

Portrait de santé

NUNAVIK

Les jeunes enfants et leur famille

— 2014 —



ᓄᓇᓴᓐ ᓄᓇᓕᓕᓴᓐ ᓅᓂᓴᓐᓂᓐ ᓴᓴᓐᓂᓐᓂᓐ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK

Québec 

Auteur

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Avec la collaboration de

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

Recherche et rédaction

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

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

Citation suggérée : Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2015). *Portrait de santé du Nunavik 2014 - Les jeunes enfants et leur famille*. Gouvernement du Québec, 90 pages.

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik au www.rsss17.gouv.qc.ca et 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 écrite de l'auteur. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande écrite à l'adresse suivante: Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, C.P. 900, Kuujuaq (Québec) J0M 1C0 ou par courriel : information_rsss17@sss.gouv.qc.ca

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

Dépôt légal – 2e trimestre 2015

Bibliothèque et archives nationales du Québec

Bibliothèque et archives Canada

ISBN : 978-2-922764-63-5 (VERSION IMPRIMÉE)

ISBN : 978-2-922764-64-2 (PDF)

ISSN: 1929-1000 (VERSION IMPRIMÉE)

ISSN: 1929-1019 (PDF)

© Gouvernement du Québec

Remerciements

Ce portrait de santé a été produit par la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) en collaboration avec l'unité *Analyse de la santé et des inégalités sociales et territoriales (ASIST)* et le secteur *Santé des Autochtones* de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Les rédacteurs souhaitent remercier tous les membres de l'équipe de la RRSSSN et les partenaires du réseau de la santé et des services sociaux du Nunavik pour leur implication tout au long du projet. Nous voulons également remercier Danielle St-Laurent et Louis Rochette de l'unité *Surveillance des maladies chroniques* de l'INSPQ pour l'accès et le traitement des données de *l'Enquête de santé auprès des Inuit¹ du Nunavik 2004, Qanuippitaa? Comment allons-nous?*

Nous aimerions également remercier pour leur relecture rigoureuse de l'ensemble de ce document, Anne-Marie Ouimet, Daniel Beauregard, Suzanne Bruneau, Marie-Claude Boivin et Nathalie Auger de l'INSPQ, puis Johanne Morel, Annie Payette et Catherine Henry de la RRSSSN et Marc Ferland de l'Agence de santé et services sociaux de la Capitale-Nationale.

D'autres relecteurs s'ajoutent à notre liste de remerciements :

Pour la section *Infrastructures communautaires* :

- Johanne pépin et Marie-Josée Gagnon, toutes deux sages-femmes du Centre de santé Tulattavik;

Pour la section *Violence à l'égard des femmes* :

- Catherine Henry, agente de promotion de la santé, RRSSSN;
- Lizzie Aloupa, conseillère en prévention, Corps de police régional Kativik;
- Nathalie Laviolette, agente planification et de programmation, Services de l'enfance, des jeunes et de la famille, RRSSSN;
- Sylvie Ricard, agente de planification et de programmation, RRSSSN.

Pour ce qui est de la consultation sur les données et les indicateurs, nous tenons à remercier Carolyne Alix, Nathalie Gravel et Ernest Lo de l'unité ASIST pour leur soutien.

¹ Dans ce texte, lorsqu'utilisé en tant que nom propre, Inuit est invariable puisqu'en langue inuktitut, Inuit désigne plus d'une personne.



Dispensaire
UMIUJAO

Mot du directeur

En vertu de la Loi sur la santé publique du Québec, chaque directeur régional de santé publique a le mandat de faire la surveillance continue de l'état de santé de la population de sa région. Le portrait de santé qui en découle a pour objectif d'informer les décideurs locaux, les intervenants du réseau de la santé et des services sociaux et la population générale sur l'état de santé de la population. Cet outil permet également de soutenir la prise de décision et d'orienter la planification et la programmation des interventions (MSSS, 2004).

En consultation avec les futurs utilisateurs de ce portrait de santé, il a été convenu de présenter sous forme de fascicules les thèmes suivants : 1) les conditions démographiques et socioéconomiques de la population de la région (RRSSSN en collaboration avec l'INSPQ, 2011); 2) l'état de santé des jeunes enfants et leur famille et 3) l'état de santé de la population des jeunes, des adultes et des aînés (RRSSSN en collaboration avec l'INSPQ, 2015). Le présent rapport constitue le second fascicule de cette série.

Ce rapport a été élaboré selon une approche holistique. Ainsi, en plus de détailler l'état de santé actuel des jeunes enfants et de leurs familles, ce type d'approche permet de mettre en lumière ce qui promeut l'adoption de comportements de santé sains.

En guise de conclusion, voici une citation éloquent, particulièrement adaptée au contexte inuit, sur l'importance des enfants et de leurs mères à assurer un avenir prometteur.

En premier lieu, les enfants sont l'avenir de la société et ce sont les mères qui en sont les garantes. Une mère, c'est beaucoup plus qu'une personne qui donne des soins ou tient un ménage, encore qu'il s'agisse là de rôles qui ne sont pas toujours appréciés à leur juste valeur. La mère assure la transmission de l'histoire culturelle de la famille et de la communauté, tout comme celle des normes sociales et des traditions. Elle influe sur les premiers comportements, et le mode de vie qu'elle inspire détermine non seulement le développement futur de l'enfant et son aptitude à jouir d'une bonne santé, mais façonne également la société. (OMS, 2005a)



Préambule

Le présent rapport porte sur l'état de santé des jeunes enfants² et de leur famille. Le dernier rapport sur la santé des enfants du Nunavik a été publié en 2003; il mettait en évidence le fardeau de santé disproportionné associé à cette population comparativement à celle du Québec (Pageau *et al.*, 2003). Qu'en est-il aujourd'hui? Comment le contexte particulier de cette région affecte-t-il la vie et la santé des jeunes enfants et quelles sont les interventions à mettre en place pour améliorer leur santé?

Ces questions sont abordées dans ce portrait de santé en situant l'importance de la petite enfance dans le développement et la santé des adultes de demain. On y expose ensuite la démarche entreprise afin d'élaborer le *cadre de référence des déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik*. En plus de permettre une compréhension globale de la situation des jeunes enfants et de leur famille, ce cadre soutient et détermine le choix des indicateurs utilisés pour établir ce portrait. La section suivante spécifie certains aspects méthodologiques utiles à la compréhension des résultats. Ces derniers sont ensuite détaillés en cohérence avec le cadre de référence des déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik. Finalement, les dernières sections soulignent les principaux constats à retenir de ce portrait de santé des jeunes enfants du Nunavik et de leur famille et proposent des pistes d'interventions prometteuses.

Ce document s'adresse à divers types de lecteurs provenant du domaine de la santé, mais également d'autres secteurs tels l'éducation et les médias, ainsi qu'à la population générale. Dans le but de rendre l'information accessible au plus grand nombre de lecteurs possible, le document a été rédigé en suivant, autant que faire se peut, les règles permettant de maximiser la lisibilité du texte, des tableaux et des graphiques (ONU, 2009b). En outre, plusieurs encadrés ajoutent des compléments d'information jugés pertinents. Ainsi, les auteurs ont tenté de réduire au minimum la présentation de statistiques au sein du texte lui-même et réfèrent plutôt le lecteur intéressé aux tableaux et graphiques pour les informations détaillées.

Nous espérons que le présent document soulignera une fois de plus l'importance du travail de celles et ceux impliqués, de près ou de loin, dans le soutien aux familles au Nunavik; qu'ils y trouvent une invitation à poursuivre résolument leurs efforts à tous les niveaux afin de mieux répondre aux besoins des enfants qui constitueront le Nunavik de demain.

² Les termes *jeunes enfants* et *petite enfance* sont utilisés de façon interchangeable dans ce document; ils désignent tous deux les enfants de moins de 5 ans.

Messages-clés

Bien comprendre ce qui détermine la santé des familles au Nunavik : Adopter une perspective contextuelle

L'environnement de l'enfant et ses expériences vécues, depuis la grossesse jusqu'à la fin de la petite enfance, ont des répercussions vitales sur la façon dont un enfant se développe; ils ont un effet cumulatif et affecteront l'individu tout au long de sa vie. Ainsi, une large part des iniquités de santé qui existe entre les familles inuites et québécoises résultent de différences entre leurs contextes de vie respectifs. En effet, les familles inuites sont confrontées à l'effet cumulatif des déterminants de la santé, dont la colonisation, la pauvreté, le chômage, l'insécurité alimentaire et le surpeuplement des logements.

Tendances démographiques : la population des jeunes enfants est en pleine croissance

La population du Nunavik connaît un essor démographique important, en raison de la fécondité élevée dans la région. En 2011, la proportion d'enfants de 5 ans et moins au Nunavik était plus de deux fois celle observée au Québec.

