

Portrait de santé

NUNAVIK

*Les enfants et leur famille, les jeunes, les
adultes et les aînés*

— 2015 —



FAITS SAILLANTS

Auteur

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Collaborateur

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

Ellen Bobet, Confluence Research and Writing

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

Isabelle Duguay, Institut national de santé publique du Québec

Karine Garneau, Institut national de santé publique du Québec

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

Faisca Richer, Institut national de santé publique du Québec

Hamado Zoungrana, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Mise en page et graphisme

Hélène Fillion, Institut national de santé publique du Québec

Communication

Caroline D'Astous, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Le présent document peut être consulté dans son intégralité en format électronique (PDF) sur le site Web de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et 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 requiert l'autorisation écrite de l'auteur. Les demandes doivent être adressées à la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, boîte postale 900, Kuujjuaq (Québec), J0M 1C0, ou par courriel à 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 : Quatrième trimestre 2015

Bibliothèque et Archives nationales du Québec

Bibliothèque et Archives Canada

ISBN: 978-2-922764-79-6 (PDF)

ISSN: 1929-8625 (PDF)

© Gouvernement du Québec (2015)

Introduction

Ce document résume le contenu des Portraits de santé du Nunavik suivants : Les jeunes enfants et leur famille (2014) et La santé des jeunes, des adultes et des personnes âgées (2015), préparés par la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik dans le but d'aider les décideurs et les travailleurs de la santé à planifier des programmes et des services adaptés aux besoins des Nunavimmiut. Plus riches que celui-ci en information (statistiques, contextes, méthodes et limites, etc.), les rapports originaux sont accessibles sur le site Web de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik et au www.inspq.qc.ca.

Le présent résumé se base sur le modèle des *Déterminants sociaux de la santé* pour expliquer l'influence sur la santé des Inuit de nombreux facteurs socioenvironnementaux propres au Nunavik. Nous espérons, avec cette approche, aider les lecteurs à planifier et mettre en œuvre des interventions de santé qui auront une réelle incidence sur la santé des Nunavimmiut.

Survol des méthodes utilisées

Les données contenues dans les rapports synthétisés ici proviennent d'une variété de sources : recensements, enquêtes de santé, registres de maladies et d'hospitalisation et statistiques de l'état civil, chacune présentant ses forces et faiblesses respectives. Certaines renferment des données sur *tous* les habitants du Nunavik, qu'ils soient Inuit ou non. D'autres, à l'inverse, fournissent uniquement des données sur les Inuit, comme l'enquête *Comment allons-nous?* Cette situation n'est pas idéale, mais elle n'invalide pas pour autant la méthode vu que la population du Nunavik se compose à plus de 90 % d'Inuit.

Par ailleurs, certains indicateurs du présent rapport sont calculés à partir de petits échantillons, ce qui complique l'analyse, car un écart de quelques individus suffit parfois à engendrer une importante

variation de taux. Pour atténuer cette difficulté, nous avons utilisé une série de techniques, mais nous invitons tout de même les lecteurs à interpréter les données avec prudence. Nous avons indiqué les différences significatives sur le plan statistique dans le texte; les autres sont considérées comme « non significatives sur le plan statistique » (c'est-à-dire qu'elles peuvent être le fruit du hasard), ce qui ne signifie pas, par contre, qu'elles soient sans intérêt.

Finalement, les lecteurs doivent savoir que la plupart des taux présentés ici sont *standardisés selon l'âge*. La standardisation est une méthode statistique qui « rectifie » les différences d'âge entre différentes populations. Une telle correction est importante, car la population du Nunavik a une proportion beaucoup plus élevée de jeunes que celle du reste de la province, ce qui bien sûr peut avoir un impact sur les mesures de santé observées. Mais comme cette correction modifie la valeur des taux, il est normal que les taux standardisés présentés ici peuvent différer des taux bruts retrouvés dans d'autres sources.

