavik dépassent largement la moyenne provinciale (figure 33). Notons par contre que les taux n'ont pas été ajustés selon l'âge, de telle sorte que les différences observées ici s'expliquent en partie par la forte proportion de jeunes au Nunavik.

Autre fait à noter, comme le montre la figure 34, les cas d'infection à chlamydia et de gonorrhée semblent suivre une courbe ascendante après une tendance à la baisse observée au cours des quelques années précédentes. Les raisons possibles de cette hausse sont nombreuses. La première est l'amélioration des processus de détection et de déclaration; la deuxième est l'accroissement du surpeuplement des logements déjà évoqué, que certaines études associent à des comportements augmentant les risques d'ITSS (par l'augmentation de la détresse, de la violence, et de l'abus d'alcool et de drogues). La troisième explication est la récente épidémie de tuberculose qui a accaparé le personnel de soins de santé de la région, ce qui aura pu reléguer au second plan les mesures de prévention des ITSS, tels le dépistage et la notification des partenaires.

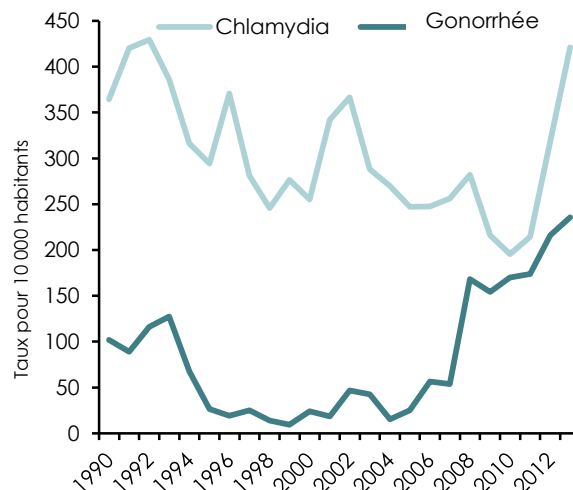
²¹ Cette situation s'explique habituellement par le plus grand nombre de tests de dépistage effectués chez les femmes, puisque selon certaines études, le nombre de cas d'infection à chlamydia non traitée serait semblable chez les deux sexes (Low et Egger, 2002).

Figure 33
Taux bruts d'infection à chlamydia et de gonorrhée : comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2007



Source : Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011

Figure 34
Taux bruts des cas d'infection à chlamydia et de gonorrhée au Nunavik, 1990-2013



Source : Base de données sur les maladies à déclaration obligatoire, extraction de Zoungrana, 2014

Syphilis infectieuse

À la fin des années 1990, on croyait à la disparition définitive de la syphilis au Québec; or, depuis, la maladie connaît une résurgence importante (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011). Ainsi, on n'avait déclaré aucun nouveau cas de syphilis au Nunavik de 2006 à 2011, mais quelques cas ont été signalés depuis, ce qui n'est pas sans inquiéter les responsables de la santé publique de la région.

Hépatites B et C, VIH et sida

De 2006 à 2011, on a signalé cinq cas d'hépatite B et sept cas d'hépatite C au Nunavik, ce qui porte la moyenne pour chaque type d'infection à moins d'un cas par année (Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2011).

Les statistiques concernant le nombre de cas d'infection au VIH au Nunavik est si faible qu'il est interdit de les publier²². On peut être relativement rassurés que ce faible taux ne résulte pas uniquement de problèmes de sous-déclaration, puisque le dépistage du VIH est offert systématiquement à toutes les femmes enceintes de la région, augmentant ainsi les possibilités de détection de cette infection dans la région (encadré 17).

De façon générale au Québec, les Autochtones représentent moins de 1 % des cas de VIH signalés (MSSS, 2011), un portrait fort différent de celui du reste du Canada, où les personnes d'origine autochtone comptent pour près du quart des cas d'infection au VIH (Agence de la santé publique du Canada, 2013). Malgré le peu de cas d'infection au VIH signalés au Nunavik, rappelons que le portrait de la situation en ce qui concerne les autres ITS justifie que l'on demeure extrêmement préoccupé par les conséquences éventuelles de l'introduction du virus du sida dans la région.

²² Par souci de confidentialité, les agences de services statistiques omettent généralement toute donnée concernant une maladie dont le nombre de cas est inférieur à cinq.

Encadré 17 Les infections hépatites B et C

L'hépatite B se propage lors de relations sexuelles non protégées ou du partage de matériel d'injection contaminé. La transmission se produit lorsqu'un des liquides organiques (sang, sperme ou salive) d'une personne contaminée entre en contact avec les muqueuses d'une autre personne ou s'introduit dans une perforation de sa peau.

Le nombre de cas d'infection au VHB chute au Québec depuis 1994, année du lancement d'un programme de vaccination. Ce programme est aussi offert au Nunavik, où 77 % des élèves de quatrième année étaient vaccinés en date de l'exercice 2009-2010 (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2013).

On contracte l'hépatite C principalement par l'utilisation d'une seringue ou d'un autre dispositif d'injection contaminé. À l'inverse, le risque de transmission au cours d'une relation sexuelle est plutôt faible. Il n'existe aucun vaccin contre l'hépatite C.

Mesures de contrôle et de prévention des ITSS au Nunavik

Pour toutes ces raisons, la promotion des comportements sexuels sécuritaires demeure une importante priorité pour la région :

- ⊃ En effet, selon l'enquête de 2004, seul un tiers (34 %) des adultes du Nunavik déclarait avoir utilisé un condom lors de leur plus récente relation sexuelle (Dodin et Blanchet, 2007). Fait encourageant, les jeunes, premier groupe à risque, formaient la plus grande proportion des utilisateurs.
- ⊃ Les épisodes de consommation excessive augmentent considérablement les possibilités de relation sexuelle à risque et d'agression sexuelle.
- ⊃ Certains organismes blâment les réticences des Inuit à parler ouvertement de sexualité comme une entrave aux efforts de prévention, telles les mesures d'éducation sexuelle à l'école (Association des femmes inuites Pauktuutit, 2008). D'autre part, plusieurs croient qu'il sera difficile de réduire les taux d'ITSS, tant et aussi longtemps que l'on

n'abordera pas le problème sous-jacent de la violence sexuelle dans la région (communication personnelle avec Lina Noël, INSPQ).

Le besoin de ressources de prévention supplémentaires pour la région est clair, qu'il s'agisse par exemple de l'élaboration de nouvelles sources d'information sur Internet, ou la mise en place à l'échelle régionale du programme d'éducation sexuelle développé dans la région (encadré 18). Dans tous les cas, il sera essentiel de collaborer avec des organismes locaux afin de mettre en place des stratégies de lutte aux ITSS qui soient bien ancrées dans la réalité des jeunes de la région.

Encadré 18 **Intéressants projets en santé sexuelle au Nunavik**

Tous les établissements de la Commission scolaire Kativik sont maintenant en mesure d'offrir des cours d'éducation sexuelle. En effet, à la fin de l'été 2012 s'achevaient la préparation, la traduction et l'impression du matériel pédagogique d'un programme élaboré spécifiquement pour les jeunes de la région. La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik propose également le soutien d'une infirmière enseignante pour former les conseillers scolaires et les travailleurs des communautés intéressées à offrir ces cours à l'aide du matériel adapté pour la région.

De plus, la révision des lignes directrices de traitement des ITS dans la région a été élaborée de pair avec les centres de santé du Nunavik et l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). La consultation et la formation des professionnels en matière de santé et de services sociaux vont bon train, et les responsables offrent aux cliniques de la région un guide sur l'injection stérile à l'intention des travailleurs de la santé.

Les autorités régionales travaillent également à la mise en place d'une analyse de marketing social visant la création d'une campagne de sensibilisation à l'intention des jeunes. À l'instar du programme *Je me respecte* du ministère de la Santé du Nunavut (à l'adresse www.irespectmyslf.ca/fr), la présente campagne renseignera les jeunes sur les comportements sexuels sécuritaires au moyen des médias sociaux.

Et finalement, de nombreux établissements de la région (centre de santé, boutiques, aéroports et écoles) offrent gratuitement des condoms à leur clientèle.

Et finalement, l'accès au traitement est parfois également compliqué dans la région. En effet, le manque d'effectifs locaux dédiés rend l'application de certaines mesures de protection difficile. En effet, selon une récente étude sur les cas de gonorrhée dans la région, il apparaît que de nombreux partenaires demeurent non traités, soit parce que le patient oublie ou refuse de donner le nom du partenaire (37 %), soit parce que la personne ne peut être retracée (car en déplacement dans une autre communauté ou à Montréal) (32 %) (Steensma, 2013).

3.2.5. EN RÉSUMÉ : LES PROBLÈMES DE SANTÉ TOUCHANT LES JEUNES

« Le jeune âge de la population du Nunavik pourrait être un facteur positif déterminant si des efforts sont consentis pour que les jeunes puissent s'épanouir dans un milieu leur offrant de nouvelles possibilités, et ce, de l'enfance à l'âge adulte. Ce pourrait être l'atout le plus précieux du Nunavik. »

— Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010

Au Nunavik, non seulement les jeunes représentent la majeure partie de la population, ils constituent aussi l'avenir de la région. Or, trop d'entre eux meurent prématurément des suites de problèmes évitables tels le suicide, la violence ou les traumatismes non intentionnels.

Si plusieurs se déclarent fiers d'être Inuit, on observe par ailleurs beaucoup de détresse psychologique chez les jeunes Nunavimmiut. En outre, les communautés enregistrent des taux élevés de violence. De tels taux de détresse et de violence, qui s'ajoutent à d'autres déterminants sociaux, expliquent en partie les taux élevés de suicide et de tentative de suicide chez les jeunes du Nunavik.

Outre les traumatismes intentionnels découlant des tentatives de suicide et de la violence, les traumatismes non intentionnels menacent aussi la santé des jeunes. Au Nunavik, de telles blessures résultent surtout des accidents de véhicules motorisés, soit les automobiles, camions, VTT et bateaux. On doit à la fois adopter des stratégies visant à réduire les comportements à risque

comme les excès de vitesse et la conduite avec facultés affaiblies, et encourager le port d'équipements de protection, tel le casque et la ceinture de sécurité.

Et finalement, il faudra également voir à réduire les comportements sexuels à risque exposant les jeunes à la transmission de nombreuses formes d'ITSS. En somme, on doit instiller un sentiment d'espoir dans l'esprit des jeunes d'aujourd'hui. Et cela ne pourra se faire sans favoriser un avenir viable pour ces jeunes tant sur le plan social, culturel qu'économique et politique (Cameron, 2011).

3.3. Problèmes de santé touchant les adultes et les personnes âgées

Le présent chapitre traitera de diverses maladies chroniques qui se développent généralement à l'âge adulte, soit le cancer, les maladies respiratoires et cardiovasculaires, le diabète et certaines formes d'incapacités physiques, telle la perte auditive. Rappelons toutefois que certains des problèmes de santé présentés au chapitre sur les jeunes (problème de santé mentale, violence, blessures non intentionnelles, etc.) affectent également les Nunavimmiut à l'âge adulte, mais dans une moindre mesure. Ces problèmes ayant déjà été examinés, ils seront omis de la présente section.

Les problèmes de santé dont nous discuterons ici sont souvent liés à un ensemble des comportements de santé dits « modifiables », du moins en théorie; que l'on pense au tabagisme qui peut parfois entraîner le cancer ou une maladie cardiovasculaire ou respiratoire, ou aggraver les complications liées au diabète. De même, l'alimentation, l'activité physique et l'obésité agissent toutes sur le développement des maladies cardiovasculaires et du diabète.

Or, comme nous l'avons vu dans le chapitre traitant des déterminants de la santé, plusieurs éléments contextuels expliquent la fréquence de ces comportements chez les Nunavimmiut. Il

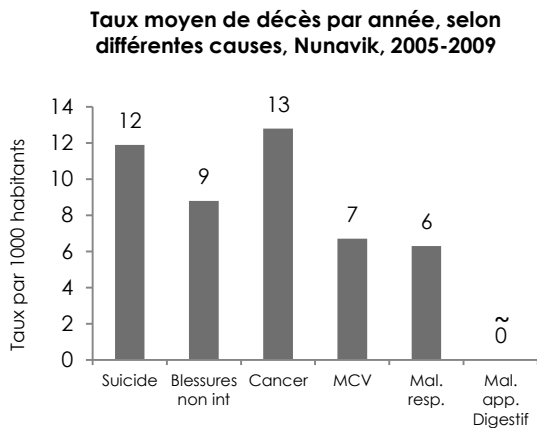
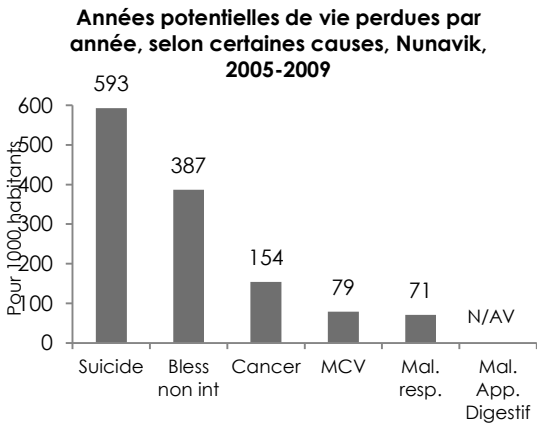
importe donc d'apporter des solutions structurelles en créant des environnements favorisant l'adoption de comportements sains et sécuritaires. Plusieurs experts craignent qu'à défaut de changer la situation actuelle, la menace de certaines affections comme les maladies du cœur et le diabète risque fort de s'intensifier jusqu'à devenir de graves problèmes de santé dans la région.

Dans un esprit de synthèse, la figure 35 compare les grandes catégories de problèmes de santé en fonction de trois principales mesures, soit les taux de mortalité, d'hospitalisation et les années potentielles de vie perdues (APVP) (un type de mesure combinant le nombre de décès que cause une certaine maladie ainsi que l'âge du décès).

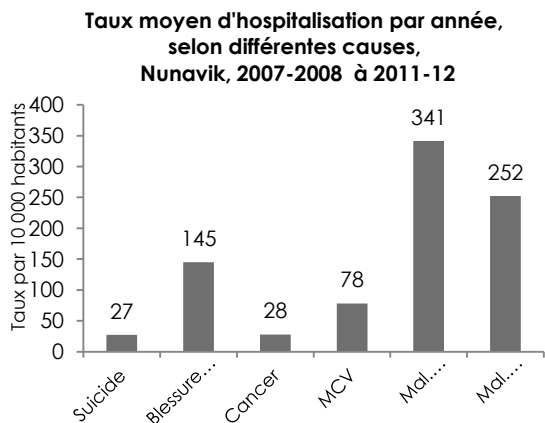
On peut déduire de ces graphiques que :

- ⊃ Tel que discuté au chapitre sur la santé des jeunes, le suicide et les blessures non intentionnelles sont les causes contribuant le plus à la mortalité prématurée dans la région;
- ⊃ S'ils entraînent de nombreux décès, le cancer, le suicide, les blessures non intentionnelles et les maladies cardiovasculaires ne causent que peu d'hospitalisations;
- ⊃ À l'inverse, les maladies respiratoires sont de loin la cause la plus fréquente d'hospitalisation, mais ne figurent qu'au 5^{ème} rang des causes de décès et des d'APVP ce, surtout parce que le décès survient tard dans la vie.