Conditions de vie des familles : plusieurs familles vivent dans des conditions difficiles

- ☐ Un très grand nombre de familles du Nunavik vivent en situation de pauvreté ; plus du quart vivait avec un revenu après impôt inférieur à 10 000 \$ en 2006.
 - ☐ Le coût de la vie au Nunavik est très élevé, notamment en ce qui a trait à l'alimentation qui coûte 57 % de plus qu'ailleurs au Québec. En outre, les familles du Nunavik sont plus nombreuses et doivent donc combler les besoins d'un plus grand nombre d'individus. En conséquence, l'insécurité alimentaire est un problème répandu dans la région, près du tiers des enfants de 5 ans et moins ont déjà connu la faim.
 - ☐ La situation du surpeuplement au Nunavik est alarmante: dans certaines communautés, près de la moitié des logements sont surpeuplés. Il en résulte que plus de la moitié des enfants de 6 ans ou moins grandissent dans une maison surpeuplée; ceci les expose davantage à des risques de maladies telles la grippe et la tuberculose, à des difficultés scolaires, à la violence physique et aux abus sexuels.
-

Infrastructures communautaires : les services adéquats pour les femmes enceintes et les familles se développent

- ☐ Plus de six femmes sur dix doivent encore aujourd'hui quitter leur famille pour donner naissance. Or, accoucher hors de sa communauté représente des risques, surtout d'ordre psychosocial, tant pour la santé de la mère que pour celle de ses enfants; ils représentent aussi des coûts très élevés. Heureusement, le nombre de femmes qui accouchent avec une sage-femme dans leur communauté de résidence est en constante augmentation depuis les vingt dernières années.
 - ☐ En raison d'une pratique sage-femme bien établie sur la côte de la baie d'Hudson, moins de femmes doivent quitter leur communauté pour accoucher comparativement à celles habitant la côte de la baie d'Ungava, où ce type de pratique y est moins développé pour l'instant.
 - ☐ La majorité des services de garde au Nunavik sont offerts à faible coût. Ces services favorisent la continuité culturelle en mettant l'accent sur l'enseignement de la langue et de la culture inuites. Une grande proportion des enfants fréquente les services de garde; ces services sont reconnus pour agir en tant que facteurs protecteurs en plus d'être bénéfiques pour les enfants à risque.
-

État de santé des femmes : le reflet d'un contexte socioculturel en rapide transition

- ⊖ Près des trois quarts des femmes fument tous les jours; et malheureusement, plus de la moitié des femmes continue à fumer pendant la grossesse.
- ⊖ Bien que la proportion de buveurs au Nunavik soit comparable à celle de l'ensemble du Québec, les épisodes de consommation élevée sont deux fois plus fréquents au Nunavik. De plus, près de la moitié des femmes rapportent avoir consommé de l'alcool durant leur dernière grossesse.
- ⊖ Plusieurs barrières limitent l'accès des femmes enceintes à une alimentation saine, dont le coût très élevé des denrées. Il en résulte que plus de la moitié des femmes enceintes souffrent de carence en fer et plus du tiers sont anémiques.
- ⊖ Depuis plusieurs années, l'infection génitale à chlamydia touche les femmes dans une proportion beaucoup plus grande que les hommes, la même tendance s'observe pour l'infection gonococcique depuis 2011, augmentant ainsi les risques pour leur santé générale et reproductive.
- ⊖ Finalement, en 2004, plus de la moitié des femmes admettaient avoir été victimes de violence physique au cours de leur vie adulte, le conjoint ou l'ex-conjoint étant l'agresseur principal dans la majorité des cas.

État de santé des enfants : l'urgent besoin de combler de nombreuses iniquités

- ⊖ Les taux de mortalité périnatale et infantile au Nunavik présentent encore aujourd'hui des écarts marqués en comparaison à ceux du reste du Québec, mais aussi avec la région des Terres-Cries-de-la-Baie-James. Par contre, ces taux varient peu d'une côte à l'autre du Nunavik, et de ce fait ne peuvent être attribués aux variations de la pratique sage-femme. Par contre, la proportion d'enfants de faible poids est pratiquement la même que celle du Québec.
- ⊖ Le taux d'hospitalisation des enfants de moins de 1 an est très élevé au Nunavik, particulièrement pour les hospitalisations causées par les maladies de l'appareil respiratoire. Ceci est fort probablement dû au surpeuplement des ménages.
- ⊖ De même, les hospitalisations les plus fréquentes chez les enfants de 1 à 4 ans sont dues à des affections des systèmes respiratoire et digestif (principalement des problèmes dentaires). Ils sont aussi fortement touchés par les otites, d'où une grande proportion d'enfants souffrant de perte auditive en jeune âge. Enfin, le taux des hospitalisations causées par les lésions traumatiques et l'empoisonnement est encore trop élevé au Nunavik.
- ⊖ La couverture vaccinale des enfants du Nunavik semble appropriée puisque seulement quelques cas de maladies évitables par la vaccination sont enregistrés chaque année.
- ⊖ Les problématiques d'abus et de négligence sont fréquentes et le nombre de signalements à la Direction de la protection de la jeunesse, en constante augmentation ces dernières années. Aussi, en 2004, une étude faite auprès d'adultes a révélé qu'une femme sur 2 et un homme sur 5 avait rapporté avoir été victime d'abus sexuel dans l'enfance.

Agir sur tous les déterminants sociaux de la santé : l'adoption d'une approche globale

- ⊖ L'amélioration de la santé des tout-petits et leur famille nécessite l'adoption d'une approche à multiples niveaux ciblant l'ensemble des déterminants sociaux de la santé, particulièrement ceux liés aux conditions de vie des familles telles le logement, le revenu et la sécurité alimentaire.
 - ⊖ Aussi, afin de répondre adéquatement à la complexité de ces problématiques, les interventions adoptées doivent nécessairement être intersectorielles et permettre aux populations visées de participer activement à la définition des enjeux et de leurs solutions.
 - ⊖ En parallèle à ces mesures à moyen et long termes, des actions à court terme s'avèrent également nécessaires afin de continuer à répondre aux besoins criants des individus aux prises avec des problématiques aiguës telles l'abus d'alcool et de drogue ou la violence familiale.
 - ⊖ De plus, ces services doivent respecter les principes de sécurisation culturelle afin d'apporter un soutien significatif aux familles dans le respect des valeurs et approches traditionnelles inuites, ce, tout en misant sur la reconnaissance des forces de résilience dont ces populations font preuve au quotidien.
-

Table des matières

Liste des figures et des tableaux	XII
Liste des encadrés	XIII
Liste des abréviations	XIV
Introduction 1	
1. Mieux comprendre pour mieux agir sur la santé des enfants au Nunavik.....	3
1.1. Concevoir un cadre des déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik.....	3
2. Aspects méthodologiques	7
2.1 Choix des indicateurs	7
2.2 Sources de données.....	7
2.3 Analyses statistiques et mesures de précision.....	8
2.4 Territoires de comparaison	9
3. Présentation des résultats	11
3.1 TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES	11
3.2 CONDITIONS DE VIE DES FAMILLES.....	13
3.3 INFRASTRUCTURES COMMUNAUTAIRES	18
3.4 ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES, DES MÈRES ET DES FAMILLES	21
3.5 ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS	31
4. Discussion	41
4.1 Les grands constats.....	41
4.2 Quelques pistes pour guider l'action	42
Bibliographie	48
Annexes	59
Annexe 1 - Liste des indicateurs et sources de données	60
Annexe 2 - Définitions des indicateurs.....	62
Annexe 3 - Tableau de données, côtes et RSSS du Nunavik, Québec	68
Annexe 4 – Tableau de données complémentaires, communautés du Nunavik, Québec	76
Annexe 5 - Proportion de la population ayant une langue autochtone pour langue maternelle en 2011 et selon l'identité autochtone en 2006, communautés, côtes et RSSS du Nunavik	77

Liste des figures et des tableaux

Figure 1	Les déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik.....	4
Figure 2	Communautés du Nunavik.....	Erreur ! Signet non défini.
Figure 3	Terres-Cries-de-la-Baie-James	10
Figure 4	Régions et villages inuits du Canada	10
Tableau 1	Indicateurs de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins d'un an, côtes et région du Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James (TCBJ), Québec.....	32
Tableau 2	Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon les grands regroupements de diagnostics chez les moins d'un an pour le Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Québec, 2007-2012	34
Tableau 3	Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon les grands regroupements de diagnostics chez les 1 à 4 ans, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James, Québec, 2007-2012	36

Liste des graphiques

Graphique 1	Évolution de la population des enfants de 5 ans et moins, côtes et régions du Nunavik, 1981 à 2011	11
Graphique 2	Proportion des 5 ans et moins dans la population, côtes et régions du Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2011	12
Graphique 3	Taux de fécondité chez les 15-19 ans, Nunavik, 1986-1990 à 2006-2010	12
Graphique 4	Taux de fécondité chez les 15-19 ans, Nunavik, Nunavut, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec	12
Graphique 5	Proportion de naissances chez les mères ayant complété moins de 11 années de scolarité, Nunavik et Québec, 1991-1995 à 2006-2010	13
Graphique 6	Revenu médian des particuliers de 15 ans et plus, communautés du Nunavik, 2005	15
Graphique 7	Proportion de logements surpeuplés, communautés du Nunavik, 2006	17
Graphique 8	Proportion d'enfants inuits de moins de 6 ans vivant dans des maisons surpeuplées, 2006	17
Graphique 9	Taux d'incidence de l'infection génitale à chlamydia et de l'infection gonococcique, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James, Nord-du-Québec et Québec, 2010	26
Graphique 10	Taux d'incidence de l'infection génitale à chlamydia et de l'infection gonococcique, Nunavik, 1990 à 2013.....	26
Graphique 11	Taux d'incidence de l'infection génitale à chlamydia selon le sexe, Nunavik, 2006 à 2012	27
Graphique 12	Taux d'incidence de l'infection génitale gonococcique selon le sexe, Nunavik, 2006 à 2012	27
Graphique 13	Répartition des naissances selon le poids, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James (TCBJ), Québec, 2006-2010.....	33

Liste des encadrés

Encadré 1	Impacts contemporains de la colonisation sur la santé et le bien-être des familles autochtones	2
Encadré 2	Le jeune âge des mères au premier enfant.....	13
Encadré 3	Pauvreté des enfants : des conséquences majeures pour la vie	14
Encadré 4	L'adoption traditionnelle : une pratique ancrée dans la vie des Inuit	14
Encadré 5	Surpeuplement et santé des enfants.....	16
Encadré 6	Accouchements hors de la communauté de résidence: effets sur les mères et leurs enfants.....	18
Encadré 7	La pratique sage-femme dans les communautés autochtones	19
Encadré 8	La sécurisation culturelle - un principe fondamental à promouvoir dans la prestation de soins et services adressés aux patients autochtones	20
Encadré 9	Services de garde : facteur protecteur pour les enfants défavorisés	20
Encadré 10	Tabagisme chez les femmes enceintes	22
Encadré 11	Le syndrome d'alcoolisation fœtale et l'ETCAF chez les Autochtones	23
Encadré 12	Consommation d'alcool chez les femmes autochtones, un phénomène complexe	23
Encadré 13	Anomalies congénitales et contamination de la chaîne alimentaire dans l'Arctique canadien.....	Erreur ! Signet non défini.
Encadré 14	Étude sur les effets de l'exposition prénatale et postnatale aux contaminants sur le développement des bébés	25
Encadré 15	Les causes de la violence envers les femmes au Nunavik	30
Encadré 16	Causes fréquentes de malformations cardiaques.....	32
Encadré 17	Facteurs influençant la santé dentaire des Autochtones	35
Encadré 18	L'immunisation au Nunavik.....	37
Encadré 19	Comprendre la maltraitance chez les enfants autochtones	38
Encadré 20	Signalement des enfants : impact sur l'accès aux soins de santé	38
Encadré 21	Caractéristiques d'interventions prometteuses	42
Encadré 22	Agir tôt dans la vie : un investissement rentable	45
Encadré 23	La pauvreté chez les enfants	46