Une approche axée sur les déterminants sociaux de la santé

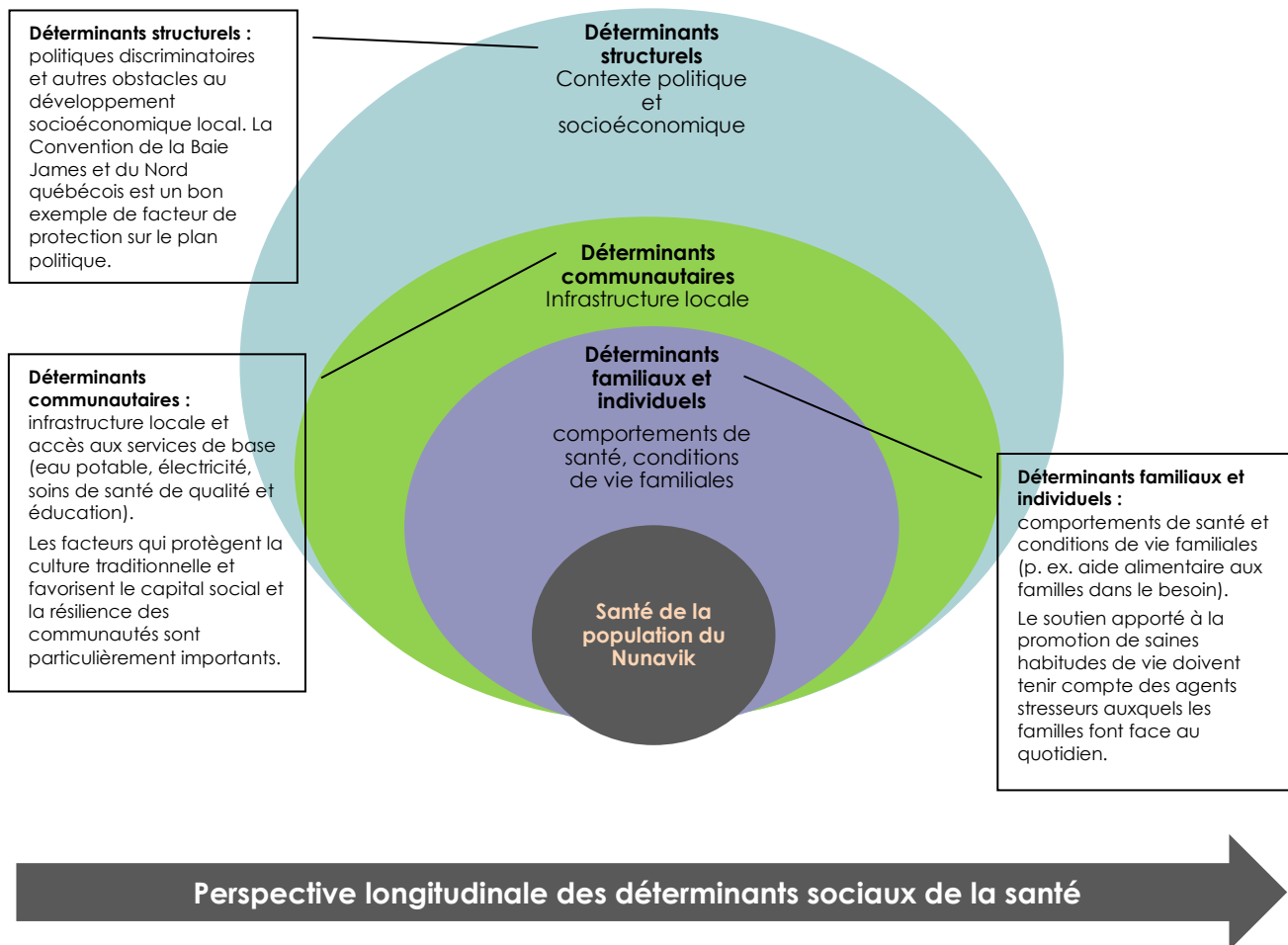
Le présent rapport utilise un modèle de déterminants sociaux adapté à la réalité du Nunavik. L'une des façons d'aborder ces déterminants est de les grouper selon trois *niveaux* :

- ⊖ Le **niveau structurel, ou sociétal**, comprend les facteurs historiques, culturels, économiques et politiques;
- ⊖ Le **niveau communautaire** comprend l'accès aux services et infrastructures de base, tels le logement, l'approvisionnement en eau, les possibilités d'emploi, ainsi que les services sociaux et de santé;
- ⊖ Le **niveau individuel et familial** comprend des facteurs comme les conditions de vie familiale et les comportements liés à la santé, tels l'alimentation et l'activité physique.

Nous devons aussi reconnaître la nature longitudinale de ces déterminants et la manière dont certains peuvent avoir des effets cumulatifs au fil du temps. Par exemple, on sait que vivre en contexte de pauvreté peut avoir un impact sur le développement des jeunes enfants, et que les

problèmes qui s'ensuivent pourront avoir un impact sur le parcours de vie de ces enfants à l'âge adulte. Et c'est pourquoi des programmes et des politiques s'adressant aux enfants et aux jeunes sont si bénéfiques). La figure 1 résume ces concepts.

Figure 1
Déterminants de la santé au Nunavik



Adapté de Irwin et coll. (2007), Loppie et Wien (2009).

Quels sont les facteurs qui influent sur la santé au Nunavik? Un regard sur les déterminants sociaux

Le Nunavik

Quelque 10 700 Inuit vivent dans les 14 villages du Nunavik. Mise à part Kuujuaq, les villages se composent à plus de 90 % d'Inuit dont la langue maternelle est l'inuktitut. La région est divisée en deux sous-régions administratives, soit celle de la côte de la baie d'Hudson et celle de la baie d'Ungava.

Les villages du Nunavik



Source : Société Makivik

Une population jeune en pleine croissance

La moitié des Nunavimmiut ont moins de 23 ans.

Le taux de fertilité au Nunavik est très élevé et la population y a plus que doublé au cours des 30 dernières années; les besoins en logements, emplois, services et autres augmentent donc constamment. En 2011, la moitié des Nunavimmiut avaient moins de 23 ans.

Le tiers des nouvelles mères ont moins de 20 ans. Bien que ce soit là le reflet de traditions culturelles,

la maternité à un jeune âge peut augmenter le risque de problèmes psychosociaux. À titre d'exemple, près de quatre enfants sur dix au Nunavik demeurent au sein de familles monoparentales, et le tiers de celles-ci vivent dans la pauvreté. Ces données ne tiennent toutefois pas compte de l'importance de la famille élargie et de l'adoption coutumière comme facteurs de protection des enfants vivant dans la pauvreté.

Près de quatre enfants sur dix au Nunavik demeurent au sein de familles monoparentales, et le tiers de celles-ci vivent dans la pauvreté...