Figure 35
**Nombre d'années potentielles de vie perdues :
 taux de mortalité et d'hospitalisation
 attribuables à certains problèmes de santé
 parmi les plus fréquents au Nunavik**



Taux de mortalité des personnes d'un an et plus au Nunavik, ajustés selon l'âge, 2006.



Taux concernant le Nunavik, ajustés selon l'âge, 2006.

3.3.1. LES CANCERS

En moyenne au Nunavik, les cancers entraînent chaque année :

- 33 hospitalisations;
- 14 décès (chez les personnes d'un an et plus).

Comme partout ailleurs au pays, les cancers sont une préoccupation importante au Nunavik. Or, souvent, le manque de services diagnostics et thérapeutiques à l'échelle régionale complique grandement la situation :

- Ainsi, la plupart des personnes atteintes sont contraintes de quitter la région pour avoir accès aux services dont ils ont besoin, ce qui non seulement les prive de leur réseau de soutien, mais contribue largement à la fragmentation des soins.
- On s'inquiète aussi que certains types de cancer soient diagnostiqués à un stade plus avancé au Nunavik qu'ailleurs dans la province. C'est peut-être pour cette raison (en partie du moins) que le Nunavik affiche les taux de mortalité par cancer les plus élevés de la province, alors que les taux d'incidence et d'hospitalisation s'apparentent à la moyenne québécoise.

Lorsque nous regroupons l'ensemble des sièges de cancers l'on constate une certaine stabilité des taux de mortalité et d'hospitalisation ces dernières années. Comme l'illustre le tableau 1, le cancer du poumon est le plus courant dans la région, suivent ceux touchant une partie du système digestif (le côlon en tête de liste) et, loin derrière, les cancers de la bouche, de la gorge et du sein.

Le tabac est vraisemblablement le principal facteur de risque de cancer dans la région, suivi, pour certains types, de l'alimentation.

Tableau 1
Nombre moyen annuel de nouveaux cas de cancer au Nunavik, en fonction du type, 2004-2008

Zone touchée	Nombre moyen annuel
Système respiratoire (cancer du poumon surtout)	10
Système digestif (cancer du côlon surtout)	6
Bouche et gorge	2
Sein	2
Autre	<1 cas par année pour chaque type
Total des nouveaux cas par année	27

Cancers du système respiratoire

Tel que mentionné, les cancers du système respiratoire restent les plus courants au Nunavik, et presque tous les cas sont en fait des cancers du poumon. D'ailleurs, à l'instar des autres régions inuites du Canada, les taux d'incidence du cancer du poumon au Nunavik sont de beaucoup supérieurs à la moyenne québécoise (figure 36).

Ces cancers apparaissent le plus souvent chez les personnes de plus de 60 ans et, fait surprenant, les femmes semblent plus touchées que les hommes. Les forts taux de tabagisme sont bien sûr la cause principale des cas de cancer du poumon dans la région.

Cancers du système digestif

Tout comme pour les cancers du système respiratoire, les taux de cancer du système digestif ont suivi une tendance à la hausse ces dernières années avant de se stabiliser à leur niveau actuel; les cas de cancer du côlon comptent pour la majeure partie de cette augmentation. En outre, les taux d'incidence des cancers de l'appareil digestif sont également

significativement plus élevés que la moyenne québécoise (figure 37).

Tout comme pour les cancers du système respiratoire, la plupart des personnes touchées ont plus de 60 ans. Parmi les causes les plus probables de ces cancers dans la région, on note le tabagisme et le manque de fruits et de légumes dans l'alimentation.

Figure 36
Incidence du cancer du système respiratoire au Nunavik, 2004-2008

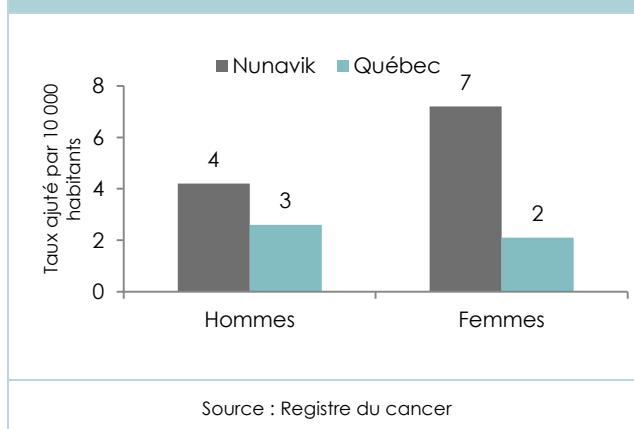
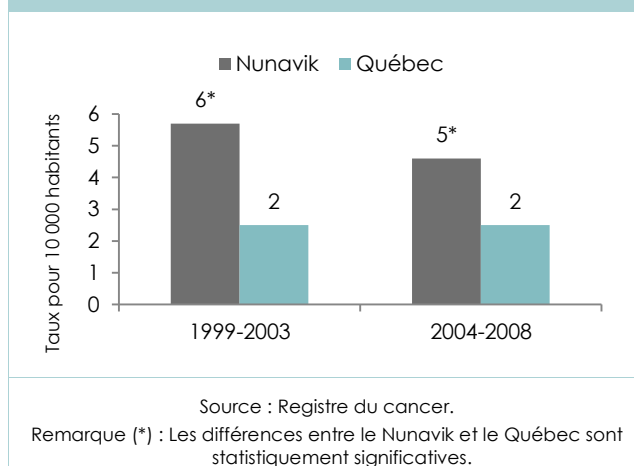


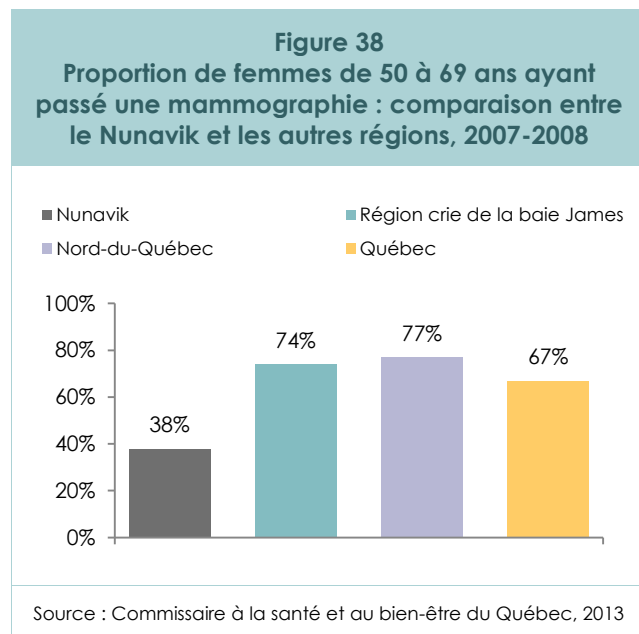
Figure 37
Incidence du cancer du système digestif, taux ajustés selon l'âge : total du Nunavik et du Québec



Cancer du sein

On compte en moyenne deux nouveaux cas de cancer du sein par année au Nunavik, surtout chez les femmes de 50 ans et plus.

En 2007-2008, la proportion de femmes ayant subi une mammographie se classait bien en-dessous des taux enregistrés ailleurs au Québec (figure 38). Le dépistage s'est amélioré ces dernières années, notamment depuis la mise en place en 2011-2012 d'un service de mammographie à l'intention des femmes des régions de l'Ungava et de l'Hudson.



Cancer du col de l'utérus

Les taux d'incidence du cancer du col utérin au Nunavik s'apparentent à la moyenne du Québec (6,4 contre 5,3 pour 10 000 personnes de 2004 à 2008).

Selon certaines études, le principal facteur de risque lié à ce type de cancer, soit l'infection au virus du papillome humain (VPH), serait assez fréquent chez les Inuit. L'une de ces études, réalisée sur 1 116 femmes du Nunavik, dont 90 % inuites, a démontré que 34 % d'entre elles portaient le VPH et 24 % portaient un type de VPH cancérogène (Totten et coll., 2008).

Il existe de nombreuses mesures permettant de prévenir le cancer du col. Par exemple, le test Pap détecte les lésions précancéreuses, favorisant l'intervention rapide. Selon une récente étude, 78 % des femmes du Nunavik ont déclaré

avoir fait un test Pap au cours des deux dernières années (Dodin et Blanchet, 2007). Par ailleurs, un nouveau vaccin permet de prévenir de nombreux types de VPH. En 2009-2010, la proportion d'écolières de quatrième année qui avaient reçu ce vaccin atteignait 68 % au Nunavik, légèrement sous la moyenne provinciale de 76 % (Commissaire à la santé et au bien-être du Québec, 2013).

3.3.2. MALADIES DU SYSTÈME RESPIRATOIRE

En moyenne au Nunavik, les maladies respiratoires entraînent chaque année :

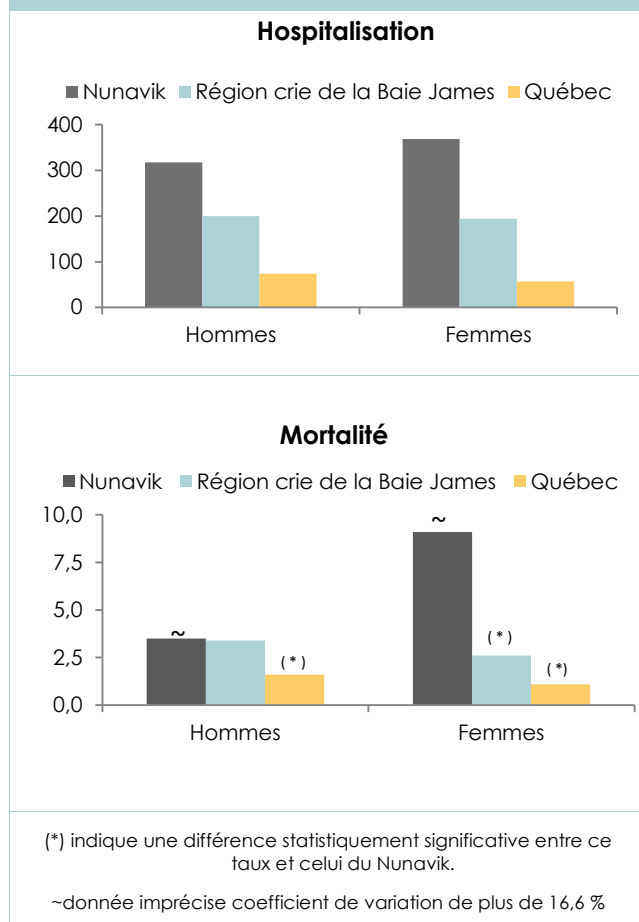
- 409 hospitalisations;
- 6 décès (chez les personnes d'un an et plus).

La présente partie traite des affections respiratoires telles la pneumonie, l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) qui comprennent l'emphysème et la bronchite chronique. Elle ne s'attarde toutefois pas au cancer du poumon (traité précédemment à la section sur les cancers).

Bien que les maladies respiratoires se classent derrière les traumatismes et les cancers au chapitre des causes de décès, elles sont responsables d'une grande partie de la morbidité dans la région et constituent en fait la toute première cause d'hospitalisation au Nunavik ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

De plus, les taux de mortalité et d'hospitalisation pour les maladies respiratoires au Nunavik dépassent de beaucoup la moyenne québécoise et se classent aussi devant sa voisine, la région crie de la Baie James (figure 39). Le taux de mortalité y est toutefois semblable à celui des autres régions inuites. Les taux de mortalité et d'hospitalisation sont relativement stables depuis un certain temps : le premier n'a subi qu'une légère fluctuation depuis la décennie 1980, et le second n'a que peu baissé depuis 1991.

Figure 39
Taux d'hospitalisation et de mortalité résultant d'une maladie respiratoire, ajustés selon l'âge : comparaison entre le Nunavik, la région crie de la Baie James et l'ensemble du Québec, 2005-2009



Tout comme pour le cancer du poumon, il semble que les femmes soient plus susceptibles de décéder de maladie respiratoire que les hommes. Comme c'est souvent le cas pour les maladies de l'appareil respiratoire, les données de la région suivent une tendance bien définie par l'âge :

- c Les taux d'hospitalisation sont plus élevés chez les enfants (14 ans et moins) et les personnes âgées. En fait, les maladies respiratoires sont la cause de un décès sur quatre (27 %) chez les personnes âgées.
- c Si la bronchiolite aiguë, l'asthme et la pneumonie causent la majeure partie des hospitalisations chez les enfants, chez les personnes âgées, celles-ci sont plutôt

attribuables à la grippe, la pneumonie et les maladies pulmonaires obstructives chroniques.

Le tabagisme est bien sûr une cause importante de maladies respiratoires, mais la fumée secondaire constitue également un facteur aggravant pour certaines affections telles l'asthme et les MPOC. Les logements surpeuplés accroissent également les risques liés aux maladies respiratoires. De telles raisons expliquent probablement en grande partie l'importance des taux de maladies respiratoires au Nunavik.

La tuberculose

Dans la première moitié du XX^e siècle, les épidémies de tuberculose comptaient parmi les principales causes de décès au Nunavik. Depuis lors, l'incidence de cette infection a considérablement diminué, et les taux de décès par tuberculose sont devenus presque nuls. Cette infection demeure toutefois un problème important au Nunavik, comme pour l'ensemble des régions inuites au Canada, puisque les taux d'incidence y demeurent beaucoup plus élevés qu'ailleurs au pays (Inuit Tapiriit Kanatami, 2008; Tait, 2008; Cameron, 2011).

Ainsi, de 1980 à 2003 au Nunavik, le taux d'incidence de tuberculose active a chuté de 166 à 35 pour 100 000 habitants, mais depuis 2007, il s'est remis à croître jusqu'à atteindre 320 pour 100 000 habitants en 2012 (figures 40 et 41).

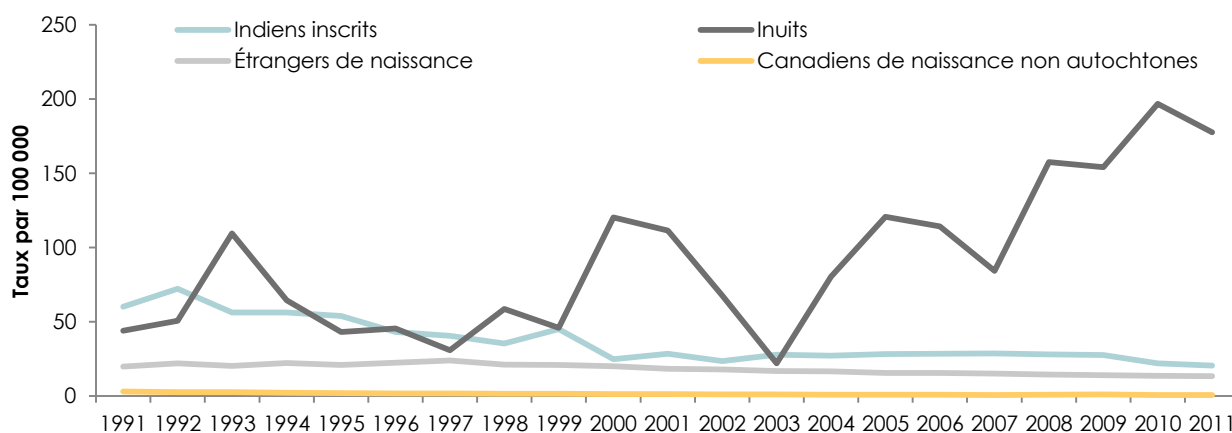
De nombreux facteurs peuvent expliquer la recrudescence des cas de tuberculose au Nunavik. D'abord, une certaine proportion d'adultes et de personnes âgées présentent des infections latentes, ce qui contribue fort probablement à la réactivation ponctuelle de la tuberculose active dans certaines communautés. En outre, des études lient étroitement l'incidence de la tuberculose à certains déterminants sociaux de la santé tels la malnutrition, la pauvreté, la consommation abusive d'alcool et de drogues, la surpopulation des logements, la mauvaise aération et les difficultés d'accès à des soins de

santé (Baker et coll., 2008; Clark et Cameron, 2009; Clark, Riben et Nowgesic, 2002). Or ces facteurs sont tous présents au Nunavik.