Liste des abréviations

ASIST :	Analyse de la santé et de ses inégalités sociales et territoriales
BPC :	Byphényles polychloriés
CBJNQ :	Convention de la Baie James et du Nord québécois
CDPJQ :	Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec
CLSC :	Centre local de services communautaires
CSBE :	Commissaire à la santé et au bien-être
CV :	Coefficient de variation
ENM :	Enquête nationale auprès des ménages
ETCAF :	Ensemble des troubles causés par l'alcoolisation foétale
INSPQ :	Institut de santé publique du Québec
IST :	Infections sexuellement transmissibles
MADO :	Maladies à déclaration obligatoire
OMS :	Organisation mondiale de la santé
RRSSSN:	Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik
SAF :	Syndrome d'alcoolisation foétale
SCP :	Société canadienne de pédiatrie
SIDA :	Syndrome de l'immunodéficience acquise
SOGC :	Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada
TCBJ :	Terres-Cries-de-la-Baie-James
UNICEF	Fonds des Nations unies pour l'enfance
VIH :	Virus de l'immunodéficience humaine
VPH :	Virus du papillome humain
VRS :	Virus respiratoire syncytial

Introduction

Investir sur la période de la petite enfance : des retombées tout au long de la vie

La période prénatale et celle de la petite enfance sont des périodes critiques du développement humain. Les chances qu'a un enfant de se développer pleinement et de mener une vie épanouie varient grandement selon l'endroit où il naît et grandit (OMS, 2009). En effet, bien avant la naissance, la santé d'un enfant se dessine en fonction du contexte économique et social d'où il est issu. Et ces premières années exerceront, tout au long de la vie, une influence cruciale sur leur état de santé mentale et physique.

Les recherches des dernières décennies sont unanimes : l'environnement de l'enfant, depuis la grossesse jusqu'à la fin de la petite enfance, a des répercussions vitales sur la façon dont un enfant se développe. Plus cet environnement est sain, stimulant et exempt de stress, mieux l'enfant se développera dans tous les aspects de sa vie, autant physique, émotionnel que social (Commissaire à la santé et au bien-être [CSBE], 2011; Williams *et al.*, 2009; Irwin *et al.*, 2007). Cela étant dit, des interventions efficaces peuvent être mises en place en soutien plus tard dans la vie de l'enfant, par contre les coûts associés seront beaucoup plus importants.

Les politiques et programmes en soutien à la petite enfance revêtent un caractère primordial et leurs bénéfices sont largement démontrés pour favoriser la santé des enfants et de leur famille (Beauregard *et al.*, 2010; Beach *et al.*, 2009; Macintyre, 2007). D'ailleurs, de nombreux économistes s'entendent sur le fait que l'investissement dans la petite enfance est rentable et que ses retombées étalées sur une vie entière représentent plusieurs fois le montant investi à l'origine (CSBE, 2011; Trefler, 2009; Irwin *et al.*, 2007). C'est pourquoi ces mesures sont fortement recommandées par de nombreuses institutions en protection de l'enfance, dont les associations canadiennes et américaines de

pédiatrie, le Fond des Nations unies pour l'enfance (UNICEF) et l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (AAP, 2009; SCP, 2012; UNICEF, 2008; OMS, 2009; OMS, 2007).

La recherche démontre maintenant que les racines de nombreux défis de la société adulte — problèmes de santé mentale, obésité (...), maladie du cœur (...) — remontent à la petite enfance.

Commission des déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé (2007)

L'urgence d'agir pour les enfants autochtones au Canada

La Société canadienne de pédiatrie (SCP) évoque fréquemment dans ses rapports bisannuels sur la santé des enfants au Canada que, malgré l'étendue des connaissances sur l'importance d'agir précocement, le Canada figure parmi les pays industrialisés qui investissent le moins en petite enfance (SCP, 2012). À vrai dire, le Canada arrive au dernier rang en matière de soutien des politiques familiales et du développement de la petite enfance (UNICEF, 2010).

Cet état de fait est particulièrement préoccupant lorsqu'il s'agit de la situation des enfants autochtones au pays. L'UNICEF y consacrait d'ailleurs, en 2009, un supplément complet de son rapport annuel sur la santé des enfants dans le monde (UNICEF, 2009). En effet, les familles autochtones au Canada sont inéluctablement désavantagées en comparaison à celles du reste du pays, et ce, dans presque toutes les sphères de la société : la santé, l'éducation, l'économie, etc. (O'Donnell *et al.*, 2011; Smylie *et al.*, 2009; Adelson, 2005). Malheureusement, les familles du Nunavik n'y font pas exception (IKT, 2008 ; Anctil *et al.*, 2008; Peters, 2012).

Une petite fille venue au monde au Nunavik en 2005 peut espérer vivre jusqu'à 69 ans environ, alors qu'une autre petite fille née ailleurs au Québec la même année vivra probablement jusqu'à 83 ans, soit une quinzaine d'années de plus (annexe 3, Tableau de données, RSSSN et côtes du Nunavik, Québec.)

Comme le souligne la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS dans son important rapport sur l'équité en santé, ces iniquités de santé ne sont pas le fruit du hasard. Elles sont plutôt dues, en grande partie, aux circonstances dans lesquelles ces familles vivent, ainsi qu'aux systèmes de soins qui leur sont offerts. Ces conditions dépendent, à leur tour, de forces politiques, sociales et économiques qui trouvent leur source dans une histoire collective de colonisation, d'assimilation et de marginalisation (encadré 1) (OMS, 2009).

L'adoption d'une perspective contextuelle : pierre angulaire d'une population en santé

Une large part des iniquités de santé qui existe entre les familles inuites et québécoises résultent de différences entre leurs contextes de vie respectifs. Par conséquent, ces éléments de contexte doivent être pris en compte lors de la planification des actions visant à améliorer l'état de santé sans quoi l'efficacité, et même la

pertinence, des interventions choisies pourraient être remises en question.

C'est essentiellement dans cette perspective contextuelle que s'inscrit le présent document. Celui-ci vise non seulement à dresser un portrait de la santé des jeunes enfants et des familles du Nunavik, mais également à identifier les causes sous-jacentes des disparités observées. C'est pourquoi la présentation des résultats sera précédée d'une description relativement détaillée des déterminants influençant la santé des enfants autochtones d'aujourd'hui et de la structure dans laquelle ils s'insèrent. Ces déterminants constitueront la pierre angulaire de ce document et seront donc repris tout au long de ce texte. Tout d'abord, ils guideront la sélection des indicateurs et la présentation des résultats; ils permettront ensuite d'identifier des sources d'actions potentielles visant à réduire voire éliminer les causes mêmes des iniquités de santé abordées.

Encadré 1 Impacts contemporains de la colonisation sur la santé et le bien-être des familles autochtones

Les systèmes de soutien social, communautaire et familial des Autochtones ont été largement fragilisés par les politiques colonisatrices canadiennes. Échelonnées sur plusieurs générations, ces politiques affectent encore aujourd'hui presque toutes les dimensions de la vie des enfants, des adultes et des aînés autochtones.

Conséquences sur les déterminants de nature structurelle – L'influence de certaines politiques actuelles sur les infrastructures communautaires, sociales et politiques crée de la pauvreté et marginalise des familles. Parmi ces effets, notons l'expropriation des terres, la dégradation environnementale et l'exclusion culturelle et politique voire l'oppression des peuples autochtones.

Conséquences sur les conditions de vie des familles – Les désavantages économiques, la discrimination, les inégalités d'accès aux services et l'exclusion sociale sont des effets cumulés de ces facteurs historiques et contemporains qui affectent presque tous les niveaux de la vie des individus et de leurs familles.

Conséquences directes sur la santé des familles – Les politiques (dont les pensionnats et les adoptions dans les années 60) mises sur pied par le gouvernement canadien avaient pour but avoué d'assimiler la population autochtone. Le retrait forcé des enfants autochtones de leur famille et de leur communauté a causé un traumatisme important aux générations l'ayant subi. Cette séparation imposée a endommagé les relations familiales et mis fin à la transmission des pratiques culturelles entre les générations. En effet, ces mesures ont non seulement entraîné chez les victimes des conséquences au plan de leur santé à court et à long terme (malnutrition, tuberculose puis problèmes d'abus de substance, dépression), mais elles ont aussi affecté leurs habiletés parentales et leur capacité à établir des relations saines et constructives avec leurs proches.

Ainsi, trop souvent, les familles sont tenues responsables de situations qui ont leur source dans des politiques sur lesquelles elles n'ont que peu de contrôle.

*Source : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2009–2010.
Le processus de réconciliation en matière de bien-être et de santé des enfants autochtones*

1. Mieux comprendre pour mieux agir sur la santé des enfants au Nunavik

1.1. Concevoir un cadre des déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik

Le développement et la santé des enfants vivant dans des milieux de grande vulnérabilité est un processus fort complexe et les éléments qui l'influencent vont bien au-delà des facteurs individuels. La bonne compréhension de ce phénomène exige l'adoption d'un cadre d'analyse suffisamment large pour assurer l'inclusion des déterminants sociaux de la santé. Ceux-ci sont définis par l'OMS comme étant « 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, ces circonstances étant déterminées par plusieurs forces : l'économie, les politiques sociales et la politique » (OMS, 2009).