Les déterminants structurels au Nunavik

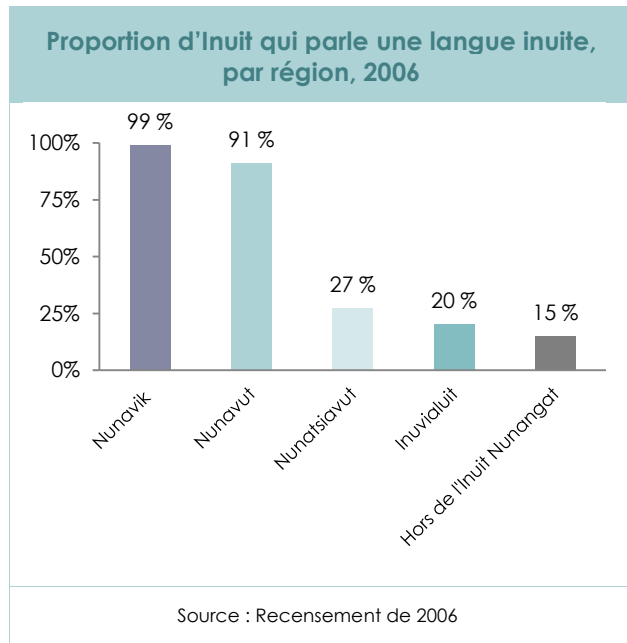
ENJEUX DE COLONISATION ET DE GOUVERNANCE¹

La sédentarisation s'est produite très rapidement au Nunavik. Jusqu'aux années 1950, la plupart des Nunavimmiut vivaient avec les membres de leur famille élargie dans de petits camps qu'ils déplaçaient au fil des saisons et des migrations de la faune. Il y a à peine 60 ans que les Inuit ont été contraints de se sédentariser dans des collectivités pourvues d'habitations bon marché, d'installations médicales, d'écoles et de magasins.

Cela dit, la signature de la Convention de la Baie James et du Nord québécois au milieu des années 1970 a donné naissance à un gouvernement régional doté d'une certaine autonomie entre autres en matière de services de santé. L'ensemble de ces événements contribue à façonner le caractère unique des structures de gouvernance de la région.

¹ Ce résumé ne rend pas justice à la complexité de l'histoire du Nunavik. Pour en savoir plus sur le sujet, prière de consulter le rapport original.

Par exemple, le gouvernement du Nunavik a établi des structures juridiques garantissant à l'inuktitut le statut de langue officielle enseignée dans les écoles. Les résultats de ces mesures sont remarquables, car 99 % des Nunavimmiut ont une bonne connaissance de la langue, une proportion nettement supérieure à celle observée dans les autres régions inuites du pays (voir le prochain graphique).



SITUATION SOCIOÉCONOMIQUE

Le système économique du Nunavik est aujourd'hui mixte, basé à la fois sur les revenus d'emploi et les moyens de subsistance traditionnels. Bien que de nombreux emplois soient offerts dans la région, les Inuit occupent à peine plus de la moitié des postes disponibles. Les taux de chômage sont donc très élevés, atteignant 27 % chez les jeunes de 15 à 24 ans.

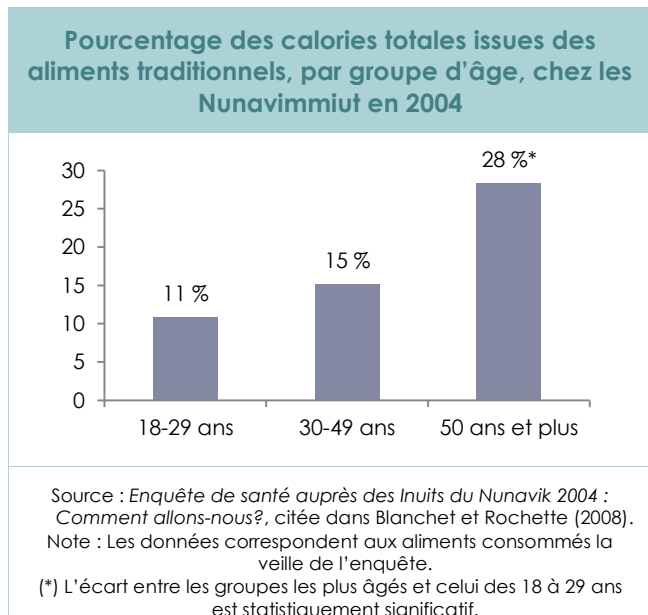
Le Nunavik a aussi instauré un programme d'éducation ancré dans la culture inuite, et chaque village possède aujourd'hui son école primaire et secondaire; par contre, il n'y a encore aucun établissement postsecondaire dans la région. Par conséquent en 2006, seule la moitié des adultes disposaient d'un diplôme d'études secondaires. En outre, plus d'une famille sur cinq se trouvait sous le seuil de faible revenu en 2006 (le double de la moyenne québécoise). Comme

la nourriture coûte presque 60 % plus cher au Nunavik que dans le sud de la province, l'insécurité alimentaire y constitue un problème très préoccupant.

CONTAMINATION ENVIRONNEMENTALE ET ALIMENTATION TRADITIONNELLE

De nombreux contaminants – surtout le mercure, le plomb, le cadmium et certains polluants organiques persistants (POP) – voyagent jusqu'au nord depuis les industries du sud, et les Inuit y sont exposés par leur alimentation traditionnelle. Bien que leurs niveaux de contamination aient chuté depuis les années 1990, de nombreux Inuit présentent toujours des concentrations supérieures aux seuils acceptables.

Malgré tout, les experts sont d'avis que les avantages nutritionnels et sociaux de la consommation d'aliments traditionnels dépassent les risques que présentent l'exposition aux contaminants.