Les résultats d'une récente étude sur la dernière épidémie de tuberculose dans la région confirment en effet certaines de ces hypothèses puisqu'ils attribuent une bonne partie des cas secondaires observés aux logements surpeuplés et aux

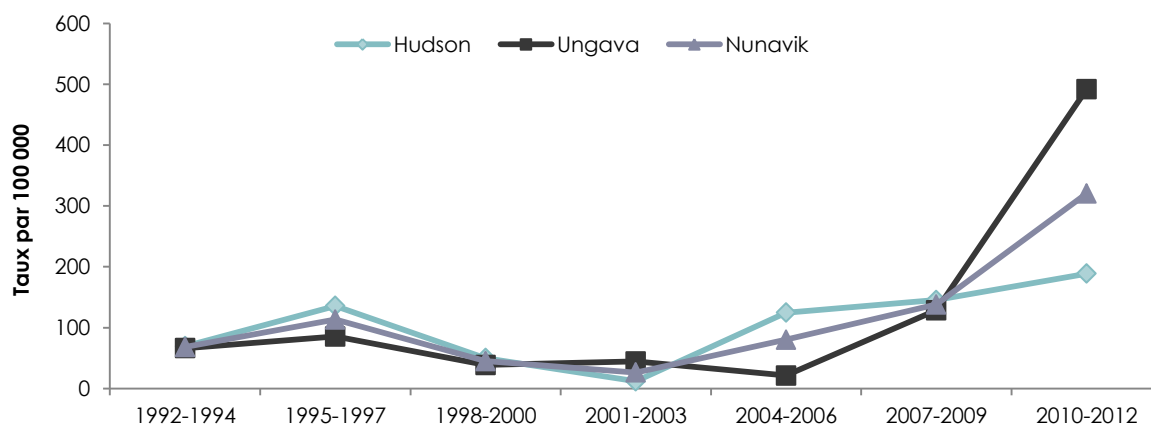
fréquentes rencontres dans des espaces mal aérés (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2014). Observation inusitée, le groupe le plus touché lors de cette dernière épidémie était les jeunes adultes faisant usage de cannabis (Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010).

Figure 40
Incidence de la tuberculose au Canada en fonction de l'origine, 1991-2011



Ne comprend pas les Métis ni les membres des Premières Nations non inscrits. Le taux pour 2011 est préliminaire.

Figure 41
Incidence de la tuberculose au Nunavik, 1992-2012



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire

Le rôle du surpeuplement des logements dans la transmission de la tuberculose au Nunavik est incontestable. D'ailleurs, selon une étude réalisée au Canada en 2002, chaque augmentation de 0,1 personne dans un logement contribuerait à accroître de 40 % le risque d'observer au moins deux nouveaux cas à l'échelle de la collectivité (Clark, Riben et Nowgesic, 2002; Baker et coll., 2008; Wanyeki et coll., 2006). D'ailleurs, le Comité canadien de lutte antituberculeuse publiait en 2007 un avis très clair au sujet du lien entre la tuberculose et les logements inadéquats ce, pour toutes les populations, qu'elles soient ou non autochtones.

Autre difficulté susceptible d'avoir contribué aux deux dernières éclosions observées dans la région, les délais de consultation et de diagnostic, qui s'expliquent de plusieurs façons. Soulignons d'abord que le niveau de connaissances de la maladie semble relativement faible au sein non seulement de la population générale, mais également parmi les cliniciens œuvrant dans la région. En effet, la maladie n'étant plus très fréquente ailleurs au Québec, le personnel n'est pas toujours bien formé pour la reconnaître et la traiter. De plus, la tuberculose étant une infection qui évolue souvent de façon lente et insidieuse, il n'est pas toujours aisé de la distinguer des nombreux autres problèmes respiratoires extrêmement fréquents dans la région. Il importe donc de redoubler d'efforts pour améliorer la détection et le traitement précoce de la forme active de la maladie (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2014) (encadré 19).

Rappelons également les difficultés qui découlent du manque d'adaptation des pratiques cliniques au contexte culturel et organisationnel, qui contribuent à diminuer l'accessibilité et la sécurité culturelle des services en place. De même, le très grand roulement de personnel non inuit complique d'autant plus le perfectionnement des compétences des cliniciens en place. Insistons enfin sur le traitement de la maladie et l'élimination de l'état de porteur, qui exigent la prise de médicaments à long terme.

Encadré 19 **Propositions du nouveau plan d'action régional pour la prévention et le contrôle de la tuberculose au Nunavik (2014)**

Élaboré en cohérence avec le cadre de référence sur la tuberculose de l'OMS, le plan propose des mesures s'appuyant sur deux stratégies :

1. Outiller le personnel de première ligne en vue d'améliorer les diagnostics et le traitement des cas de tuberculose active et latente. Cette première stratégie comprend des mesures de sensibilisation communautaires visant le repérage des infections actives, ainsi que des projets particuliers à l'intention des communautés les plus à risque (p. ex. vaccination, dépistage et amélioration du plan d'intervention en cas d'éclosion);
2. Optimiser le programme de santé publique régional en visant l'amélioration des déterminants sociaux proximaux et distaux de la tuberculose. Cette deuxième stratégie porte à la fois sur les programmes concernant la nutrition, le tabagisme, le diabète et la consommation d'alcool et de drogues, ainsi que sur les interventions intersectorielles visant les déterminants structurels en amont, tels les problèmes de logement, de qualité de l'air intérieur, de sécurité alimentaire et d'éducation.

L'ensemble de ces facteurs expliquent en grande partie les délais observés dans le dépistage et le diagnostic de certains cas, augmentant ainsi les risques de transmission de l'infection et l'apparition de cas secondaires. Néanmoins, il convient de souligner la très grande rigueur observée dans la gestion des cas lors des dernières éclosions, dont les taux de complétion des régimes thérapeutiques et prophylactique furent extrêmement élevés (plus de 80 %) (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2014).

Notons finalement que les communautés de la région ne sont pas toutes touchées par la tuberculose. En effet, certains villages présentent des taux d'incidence très faibles. Autre bonne nouvelle : à ce jour au Nunavik, la maladie n'est que très rarement liée à l'infection au VIH, et moins de 1 % des cas répertoriés présentent des résistances aux antibiotiques courants. La situation

de la tuberculose au Nunavik est en ce sens bien différente de celle observée dans d'autres régions du monde.

3.3.3. DIABÈTE

La prévalence du diabète chez les populations inuites demeure pour le moment moins élevée que celle observée au sein d'autres populations autochtones (Agence de la santé publique du Canada, 2001). En effet, selon les données de l'enquête *Comment allons-nous?* de 2004, seuls 13 % des répondants adultes présentaient des signes de prédiabète et 5 % étaient atteints de la maladie. Cela représente une prévalence légèrement supérieure au taux national de 3,1 % (Dewailly, Chateau-Degat et coll., 2007), mais bien en deçà des taux observés dans plusieurs communautés des Premières Nations au Canada (tableau 2).

Tableau 2 Prévalence du diabète autodéclarée chez les Premières Nations et les Métis du Canada, période de 2006 à 2010				
	Source ^a	Âge	% de prévalence (IC 95 %)	
			Brut	Corrigé
Non-Autochtones	ESCC ^c 2009- 2010	12+	6 (5,8- 6,3)	5 (4,3- 5,7)
Premières Nations (sur réserve)	ERS ^d 2008- 2010	18+	15,7 (14,2- 16,4)	17,2 (16,5- 19)
Premières Nations (hors réserve)	ESCC 2009- 2010	12+	8,7 (7- 10,4)	10,3 (3,4- 17,2)

^a Le diabète gestationnel n'est pas inclus.
^b ajusté selon la distribution de la population canadienne de 1991.
^c Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC)
^d Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations ou Enquêtes régionales sur la santé (ERS)
 Source : Agence de la santé publique du Canada, 2011.

La recherche a maintenant établi que, contrairement aux hypothèses initiales, les Inuit ne bénéficient pas d'une protection génétique contre le diabète. La faible incidence du diabète dans ces populations est plutôt le reflet du

maintien jusqu'à très récemment d'un mode de vie relativement actif et d'une alimentation traditionnelle. Or, selon nombre d'experts, le déclin de l'alimentation traditionnelle et l'accroissement de la sédentarisation dans ces populations contribueront à augmenter les taux d'obésité et de diabète à moyen et long terme. Ces prévisions se fondent également sur les taux croissants de syndromes métaboliques²³ au sein de ces populations (Dewailly, Chateau-Degat et coll., 2007). La possible augmentation des cas de diabète au Nunavik confirme l'importance de recueillir des données de surveillance fiables à long terme pour en suivre l'évolution.

3.3.4. MALADIES DU SYSTÈME CIRCULATOIRE

On entend notamment par *maladies du système circulatoire*, ou *maladies cardiovasculaires*, les problèmes suivants :

1. les maladies du cœur;
2. l'hypertension artérielle;
3. les AVC;
4. les crises cardiaques.

Tout comme pour le diabète, les chercheurs ont longtemps pensé que les Inuit étaient protégés contre les maladies cardiovasculaires (MCV), mais selon Bjerregaard, Young et Hegele (2003) cette supposition ne reposait pas sur des preuves scientifiques solides. À l'heure actuelle, on croit plutôt que c'est la forte teneur en acides gras oméga-3 de la nourriture traditionnelle qui aurait jusqu'à présent réduit le risque de maladies du cœur dans cette population. D'ailleurs, les chercheurs établissent un lien entre la réduction de l'alimentation traditionnelle chez les jeunes Inuit et la hausse parallèle des maladies cardiovasculaires (Dewailly, Blanchet et coll., 2001). Encore ici, l'accroissement de la consommation d'aliments transformés, des taux d'obésité et la sédentarisation laissent présager l'apparition d'une inquiétante augmentation des maladies cardiovasculaires dans la région dans les années à venir.

²³ Le syndrome métabolique comprend l'obésité abdominale, la forte concentration de triglycéride et la faible teneur en cholestérol à lipoprotéines de haute densité (cholestérol LHD, ou bon cholestérol).

Le portrait global des maladies cardiovasculaires au Nunavik demeure pour le moment assez contrasté. D'une part, certains facteurs de risque liés aux maladies du cœur (tels l'hypertension artérielle et le déséquilibre lipidique) demeurent encore peu fréquents au sein de la population de la région. De plus, le taux de mortalité attribuable aux maladies cardiovasculaires s'apparente à celui du Québec. En revanche, plusieurs personnes admettent souffrir de maladies du cœur et les taux d'hospitalisation pour MCV sont beaucoup plus élevés que la moyenne du reste du Québec. Cette tendance varie selon le sexe. En effet, les taux de mortalité et d'hospitalisation diminuent chez les femmes mais demeurent constants chez les hommes.

Facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires

Facteurs de risque liés aux maladies cardiovasculaires

- Hypertension artérielle
- Cholestérol à lipoprotéines de haute ou de basse densité
- Tabagisme
- Diabète
- Surpoids ou obésité
- Manque d'activité physique
- Consommation abusive d'alcool

Courants au Nunavik, l'obésité, le tabagisme et l'inactivité font tous augmenter le risque de maladie cardiovasculaire. Ces facteurs influent notamment sur le taux de lipides et la tension artérielle, qui ont une incidence sur ces maladies. Bien que la proportion de Nunavimmiut adultes souffrant d'hypertension artérielle ait augmenté de 6 % en 1992 à 12 % en 2004, elle demeure bien en deçà de celle concernant l'ensemble du Québec, établie à 22 % (Blais et Rochette, 2011). Le taux de lipides sanguins chez les Nunavimmiut (p. ex. taux de cholestérol, acides gras) est

satisfaisant, même si 5 % des adultes de 39 à 49 ans affichent un taux de cholestérol trop élevé, proportion qui grimpe à 27 % après 50 ans.

Prévalence et tendances liées aux maladies cardiovasculaires

En moyenne au Nunavik, les maladies cardiovasculaires causent chaque année :

- 92 hospitalisations;
- 7 décès (chez les personnes d'un an et plus).

Bien que la proportion des adultes souffrant d'hypertension artérielle semble avoir augmenté de 6 % en 1992 à 12 % en 2004, elle demeure bien en deçà de celle observée ailleurs au Québec, établie à 22 % (Blais et Rochette, 2011). D'autre part, selon l'*Enquête auprès des peuples autochtones* de 2006, les maladies cardiovasculaires touchaient 15 % des Nunavimmiut, ce qui en fait le type de maladie chronique la plus fréquente au Nunavik.

Tel qu'illustré à la figure 42, malgré des taux de mortalité encore relativement faibles, les taux d'hospitalisation pour les maladies cardiovasculaires sont très élevés dans la région, et les hommes semblent plus touchés que les femmes. De plus, les taux d'hospitalisation et de mortalité ont légèrement diminué chez les femmes depuis les années 1990, alors qu'ils restent plutôt constants chez les hommes.

Et enfin, au Nunavik comme ailleurs, l'incidence des maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge. Les problèmes comme l'hypertension artérielle se manifestent souvent entre 30 et 49 ans, tandis que les infarctus du myocarde touchent principalement les 50 ans et plus.

Figure 42
Taux de mortalité et d'hospitalisation, comparaison entre le Nunavik et les autres régions, 2005-2009



Source : Registre des décès et Méd-Écho
 ~ taux imprécis calculé sur un petit échantillon (coefficient de variation >16,6 %)
 (*) indique une différence statistiquement significative comparativement au Nunavik.

3.3.5. LES MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF

Les maladies du système digestif qui seront discutées ici regroupent la gastroentérite, l'appendicite aiguë, diverses infections d'origine alimentaire et la carie dentaire²⁴. Même si de telles affections engendrent peu de décès au Nunavik (à peine un ou deux en moyenne par année depuis 2000), elles constituent la deuxième cause d'hospitalisation, tout juste derrière les maladies respiratoires. Par ailleurs, les taux d'hospitalisation au Nunavik sont beaucoup plus élevés que ceux de la région crie de la Baie James et du reste du Québec (figure 43).

Bien que les maladies du système digestif se classent parmi les premières causes d'hospitalisation à tous les âges au Nunavik (figure 44), la nature du problème le plus fréquent varie toutefois d'un groupe d'âge à l'autre. Chez les enfants, il s'agit le plus souvent de problèmes dentaires, alors que chez les jeunes, les cas

d'appendicite ou de gastro-duodénite sont les plus fréquents; chez les jeunes adultes, on observe généralement des problèmes de l'œsophage, et enfin, les adultes de 65 ans et plus présentent surtout de problèmes intestinaux.