En plus de rendre compte de l'ensemble des facteurs influençant la santé et le développement des jeunes enfants du Nunavik, un cadre exhaustif permettra de mieux saisir l'impact de ces facteurs sur la santé de la cellule familiale et des individus qui la composent. Également, tel que discuté dans le fascicule sur l'état de santé des jeunes, des adultes et des aînés (RRSSN et al., 2014), l'adoption d'une vision englobante est particulièrement appropriée puisqu'elle s'harmonise avec les concepts inuits de santé et de bien-être. Les Inuits ont toujours adopté une vision holistique de la santé et du bien-être qui vise l'équilibre entre ses quatre dimensions : physique, psychologique, intellectuel et spirituel. De plus, ils accordent un rôle central aux interrelations entre le territoire, les animaux, la santé et le bien-être des individus.

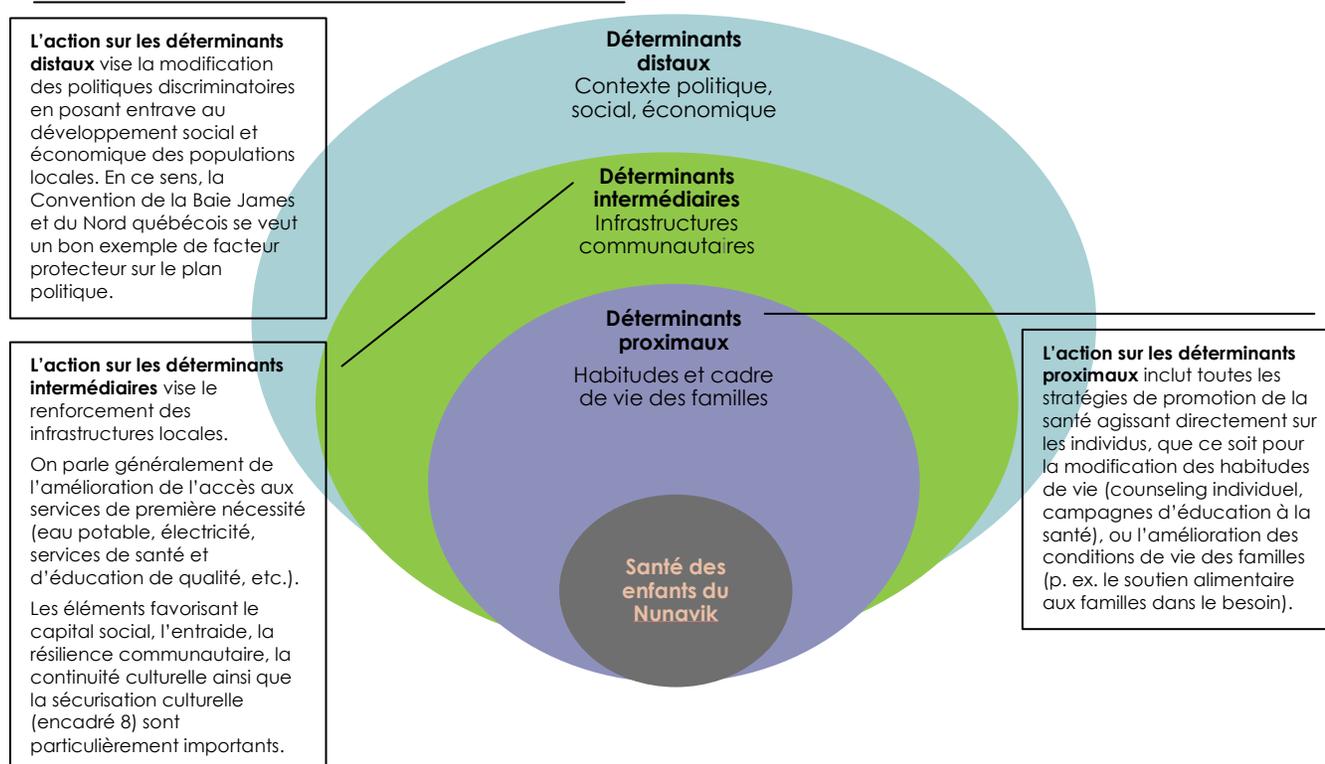
Afin de déterminer l'outil optimal pour analyser cette période déterminante qu'est la petite enfance, plusieurs cadres et modèles pertinents

ont été analysés. Parmi la littérature examinée, deux documents se sont avérés être particulièrement appropriés : le rapport final de l'OMS sur le développement de la petite enfance qui inclut un cadre sur le développement de l'enfant de l'OMS (Irwin et al., 2007) et le document intitulé « *Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health* » (Reading et Wien, 2009). L'analyse de ces écrits a permis d'élaborer un cadre adapté aux réalités du Nunavik (figure 1) qui permet d'allier les perspectives écologique et longitudinale. La considération de ces deux perspectives est essentielle afin d'assurer une compréhension globale des liens qui existent entre les processus biologiques propres à l'enfance et les circonstances de vie des familles.

En plus de permettre l'adoption d'une vision holistique de la situation des jeunes enfants et de leurs parents, le cadre, tel qu'élaboré dans le présent document, rappelle sans cesse l'importance de réfléchir et d'analyser la situation sans perdre de vue l'objectif ultime qu'est l'action. Ainsi, à même le cadre se retrouvent des pistes d'actions en fonction des trois niveaux de déterminants (figure 1) présents dans ce dernier.

Enfin, il s'avère important de spécifier que le cadre proposé dans ce document n'est pas le seul et unique cadre qui permet d'obtenir une vision globale de la situation des enfants du Nunavik. De même, dépendamment des auteurs, certains groupes de déterminants peuvent être situés à différents niveaux. Par exemple, les conditions de vie sont parfois considérées comme des déterminants proximaux et certaines autres fois comme des déterminants intermédiaires. À vrai dire, ces considérations ont peu d'importance tant et aussi longtemps qu'elles s'articulent logiquement, que le cadre choisi incarne une vision holistique et qu'il contient tous les éléments nécessaires à une bonne analyse de la situation.

Figure 1
Déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik



Sources : Irwin *et al.* (2007), Loppie et Wien (2009)

Perspective écologique : cumul des influences à plusieurs niveaux

Tel que mentionné en introduction, les recherches ont largement démontrées que le fardeau des maladies au sein des populations est en grande partie dû aux conditions dans lesquelles ces populations vivent (Marmot, 2007). Ceci est particulièrement vrai pour les communautés vulnérables qui vivent très souvent dans des environnements délétères. Ainsi, une compréhension large des déterminants sociaux de la santé est particulièrement appropriée à la situation des peuples autochtones puisqu'elle

offre une vision globale de l'effet cumulatifs des facteurs historiques, sociaux et politiques à la source des iniquités de santé observées (Czyzewski, 2011, Loppie *et al.*, 2009; Kirmayer, 2009a; Alfred, 2009; Whitbeck, 2004). L'adoption d'une telle vision assure une bonne compréhension du contexte historique, géopolitique et socioéconomique de la région et permet aussi de tenir compte des différents niveaux de déterminants propres aux conditions

de vie des familles du Nunavik et de la complexité qui les caractérise³.

Ceci est d'autant plus vrai étant donné les particularités amenées par la *Convention de la Baie James et du Nord québécois* (CBJNQ) sur les structures de gouvernance notamment en santé et en éducation. Plus précisément, les ententes établies par cette convention ont permis de transférer aux Inuit, ainsi qu'aux Cris et aux Naskapi, la responsabilité des institutions régionales et locales de leur territoire dans les domaines de la santé, de l'éducation, de la justice, de la sécurité publique et de la chasse, la pêche et le piégeage (Publications du Québec, 2012).

Le *cadre sur les déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik* vise à faire ressortir l'importance de chaque niveau de déterminants ainsi que les liens qui les unissent. **Les déterminants proximaux** réfèrent aux éléments qui ont une influence directe sur la santé. On y retrouve les facteurs neurobiologiques, les comportements de santé et les habitudes de vie ainsi que les conditions de vie, à savoir l'environnement physique, l'emploi, le revenu, l'éducation et l'insécurité alimentaire. À titre d'exemple, afin de favoriser le développement optimal de l'enfant, les parents et les proches doivent fournir un environnement aimant, stable et sécurisant. L'octroi d'un tel environnement requiert pour sa part le soutien d'infrastructures locales adéquates, définies comme des **déterminants intermédiaires**, tels des systèmes de soins et d'éducation culturellement sécuritaires, adaptés et de qualité. Finalement, la présence des **déterminants distaux** tels qu'un contexte politique favorable au développement économique et social de la région, s'avère aussi nécessaire pour bénéficier au bien-être des familles du Nunavik. Ainsi, un contexte défavorable découlant de certains effets de la colonisation encore malheureusement bien présents à ce jour, provoquera fort probablement des conséquences néfastes (encadré 1). En fait, ces déterminants distaux ont

une influence majeure car ils représentent le contexte dans lequel s'insèrent les autres déterminants de la santé (Reading & Wien, 2009). Agir sur ce type de déterminants favorise donc la pérennité des effets des interventions et peut également avoir des impacts positifs sur d'autres problématiques influencées par le même éventail de déterminants. Ainsi, le rôle des gouvernements et de la société civile est primordial dans l'accès équitable aux environnements sains et stimulants pour tous les enfants du Nunavik ; des impacts majeurs positifs peuvent en découler.

Perspective longitudinale : conséquences sur le parcours de vie

Il est reconnu que les expériences de la petite enfance influencent à long terme la santé et le parcours de vie. Ces expériences précoces ont un effet cumulatif et affecteront l'individu tout au long de sa vie.

Les mécanismes impliqués sont complexes, ils agissent entre autres sur les habitudes de vie, les stratégies de *coping*, le système immunitaire ainsi que le bien-être général affectant par le fait même les perspectives d'emploi, le revenu, l'éducation et tous les autres déterminants de la santé (Friendly, 2004).