Déterminants communautaires

LOGEMENTS

La pénurie de logements adéquats pose problème dans toutes les régions inuites, mais la situation est particulièrement préoccupante au Nunavik, où la proportion d'Inuit vivant dans des

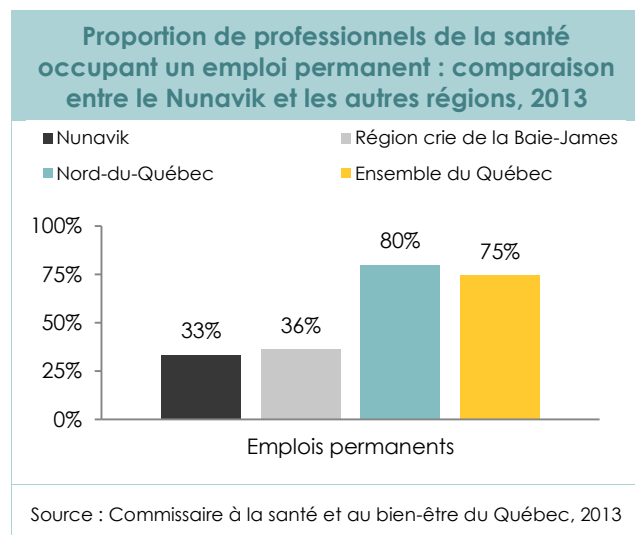
logements surpeuplés varie de 15 à 46 %, selon le village. Mais dans tous les cas, elle est bien supérieure à la moyenne québécoise de 4 %, et la situation s'est très peu améliorée depuis 1991.

ACCÈS AUX SERVICES DE GARDE ET AUX SOINS DE SANTÉ

La région compte maintenant 16 centres de la petite enfance.

L'accès aux services de garde s'est grandement amélioré au Nunavik depuis les années 1990. À preuve, chaque village compte maintenant au moins un centre de la petite enfance. Mais comme le nombre d'enfants ne cesse d'augmenter, les listes d'attente restent longues.

De plus, chaque village dispose d'une clinique de soins primaires où infirmiers et médecins, en majorité des professionnels non-inuits embauchés en vertu de contrats à court terme. Ainsi, les Nunavimmiut sont moins susceptibles que les habitants du sud de déclarer avoir vu un médecin dans la dernière année.



Cependant, le Nunavik dispose depuis de nombreuses années d'un programme de formation de sages-femmes traditionnelles qui fait l'envie de biens des régions nordiques. En effet, ce programme est en vigueur sur la côte de la baie d'Hudson depuis les années 1980, permettant à près de huit femmes sur dix de donner naissance dans la région (soit le double

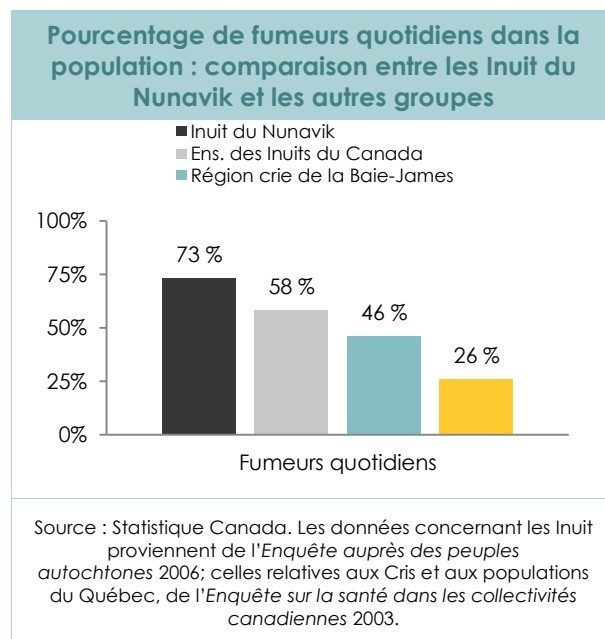
des femmes vivant sur la côte de la baie de l'Ungava).

Déterminants personnels et familiaux

Toujours en cohérence avec le modèle de déterminants sociaux, il convient de comprendre les comportements liés à la santé présentés ici comme le reflet du contexte social et des conditions de vie décrits précédemment.

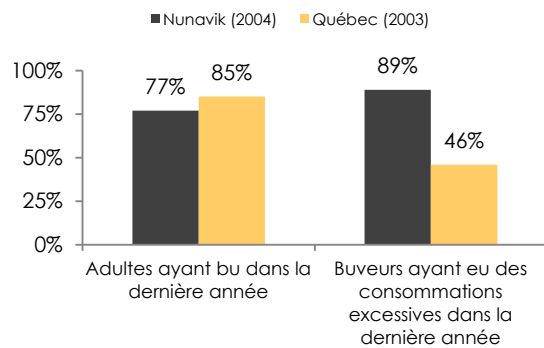
TABAGISME ET ABUS D'ALCOOL

Les taux de tabagisme sont élevés au Nunavik, comme partout ailleurs chez les Inuit du Canada. En 2006, près de trois adultes sur quatre fumaient quotidiennement et 65 % des femmes inuites admettait avoir fumé pendant leur dernière grossesse.



Le Nunavik compte une plus faible proportion de personnes buvant de l'alcool que le reste du Québec, mais ceux qui boivent sont plus susceptibles d'avoir une consommation excessive (de cinq consommations ou plus en une même occasion), (voir la prochaine figure). Le fait que quatre femmes sur dix aient déclaré en 2004 avoir consommé de l'alcool pendant leur dernière grossesse est également fort inquiétant.