Au Nunavik, la gastroentérite, une infection souvent liée à la consommation d'eau ou d'aliments contaminés, s'observe surtout chez les enfants, et parfois chez les adultes. Le surpeuplement des logements et les problèmes occasionnels d'assainissement de l'eau potable expliquent fort probablement les taux relativement élevés observés dans la région.

En outre, certaines infections d'origine alimentaire très peu courantes dans le sud de la province sont assez fréquemment observées au Nunavik. Le botulisme, par exemple, est une infection causée par l'ingestion de viande fermentée contaminée qui peut parfois s'avérer mortelle. De 1971 à 1999, on en a recensé un peu plus de 130 cas au Nunavik (Elliott et Macaulay, 2004), ce qui a forcé les responsables de la région à sensibiliser la population aux techniques de fermentation sécuritaires. Depuis, seuls quelques rares cas ont été observés dans la région (Morin et coll., 2013).

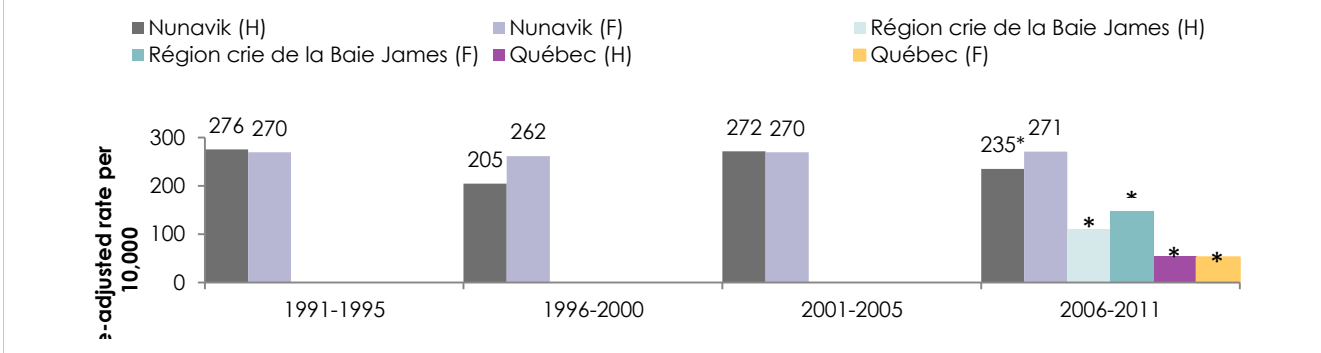
²⁴ La carie dentaire est un problème important chez les jeunes enfants au Nunavik ; de plus, le faible accès à aux services dentaires dans la région fait en sorte que nombre d'entre eux doivent être hospitalisés « au Sud » pour recevoir les traitements adéquats. Les problèmes dentaires sont abordés plus longuement dans le fascicule deux de la présente série (Portrait de santé Nunavik : les jeunes enfants et leur famille 2014).

Des cas de trichinose, une infection parasitaire transmise par la consommation de viande crue provenant d'animaux infectés (souvent du morse), sont également parfois signalés dans la région. Une éclosion de quelques 18 cas s'est d'ailleurs manifestée en 2013 (Morin et coll., 2013), mais la région s'est dotée depuis d'un programme de dépistage fort efficace (voir l'encadré 20).

Encadré 20
Le programme de prévention de la trichinose au Nunavik

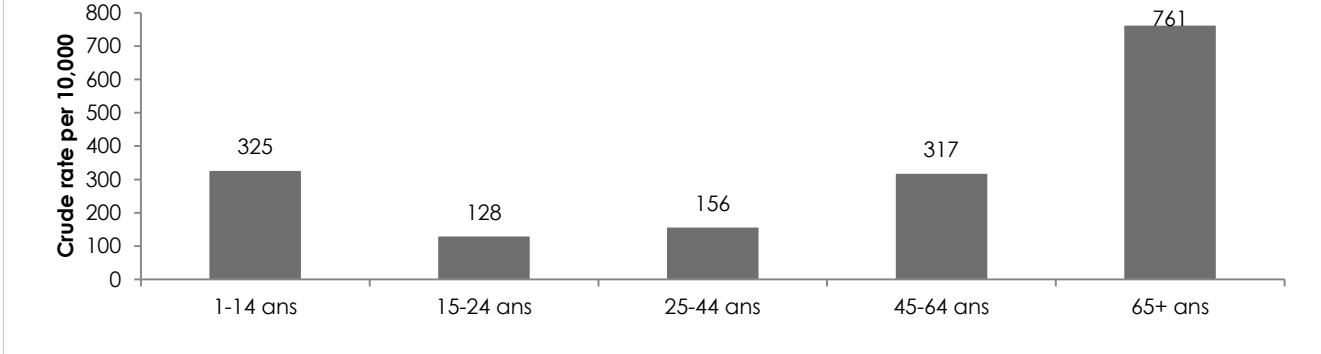
Dans les années 1980, certains Nunavimmiut ont contracté la trichinose après avoir consommé du morse, ce qui a entraîné la mise en place d'un programme de prévention de la trichinose dans la région. Ce programme s'appuie sur l'examen d'échantillons de langues de morses; la viande contaminée est immédiatement détruite (Larrat et coll., 2012).

Figure 43
Taux d'hospitalisation pour les maladies du système digestif, ajustés selon l'âge : comparaison entre le Nunavik et les autres régions du Québec



Source : Med-Écho
 Les taux ont été ajustés selon la population du Nunavik en 2006.
 * Indique que le taux de la région se trouve bien en deçà de celui du Nunavik
 Aussi, le taux propre aux hommes varie considérablement de 1991-1995 à 2006-2011.

Figure 44
Taux non ajustés d'hospitalisation pour les maladies du système digestif selon le groupe d'âge : Nunavik, 2007-2012



Source : Med-Écho

3.3.6. **EN RÉSUMÉ : LES PROBLÈMES DE SANTÉ TOUCHANT LES ADULTES ET LES PERSONNES ÂGÉES**

La population du Nunavik continuera de croître au cours des prochaines années, et c'est au sein de la population des adultes et des personnes âgées que cette augmentation sera la plus prononcée.

Or, selon les données actuelles, non seulement les problèmes psychosociaux des jeunes peuvent persister à l'âge adulte, mais c'est également à cette époque de la vie qu'apparaissent de nombreuses maladies chroniques, telles que le cancer, les maladies respiratoires et les maladies cardiovasculaires.

Parmi ces maladies, certaines sont particulièrement fréquentes au Nunavik : pensons tout d'abord au cancer du poumon et autres maladies respiratoires, pour lesquels le tabagisme, et le surpeuplement des logements constituent des déterminants importants dans la région. D'autres affections, peu observées pour l'instant, sont appelées à croître de façon préoccupante au fil du temps, en raison notamment de l'accroissement de la prévalence de certains facteurs de risque dans la région; il s'agit ici surtout des maladies cardiovasculaires et du diabète, largement influencés par la perte du mode de vie et de l'alimentation traditionnels et l'augmentation de l'obésité dans la région. Par ailleurs, la présence de certaines incapacités, dont la perte auditive, s'accroîtront fort probablement au cours des prochaines décennies, avec l'accroissement du poids démographique des personnes âgées au sein de la population du Nunavik.

La population vieillissante aura un impact considérable sur le réseau de la santé et des services sociaux (prévalence accrue des maladies chroniques, augmentation de la population en perte d'autonomie, ressources résidentielles additionnelles, etc.). Il faudra donc que des ressources spécialisées soient disponibles à l'échelle locale et régionale, afin d'éviter le

transfert des personnes âgées dans les établissements du sud de la province.

Ces tendances démographiques et épidémiologiques influenceront nécessairement la planification des services de santé, de manière à adapter les structures et les interventions disponibles aux besoins de la population vieillissante et à la prévalence toujours plus grande de certaines maladies chroniques.

Ces constatations fondent des arguments en faveur de l'intensification des initiatives de prévention et de promotion de la santé qui permettront à la population du Nunavik de vieillir en bonne santé.



Crédit photo : Hans-Ludwig Blohm, Voices of Natives

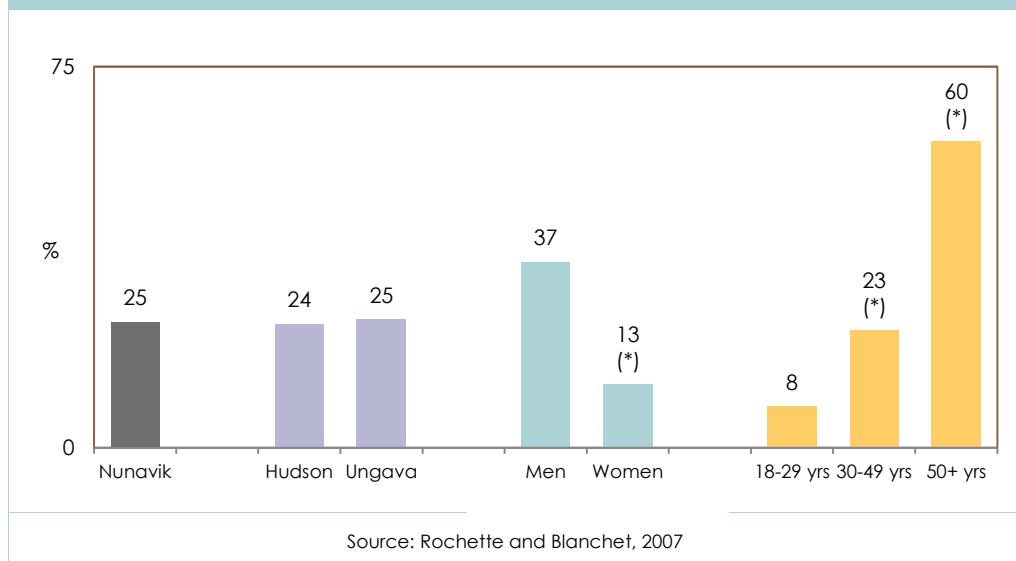
Encadré 21 La santé des aînés

La proportion de personnes âgées (65 ans et plus) au Nunavik est d'à peine 3 %, mais elle croît si rapidement qu'on prévoit qu'elle triplera d'ici 2031. Cette augmentation se traduira nécessairement par un besoin accru de services de toutes sortes.

On manque de données sur l'état de santé des personnes âgées inuites au Canada, mais selon l'organisme Inuit Tapiriit Kanatami les incapacités constitueront certainement une préoccupation importante. Selon Cameron (2011), la proportion de résidents des régions nordiques souffrant d'incapacités serait le double de celle observée ailleurs au Canada.

On s'inquiète notamment des incapacités résultant de traumatismes non intentionnels, de même que de celles associées aux troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale. Par ailleurs, il est déjà connu que de nombreux aînés souffrent de perte auditive au Nunavik. En effet, selon l'enquête de 2004, si 25 % des adultes souffrent d'une déficience auditive, cette proportion atteint 60 % chez les personnes âgées (figure 45). Parmi les principales causes de pertes d'ouïe dans la région, retenons les infections chroniques de l'oreille (otite moyenne) et les bruits qu'émettent notamment les motoneiges et les armes à feu. Le ratio hommes-femmes démontre bien le lien entre les armes à feu et la perte auditive, car toujours selon l'enquête de 2004, environ trois fois plus d'hommes (37 %) que de femmes (13 %) sont atteints de perte auditive. De plus, de façon générale, cette perte est plus importante du côté gauche chez les chasseurs droitiers, car l'oreille gauche est dirigée vers l'avant.

Figure 45
Pourcentage d'adultes de 18 ans et plus ayant une déficience auditive uni- ou bilatérale, Nunavik 2004



4. Sommaire et conclusion

4.1. Sommaire des constats

Les jeunes du Nunavik doivent souvent faire face à de graves difficultés

Si une bonne partie des jeunes du Nunavik présentent des facteurs clés de résilience (tels l'estime de soi et la fierté culturelle), bon nombre d'entre eux vivent des problèmes psychosociaux susceptibles de nuire gravement à leur santé et à leur développement, qu'il s'agisse de problèmes de santé mentale, d'abus d'alcool et de drogues, etc. Incontestablement, ces difficultés rendent plus ardue la réussite en milieu scolaire, ce qui à plus long terme pourra avoir un impact sur les éventuelles perspectives d'emploi et d'accès à des conditions de vie acceptables.

Or, les chercheurs sont unanimes : les programmes qui contribuent le plus à améliorer la santé mentale et la résilience à l'adolescence sont ceux qui offrent un soutien intensif aux familles dès la grossesse et durant les premières années de la vie de l'enfant (Irwin, Siddiqi et Hertzman, 2007). Comme l'indique le deuxième volet de la série²⁵, il est maintenant largement démontré que de tels programmes réduisent la négligence et les problèmes de développement durant la petite enfance, ainsi que les problèmes de délinquance à l'adolescence (American Academy of Pediatrics, 2009; Beauregard, Comeau et Poissant, 2010).

La mise en place de tels programmes dans les communautés autochtones (voir l'encadré 22), nécessite cependant que l'on travaille de concert avec les communautés locales afin d'adapter les services au contexte socioculturel (Ball, 2008). La mise en œuvre de programmes pilotes de cette nature au Nunavik ouvre donc des perspectives très encourageantes pour la population des jeunes de la région.

En outre, les programmes qui mettent l'accent sur la promotion de santé mentale et le développement d'habiletés sociales dès les premières années du primaire sont également reconnus pour avoir des effets positifs sur la santé mentale à l'adolescence : en rehaussant l'estime de soi, ils contribuent à prévenir la détresse, la violence et le développement de comportements non favorables à la santé tels que le tabagisme (Desjardins et coll., 2008; Groupe de travail sur les services de prévention communautaires, 2007; Roberge et Choinière, 2009). Il reste toutefois à les adapter aux besoins des populations locales avant de les implanter à grande échelle.

Encadré 22

Les services à la petite enfance et les services éducatifs aux enfants autochtones : quelle stratégie adopter?

Une étude internationale a conclu que pour combler le fossé entre les enfants autochtones et non autochtones, il importe d'intervenir très tôt (dès la naissance) ainsi qu'auprès de leur famille et de leur communauté (Irwin, Siddiqi et Hertzman, 2007). Pour être efficaces, les services doivent en outre renforcer les liens familiaux, en plus d'être profondément ancrés dans la culture locale, une condition essentielle qui repose souvent sur l'emploi de travailleurs autochtones (Sims, 2011).

Par ailleurs, il est impératif d'agir sur les déterminants sociaux sous-jacents, en visant notamment l'amélioration de l'environnement physique et social des familles et des communautés, dont les conditions de logement (Bowes et Grace, 2014).

De même, les programmes d'éducation sexuelle contribuent à promouvoir les comportements sexuels sains et sécuritaires (Chin et coll., 2012), et la région bénéficie déjà d'un tel programme adapté à son contexte.

²⁵ Portrait de santé Nunavik, les jeunes enfants et leur famille, 2014.