Tel qu'illustré dans le *cadre sur les déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik* (figure 1), la flèche horizontale indique que le développement de l'enfant est un processus de maturation graduelle qui s'effectue sur plusieurs plans (physique, émotionnel et social). L'acquisition de chaque étape de croissance est donc fortement recommandée pour accéder à la suivante.

Il a été démontré que la nature, l'intensité, la période et la qualité du lien affectif de l'enfant avec son ou ses parents (ou sa ou ses personnes significatives) influenceront grandement son parcours de vie. En fait, il existe, au cours de la période périnatale et des premières années de vie, certaines périodes charnières où la santé et le développement sont particulièrement vulnérables

³ Une telle description dépasse le cadre de ce document et est disponible dans le fascicule 3 de la présente série.

et un soutien proactif et intensif s'avère être particulièrement déterminant.

La qualité des soins et de l'éducation reçus durant la petite enfance est aussi un élément essentiel à prendre en compte. Les écrits sont de plus en plus nombreux et probants à l'effet qu'une qualité optimale de soins et d'éducation en bas âge est salubre pour *l'adulte en devenir*. Plusieurs recherches démontrent que les bénéfices des interventions précoces sont conditionnels à la qualité des soins et de l'éducation reçus. Une faible qualité de soins peut donc affecter négativement et à long terme la santé et le développement des enfants (Irwin *et al.*, 2007).

Dans les communautés inuites, les déterminants ayant les effets les plus néfastes sur la petite enfance et sur le parcours de vie sont la malnutrition, l'insécurité alimentaire, l'exposition prénatale à des contaminants de l'environnement, le surpeuplement des ménages, la pauvreté et les environnements stressants (NDHSS, 2005; Hodgins *et al.*, 1998). Par exemple, les taux élevés d'anémie et d'infections des voies respiratoires chez les enfants inuits sont entre autres attribuables à une malnutrition en période périnatale ainsi qu'au tabagisme largement répandu dans des ménages surpeuplés (Banerji, 2001; Banerji *et al.*, 2001; Hodgins, 1997).

Ces concepts sont à l'origine des recommandations en faveur de la mise en place de politiques nationales visant en priorité le développement des enfants les plus vulnérables, et ce, tout aussi bien dans les populations autochtones (Smylie *et al.*, 2009; Sims, 2011; Ball, 2008) que dans les sociétés canadienne et québécoise en général (Anderson, 2012; CSBE, 2011; MSSS, 2007).

Comprendre et agir

Dans le présent document, le cadre d'analyse des déterminants (figure 1) est proposé afin d'assurer une bonne compréhension des milieux de vie des Autochtones et de leurs caractéristiques puisqu'ils jouent un rôle prépondérant lorsqu'il s'agit de fournir à tous les enfants des conditions de vies stimulantes de manière équitable. En mettant l'enfant au cœur de son entourage, ce cadre sert de guide pour comprendre les liens entre ces milieux et permet de constater que les environnements ne sont pas strictement hiérarchiques; ils sont plutôt interreliés puisqu'ils s'influencent mutuellement, d'où l'importance d'agir sur tous les niveaux de déterminants.

Ce cadre permet également de mieux appréhender la genèse des iniquités de santé vécues par les enfants inuits comme un phénomène complexe, caractérisé par le cumul de déterminants historiques et contemporains. Selon le cadre proposé, les déterminants distaux sont à l'origine des déterminants intermédiaires et proximaux et, ultimement, des iniquités de santé (Readings et Wien, 2009). Cette compréhension a alimenté le choix des indicateurs retenus pour la description des iniquités de santé observées et leur source (section 3).

Enfin, ce cadre a nourri notre réflexion sur les pistes potentielles d'action visant la réduction des iniquités de santé observées. En effet, la complexité des causes exige d'entreprendre des actions à de multiples niveaux et dans de nombreux secteurs de la société pour ainsi s'attaquer aux facteurs sous-jacents que sont les iniquités d'accès à l'emploi, à l'éducation et aux soins de santé. Les interventions se limitant à influencer les comportements individuels, bien que nécessaires, seront toujours insuffisantes, puisqu'elles n'agissent pas sur les facteurs environnementaux à la source même des iniquités de santé (MSSS, 2007). Ces différents types d'interventions doivent s'harmoniser afin d'améliorer de façon pérenne la santé et le bien-être des individus.

2. Aspects méthodologiques

Le contexte démographique et socioéconomique du Nunavik demande d'adapter certains aspects méthodologiques afin de mieux apprécier l'état de santé des Nunavimmiuts, notamment dans le choix des indicateurs et des territoires de comparaison. Voici quelques précisions méthodologiques entourant les sources de données et les mesures de précision utilisées.

2.1 Choix des indicateurs

En plus d'être guidées par le *cadre sur les déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik*, et afin d'assurer la pertinence et la cohérence des indicateurs sélectionnés, les étapes suivantes ont été entreprises. Tout d'abord, les plus récents ouvrages traitant de la surveillance de l'état de santé des populations au Québec (MSSS et al., 2011) ont été consultés. De même, le rapport *Closing the Gap in one generation* de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé de l'OMS (OMS, 2009) a aussi fortement inspiré ce document, et ce, particulièrement pour ses sections traitant des méthodes de surveillance des iniquités de santé. Cette démarche a permis d'identifier une série d'indicateurs clés. Par la suite, le processus de sélection a fait appel à l'expertise d'intervenants en surveillance et en santé des Autochtones, œuvrant à l'INSPQ et à la RRSSSN. La validité, l'utilité et l'accessibilité des indicateurs sélectionnés ont été discutées, ainsi que l'impact de l'absence de certains indicateurs. Au terme de cette opération, près d'une trentaine d'indicateurs ont été retenus.

La liste des indicateurs utilisés, leurs définitions et les estimations produites sont disponibles aux annexes 1 à 4. Les indicateurs sont regroupés selon les cinq thématiques suivantes: (1) les tendances démographiques, (2) les conditions de vie des familles, (3) les infrastructures communautaires, (4) l'état de santé des femmes, et (5) l'état de santé des enfants.

2.2 Sources de données

De nombreuses sources de données ont été utilisées dans la rédaction du présent portrait de santé. Plusieurs d'entre elles ont déjà été utilisées dans le premier fascicule et y font l'objet d'une explication plus approfondie (RRSSSN et coll., 2011). Lorsqu'il est question du Nunavik, les données utilisées traitent de l'ensemble de la population, au sein de laquelle près de 90 % des habitants sont inuits (annexe 5), à l'exception des enquêtes de santé réalisées spécifiquement auprès des Inuit, soit *l'Enquête auprès des peuples autochtones* et *l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik*.

L'Enquête auprès des peuples autochtones a été produite par Statistique Canada en 2006. Elle a été effectuée auprès des Inuit des quatre régions du Canada à forte concentration inuite, soit la Région inuvialuite, le Nunatsiavut, le Nunavik et le Nunavut. Pour sa part, *l'Enquête de santé auprès des Inuit du Nunavik* a été réalisée en 2004 par la RRSSSN. Elle se nomme *Qanui Pittaa ?* en inuktitut, qui se traduit par *Comment allons-nous ?*. Plusieurs données provenant de cette enquête ont été compilées spécialement pour les besoins de ce portrait à partir du fichier maître. Lorsque les résultats proviennent de ce fichier, la source est notée *Enquête de santé auprès des Inuit du Nunavik, 2004*. Certains résultats peuvent ainsi différer de ceux présentés par d'autres publications, entre autres puisque des groupes d'âge différents ont parfois été utilisés.

Quelques données provenant du recensement canadien ont également été utilisées. Jusqu'en 2006, les données des recensements étaient comparables dans le temps. En 2011, le questionnaire long du Recensement a été remplacé par un questionnaire long d'enquête à

participation volontaire, l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM). Cette enquête réfère à une population cible différente et les données qui en résultent ne peuvent être comparées aux données issues des recensements antérieurs. De surcroît, les estimations dérivées du questionnaire long de l'ENM comportent davantage d'erreurs dues à la non-réponse que celles issues du Recensement de 2006 qui était obligatoire. C'est pourquoi certaines de ces données doivent maintenant être accompagnées de mesures de précision.

Des données administratives ont aussi été utilisées. Certaines ont été traitées à partir des fichiers de l'INSPQ ou par l'entremise de l'Infocentre de santé publique du Québec⁴.

Les données sur l'effectif de la population proviennent du Service de développement de l'information, plus précisément du fichier d'estimations et de projections démographiques (version janvier 2010) de 1981 à 2031.

Les données concernant les naissances, les décès et les hospitalisations proviennent de fichiers produits par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les principales sources de ces données sont le fichier des naissances de 1981 à 2010, le fichier de décès de 1981 à 2009 et le fichier MED-ÉCHO de 1991 à 2010. Le fichier MED-ECHO contient les données relatives aux séjours hospitaliers du Québec seulement, ainsi les valeurs peuvent différer des données présentées par d'autres sources, dont l'Infocentre, bien que ces différences soient minimales pour le Nunavik et les Terres-Cries-de-la-Baie-James (TCBJ). Les données d'hospitalisation ont été comptabilisées en année administrative, soit du 1^{er} avril au 31 mars. Ainsi la période quinquennale la plus récente utilisée est celle allant de 2007-2008 à 2011-2012.

Enfin, des données du registre central des maladies à déclaration obligatoire (MADO),

⁴ L'Infocentre de santé publique diffuse des indicateurs de santé produits à partir de différentes sources de données dont les fichiers administratifs, les recensements canadiens et certaines enquêtes québécoises et canadiennes. Il s'adresse à la communauté d'experts en santé publique.

produites par les directions de santé publique et le ministère de la santé et des services sociaux ont également été utilisées dans ce profil.

2.3 Analyses statistiques et mesures de précision

Plusieurs indicateurs ont été calculés à partir de petits effectifs populationnels. Ces indicateurs nécessitent des méthodes d'analyse complexes, pour lesquelles les lignes directrices tardent à se développer. Voici donc une brève description des outils statistiques utilisés pour assurer une certaine robustesse des résultats produits.