Consommation d'alcool chez les adultes, Inuit du Nunavik et l'ensemble du Québec, 2004

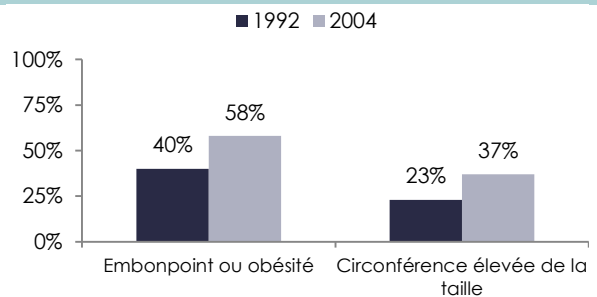


Source: Enquête *Comment allons-nous?*, 2004

NUTRITION, ACTIVITÉ PHYSIQUE ET OBÉSITÉ

L'alimentation au Nunavik repose principalement sur une combinaison d'aliments traditionnels et achetés en magasin. En 2004, moins de 12 % des adultes consommaient chaque jour la quantité recommandée de fruits et de légumes. De plus, près de sept Nunavimmiut sur dix ont admis être sédentaires. En conséquence, plus de la moitié des Nunavimmiut en 2004 étaient soit en surpoids, soit obèses.

Évolution de la proportion de Nunavimmiut souffrant de surpoids ou d'obésité ou qui présentent un périmètre abdominal élevé : comparaison entre 1992 et 2004



Sources : Enquête *Comment allons-nous?* 2004 et Santé Québec, 1992



Les iniquités de santé au Nunavik : une approche fondée sur le cycle de vie

La santé dans les premières années de vie

LES MÈRES

Les mères du Nunavik élèvent de grandes familles et ce, souvent, dans des conditions extrêmement difficiles. Les effets cumulatifs de la pauvreté, du faible niveau de scolarité et de la surpopulation des logements placent les parents et leurs enfants dans une situation de grande vulnérabilité. La forte prévalence des infections transmises sexuellement, du tabagisme et de l'abus d'alcool chez les femmes indique que bien des mères font face à de nombreuses sources de stress. Les hauts taux de détresse psychologique (13 %) et de comportements suicidaires (26 %) des femmes, ainsi que les très hauts taux de violence familiale et sexuelle (voir les données plus bas) donnent la mesure des difficultés vécues par les femmes (et par le fait même, par leurs enfants) dans la région.

LES BÉBÉS, DE LA NAISSANCE AUX PREMIERS MOIS DE VIE

Ces difficultés se répercutent inévitablement sur la santé des enfants, et ce, dès leur conception : ainsi, les taux de mortalité périnatale et infantile du Nunavik sont bien au-dessus de la moyenne provinciale. Le taux de mortalité infantile, qui s'élevait à 18 pour 1 000 en 2005-2009 (soit près de six fois celui du Québec), n'a pas fléchi depuis 1996; rappelons toutefois que cela représente une moyenne de sept décès par année, principalement attribuables aux affections périnatales, au syndrome de mort subite du nourrisson et aux anomalies congénitales. Les hospitalisations des enfants de moins d'un an sont également très fréquentes au Nunavik; les maladies de l'appareil respiratoire en sont le plus souvent la cause, phénomène fort probablement lié aux forts taux de surpeuplement des logements et à l'exposition des enfants au tabagisme secondaire.

LA PETITE ENFANCE

Le taux de mortalité chez les enfants de moins de cinq ans a légèrement chuté ces dernières années et de 2005 à 2009, il y a eu en moyenne un décès par année, le plus souvent par traumatisme non-intentionnel. Les taux d'hospitalisation de jeunes enfants sont toutefois nettement supérieurs à la moyenne québécoise et comme dans le cas des nourrissons, les troubles respiratoires (pneumonie, infections aiguës des voies respiratoires et asthme) en sont la principale cause; viennent ensuite les troubles digestifs, dont une large part est due aux problèmes dentaires.

Les taux de maladies évitables par la vaccination, (comme la rougeole, par exemple) sont faibles au Nunavik, suggérant l'efficacité du programme de vaccination dans la région. Toutefois, les taux d'*Haemophilus influenzae* de type B et d'infection invasive à *streptococcus pneumoniae* sont constants (quoique faibles), et des éclosions de tuberculose et de coqueluche surviennent à l'occasion². Parmi les autres maladies à déclaration obligatoire, la giardiase et la shigellose sont les plus fréquentes. Dans les deux cas, il s'agit de troubles intestinaux qui peuvent être associés aux conditions de surpeuplement ainsi qu'à la consommation d'eau ou de nourriture contaminées.

La négligence et la violence familiale constituent également un problème de santé important pour les jeunes enfants au Nunavik. Dans une étude auprès de jeunes de 18 ans ou plus, Lavoie et coll. (2007) ont découvert qu'une femme sur deux et un homme sur cinq avaient subi de la violence sexuelle durant l'enfance. En 2010, jusqu'à 30 % des enfants au Nunavik avaient été dirigés vers les services de protection de l'enfance.

² La vaccination de routine contre la tuberculose a été progressivement éliminée à partir de 1976 au Québec et de 2004 au Nunavik, mais elle a été réintroduite dans la communauté où une éclosion s'est produite en 2012.