Les maladies chroniques frappent de plus en plus les adultes et les personnes âgées

Alors que certains problèmes psychosociaux vécus par des jeunes du Nunavik persistent à l'âge adulte, d'autres maladies chroniques ont également tendance à apparaître à cet âge, notamment le cancer (en particulier le cancer du poumon) et les maladies respiratoires. En outre, si le taux de diabète n'est pas pour le moment très élevé dans la région, il est peu probable que l'épidémie d'obésité et de diabète qui frappe de nombreuses régions du monde épargne les Inuit. Par conséquent, les maladies chroniques qui en découlent alourdiront sans doute le fardeau qui pèse sur le système de soins de santé primaires du Nunavik.

On sait pourtant que bon nombre de ces maladies sont liées à la perte du mode de vie traditionnel. Il est donc crucial que la région continue de s'investir dans la conception et la mise en œuvre d'initiatives de prévention et de promotion de la santé adaptées à la culture. Sachant que le succès de ces initiatives tient à la création d'un contexte qui favorise les saines habitudes (voir l'encadré 23), le Nunavik doit poursuivre ses efforts en ce sens dans les nombreuses institutions qui relèvent de la compétence régionale. En effet, les politiques en matière de santé publique portent véritablement fruit lorsqu'elles sont relativement cohérentes avec les normes locales et que des ressources sont investies aux fins de leur application (Berkman et Kawachi, 2000). En effet, l'application systématique de politiques provinciales sans adaptation au contexte local a peu de chances de réussite à court et à long terme.

Encadré 23

Créer des environnements favorables pour une meilleure santé

Le cadre écologique reconnaît que les comportements de santé ne sont pas le seul résultat de « choix » individuels, mais plutôt la conséquence de plusieurs niveaux de facteurs, y compris les contextes sociaux et physiques (Berkman et Kawachi, 2000). Les stratégies qui modifient les milieux s'avèrent alors être plus efficaces pour changer les comportements de santé que ne le sont les consultations individuelles.

À titre d'exemple, pour freiner la consommation excessive d'alcool, des politiques ont été adoptées pour repousser l'âge légal de la consommation d'alcool et limiter les ventes d'alcool (diminuer les heures d'affaires ou augmenter les prix) (Task Force on Community Preventive Services, 2001; Aïnés et coll., 2007).

De même, la promotion de l'activité physique dans la communauté passerait par la restriction de la circulation des véhicules à moteur, la création de sentiers de randonnée sécuritaires, etc. (Heath et al., 2012).

4.2. Aplanir les iniquités en matière de santé au Nunavik en s'attaquant aux déterminants sociaux

« Pour maintenir un bon état de santé selon la vision holistique inuite, les Inuit ont besoin d'un environnement sain, d'un bon système d'éducation, de perspectives d'emploi, de logements salubres et sécuritaires, ainsi que des mesures de soutien social et d'un sentiment d'espoir ressenti parmi les jeunes. »

—Inuit Tapiriit Kanatami, 2004a

Outre les initiatives décrites ci-dessus, d'autres actions sont nécessaires pour améliorer les conditions de vie qui sont à l'origine des problèmes de santé dans la région. D'ailleurs, les mesures qui s'attaquent aux causes fondamentales sous-jacentes des problèmes de santé produisent habituellement des effets plus durables tout en permettant de prévenir plusieurs problématiques à la fois au sein des populations visées.

Les déterminants individuels : modifier les comportements de santé en tenant compte de la situation familiale

Comme nous l'avons vu, les interventions visant des comportements liés à la santé ont peu de chances de réussir si elles n'abordent pas également les déterminants sociaux, culturels et économiques sous-jacents. Ainsi, il importe tout autant de remédier aux problèmes de logement, au chômage et aux traumatismes intergénérationnels que d'améliorer les services de santé. La situation du logement au Nunavik est particulièrement critique et il est urgent que les gouvernements du Canada et du Québec collaborent avec les autorités inuites à l'élaboration d'un programme de rattrapage qui procurerait aux Nunavimmiut des logements adéquats en nombre suffisant.

Les déterminants communautaires : offrir des services respectueux de la culture

Les services de santé ont certainement contribué à allonger l'espérance de vie et à rehausser la qualité de vie des Nunavimmiut. Néanmoins, les professionnels de la santé non inuits et les services de santé constituent parfois des obstacles à l'accès aux soins (Conseil canadien de la santé, 2012; Smylie, 2000). En ce sens, le système de santé doit poursuivre les efforts en vue d'engager et de mieux soutenir le personnel inuit.

Partout au pays, les systèmes de soins de santé devront améliorer la qualité et la continuité des soins offerts aux personnes atteintes de maladies chroniques, un facteur qui se traduira au Nunavik par une demande accrue pour des soins de longue durée mieux intégrés ainsi que plus sécuritaires sur le plan culturel (National Clearinghouse on Aboriginal Health, 2011).

Le réseau devra adapter les services aux défis émergents et aux besoins de la population. Entre autres priorités, le recrutement et la formation d'employés inuits continueront d'occuper le premier rang, car l'objectif est d'atteindre un taux de 70 % de main-d'œuvre inuite au cours des 25 prochaines années

— Administration régionale Kativik et Société Makivik, 2010

Les déterminants structurels : gouvernance en santé et autres secteurs de la société

En plus de ces mesures ciblées, il importe de se pencher sur l'ensemble des facteurs structurels qui influent sur la santé des populations inuites, soit les politiques assimilatrices passées et contemporaines de même que le transfert partiel de compétences aux institutions régionales. L'identité inuite a subi de nombreuses blessures au cours des siècles, et l'avenir devra continuer à se bâtir sur des bases identitaires et culturelles solides propres aux Inuits (Administration régionale Kativik et Makivik, 2010).

À cet égard, le Nunavik a déjà démontré de nombreux éléments clés de résilience communautaire, dont la préservation de l'inuktitut comme langue d'enseignement et le maintien de certaines activités traditionnelles. Son niveau de scolarité moyen s'est élevé au cours des dernières années et il jouit d'une certaine autonomie en matière de gestion des services de santé, de l'éducation et d'autres secteurs importants de ses infrastructures régionales.

Le Nunavik doit poursuivre sur cette voie afin d'accroître son autonomie et de stimuler les investissements dans les infrastructures de la région. Les circonstances qui sous-tendent les iniquités en matière de santé au Nunavik exigent une intervention multidimensionnelle allant au-delà des stratégies à court terme de résolution des problèmes, mais bien une planification globale d'amélioration de la santé de la population à long terme. Le peuple du Nunavik doit continuer à construire son identité et redevenir maître des ressources dont il a besoin pour tracer sa propre voie vers la santé et le bien-être.

Références

- Ajunnginiq Centre. Doing it Right Too: FASD (Fetal Alcohol Spectrum Disorder) and Inuit Communities. Ottawa: Sponsored by: Health Canada/FNIHB and ITK, 2003.
- Alfred, G. "Colonialism and State Dependency." *Journal de la santé autochtone*, novembre 2009.
- American Academy of Pediatrics - Council on Community Pediatrics. "The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes." *Pediatrics* 123: (2009): 598–603.
- Anctil, Mélanie. *Qanuippitaa How Are We? Nunavik Inuit Health Survey 2004: Survey Highlights*. Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2008.
- Auger, N, M Raynault, R Lessard, and R Choinière. "Income and health in Canada." In *Social Determinants of Health, D. Raphael (ed)*. Toronto: Canadian Scholars' Press, 2004.
- Baillie, R, and K Wayte. "Housing and health in Indigenous communities: Key issues for housing and health improvement in remote Aboriginal and Torres Strait Islander communities." *Australian Journal of Rural Health* 14 (2006): 178-183.
- Baker, M, D Das, K Venugopal, and P Howden-Chapman. "Tuberculosis associated with household crowding in a developed country." *Journal of epidemiology and community health* 62, no. 8 (August 2008): 715-21.
- Ball, Jessica. Promoting Equity and Dignity for Aboriginal Children in Canada. IRPP Choices 14 (7), 2008.
- Bauman, Adrian E, Rodrigo Reis, James Sallis, Jonathan Wells, Ruth Loos, and Brian Martin. "Correlates of physical activity: why are some people physically active and others not?" *The Lancet* 380, no. 9838 (July 2012): 258-271.
- Beauregard, D, L Comeau, and J Poissant. Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles. INSPQ, 2010.
- Berkman, Lisa, and Ichiro Kawachi. *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press, 2000.
- Berti, PR, Receveur O, et al. "Dietary exposure to chemical contaminants from traditional food among adult Dene/Metis in the western Northwest Territories, Canada." *Environmental Research* 76, no. 2 (1998): 131-142.
- Bjerregaard, P, K Young, E Dewailly, and S Ebbesson. "Review article: Indigenous health in the Arctic: an overview of the circumpolar Inuit population." *Scand J Public Health*, 2004.
- Bjerregaard, P, TK Young, and RA Hegele. "Low incidence of cardiovascular disease among the Inuit -- what is the evidence?" *Atherosclerosis* 166, no. 2 (2003): 351-7.
- Bjerregaard, Peter, and T. Kue Young. *The circumpolar Inuit: health, population, and arctic adaptation*. Wiley, 1998.
- Blais, C, and L Rochette. *Surveillance de l'hypertension au Québec: Incidence, prévalence et mortalité*. Montreal: Institut national de santé publique du Québec, 2011.
- Blanchet, C, and L Rochette. *Nutrition and Food Consumption among the Inuit of Nunavik*. Québec: Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2008.
- Bobet, E. 2013. Summary report on the Nituuchischaayihitaa Aschii Multi-Community Environment-and-Health Study. Public Health Report Series 4 on the Health of the Population.

Chisasibi (Québec) : Cree Board of Health and Social Services of James Bay.

Bobbish-Rondeau, E, P Boston, et al. *The Cree experience of diabetes: A qualitative study of the impact of diabetes among the James Bay Cree*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay, 1996.

Bottorff, Joan L, et al. "A family affair: Aboriginal women's efforts to limit second-hand smoke exposure at home." *Canadian Journal of Public Health* 101, no. 1 (2010): 32-35.

Bowes, J, and R Grace. Review of early childhood parenting, education and health intervention programs for Indigenous children and families in Australia. Canberra: Australian Institute of Health and Welfare & Melbourne: Australian Institute of Family Studies: Issues paper no. 8. Produced for the Closing the Gap Clearinghouse., 2014.

Brascoupe, S, and C Waters. "Cultural safety: exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness." *Journal of Aboriginal Health*, 2009.

Burke, NJ, G Joseph, RJ Pasick, and JC Barker. "Theorizing Social Context: Rethinking Behavioral Theory." *Health Educ Behav*, 2009: 55S-67S.

Cameron, Emilie. *State of the knowledge: Inuit public health, 2011*. Prince George, B.C.: National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2011.

Canada Mortgage and Housing Corporation . *Housing and population health – Research framework*. Ottawa: CMHC: Socio-economic Series 04-016, 2004.

Chan, HM, C Kim, et al. "Assessment of dietary exposure to trace metals in Baffin Inuit food." *Environmental Health Perspectives* 103, no. 7-8 (1995): 740-746.

Chan, HM, M Trifonopoulos, et al. "Consumption of freshwater fish in Kahnawake: risks and benefits." *Environmental Research* 80 (1999): S213-S222.

Chandler, Michael J., and Christopher E. Lalonde. "Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth." *Horizons –A Special Issue on Aboriginal Youth* 10, no. 1 (2008): 68-72.

Chin, HB, TA Sipe, RW Elder, SL Mercer, SK Chattopadhyay, et al. "Effectiveness of group-based comprehensive risk-reduction and abstinence education interventions to prevent or reduce the risk of adolescent pregnancy, Human Immunodeficiency Virus, and sexually transmitted infections: two systematic reviews for the Guide." *Am J Prev Med*, 2012: 272-94.

Clark, M, and D.W Cameron. "Tuberculosis elimination in the Canadian First Nations population: assessment by a state-transfer, compartmental epidemic model." *International Journal of Infectious Diseases* 13 (2009): 220-226.

Clark, Michael, Peter Riben, and Earl Nowgesic. "The association of housing density, isolation and tuberculosis in Canadian First Nation communities." *International Journal of Epidemiology* 31 (2002): 940-945.

Commissaire à la santé et au bien-être du Québec. *LA PERFORMANCE DU SYSTÈME DE SANTÉ ET DE SERVICES SOCIAUX QUÉBÉCOIS 2013*. Gouvernement du Québec, 2013.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. "En route vers la santé! Programme d'éducation en nutrition pour les écoles primaires des communautés des Premières Nations du Québec." 2009.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Portrait du diabète dans les communautés des Premières Nations du Québec*. Québec: CSSPNQL, 2011.

Counil, E, E Dewailly, et al. "Trans-polar fat: all Inuit are not equal." *British Journal of Nutrition*, 1 2008: 1-4.

Couture A. 2010. Portrait actuel de l'exposition au plomb dans le Nunavik: Évaluation des déterminants potentiels de la plombémie résiduelle. Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval. Québec: Université Laval.

Czyzewski, K. "Colonialism as a broader social determinant of health." *International Indigenous Policy Journal* 2, no. 1 (2011): 1-14.

Desjardins, N, G D'Amours, J Poissant, and S Manseau. Avis scientifique sur les interventions efficaces en promotion de la santé mentale et en prévention des troubles mentaux. INSPQ, 2008.

Dewailly, E, C Blanchet, S Gingras, S Lemieux, Sauve L, et al. "Relations between n-3 fatty acid status and cardiovascular disease risk factors among Quebecers." *American Journal of Clinical Nutrition*, 2001: 603-611.

Dewailly, E, R Dallaire, et al. Qanuipittaa? How are we? Exposure to environmental contaminants in Nunavik: persistent organic pollutants and new contaminants of concern. Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2007.

Dewailly, Eric, Marie-Ludivine Chateau-Degat, Jean-Marie Ékoé, and Robert Ladouceur. *Qanuipittaa-How are we? Status of cardiovascular disease and diabetes in Nunavik*. Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec, 2007.

Dewailly E, Nieboer E. 2005. Exposition aux résidus miniers et évaluation préliminaire de l'état de santé de la population crie d'Oujé-Bougoumou : Rapport d'enquête. Disponible en ligne : <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/619-ExpoResidusOuje-Bougoumou.pdf>

Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec. *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec, Riches de tous nos enfants*. La Direction des communications du

ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2007.

Dodin, Sylvie, and Claudine Blanchet. *Women's health and preventive sexual behaviours among men and women: 2004 Qanuipittaa survey*. Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec, 2007.

Duhaime, G, M Chabot, et al. "The impact of dietary changes among the Inuit of Nunavik (Canada): a socioeconomic assessment of possible public health recommendations dealing with food contamination." *Risk Analysis* 24, no. 4 (2004): 1007-1018.

Duhaime, G, M Chabot, and M Gaudreault. "Food consumption patterns and socioeconomic factors among the Inuit of Nunavik." *Ecology of Food and Nutrition*, 2002: 91-118.

Duhaime, Gerard. *Socio-economic profile of Nunavik, 2008 edition*. Québec: Laval University, Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée, 2008.

Duhaime, Gérard, and Andrée Caron. *Indices comparatifs des prix du Nunavik 2011*. Québec: Université Laval, 2012.

Earle, Lynda. *Traditional Aboriginal diets and health*. 2011: National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2011.

Elder, RW, B Lawrence, G Janes, RD Brewer, TL Toomey, et al. "Enhanced enforcement of laws prohibiting sale of alcohol to minors: systematic review of effectiveness for reducing sales and underage drinking." *Transportation Research E-Circular*, 2007, Issue E-C123 ed.: 181-8.