Tout d'abord, pour améliorer la puissance statistique des données présentées, des périodes de 5 ans, voire parfois de 10 ans, ont été utilisées. De même, les résultats des deux côtes (Hudson et Ungava) ainsi que certaines catégories d'âge et le sexe ont pu être agrégés.

Ensuite, la majorité des taux et des proportions présentés sont accompagnés de mesures de précision, soit le coefficient de variation (CV). L'interprétation du CV suit les normes émises par Statistique Canada. Ainsi, les estimations affichant un CV de 16,66 % et moins peuvent être diffusées sans restriction, celles dont le CV varie entre 16,66 % et 33,33 % doivent être interprétées « avec prudence » tandis que celles dont le CV est supérieur à 33,33 % ne sont généralement pas présentées, si tel est le cas, n.p. sera indiqué dans la case de l'estimation. Par contre, peu importe la valeur du CV et lorsque disponible, le nombre annuel moyen est indiqué dans les annexes afin de préciser l'ampleur du phénomène.

Enfin, seules les comparaisons significatives au seuil de 5 % sont mentionnées. Pour ce faire, le test Z a été utilisé pour les comparaisons territoriales. Plus spécifiquement, les données de chacune des côtes (Hudson et Ungava) ont été comparées avec celles du reste de la région en utilisant la correction de Bonferroni. Puis les données du Nunavik ont été comparées avec celles des Terres-Cries-de-la-Baie-James et avec celles du reste du Québec (sans le Nunavik).

D'autre part, la comparaison des intervalles de confiance a été privilégiée pour révéler les différences significatives entre les hommes et les femmes ou entre les périodes, et ce, toujours au seuil de 5 %. Finalement afin d'assurer la transparence, les intervalles de confiance de toutes les données sont présentés en annexe, de même que plusieurs nombres annuels moyens. Plusieurs des données présentées dans ce profil ont été calculées par l'INSPQ à partir de bases de données existantes. Une sélection judicieuse de ces données a été effectuée afin de déterminer celles qui se retrouveraient dans la présentation des résultats (section 3) ; elles sont identifiées en tant qu'indicateur et leur numéro apparaît entre parenthèse dans le texte.

Afin de permettre la consultation d'une plus grande sélection de résultats, des données complémentaires sont rassemblées dans les annexes 3 et 4. L'annexe 3 présente les indicateurs pour les côtes (Hudson et Ungava), le Nunavik et le Québec, tandis que l'annexe 4 comporte les indicateurs pour les communautés du Nunavik, lorsque ce découpage est disponible. Pour faciliter la consultation de ces annexes, une liste exhaustive des indicateurs se trouve à l'annexe 1 (liste des indicateurs et des sources de données). Aussi, les définitions ainsi que les méthodes de calcul de ces indicateurs sont détaillées en annexe 2 (définition des indicateurs).

Pour de plus amples renseignements sur les aspects méthodologiques, le lecteur est invité à consulter le Plan commun de surveillance (INSPQ *et al.*, 2013)

2.4 Territoires de comparaison

Le Nunavik comporte 14 villages répartis sur 2 côtes (figure 2). Le nombre d'habitants et la proportion d'allochtones varient d'un village à l'autre de sorte que les analyses présentées par côte peuvent en être influencées (annexes 5 et 6). Le village de Kuujuaq en est un exemple. Avec ses 2 375 habitants, il représente 44 % de la population de la côte de la baie d'Ungava et 20 % de celle du Nunavik. Plus de 20 % de la

population de ce village est d'origine non autochtone, ce qui explique en bonne partie le profil toujours un peu particulier de Kuujuaq, notamment en ce qui a trait aux indicateurs socioéconomiques.

Tel que mentionné, les résultats présentés ici sont le plus souvent comparés avec ceux de l'ensemble du Québec ainsi qu'avec ceux de certaines régions sociosanitaires à forte population autochtone, principalement les Terres-Cries-de-la-Baie-James (TCBJ) (figure 3). Les comparaisons avec les données des TCBJ se révèlent particulièrement intéressantes puisque cette population est également signataire de la CBJNQ. Ceci place les habitants des TCBJ dans un contexte légal assez similaire à celui des Inuit du Nunavik en termes d'accès aux soins de santé. De plus, cette région partage plusieurs similitudes sociodémographiques avec le Nunavik, dont une population plus jeune que celle du Québec et un éloignement géographique des grands centres.

Figure 2
Communautés du Nunavik



Source: Makivik Corporation

Figure 3
Terres-Cries-de-la-Baie-James



Source: Makivik Corporation

Lorsque cela était possible, les données des populations inuites du Canada ont également été utilisées pour mettre les résultats du Nunavik en perspective. En plus du Nunavik, les peuples inuits au Canada sont présents au Nunatsiavut (au nord du Labrador), au Nunavut (au nord de l'Ontario) et dans la région inuvialuite (portion des Territoires du Nord-Ouest) (figure 4). Le vocable « Inuit Nunangat » désigne l'ensemble de ces territoires (Statistique Canada, 2008a)

Figure 4
Régions et villages inuits du Canada



Source: 2006 Census of Canada. Produced by the Geography Division, Statistics Canada, 2007.

3. Présentation des résultats

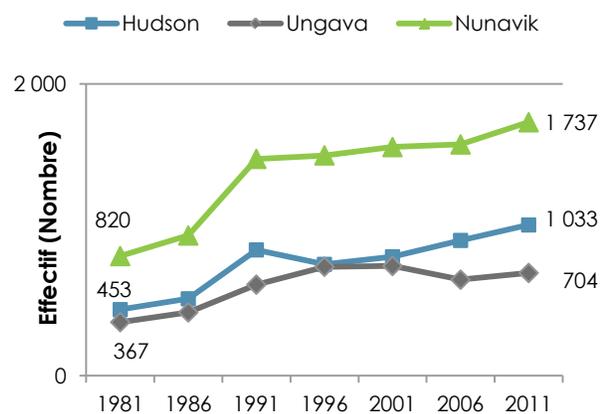
En tout premier lieu, et afin d'assurer une compréhension optimale de la situation du Nunavik, les données récentes sur les tendances démographiques seront exposées. Ensuite, en cohérence avec le *cadre des déterminants pour la santé des jeunes enfants du Nunavik* présenté au premier chapitre, l'approche adoptée pour exposer les résultats consistera avant tout à décrire les déterminants influençant le contexte de vie des familles, et ce, sous l'angle des conditions socioéconomiques. Par la suite, les infrastructures communautaires seront abordées; entre autres l'accès aux soins durant la maternité, puisqu'il est un déterminant intermédiaire primordial pour la santé des mères et des jeunes enfants. Finalement, le profil détaillé de l'état de santé des femmes et des enfants découlant du contexte de vie et des infrastructures communautaires sera détaillé. Ce profil inclura la description de certains comportements de santé qui constituent un déterminant proximal important. Afin d'aider le lecteur à mettre en perspective les résultats exposés, des informations contextuelles sont présentées sous forme d'encadrés pouvant inclure certaines autres informations complémentaires jugées pertinentes.

3.1 Tendances démographiques

Les jeunes enfants au Nunavik : Une population en pleine croissance

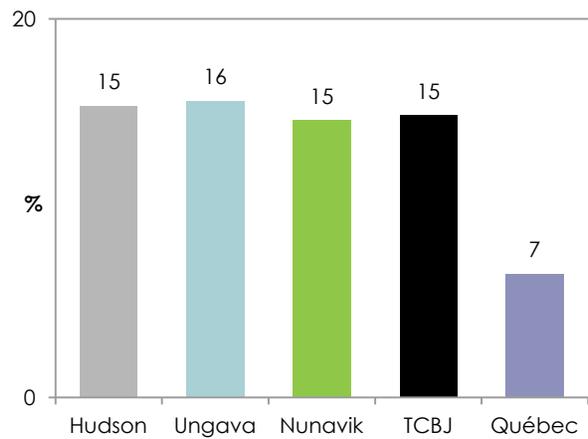
La population du Nunavik connaît un essor démographique important (graphique 1) (annexe 3, indicateurs 1 à 3), en raison de la fécondité élevée dans la région. Plus précisément, le nombre annuel de naissances est passé de 127 à 327 entre 1981 et 2011 (fichier des naissances) et le nombre moyen d'enfants par femme est 3 (annexe 3, indicateur 4 à 6). Au Québec, seules les régions du Nunavik et des Terres-Cries-de-la-Baie-James affichent des nombres moyens d'enfants par femme qui assure et même dépasse le seuil de renouvellement des générations (MSSS *et al.*, 2011), soit 2,1 enfants par femme (Milan, A., 2013)). Ainsi en 2011, la proportion d'enfants de 5 ans et moins au Nunavik était plus de deux fois celle observée au Québec, alors qu'elle était équivalente à celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James (graphique 2) (Infocentre de santé publique du Québec).

Graphique 1
Évolution de la population des enfants de 5 ans et moins, côtes et régions du Nunavik, 1981 à 2011



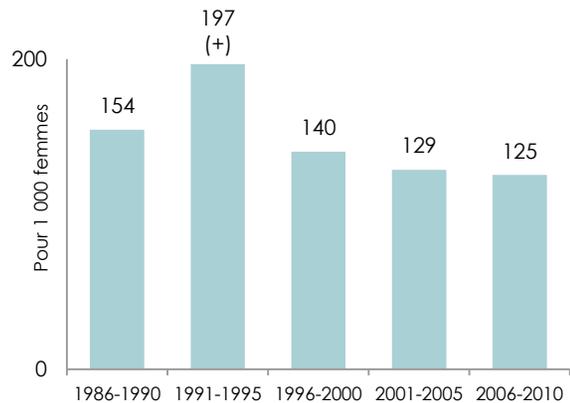
Pour plus d'information sur l'indicateur (1) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.
Source : Service de développement de l'information, Estimations et projections démographiques, MSSS.