La santé des jeunes

SANTÉ MENTALE, VIOLENCE ET BLESSURES NON INTENTIONNELLES

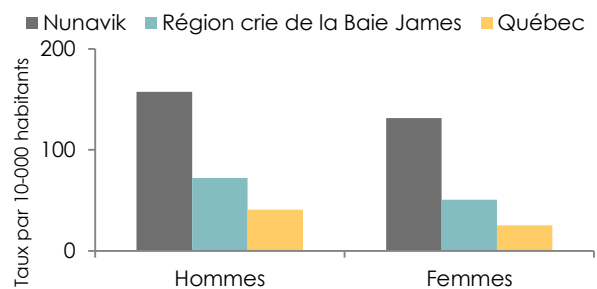
Selon l'enquête *Comment allons-nous?* 2004, une grande proportion des Nunavimmiut ont une bonne estime de soi, sont fiers d'être Inuit et se disent satisfaits de leur vie. Malgré tout, la détresse psychologique est fréquente dans la région, touchant plus d'une personne sur dix ce, surtout chez les jeunes. De plus, l'abus d'alcool et de drogues sont fréquents chez les individus souffrant de détresse psychologique.

D'après les données les plus récentes, on observe une moyenne de 13 cas de suicides par année au Nunavik, principalement chez les jeunes hommes. Les taux d'idéation suicidaire et de tentatives de suicide sont également très élevés, particulièrement chez les 15-24 ans. Les chercheurs les attribuent ces phénomènes à une combinaison de facteurs, notamment l'abus de substances, la violence physique et sexuelle, la faible scolarité et la pauvreté, ainsi que et les conséquences des traumatismes historiques.

Quelle soit familiale ou communautaire, la violence entraîne dans la région en moyenne deux décès par année et une soixantaine d'hospitalisations, surtout chez les hommes. Les données sur la violence conjugale sont très limitées, mais celles dont nous disposons laissent présager qu'il s'agit d'un problème extrêmement fréquent. En 2004, 57 % des femmes disaient avoir souffert de violence à l'âge adulte, habituellement de la part du conjoint ou ex-conjoint, et ce

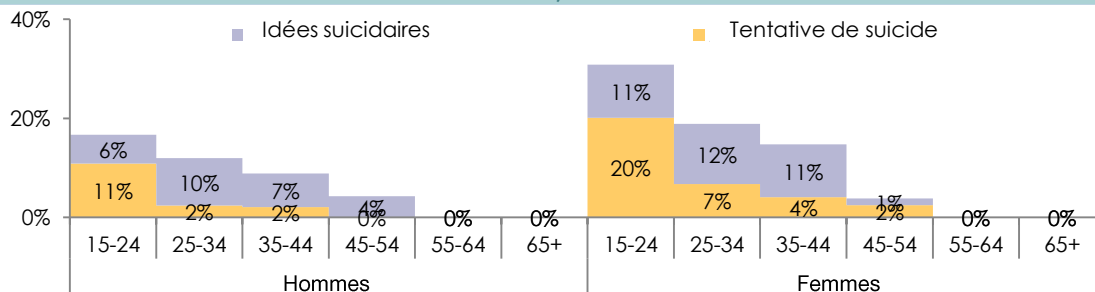
problème est très certainement sous-déclaré. On compte parmi les facteurs de risque de violence conjugale la vie en milieu isolé, le jeune âge à la première grossesse, l'abus de substances du conjoint et la violence dans l'enfance, ces facteurs étant tous malheureusement trop fréquents au Nunavik. À cela s'ajoutent également des facteurs plus structurels, tels l'héritage des pensionnats et la pénurie de logements. Les traumatismes non intentionnels causés par les collisions de véhicules à moteur, les chutes et les noyades, par exemple, sont responsables d'environ douze décès et de 167 hospitalisations en moyenne chaque année et la situation ne semble pas s'être améliorée depuis les années 1990.

Taux d'hospitalisation résultant de traumatismes non intentionnels ajustés 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).

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

INFECTIONS TRANSMISSIBLES SEXUELLEMENT (ITS)

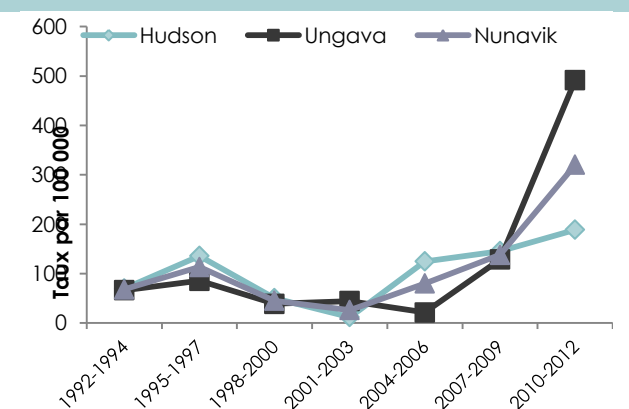
Les taux d'infection à chlamydia et gonorrhée s'élèvent bien au-dessus de la moyenne du Québec et semblent amorcer une courbe ascendante après un long déclin. Ils sont plus élevés chez les adolescents et les jeunes adultes. Contrairement au taux d'infection à chlamydia, à peu près semblable d'un village à l'autre, le taux de gonorrhée est ne semble être élevé que dans quelques villages seulement.