Elliott, L, and A Macaulay. *Public health surveillance in the Inuit of Canada's four northern Inuit regions: currently available data and recommendations for enhanced surveillance*. Ottawa: Inuit Tapiriit Kanatami, 2004.

Furgal, C, and L Rochette. Qanuippitaa? How are we? Perception of contaminants, participation in hunting and fishing activities and potential impacts of climate change. Montréal: Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2007.

Furgal, Christopher, and Jacinthe Seguin. "Climate change, health, and vulnerability in Canadian northern Aboriginal communities." *Environmental Health Perspectives* 114, no. 12 (December 2006): 1964-1970.

Gracey, M, and M King. "Indigenous health part 1: determinants and disease patterns." *The Lancet* 374 (2009): 65-75.

Greaves, L, J Johnson, J Bottorff, S Kirkland, N Jategaonkar, et al. "What Are the Effects of Tobacco Policies on Vulnerable Populations? A Better Practices Review." *REVUE CANADIENNE DE SANTÉ PUBLIQUE*, 2006: 310-315.

Groupe scientifique sur l'eau. 2003. Fiches synthèses sur l'eau potable et la santé humaine: Avis d'ébullition de l'eau. Québec: Institut national de santé publique du Québec.

Hamlin-Douglas, LK, F Coutlée, M Roger, EL Franco, and P Brassard. "Prevalence and age distribution of human papillomavirus infection in a population of Inuit women in Nunavik, Québec." *Cancer Epidemiol Biomarkers Prev* 17, no. 11 (2008): 3141-9.

Health Council of Canada. Empathy, dignity, and respect. Creating cultural safety for Aboriginal people in urban health care. Toronto: Health Council of Canada, 2012.

Heath, GW, DC Parra, OL Sarmiento, LB Andersen, N Owen, et al. "Physical activity 3- Evidence-based intervention in physical activity: lessons from around the world." *Lancet*, 2012: 272-81.

Hicks, J. "The social determinants of elevated rates of suicide among Inuit youth." *Indigenous Affairs*, 2007, 4 ed.: 30-37.

Indigenous Physicians Association of Canada and The Association of Faculties of Medicine of Canada. First Nations, Inuit, Métis CORE COMPETENCIES Health Curriculum Implementation Toolkit for Undergraduate Medical Education. IPAC-AFMC, 2010.

Institut national de santé publique du Québec. *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance*. Infocentre de santé publique, 2013.

Institut national de santé publique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006: les statistiques*. Institut national de santé publique du Québec, 2006.

Institut national de santé publique du Québec. *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011: les statistiques*. Institut national de santé publique du Québec, 2011.

INSPQ (Institut national de santé publique du Québec). 2003. Étude sur l'établissement de valeurs de référence d'éléments traces et de métaux dans le sang, le sérum et l'urine de la population de la grande région de Québec. Disponible en ligne :

<http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/289-valeursreferencemetaux.pdf>

Inuit Tapiriit Kanatami. "Backgrounder on economic opportunities: for discussion at the Economic Opportunities Sectoral Meeting December 13 and 14, Ottawa." November 15, 2004a.

—. "Backgrounder on Inuit and housing. For discussion at the Inuit Housing Sectoral Meeting, November 24-25 in Ottawa." November 1, 2004c.

Inuit Tapiriit Kanatami. "Inuit in Canada: A Statistical Profile." 2008.

Inuit Tapiriit Kanatami. *Social Determinants of Inuit Health in Canada: A Discussion Paper*. Ottawa: Inuit Tapiriit Kanatami, 2007.

Irwin, Lori G, Arjumand Siddiqi, and Clyde Hertzman. *Early Childhood Development: A Powerful Equalizer*. Final report for the WHO Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization, 2007.

Joseph, P, A Davis, R Miller, K Hill, H McCarthy, et al. "Contextual determinants of health behaviours in an aboriginal community in Canada: pilot project." *BMC Public Health* 12 (2012).

Kativik Municipal Housing Bureau. *Estimate of social housing needs in Nunavik's 14 Northern villages*. Kativik Municipal Housing Bureau, 2013.

Kativik Regional Government & Makivik Corporation. *Plan Nunavik*. Kativik Regional Government & Makivik Corporation, 2010.

Kawachi, I, and L Berkman. "Social ties and mental health." *Journal of Urban Health* 78, no. 3 (2001): 458-467.

King, David. A brief report of the federal government of Canada's residential school system for Inuit. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation, 2006.

Kirmayer, L, and G Valaskakis. *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*. Vancouver: University of British Columbia Press, 2009.

Kirmayer, L, and K Paul. *Qanuippitaa-How are we? Mental health, social support, and community wellness*. Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec, 2007.

Kirmayer, L, B Hayton, M Malus, V Jimenez, R Dufour, et al. *Suicide in Canadian Aboriginal Populations: Emerging Trends in Research and Intervention*. A Report Prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples, 1994.

Kirmayer, Laurence, Gregory Brass, Tara Holton, Ken Paul, Cori Simpson, and Caroline Tait. *Suicide among Aboriginal People in Canada*. Ottawa: Aboriginal Healing Foundation, 2007.

Kirmayer, LJ, M Malus, and LJ Boothroyd. "Suicide attempts among Inuit youth: a community survey of prevalence and risk factors." *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 1996: 8-17.

Knotsch, Cathleen, and Diane Kinnon. *If not now...when? Addressing the ongoing Inuit housing crisis in Canada*. Ottawa: National Aboriginal Health Organization, 2011.

Korhonen, M. *Literacy and health: the importance of higher-level literacy skills*. Ottawa: National Aboriginal Health Organization, Ajunnginiq Centre, 2006.

Kraemer, LD, J Berner, et al. "The potential impact of climate on human exposure to contaminants in the Arctic." *International Journal of Circumpolar Health* 64, no. 5 (2005): 498-509.

Kral, MJ, and L Idlout. *Community Wellness and Social Action in the Canadian Arctic: Collective Agency as Subjective Well-Being*. In L. J. Kirmayer & G. G. Valaskakis (Eds.), *Healing Traditions: The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*. Vancouver, Canada: UBC Press, 2009.

Kuhnlein, H, R Soueida, et al. "Dietary nutrient profiles of Canadian Baffin Island Inuit differ by food source, season, and age." *Journal of the American Dietetic Association* 96, no. 2 (1996): 155-162.

Kuhnlein, H.V., O. Receveur, et al. "Arctic indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity." *Journal of Nutrition* 134, no. 6 (2004): 1447-1453.

Lajoie, P, B Lévesque, and M Rhainds. *Nunavik Inuit Health Survey 2004/Qanuippitaa? How are we? Respiratory Health: Frequency of Asthma, Wheezing and Allergies in Inuit Children in Relation to Indoor Air Quality*. Institut national de santé publique du Québec, 2007.

Larrat, Sylvain, Manon Simard, Stéphane Lair, Denise Bélanger, and Jean-François Proulx. "From science to action and from action to science: the

Nunavik Trichinellosis Prevention Program." *Int J Circumpolar Health*, July 10, 2012: 185-195.

Lauwerys R, Lison D. 2007. Toxicologie industrielle et intoxications professionnelles. Masson, 5^e édition.

Lavoie, Francine, Sarah Fraser, Olivier Boucher, and Gina Muckle. *Qanuippitaa-How are we? Prevention and nature of sexual violence in Nunavik*. Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec, 2007.

Lawn, J, and D Harvey. Nutrition and food security in Kugaaruk, NU: Baseline survey for the Food Mail Pilot Project. Ottawa: Ministry of Indian Affairs and Northern Development, 2003.

Légaré, Gilles. *Qanuippitaa-How are we? Transportation injuries and safety*. Nunavik Regional Board of Health and Social Services and Institut national de santé publique du Québec, 2007.

Légaré, Gilles, and Yvonne Robitaille. *Canadian Community Health Survey, Iiyiyiu Aschii, 2003: Injuries and transportation safety*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay, 2008.

Lessard, L, O Bergeron, L Fournier, and S Bruneau. *Étude contextuelle sur les services de santé mentale au Nunavik*. Gouvernement du Québec, 2008.

Loppie-Reading, C, and F Wien. *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health*. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2009.

Low, N, and M Egger. "What should we do about screening for genital chlamydia?" *International Journal of Epidemiology*, 2002: 891-893.

Lowe A-M. 2014. Réchauffement climatique et populations nordiques. Perspective infirmière. Vol. 11, No. 2.

Mann, J. "Stemming the tide of diabetes mellitus." *The Lancet* 356 (2000): 1454-1455.

Marmot, Michael. "Achieving health equity: from root causes to fair outcomes." *Lancet* 37, no. 9593 (September 2007): 1153-1163.

Martin, D, et al. "Drinking water quality in Nunavik: health impacts in a climate change context." 2005.

Mignone, Javier, and John O'Neill. "Social capital as a health determinant in First Nations: An exploratory study in three communities." *Journal of Aboriginal Health* 2, no. 1 (2005).

Ministère de la santé et des services sociaux du Québec. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec*. Gouvernement du Québec, 2011.

Moloughney, Brent. *Housing and population health. The state of current research knowledge*. Canadian Institute for Health Information and Canada Mortgage and Housing Corporation, 2004.

Morin, F, JF Proulx, M Steben, M Libman, and M Forget. Mise à jour du programme de lutte aux infections transmissibles sexuellement et par le sang - Nunavik : volet intervention clinique. Institut national de santé publique du Québec, 2013.

Mozaffarian, D., and E. Rimm. "Fish intake, contaminants, and human health: evaluating the risks and benefits." *JAMA* 296, no. 15 (2006): 1885-1899.

Naasautit. Inuit Kaujisarvingat Knowledge Centre: Naasautit Inuit Health Statistics. www.inuitknowledge.ca/naasautit (accessed 2013).

Nakano, T, K Fediuk, et al. "Food use of Dene/Metis and Yukon Children." *International Journal of Circumpolar Health* 64, no. 2 (2005): 137-146.

National Clearinghouse on Aboriginal Health. ACCÈS AUX SERVICES DE SANTÉ COMME DÉTERMINANT SOCIAL DE LA SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS, DES INUITS ET DES MÉTIS. National Clearinghouse on Aboriginal Health, 2011.

NRBHSS. 2011. Nunavik child Development Study.

Nolin, B, P Lamontagne, and A Tremblay. *Physical activity, anthropometry and perception of body weight*. Québec: Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2007.

Nunavik Regional Board of Health and Social Services. "ANNUAL REPORT 2012 – 2013 ." 2013.

Nunavik Regional Board of Health and Social Services. "Nunavik Child Development Study 2011." Electronic report http://www.rrsss17.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=191&Itemid=139&lang=en., 2011.

Nunavik Regional Board of Health and Social Services. "Plan d'action régional: prévention et contrôle de la tuberculose au Nunavik." 2014.

Nunavut Department of Health and Social Services. "Social Determinants of Health in Nunavut Workshop: Final Report." Iqaluit, 2005.

OECD. *Health at a Glance 2011: OECD Indicators*. Organization for Economic Cooperation and Development, 2011.

Oliver, G, and J Wardle. "Perceived effects of stress on food choice." *Physiology and Behavior* 66, no. 3 (1999): 511-515.

Oliver, L N, PA Peters, and DE Kohen. Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008. Statistics Canada, 2012.

Parkes, Margot W. *Ecohealth and Aboriginal health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2010.

Pauktuutit Inuit Women of Canada. "Action in Inuit Communities: What does it take? Sexual Health Symposium Report." Iqaluit: Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006.

—. "Resource Extraction and Inuit Sexual Health: Sexual Health is Everyone's Responsibility Conference Report, April 2, 2008." Ottawa: Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2008.

Penney, Chris, Erin O'Sullivan, and Sacha Senécal. *The Community Well-Being Index (CWB): Examining well-being in Inuit communities, 1981-2006*. Gatineau: Strategic Research Directorate, Aboriginal Affairs and Northern Development Canada, 2012.

Pirkle *et al* . 2014. the complex balance between mercury exposure and country foods benefits - Comprehensive guidelines for health practitioners in the Arctic. Draft version.

Plaziac, C, and D Hamel. *Qanuippitaa? How are we? Tobacco Use*. Québec: Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2007.

Preston, S; Heuveline, P, and M Guillot. *Demography: measuring and modeling population processes*. Massachusetts: Blackwell Publishers, 2001.

Public Health Agency of Canada. *At a Glance - HIV and AIDS in Canada: Surveillance Report to December 31st, 2012* . 11 29, 2013. <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/publication/survreport/2012/dec/index-eng.php> (accessed 07 29, 2014).

Public Health Agency of Canada. "Diabetes in Canada: Facts and figures from a public health perspective." Ottawa, 2011.

Receveur, O, M Boulay, et al. "Decreasing traditional food use affects diet quality for adult Dene/Metis in 16 communities of the Canadian Northwest Territories." *Journal of Nutrition* 127, no. 11 (1997): 2179-2186.

Roberge, MC, and C Choinière. Analyse des interventions de promotion de la santé et de prévention en contexte scolaire québécois : cohérence avec les meilleures pratiques selon l'approche École en santé. INSPQ , 2009.

Rochette, L, and C Blanchet. *Methodological report: Nunavik Inuit health survey 2004, Qanuippitaa? How are we?* Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2007.

Romanow, Roy. *Building on values: the future of health care in Canada*. Commission on the Future of Health Care in Canada, 2002.

Santé Québec. A health profile of the Inuit of Québec: Report of the 1992 Santé Québec survey among the Inuit. Santé Québec, 1994.

Sims, M. Early childhood and education services for Indigenous children prior to starting school. Resource sheet no. 7 for the Closing the Gap Clearinghouse, 2011.

Smylie, Janet. "A guide for health professionals working with Aboriginal people: cross-cultural understanding. Policy statement, SOGC." Ottawa: Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada, 2000.

Solar, Orielle, and Alec Irwin. *A conceptual framework for action on the social determinants of health. Discussion paper*. Discussion Paper, Geneva: World Health Organization, 2007.

Spring, B, AC Moller, and MJ Coons. "Multiple health behaviours: overview and implications." *J Public Health* , 2012: i3-i10. .

Statistics Canada. *Food Expenditure in Canada*. Income Statistics Division, 2003.

Statistics Canada. Harvesting and community well-being among Inuit in the Canadian Arctic: Preliminary findings from the 2001 Aboriginal Peoples Survey-Survey of Living Conditions in the Arctic. Ottawa: Ministry of Industry, 2006.

Steensma, C. "Infections gonococciques au Nunavik, 2005-2012." *Présentation résultats préliminaires*. Agence de la santé publique du Canada, 2013.

Tagalik, Shirley. "Inuit Qaujimagatuqangit: The role of indigenous knowledge in supporting wellness in Inuit communities in Nunavut." Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health, 2009-2010. Factsheet (8 pages).

Tait, Heather. *Aboriginal Peoples Survey 2006: Inuit health and social conditions*. Ottawa: Statistics Canada, 2008.

Task Force on Community Preventive Services. "A recommendation to reduce rates of violence among school-aged children and youth by means of universal school-based violence prevention programs." *Am J Prev Med* 2007, 2007: S112-13.

—. "Recommendations to reduce injuries to motor vehicle occupants: increasing child safety seat use, increasing safety belt use, and reducing alcohol-impaired driving." *Am J Prev Med*, 2001: 16-22.