Graphique 2
Proportion des 5 ans et moins dans la population, côtes et régions du Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2011



Pour plus d'information sur l'indicateur (2) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.
Source : Service de développement de l'information, Estimations et projections, MSSS ; MSSS et coll., 2011.

Graphique 3
Taux de fécondité chez les 15-19 ans, Nunavik, 1986-1990 à 2006-2010



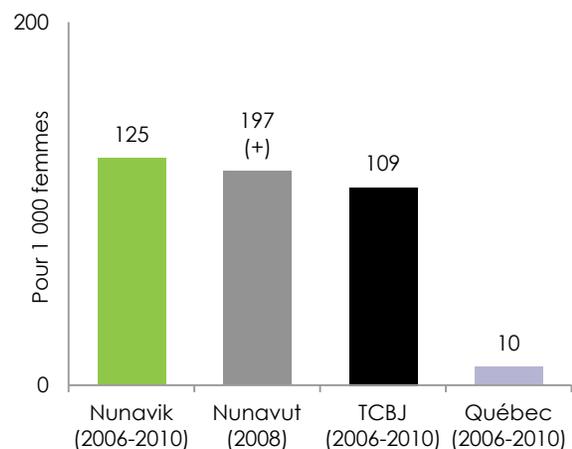
Pour plus d'information sur l'indicateur (5) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.
(+/-) : Valeur significativement plus élevée (+) que celle de la catégorie de référence, 2006 à 2010, au seuil de 0,05.
Source : Infocentre de santé publique du Québec

La maternité chez les jeunes femmes

Bien que le taux de fécondité des femmes de 15 à 19 ans semble avoir diminué ces dernières années (graphique 3), il reste encore aujourd'hui très élevé en comparaison de celui observé chez les Québécoises du même âge (graphique 4) (annexe 3, indicateur 5). En revanche, ce taux avoisine celui des femmes du Nunavut et des Terres-Cries-de-la-Baie-James (graphique 4).

Ces similitudes témoignent du fait que la maternité à un jeune âge est un phénomène cohérent avec certaines traditions autochtones au pays (CCNSA, 2012). De surcroît, bien qu'il soit largement reconnu que les enfants revêtent une importance culturelle et sociale primordiale pour les nations autochtones, plusieurs admettent que la situation des femmes qui ont des enfants à un jeune âge peut s'avérer particulièrement difficile (encadré 2).

Graphique 4
Taux de fécondité chez les 15-19 ans, Nunavik, Nunavut, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec



Pour plus d'information sur l'indicateur (5) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.
Source : Infocentre de santé publique du Québec; Statistique Canada., Tableau CANSIM 102-4505

Encadré 2 Le jeune âge des mères au premier enfant

« Avant l'arrivée des Européens, les femmes autochtones étaient tenues en haute estime dans leurs communautés et étaient valorisées en tant que donneuses de vie et que mères. La capacité des femmes à donner la vie était sacrée, et par conséquent, les femmes (...) étaient respectées. »

Or, bien que les grossesses soient toujours considérées comme des événements heureux, les grossesses précoces tendent à augmenter « la vulnérabilité des femmes et leurs risques de subir de nombreux désavantages sur le plan social. (...) Il est toutefois important de souligner que la grossesse précoce en soi n'est pas tant un problème que les circonstances qui l'entourent, comme la pauvreté, la monoparentalité, le décrochage scolaire, la dépression et le manque de soutien social. »

Source : Centre de collaboration nationale pour la santé autochtone (2012)
L'espace sacré de la féminité : Le mariage à travers les générations

Les naissances chez les femmes de moins de 20 ans représentent près du tiers des naissances au Nunavik. Ceci soulève de vives inquiétudes, notamment en ce qui concerne la scolarisation. D'ailleurs, les diverses instances se préoccupent de plus en plus de l'impact des grossesses précoces sur la capacité des jeunes mères à poursuivre leurs études (Statistique Canada, 2008b). Dans les faits, force est de constater que la faible scolarisation des mères au Nunavik est encore aujourd'hui un phénomène bien présent même s'il semble montrer des signes de ralentissement ces dernières années (graphique 5) (annexe 3, indicateur 7).

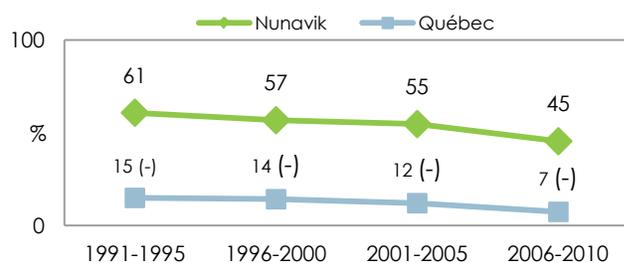
enfants à un âge plus avancé. Plus précisément, elles avaient un revenu de famille plus faible et elles étaient plus susceptibles de vivre dans des logements surpeuplés et ayant besoin de réparations majeures (Guèvremont, 2012).

3.2 Conditions de vie des familles

Tel que mentionné précédemment, les qualités du soutien affectif, des soins et de l'éducation des milieux où les enfants grandissent sont parmi les éléments qui auront le plus de répercussions sur leur développement. Ces qualités dépendent non seulement des caractéristiques de la famille immédiate, mais également des infrastructures communautaires et du contexte politique et socioéconomique plus large (OMS, 2005). Ainsi, l'accès des familles à des conditions de vie décentes, à des emplois et à des revenus convenables, de même qu'à des conditions de logements saines et sécuritaires sont des éléments essentiels à la santé des familles du Nunavik, et particulièrement à celle de leurs enfants.

Chez les Inuit, la famille traditionnelle ne se limite pas aux parents biologiques et leur descendance. Elle inclut habituellement les grands-parents, les oncles et les tantes, les cousins et les cousines, de même que d'autres membres de la communauté. Toutes ces personnes peuvent jouer un rôle actif dans l'éducation des enfants, incluant la transmission des valeurs et des traditions culturelles contribuant ainsi à leur sentiment d'attachement envers leur communauté d'origine (CCNSA, 2009-2010, PIWC, 2006, p. 22).

Graphique 5
Proportion de naissances chez les mères ayant complété moins de 11 années de scolarité, Nunavik et Québec, 1991-1995 à 2006-2010



Pour plus d'information sur l'indicateur (7) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.
(+/-) : Valeur significativement plus élevée (+) ou plus faible (-) que celle du Nunavik. Les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 0,05.
Source : Fichier des naissances, MSSS.

En outre, des données de recensement ont montré que les femmes inuites ayant eu leur premier enfant à l'adolescence étaient défavorisées par rapport à celles ayant eu des

L'adoption traditionnelle : une pratique encore bien répandue

L'adoption traditionnelle, aussi souvent appelée adoption coutumière, est encore couramment pratiquée au Nunavik (encadré 3). Lors de l'enquête Qanuippitaa ? en 2004, plus d'un quart des mères (26 %) rapportaient avoir donné leur dernier enfant en adoption (Dodin *et al.*, 2007). Cette coutume, propre aux Inuit et à de nombreux autres peuples autochtones, découle d'une entente entre deux familles qui s'engagent à partager la responsabilité des soins et de l'éducation donnés à l'enfant (Lavallée, 2007, CCNSA, 2009-2010; Ministère de la Justice du Québec *et al.* 2012; PIWC, 2006, p. 20). Cette pratique est, depuis 2012, reconnue légalement, et constitue un élément important de la protection du mode de vie, des valeurs et des traditions des Inuit (RRSSSN, 2012b).

Revenus des familles et insécurité alimentaire

Un très grand nombre de familles du Nunavik vivent en situation de pauvreté, exposant ainsi plusieurs enfants inuits aux risques reliés à cette problématique (encadré 4). En effet, selon les données du recensement de 2006, 28 % de la population du Nunavik vivait avec un revenu après impôt annuel inférieur à 10 000 \$ comparativement à 20 % pour l'ensemble du Québec (annexe 3, indicateur 8).

Le revenu médian de la population de 15 ans et plus est légèrement plus faible au Nunavik qu'au Québec (20 971 \$ comparativement à 22 471 \$). Par contre au Nunavik, ce revenu varie énormément d'une communauté à l'autre, tel qu'observé dans le graphique 6. Par ailleurs, ces données indiquent aussi que le revenu médian des communautés de la côte de la baie d'Hudson semble légèrement inférieur à celui des communautés de la côte de la baie d'Ungava⁵ (annexe 3, indicateur 9).

⁵ Cette observation s'explique par le fait que Kuujuaq dispose d'un plus grand nombre d'emplois spécialisés et mieux rémunérés qu'ailleurs dans la région (KRG, 2006). Pour plus d'information à ce sujet, consulter la section Emploi et chômage du fascicule Conditions

Encadré 3

L'adoption traditionnelle : une pratique ancrée dans la vie des Inuit

L'adoption traditionnelle survient lorsque qu'une famille inuite donne un enfant à un membre de sa famille, comme une tante et un oncle ou les grands-parents.

Dans la société inuite, cette pratique n'est pas associée à la culpabilité et au stigma fréquemment ressentis face à l'adoption dans la population générale et dans plusieurs autres cultures. Souvent, les parents biologiques voient leur enfant adopté, et ce, quotidiennement et entretiennent avec lui ou elle de très bonnes relations. L'*adoption coutumière* est une tradition ancienne, justifiée par plusieurs motivations. Par exemple, si plusieurs naissances se produisent dans un court laps de temps et que les parents craignent ne pas pouvoir nourrir tous leurs enfants adéquatement, ils pourraient décider de donner un de leurs enfants en adoption à une famille mieux placée pour en prendre soin, ou encore une famille avec des enfants de même sexe pourrait choisir d'adopter un enfant du sexe opposé (Healey et Meadows, 2007).