La santé des adultes

MALADIES CHRONIQUES

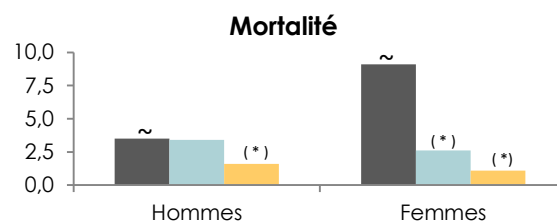
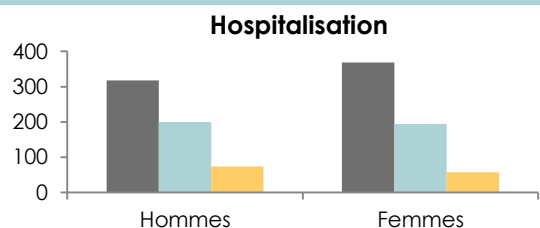
Les taux de cancer et d'hospitalisation du Nunavik sont comparables à la moyenne québécoise, hormis les taux de cancer du poumon, qui sont de loin supérieurs. Tout comme chez les enfants, les troubles respiratoires (p. ex. la pneumonie, l'asthme, la bronchite chronique et l'emphysème) sont les principales causes d'hospitalisation chez les hommes comme chez les femmes.

Incidence de la tuberculose au Nunavik, 1992-2012



Source : Registre des maladies à déclaration obligatoire

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



■ Nunavik ■ Région crie de la Baie James ■ Québec

(*) indique une différence statistiquement significative entre ce taux et celui du Nunavik.

~ donnée imprécise coefficient de variation de plus de 16,6 %

MALADIES CARDIOVASCULAIRES ET DIABÈTE

Selon l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006, les maladies cardiovasculaires touchent 15 % des adultes au Nunavik; celles-ci causent chaque année 92 hospitalisations en moyenne. Les taux d'hypertension, quoique à la hausse, sont toujours inférieurs à la moyenne québécoise. De même, la prévalence du diabète est moins élevée chez les Inuit que dans bien d'autres groupes autochtones, alors que seulement 5 % des Inuit adultes au Nunavik ont déclaré en souffrir en 2004. Cependant, la consommation réduite d'aliments traditionnels, l'accroissement de l'obésité, les forts taux de tabagisme et la transition vers un mode de vie de plus en plus sédentaire laissent présager que les taux de maladies cardiovasculaires et de diabète iront en augmentant, et ce, peut-être de façon marquée, dans les décennies à venir.

MALADIES DU SYSTÈME DIGESTIF

Même si de telles affections engendrent peu de décès au Nunavik (à peine un ou deux en moyenne par année depuis 2000), elles sont la deuxième cause d'hospitalisation, tout juste derrière les maladies respiratoires. Ici encore, les principales causes sont fort probablement les logements surpeuplés et la consommation d'eau ou de nourriture contaminées.

PERTE AUDITIVE

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. Nous manquons de données sur la santé des aînés au Nunavik, mais nous savons que les incapacités, la perte auditive surtout, constituent un problème appréciable. En 2004, 25 % des adultes disaient souffrir de perte auditive, et ce taux atteignait 60 % chez les aînés. On croit que les principales causes de ce trouble sont les otites chroniques et l'exposition au bruit des armes à feu, des motoneiges et en milieu de travail.

Sommaire et conclusion

Amélioration de la santé, mais persistance des inégalités

Ce profil de santé de la population du Nunavik révèle qu'il demeure encore de nombreux écarts entre l'état de santé des Nunavimmiut et celui des Québécois. De plus ces iniquités apparaissent dès la petite enfance et persistent toute la vie durant. Un réel progrès peut se faire en mettant en action l'amélioration des conditions de vie dans la région et en traitant les causes premières de la maladie, certaines initiatives spécifiques relevant des compétences du secteur de la santé et des services sociaux sont également susceptibles d'aider.

« L'ÉQUITÉ DÈS LE DÉPART »³

Comme nous l'avons vu, beaucoup de familles du Nunavik vivent dans la pauvreté et un logement surpeuplé. L'aide de la famille élargie et l'accès amélioré aux services de garde peuvent bien sûr apporter un certain soutien dans certaines situations difficiles, mais les besoins des familles demeurent criants. Or, la recherche indique que les programmes de soutien aux familles dans les premières années de vie des enfants contribuent à prévenir la négligence et peuvent être très bénéfiques pour la santé future des adolescents. Il est encourageant de constater que le Nunavik pilote présentement l'implantation d'une version adaptée d'un programme de ce type dans quelques communautés. De plus, les parents ont besoin de soutien pour modifier certains comportements néfastes pour leur santé et celle de leurs enfants (tels le tabagisme et l'abus d'alcool, par exemple), mais encore faut-il que cette aide tienne compte des défis particuliers vécus par les familles au quotidien.

SOUTENIR LES JEUNES EN PÉRIODES DE TRANSITION

Les programmes de soutien aux familles susmentionnés sont également prometteurs pour la santé des jeunes. De plus, les programmes visant

la promotion de la santé mentale et le développement des habilités sociales au primaire améliorent aussi l'estime de soi et la santé mentale des adolescents, en plus de contribuer à réduire la violence scolaire et l'incidence d'autres comportements comme le tabagisme. Il va sans dire qu'il est urgent d'adapter de telles initiatives à la réalité du Nunavik et de les déployer dans l'ensemble du système scolaire.

Des programmes conçus spécialement pour les adolescents s'imposent par ailleurs. Par exemple, le Nunavik a récemment déployé des efforts considérables pour développer un programme d'éducation sexuelle culturellement adapté. Ce genre de programmes étant reconnu comme efficace dans la réduction des comportements sexuels à risque ainsi que de la violence dans les relations amoureuses, sa mise en œuvre devrait être renforcée sans délai.