Tester, F.J., and P McNicoll. "Isumagijaksaq: mindful of the state: social constructions of Inuit suicide." 58 (2004): 2625-2636.

Totten, S, I Sobol, A Severini, V Goleski, and Y Mao. "HPV Surveillance in Nunavut." Presentation in CPAC Pan-Canadian Forum on Cervical Cancer Prevention and Control in the HPV Vaccine Era. October 30, 2008.

UN Economic Commission for Europe. *Making Data Meaningful, Part 1: A guide to writing stories about numbers*. New York and Geneva: United Nations, 2009.

UNEP (United Nations Environment Programme). Minamata Convention on mercury. Web site: <http://www.mercuryconvention.org/Home/tabid/3360/Default.aspx>

- Van Oostdam, J, SG Donaldson, et al. "Human health implications of environmental contaminants in Arctic Canada: a review." *The Science of the Total Environment* 1 (2005): 165-246.
- Varcoe, C, JL Bottorff, J Carey, and D Sullivan. "Wisdom and influence of Elders: Possibilities for health promotion and decreasing tobacco exposure in First Nations communities." *Can J Public Health* 101, no. 2 (2010): 154-158.
- Wanyeki, L, et al. "Dwellings, crowding, and tuberculosis in Montreal." *Social Science and Medicine* 63, no. 2 (2006): 501-11.
- Wardle, J, A Steptoe, et al. "Stress, dietary restraint and food intake." *Journal of Psychosomatic Research* 48, no. 2 (2000): 195-202.
- Wexler, L. "Behavioral Health Services 'Don't Work for Us': Cultural Incongruities in Human Service Systems for Alaska Native Communities." *Am J Community Psychol*, 2011, 47 ed.: 157-169.
- Wexler, L. "Inupiat youth suicide and culture loss: changing community conversations for prevention." *Social Science and Medicine* 63 (2006): 2938-2948.
- Whitbeck, LB, GW Adams, DR Hoyt, and X Chen. "Conceptualizing and Measuring Historical Trauma Among American Indian People." *American Journal of Community Psychology*, 2004.
- Wiehe, SE, MB Rosenman, J Wang, BP Katz, and JD Fortenberry. "Chlamydia screening among young women: individual- and provider-level differences in testing." *Pediatrics*, 2011: e336-44.
- Wilkins, Russell, Sharanjit Uppal, Philippe Finès, Sacha Sénécal, Eric Guimond, and Rene Dion. "Life expectancy in the Inuit-inhabited areas of Canada, 1989-2003." *Health Reports*, 2008.
- Willows, ND, AJG Hanley, et al. "A socioecological framework to understand weight-related issues in Aboriginal children in Canada." *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism* 37 (2012): 1-13.
- Willows, Noreen D. "Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada: the current state of knowledge and research gaps." *Canadian Journal of Public Health* 96, no. Supplement 3 (2005): S32-S36.
- World Health Organization. "Definition of Social Determinants of Health." *WHO website*. http://www.who.int/social_determinants/sdh_definition/en/ (accessed April 24, 2014).
- World Health Organization, Commission on Social Determinants of Health. *Closing the gap in one generation: health equity through action on the social determinants of health. Final report of the Commission on Social Determinants of Health*. Geneva: World Health Organization, 2008.
- WritingPartners. "Healthy Choices?" *WritingPartners*. December 24, 2011. <HTTP://WRITINGPARTNERS.WORDPRESS.COM/2011/11/24/HEALTHY-CHOICES/> (accessed February 10, 2014).
- Zoungrana, Hamado. *Maladies infectieuses à déclaration obligatoire (MADO) déclarées au Nunavik - 2013*. Unpublished document, Nunavik Regional Board of Health and Social Services, 2014

Annexe : Tableaux statistiques

Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, 2000-2004 et 2005-2009								
	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	Âge	IC 95 %	Âge	IC 95 %	Âge	IC 95 %	Âge	IC 95 %
Hommes								
2000-2004	58,9	(56-61,8)	61,7	(58,1-65,3)	60,5	(58,2-62,8)	76,7	(76,7-76,8)
2005-2009	61,8	(58,9-64,8)	68,9	(65,2-72,5)	64,7	(62,4-67)	78,6	(78,5-78,6)
Femmes								
2000-2004	68,3	(65,3-71,3)	68,7	(65,5-71,9)	68,5	(66,4-70,7)	82,3	(82,3-82,4)
2005-2009	70,0	(67,1-72,9)	67,5	(64,7-70,4)	68,9	(66,9-71)	83,5	(83,4-83,5)
Total								
2000-2004	63,4	(61,2-65,5)	65	(62,5-67,4)	64,2	(62,6-65,9)	79,6	(79,6-79,7)
2005-2009	65,6	(63,5-67,8)	67,9	(65,6-70,3)	66,5	(65-68,1)	81,1	(81,1-81,2)
Sources :								
MSSS, Service de développement de l'information, Estimations et projections démographiques (version de janvier 2010).								
Fichier des naissances du MSSS								
Fichier des décès du MSSS (version de juillet 2012)								

Principales causes de mortalité, 2005-2009, en fonction du sexe (taux ajustés en fonction de l'âge pour 10 000 habitants)

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %
Hommes								
Ensemble des causes	ND	—	ND	—	68,4	(59,5-78,7)	24,6	(24,4-24,8)
Cancers	ND	—	ND	—	10,7*	(7,5-15,2)	7,8	(7,7-7,8)
Maladies du système circulatoire	ND	—	ND	—	9,4*	(6,5-13,7)	5,3	(5,2-5,4)
Maladies du système respiratoire	ND	—	ND	—	3,5*	(1,9-6,5)	1,6	(1,5-1,6)
Traumatismes non intentionnels	ND	—	ND	—	11,5*	(8,2-16,1)	2,2	(2,1-2,2)
Suicide	ND	—	ND	—	19,3	(14,9-25,1)	1,8	(1,7-1,8)
Femmes								
Ensemble des causes	ND	—	ND	—	52,4	(44,4-67,1)	16,6	(16,5-16,7)
Cancers	ND	—	ND	—	14,8	(10,9-20,2)	6,2	(6,1-6,2)
Maladies du système circulatoire	ND	—	ND	—	3,6*	(1,9-6,7)	3,1	(3,1-3,2)
Maladies du système respiratoire	ND	—	ND	—	9,1*	(6,2-13,5)	1,1	(1,1-1,1)
Traumatismes non intentionnels	ND	—	ND	—	5,9*	(3,6-9,6)	0,9	(0,8-0,9)
Suicide	ND	—	ND	—	4*	(2,2-7,3)	0,5	(0,5-0,5)
Total								
Toutes causes confondues	ND	—	ND	—	60,9	(54,8-67,7)	20,4	(20,3-20,5)
Cancers	ND	—	ND	—	12,8	(10,1-16,1)	6,9	(6,8-6,9)
Maladies du système circulatoire	ND	—	ND	—	6,7	(4,8-9,2)	4,2	(4,1-4,2)
Maladies du système respiratoire	ND	—	ND	—	6,3*	(4,5-8,8)	1,3	(1,3-1,3)
Blessures	ND	—	ND	—	8,8	(6,6-11,6)	1,5	(1,5-1,6)
Suicide	ND	—	ND	—	11,9	(9,4-15,1)	1,1	(1,1-1,2)

Taux ajustés selon l'âge de la population du Nunavik (deux sexes confondus) en 2006

* Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. À interpréter avec prudence.

ND : non disponible

Sources :

MSSS, Service de développement de l'information, Estimations et projections démographiques (version de janvier 2010).

Fichier des naissances du MSSS

Fichier des décès du MSSS (version de juillet 2012)

Espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) selon le sexe, 2006

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	Âge	IC 95 %	Âge	IC 95 %	Âge	IC 95 %	Âge	IC 95 %
Hommes	49,7	(46,8-52,7)	54,4	(50,1-58,6)	51,2	(48,8-53,6)	66,5	(66,4-66,5)
Femmes	55,6	(53-58,2)	53,5	(50,6-56,4)	54,4	(52,4-56,4)	68,3	(68,2-68,3)
Total	52,5	(50,4-54,5)	52,3	(49,6-55)	52,7	(51,2-54,2)	67,4	(67,3-67,4)

Source :

Infocentre de santé publique du Québec.

Principales causes d'hospitalisation, taux ajusté selon l'âge pour 10 000 habitants pour les exercices de 2007-2008 à 2011-2012 (établissements de soins de courte durée, par diagnostic principal)

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %
Hommes								
Violence	68,3	(57-82)	39,5	(30-52)	55,9	(48-65)	2,3	(2-2)
Maladies d'origine périnatale	63,5	(53-76)	96,3	(81-114)	76,7	(68-87)	125,3	(125-126)
Maladies infectieuses et parasitaires	52	(42-64)	80,8	(66-98)	63,9	(56-74)	19,9	(20-20)
Blessures et empoisonnements	277,1	(253-303)	199,5	(176-226)	244	(227-262)	48,9	(49-49)
Maladies du système circulatoire	74,7	(63-89)	120,8	(103-142)	93,9	(84-105)	50,8	(51-51)
Maladies du système digestif	257,3	(234-283)	205,6	(182-232)	235	(218-253)	53,6	(53-54)
Maladies du système génito-urinaire	31,3	(24-41)	47,2	(37-61)	38,1	(32-46)	17,9	(18-18)
Maladies du système respiratoire	349,5	(323-378)	271,9	(245-302)	317,7	(298-338)	73,6	(73-74)
Problèmes musculo-squelettiques et des tissus conjonctifs	46	(37-57)	25*	(18-35)	37,2	(31-45)	18,7	(19-19)
Anomalies congénitales et chromosomiques	22,1	(16-30)	21,4*	(15-31)	21,9	(17-28)	22,4	(22-23)
Suicide	25,8	(19-35)	11,9*	(7-20)	19,9	(15-26)	2,1	(2-2)
Blessures	176,4	(157-198)	131,5	(113-153)	157,6	(144-173)	40,7	(40-41)
Cancers	34,1	(26-44)	10,1*	(6-17)	23,7	(19-30)	23,9	(24-24)
Tous diagnostics confondus	1 508,3	(1 452-1567)	1 397,1	(1 334-1 463)	1 460,8	(1 418-1 504)	522,9	(522-524)
Femmes								
Violence	58,2	(47-71)	30	(22-41)	45,4	(38-54)	0,5	(0,4-0,5)
Maladies d'origine périnatale	67,8	(57-80)	83,8	(69-101)	74,3	(65-84)	113,6	(113-114)
Maladies infectieuses et parasitaires	56,5	(46-69)	66,2	(53-82)	60,7	(52-70)	19,8	(20-20)
Blessures et empoisonnements	263,7	(240-290)	177,2	(155-203)	226,2	(209-245)	34	(34-34)
Maladies du système circulatoire	42,3	(33-54)	85,3	(70-104)	60,8	(52-71)	29,1	(29-29)
Maladies du système digestif	304	(278-333)	227,4	(202-256)	271,1	(252-291)	52,4	(52-53)
Maladies du système génito-urinaire	119,1	(103-137)	113,4	(96-134)	116,6	(105-130)	34,7	(34-35)
Maladies du système respiratoire	396,8	(368-428)	335	(303-370)	368,6	(347-392)	57	(57-57)
Problèmes musculo-squelettiques et des tissus conjonctifs	50,1	(40-62)	37,7	(28-50)	45,2	(38-54)	18	(18-18)

Principales causes d'hospitalisation, taux ajustés selon l'âge pour 10 000 habitants pour les exercices de 2007-2008 à 2011-2012 (établissements de soins de courte durée, par diagnostic principal) (suite)

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %
Anomalies congénitales et chromosomiques	15,8*	(11-23)	29,9	(22-41)	21,6	(17-28)	18,4	(18-19)
Suicide	42,6	(34-54)	23,4*	(16-34)	34,7	(28-42)	2,9	(3-3)
Blessures	153,9	(136-174)	102,3	(86-122)	131,6	(119-146)	25,4	(25-26)
Cancers	39,8	(31-51)	25,2*	(17-37)	32,3	(26-40)	22,9	(23-23)
Tous diagnostics confondus	2 182	(2 111-2 255)	2 140,6	(2 059-2 225)	2 158,4	(2 105-2 213)	751,1	(750-752)
Total								
Violence	63,4	(55-73)	34,7	(28-43)	50,8	(45-57)	1,4	(1,4-1,5)
Maladies d'origine périnatale	65,6	(58-74)	90,1	(79-102)	75,5	(69-82)	119,6	(119-120)
Maladies infectieuses et parasitaires	54,2	(47-63)	73,8	(64-85)	62,4	(56-69)	19,9	(20-20)
Blessures et empoisonnements	270,7	(253-289)	188,1	(172-206)	235,1	(223-248)	41,7	(42-42)
Maladies du système circulatoire	59,3	(52-68)	104,2	(92-118)	78,1	(71-86)	39,5	(39-40)
Maladies du système digestif	279,8	(262-299)	216,5	(199-236)	252,4	(240-266)	52,9	(53-53)
Maladies du système génito-urinaire	73,7	(65-84)	80,2	(70-92)	76,5	(70-84)	26	(26-26)
Maladies du système respiratoire	371,7	(352-392)	300	(279-323)	341,2	(327-356)	65,4	(65-66)
Problèmes musculo-squelettiques et des tissus conjonctifs	48	(41-46)	31,4	(25-39)	41,2	(36-47)	18,4	(18-19)
Anomalies congénitales et chromosomiques	19,1	(15-24)	25,5	(20-32)	21,8	(18-26)	20,4	(20-21)
Suicide	34	(28-41)	17,6	(13-24)	27,1	(23-32)	2,5	(2-3)
Blessures	165,5	(152-180)	116,5	(104-131)	144,7	(135-155)	33,4	(33-34)
Cancers	36,8	(31-44)	16,9	(12-23)	27,8	(24-32)	23,2	(23-23)
Tous diagnostics confondus	1 834	(1 789-1 880)	1 758,5	(1 707-1 811)	1 799,6	(1 766-1 834)	633,4	(633-634)

Taux corrigés selon la structure par âge de la population du Nunavik (deux sexes confondus) en 2006

* Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. À interpréter avec prudence.

Sources :

MSSS, fichier MED-ÉCHO.

MSSS, Service de développement de l'information, Estimations et projections démographiques (version d'avril 2012).

Principaux problèmes de santé chronique, population de 18 ans et plus, Nunavik, 2004 (%)

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Infarctus du myocarde	3 *	(1,6-5,2)	NP**	—	2,3 *	(1,4-3,7)	ND	—
Autre maladie du cœur	7,5	(5,4-10,2)	5,5 *	(3,6-8)	6,7	(5,1-8,5)	ND	—
Crise cardiaque	5,3 *	(3,4-7,8)	2,5 *	(1,4-4,2)	4,1	(2,9-5,6)	ND	—
Hypertension	16,7	(13,6-20,2)	16,7	(13,3-20,5)	16,7	(14,5-19)	ND	—
Taux élevé de cholestérol	7,5	(5,4-10)	8,5	(6,2-11,3)	7,9	(6,4-9,6)	ND	—

* Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. À interpréter avec prudence.

** NP : Donnée non présentée car le coefficient de variation excède 33,33 %.

ND : non disponible

Source : Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?

Proportion d'Inuit du Nunavik de 18 ans et plus atteints d'une déficience auditive, 2004

Catégorie	Audition normale		Déficience auditive unilatérale		Déficience auditive bilatérale	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Nunavik	56	53,1-58,8	19,3	16,9-21,7	24,8	22,4-27,1
Hudson	53,1	49,-57,2	22,5	19,1-26,	24,4	20,9-27,8
Ungava	59,7	55,4-64,1	15	12,1-18,3	25,3	21,4-29,1
Hommes	45,6	41,2-49,9	17,8	14,5-21,5	36,6	32,8-40,4
Femmes	66,7	62,9-70,6	20,8	17,3-24,3	12,5	9,9-15,4
18-29 ans	74,7	70,3-79,1	17	13,3-21,3	8,2 *	5,7-11,5
30-49 ans	53,4	48,6-58,1	23,5	19,2-27,8	23,1	19,2-27,1
50 ans et plus	25,3	19,3-32,2	14,4*	9,7-20,1	60,3	54,3-66,4

Avertissement : la plupart des écarts présentés dans le tableau ci-dessus n'atteignent pas le seuil de signification statistique.

* Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. À interpréter avec prudence.

Source : Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?

Proportion de la population inuite du Nunavik de 18 à 74 ans, présentant un surplus de poids ou souffrant d'obésité, 2004

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Surplus de poids	26,4	(22,6-30,2)	34,2	(29,6-38,7)	29,8	(26,8-32,7)	ND	—
Obésité (30 ≤ IMC ≤ 34)	15,8	(12,6-19,3)	21,5	(17,3-25,7)	18,2	(15,6-20,9)	ND	—
Obésité de catégorie II et III (IMC ≥ 35)	10,2	(7,5-13,6)	9,8	(7,1-13,1)	10	(8,0-12,1)	ND	—

ND : non disponible

Source : Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?

Incidence du cancer (taux ajustés selon l'âge pour 10 000 habitants)

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %
Hommes								
1984-1988	ND	—	ND	—	24,3*	(16,6-35,7)	15,4	(15,2-15,6)
1989-1993	ND	—	ND	—	17,5*	(11,5-26,5)	15,5	(15,3-15,6)
1994-1998	ND	—	ND	—	8,2*	(4,7-14,2)	14,6	(14,5-14,8)
1999-2003	ND	—	ND	—	17,8	(13,1-24,2)	14,9	(14,7-15)
2004-2008	ND	—	ND	—	15,1	(11,1-20,5)	15	(14,9-15,2)
Femmes								
1984-1988	ND	—	ND	—	30,4*	(21-44)	14,9	(14,7-15)
1989-1993	ND	—	ND	—	20,8*	(14,2-30,5)	15	(14,8-15,2)
1994-1998	ND	—	ND	—	15*	(10-22,5)	15,3	(15,1-15,5)
1999-2003	ND	—	ND	—	23,2	(17,2-31,3)	16,2	(16-16,3)
2004-2008	ND	—	ND	—	23,6	(18,2-30,5)	16,8	(16,6-17)
Total								
1984-1988	ND	—	ND	—	27,1	(20,8-35,4)	15	(14,9-15,1)
1989-1993	ND	—	ND	—	19,2	(14,5-25,4)	15,1	(15-15,2)
1994-1998	ND	—	ND	—	11,5	(8,3-15,9)	14,8	(14,7-15)
1999-2003	ND	—	ND	—	20,4	(16,5-25,3)	15,4	(15,3-15,5)
2004-2008	ND	—	ND	—	19,3	(15,8-23,5)	15,8	(15,7-15,9)

Taux ajustés selon la structure par âge de la population du Nunavik (deux sexes confondus) en 2006
 Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Incidence du cancer selon le siège, Nunavik, 2004-2008 : nombre moyen de cas par année, taux ajustés selon l'âge

Siège		Nombre moyen par année	Taux ajusté (pour 10 000 habitants)	CV	IC 95 %	
					Limite inférieure	Limite supérieure
Hommes	Ensemble des sièges	12	15,1		11,1	20,5
	Système digestif	4	5	*	3	8,5
	Système respiratoire	4	4,2	*	2,5	6,9
	Cavité buccale	1	NP			
Femmes	Total	15	23,6		18,2	30,5
	Système digestif	3	4	*	2,2	7,4
	Système respiratoire	5	7,2	*	4,6	11,1
	Cavité buccale	1	NP			
	Sein	2	NP			
	Organes génitaux féminins ¹	3	6,4		5	8
Total	Total	27	19,3		15,8	23,5
	Système digestif	6	4,6	*	3,1	6,8
	Système respiratoire	9	5,7	*	4,1	7,9
	Sein	2	NP			
	Cavité buccale	2	1,8	*	1	3,5

Certains cancers de la peau sont exclus, mais les cancers *in situ* de la vessie sont inclus.

Les taux sont ajustés en fonction de la population totale du Nunavik en 2006.

* Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. À interpréter avec prudence.

NP : données non présentées car le coefficient de variation excède 33,33 %.

Sources : Infocentre de santé publique du Québec; MSSS, Estimations et projections démographiques (version de janvier 2010); MSSS, Registre québécois du cancer.

Cancers du système respiratoire : moyenne annuelle et taux ajustés en fonction de l'âge, Nunavik et Québec, 2004-2008.

Région	Sexe	Nombre moyen par année	Taux (pour 10 000 habitants)	CV	IC 95 %		Comparaison avec le Nunavik
					Limite inférieure	Limite supérieure	
Nunavik	Hommes	4	4,2	*	2,5	6,9	
	Femmes	5	7,2	*	4,6	11,1	
Ensemble du Québec	Hommes	4 555	2,6	1	2,5	2,6	NS
	Femmes	3 206	2,1	1,2	2	2,1	(-)

Les taux sont ajustés en fonction de la population totale du Nunavik en 2006.

* Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. À interpréter avec prudence.

(-) Indique un taux significativement inférieur à celui du Nunavik, tandis que NS indique un écart non significatif sur le plan statistique.

Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Cancers du système digestif : taux d'incidence corrigés, Nunavik et ensemble du Québec, 1999-2003 et 2004-2008

Région	Période	Taux ajusté (pour 10 000 habitants)	IC 95 %		Comparaison avec le Nunavik
			Limite inférieure	Limite supérieure	
Nunavik	1999-2003	5,7	3,8	8,5	
	2004-2008	4,6	3,1	6,8	
Ensemble du Québec	1999-2003	2,5	2,5	2,6	(-)
	2004-2008	2,5	2,5	2,6	(-)

Les taux sont ajustés en fonction de la population totale du Nunavik en 2006.
Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Maladies infectieuses

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
% des personnes de 15 ans et plus ayant utilisé un préservatif lors de leur dernière relation sexuelle, Inuit du Nunavik, 2004	35,3	(30,2-40,4)	33,2	(27,9-38,6)	34,4	(30,8-38)	ND	-
Nombre moyen d'hospitalisations par année liées à des maladies infectieuses, de 2007-2008 à 2011-2012 (ensemble des résidents du Nunavik)	Nombre moyen		Nombre moyen		Nombre moyen		Nombre moyen	
Coqueluche	1		0		1		NP	
C. difficile et entérite associée	0,8		1,6		2,4		NP	
Chlamydia génitale	0		0,8		0,8		NP	
Infection à Streptococcus pneumoniae	2,6		2,8		5,4		NP	
Grippe	9,2		3,6		12,8		NP	
Pneumonie	85,4		62,8		148,2		NP	
Tuberculose	8,6		9,6		18,2		NP	

ND : non disponible

** NP : Donnée non présentée car le coefficient de variation excède 33,33 %.

Sources :

Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?
Infocentre de santé publique du Québec.

Nombre moyen d'hospitalisations par année pour divers types de blessures: Nunavik, 2007-2008 à 2011-2012

	Nombre moyen par année		
	Hommes	Femmes	Total
Traumatismes non intentionnels (CIM-10 CA = V01-X59, Y85-Y86)	94	74	168
Collisions de véhicules motorisés (CIM-10 CA = V02-V04 [.1-.9], V09.2, V09.3 et autres)	9	11	20
- piétons (CIM-10 CA = V02-V04 [.1, .9], V09.2, V09.3)	4	5	9
- occupants de véhicules motorisés (CIM-10 CA = V30-V79 [.4-.9], V83-V85 [.0-.3])	3	3	6
Véhicules conçus pour être utilisés hors route (CIM-10 CA = V86)	27	23	50
Noyade (CIM-10 CA = V90, V92, W65-W74)	0	0	0
Brûlures (CIM-10 CA = X00-X09, X10-X19)	2	2	3
Chutes (CIM-10 CA = W00-W19)	23	21	43
Empoisonnement accidentel (CIM-10 CA = X40-X49)	4	3	7
Corps étrangers (CIM-10 CA = W44)	2	3	5
Heurts contre ou par des objets, compression (CIM-10 CA = W20-W23, W50-W52)	6	2	7
Instruments coupants ou pénétrant dans la peau (CIM-10 CA = W25-W29, W45, W46, W60)	3	1	4
Exposition à un froid excessif (ICD-10 CA = W93, X31)	2	1	3
Blessures par balle accidentelles (CIM-10 CA = W32-W34)	2	0	2

Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Facteurs de risque/protection de blessure dans les transports, Inuit du Nunavik, 2004 (%)

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Personnes qui demandent à d'autres de les accompagner lorsqu'elles conduisent leur motoneige hors du village	71,9	(67,8-75,9)	78,8	(75,1-82,5)	74,8	(72,1-77,6)	ND	—
Personnes qui portent un VFI en bateau	19,2	(15,7-23)	31,9	(27,3-36,5)	24,5	(21,7-27,4)	ND	—
Personnes ayant conduit un véhicule motorisé avec les facultés affaiblies	34,1	(29,9-38,3)	48,6	(44,1-53,1)	40,4	(37,3-43,5)	ND	—

ND : non disponible

Source : Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?

Nombre moyen d'hospitalisations par année pour traumatismes intentionnels et non intentionnels selon l'âge et le sexe : Nunavik, exercices 2007-2008 à 2011-2012

		Nombre moyen d'hospitalisations par année		
Sexe	Groupe d'âge	Traumatismes non intentionnels	Suicide	Violence
Hommes	0-1	1,8	0	0,2
	1-14	25,4	1,4	1,6
	15-24	25,8	5,8	9,6
	25-29	24,6	4	17,8
	45-64	12,4	0,4	3,6
	65+	3,6	0,2	0,2
	Total	93,6	11,8	33
Femmes	0-1	1,8	0	0,6
	1-14	20,2	1,8	0,6
	15-24	20	11	6,6
	25-29	15,4	6	14,6
	45-64	8,4	0,8	3,2
	65+	7,8	0	0,2
	Total	73,6	19,6	25,8
Total	0-1	3,6	0	0,8
	1-14	45,6	3,2	2,2
	15-24	45,8	16,8	16,2
	25-29	40	10	32,4
	45-64	20,8	1,2	6,8
	65+	11,4	0,2	0,4
	Tous âges confondus	167,2	31,4	58,8

Source : MSSS, fichier MED-ÉCHO

Taux ajustés d'hospitalisation, selon l'âge pour des actes de violence : Nunavik et autres régions du Québec de 2007 à 2012 (pour 10 000 habitants)

Année	Région	Hommes		Femmes		Total	
		Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %	Taux	IC 95 %
1991-1996	Nunavik	26,5	20,3-34,5	24,6	18,5-32,6	25,5	21-31
1996-2001		25,9	20,2-33,3	22	16,6-29,1	24	19,9-29
2001-2006		33,2	27,-41	34,7	28,2-42,9	34	29,3-39,4
2007-2012	Nunavik	55,9	48,-65,1	45,4	38,2-54,	50,8	45,3-56,9
	Région crie de la Baie James	32,7	27,4-39,1 (—)	11,6	8,6-15,7 (—)	22,3	19,226 (-)
	Ensemble du Québec	2,3	2,2-2,4 (—)	0,5	0,4-0,5 (—)	1,4	1,4-1,5 (-)

(-) Indique un écart statistiquement significatif en comparaison avec le Nunavik de 2007 à 2012.

Les taux sont ajustés en fonction de la population totale du Nunavik en 2006.

Sources : fichier MED-ÉCHO et Estimations et projections du Service de développement de l'information du MSSS (version d'avril 2012).

Indicateurs de la santé mentale, population inuite de 15 ans et plus, 2004 (%)								
	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Niveau élevé de détresse psychologique selon l'échelle de Kessler (K6)	12,9	(12,5-13,3)	13,3	(12,9-13,6)	13	(12,8-13,3)	ND	—
Personnes ayant déjà songé au suicide	39,4	(35,5-43,3)	29,4	(25,4-33,4)	35	(32,2-37,8)	ND	—
Personnes ayant songé au suicide au cours des 12 derniers mois	14,8	(12-17,7)	13,4	(10,5-16,6)	14,2	(12,1-16,3)	ND	—
Personnes ayant déjà fait une tentative de suicide	23,7	(20,6-26,7)	17	(13,7-20,7)	20,8	(18,5-23)	ND	—
Personnes ayant fait une tentative de suicide au cours des 12 derniers mois	7,8	(5,7-10,4)	5,4*	(3,6-7,7)	6,7	(5,3-8,4)	ND	—
<p>* Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. À interpréter avec prudence. ND : non disponible Source : <i>Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?</i></p>								

Résultat moyen sur l'échelle de détresse psychologique de Kessler (K6) selon l'âge, le sexe et la sous-région : Inuit du Nunavik, 2004

Catégorie	Résultat moyen	IC 95 %	Niveaux de signification
15-29 ans	14,2	13,7-14,6	Catégorie de référence
30-49 ans	13,2	12,7-13,6	(-)
50 ans et plus	9,9	9,4-10,4	(-)
Hudson	12,9	12,5-13,3	Catégorie de référence
Ungava	13,3	12,9-13,6	NS
Hommes	12,3	11,9-12,6	Catégorie de référence
Femmes	13,9	13,5-14,2	(+)
Nunavik	13	12,8-13,3	

L'échelle de Kessler (K6) pose la question : « Au cours des 30 derniers jours, à quelle fréquence vous êtes-vous senti... »

- 1) nerveux?
- 2) désespéré?
- 3) agité ou incapable de tenir en place?
- 4) tellement déprimé que rien ne pouvait vous faire sourire?
- 5) fatigué au point que tout vous semblait difficile?
- 6) inutile?

Le résultat final équivaut à la somme des cotes indiquées à chaque question, qui varient de 6 à 30. À titre d'indication, un résultat entre 6 et 12 correspond à un faible niveau de détresse, un résultat de 13 à 18 traduit une détresse modérée, et un résultat entre 19 et 30 indique un niveau élevé de détresse, qui correspond aux exemples cliniques de personnes atteintes de dépression majeure.

Source : Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?

Indicateurs de la santé buccodentaire, Inuit du Nunavik, 2004 (%)

	Hudson		Ungava		Nunavik		Québec	
	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %	%	IC 95 %
Personnes ayant de la difficulté à mâcher de la viande	11,5	(9-13,9)	6*	(4,2-8,4)	9,1	(7,6-10,9)	ND	—
Personnes ayant de la difficulté à mâcher une pomme	12,3	(9,7-15,3)	6,8*	(4,6-9,5)	9,9	(8,2-11,9)	ND	—

* Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. À interpréter avec prudence.

ND : non disponible

Source : Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik 2004 : Comment allons-nous?