FREINER LA HAUSSE DES MALADIES CHRONIQUES

Les tendances démographiques et l'accroissement de la prévalence des maladies chroniques exerceront à très court terme une énorme pression sur le système de santé du Nunavik, qui devra rapidement offrir davantage de soins de longue durée, de même que des soins primaires mieux intégrés et plus sécuritaires sur le plan culturel. De plus, le système de santé devra maintenir le cap et embaucher plus d'Inuit en première ligne, de même que voir à mieux intégrer les pratiques de soins traditionnelles.

Et finalement, le système doit aussi poursuivre ses initiatives de prévention et de promotion de la santé axées sur le vieillissement en santé. Sachant que les initiatives les plus fructueuses sont celles qui créent des milieux favorables à l'adoption de saines habitudes de vie, le Nunavik devra poursuivre ses efforts pour élaborer et mettre en place des programmes et politiques de santé qui soient adaptées à sa culture et son contexte.

³ Expression tirée du rapport de l'OMS sur les inégalités en santé (OMS, 2008).

S'ATTAQUER AUX CAUSES PROFONDES DES INÉGALITÉS SOCIALES ET EN MATIÈRE DE SANTÉ

Il est bien connu que les interventions ne visant que la modification de comportements n'ont qu'un succès partiel à moins de tenir compte également des facteurs politiques, sociaux et économiques sous-jacents. La prise d'engagements significatifs par les autorités locales ou régionales et par les gouvernements provincial et fédéral contre la pénurie de logements, le chômage et les conséquences des traumatismes intergénérationnels sont en ce sens tout aussi urgents pour la santé des Inuit que l'amélioration des services de santé.

Ces efforts devraient s'appuyer sur les nombreuses forces du Nunavik à ce chapitre, qui a réussi p. ex. à préserver sa langue, à intégrer la culture au programme scolaire et qui détient une certaine autonomie dans sa gestion des services de santé, d'éducation entre autres dossiers importants. Le défi consiste maintenant à accompagner la région vers une plus grande autonomie. Ainsi, une intervention coordonnée des différents secteurs et de tous les niveaux décisionnels s'avère nécessaire pour améliorer les conditions de vie au Nunavik et éliminer les causes profondes des iniquités en matière de santé.



Références

American Academy of Pediatrics - Council on Community Pediatrics. (2009). The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes. *Pediatrics*, 123:, 598–603.

Beauregard, D., Comeau, L., & Poissant, J. (2010). Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction de différentes clientèles. INSPQ.

Berkman, L., & Kawachi, I. (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.

Burke, N., Joseph, G., Pasick, R., & Barker, J. (2009). Theorizing Social Context: Rethinking Behavioral Theory. *Health Educ Behav*, 36 (55S), pp. 55S-67S.

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

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

Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a broader social determinant of health. *International Indigenous Policy Journal*, 2 (1), 1-14.

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

Dewailly, E., Blanchet, C., Gingras, S., Lemieux, S., L, S., & al, e. (2001). Relations between n-3 fatty acid status and cardiovascular disease risk factors among Quebecers. *American Journal of Clinical Nutrition*, 74, pp. 603–611.

Dewailly, E., Chateau-Degat, M.-L., Ékoé, J.-M., & Ladouceur, R. (2007). *Qanuippitaa-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.

Dewailly, E., Dallaire, R., & al, e. (2007). Qanuipitaa? 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.

Direction du programme de santé publique du ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut national de santé publique du Québec. (2007). *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.

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

Furgal, C., & Rochette, L. (2007). Qanuipitaa? 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.

Inuit Tapiriit Kanatami. (2008). *Inuit in Canada: A Statistical Profile*.

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

Irwin, L. G., Siddiqi, A., & Hertzman, C. (2007). *Early Childhood Development: A Powerful Equalizer*. Final report for the WHO Commission on Social Determinants of Health. World Health Organization.

Kativik Regional Government & Makivik Corporation. (2010). *Plan Nunavik*. Kativik Regional Government & Makivik Corporation.

Kirmayer, L. J., & Paul, K. W. (2007). *Mental health, social support and community wellness. 2004 Qanuipitaa How Are We survey*. Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services.

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

Lavoie, F., Fraser, S., Boucher, O., & Muckle, G. (2007). *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.

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

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

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

Naasautit. (n.d.). *Inuit Kaujisarvingat Knowledge Centre: Naasautit Inuit Health Statistics*. Retrieved 2013, from Inuit Tapiriit Kanatami: www.inuitknowledge.ca/naasautit

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

Oliver, L. N., Peters, P., & Kohen, D. (2012). *Mortality rates among children and teenagers living in Inuit Nunangat, 1994 to 2008*. Statistics Canada.

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

Reading, J. (2009). *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur le parcours de vie - Rapport présenté au Sous-comité sénatorial sur la santé de la population*.

Roberge, M., & Choinière, C. (2009). *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.

Task Force on Community Preventive Services. (2007). *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, 33 (2S), pp. S112-13.

Wexler, L. (2006). *Inupiat youth suicide and culture loss: Changing community conversations for prevention*. *Social Science and Medicine*, 63 (11), 2938-2948.

Willows, N. D. (2005). *Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada: the current state of knowledge and research gaps*. *Canadian Journal of Public Health*, 96 (Supplement 3), S32-S36.

World Health Organization. (2008). *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.



ᓄᓇᓴᓐᑦ ᐃᓂᑦᓂᓐᑦᑕᑦ ᑲᑎᓴᓐᑦ
RÉGIE RÉGIONALE DE LA NUNAVIK REGIONAL
SANTÉ ET DES SERVICES BOARD OF HEALTH
SOCIAUX DU NUNAVIK AND SOCIAL SERVICES