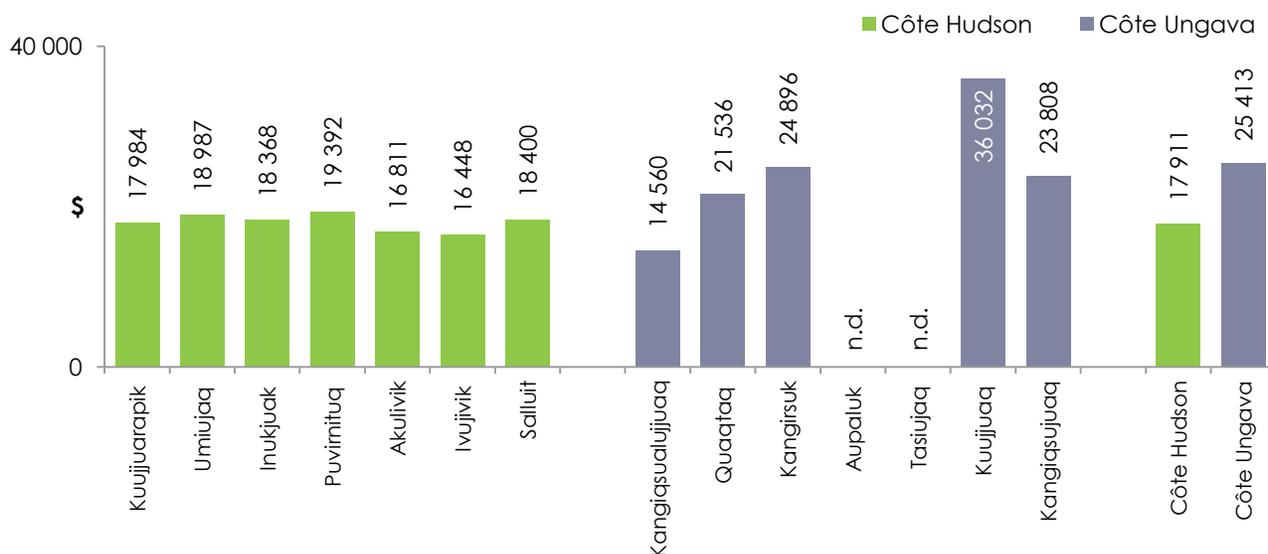
Encadré 4

Pauvreté des enfants : des conséquences majeures pour la vie

De nombreuses études indiquent que peu importe le pays, le sexe ou le groupe d'âge, le revenu constitue l'un des déterminants de la santé le plus puissant (MSSS, 2007). Les conséquences de la pauvreté s'observent avant même la naissance, car les enfants issus de milieux défavorisés présentent des taux de croissance *in utero* plus faible, et des taux plus élevés de décès, de maladie, ainsi que davantage de troubles du comportement et du développement (Larson, 2007). Au-delà de la petite enfance, le niveau socioéconomique tend à avoir des répercussions négatives sur les résultats scolaires et les risques de décrochage, accroissant d'autant plus le risque de pauvreté à l'âge adulte (MSSS 2007). Ainsi, la pauvreté dans l'enfance pourra entraîner des répercussions négatives en terme de santé à l'âge adulte, y compris les maladies cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, le diabète de type II et les troubles de santé mentale (MSSS, 2007; OMS, 2009; OMS, 2007; SCP 2012; CDCHU 2007).

démographiques et socioéconomiques (RRSSSN *et al.*, 2011).

Graphique 6
Revenu médian des particuliers de 15 ans et plus, communautés du Nunavik, 2005



Pour plus d'information sur l'indicateur (9) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.

n.d. : Donnée non disponible.

Source : Statistique Canada, Recensement de 2006, tableau 94-581.

Il existe également une disparité entre le revenu des hommes et des femmes, ces dernières gagnant davantage que les hommes, ce qui est inverse aux tendances observées ailleurs dans la province. En effet, le salaire annuel moyen net est de 22 912 \$ pour les femmes, comparativement à 18 793 \$ pour les hommes (pour plus de détails, se référer au fascicule 1 de la présente série). Certaines études tendent à démontrer que lorsque les femmes sont indépendantes financièrement, elles sont plus à même d'être impliquées dans les décisions qui concernent le foyer familial et que ces choix affectent positivement la santé des enfants et de la famille, par exemple par une alimentation plus saine et une fréquentation plus soutenue de l'école (UNICEF 2006).

Tel que mentionné dans le fascicule 1 de la présente série, les familles du Nunavik, en plus d'avoir un accès limité à des revenus suffisants dans une région où le coût de la vie est très

élevé⁶, doivent souvent combler les besoins d'un plus grand nombre d'individus (RRSSN *et al.*, 2011). Par conséquent, l'insécurité alimentaire est un problème répandu dans la région, en fait une personne sur quatre (24 %) avait rapporté l'avoir vécue en 2003 (Rochette L. *et al.*, 2007). En outre, près du tiers (30 %) des enfants de 5 ans et moins du Nunavik auraient déjà connu la faim (Inuit Qaujisarvingat: Inuit Knowledge Centre, 2011). Enfin, les habitants du Nunavik paient leur nourriture 57 % plus cher que les habitants d'autres régions du Québec (Duhaim & Caron, 2012).

⁶ Pour plus d'information sur le coût de la vie au Nunavik, veuillez consulter l'encadré 7 du fascicule sur les conditions démographiques et socioéconomiques (RRSSN *et al.*, 2011).

Conditions de logement des familles

La situation du surpeuplement dans les communautés autochtones est un problème de santé publique bien documenté (encadré 5). La situation du Nunavik est la plus alarmante au pays⁷ (Zukewich, 2008). Les données statistiques du surpeuplement sont élevées et fluctuent peu depuis 1991 (Penney *et al.*, 2012). Dans cette région, la proportion de logements surpeuplés, défini comme plus d'une personne par pièce, varie considérablement d'une communauté à l'autre, allant de 15 % à 46 % (Statistique Canada, 2007). Ces données sont largement supérieures à la moyenne québécoise de 4 % (graphique 7) (Statistique Canada, 2007). La proportion de logements surpeuplés dans la majorité des communautés de la Baie d'Hudson est plus élevée que dans celles de la Baie d'Ungava (graphique 7). À la lumière des données du graphique 6, on constate que les communautés les plus pauvres semblent également être celles où le surpeuplement est le plus grand. Tel que l'illustrent les encadrés 4 et 5, les effets cumulatifs de la pauvreté chronique et du surpeuplement sur la santé des enfants ne font qu'exacerber les défis auxquels les familles du Nunavik doivent déjà faire face quotidiennement.

Les enfants sont particulièrement vulnérables aux conditions de logements inadéquates (encadré 5). Au Nunavik, 60 % des enfants de moins de 6 ans grandissent dans une maison surpeuplée (graphique 8). Aussi, dans cette même région, une très large proportion de la population est âgée de moins de 15 ans (40 %). Par conséquent, cette problématique, et les risques qui y sont associés touchent un très grand nombre de jeunes enfants. En fait, cette proportion constitue la plus haute de tout l'Inuit Nunangat (graphique 8).

Encadré 5 Surpeuplement et santé des enfants

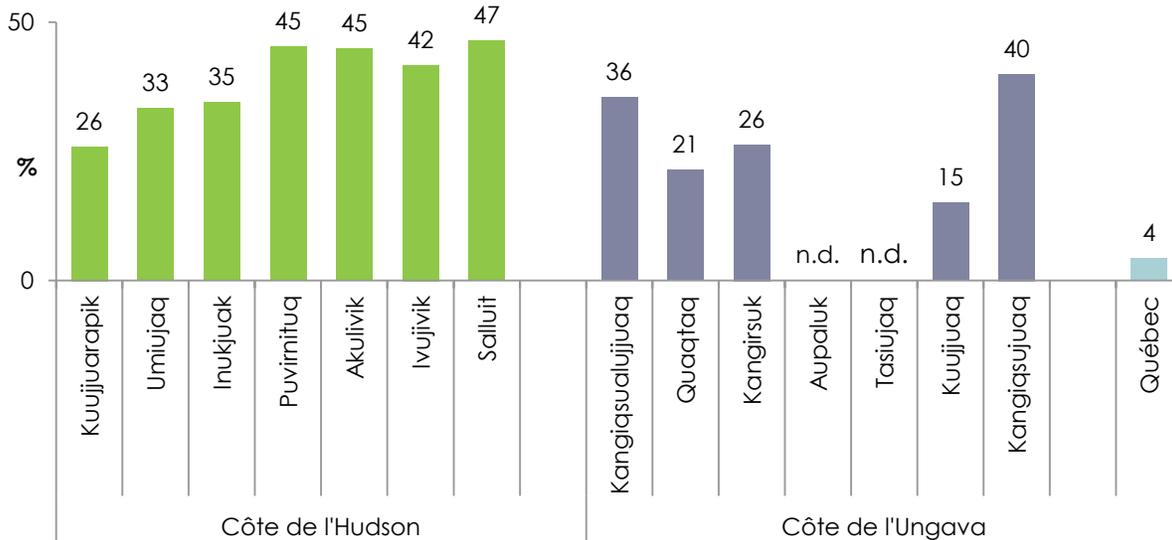
De nombreuses études démontrent les liens existant entre le surpeuplement résidentiel et les risques de maladies telles la grippe et la tuberculose (Alaghebandan *et al.*, 2007; Kovesi *et al.*, 2007; Banerj *et al.*, 2001 & 2009), les difficultés académiques et d'ajustement comportemental à l'école, ainsi que les problèmes de santé mentale, la violence physique et les agressions sexuelles envers les enfants (Law *et al.*, 2007; Bailie *et al.*, 2006; Chaudhuri, 2004; Howden-Chapman, 2004; Carter, 2004). Avec les taux alarmants de maltraitance et de violence conjugale dans la région, la preuve de l'urgence d'agir sur la situation du logement au Nunavik n'est plus à faire.



Source : Tourisme Nunavik, village de Pur

⁷ Pour plus d'information sur la situation du surpeuplement au Nunavik et ses causes, veuillez consulter le fascicule 3 de la présente série (RRSSN *et al.*, 2014.)

Graphique 7
Proportion de logements surpeuplés, communautés du Nunavik, 2006

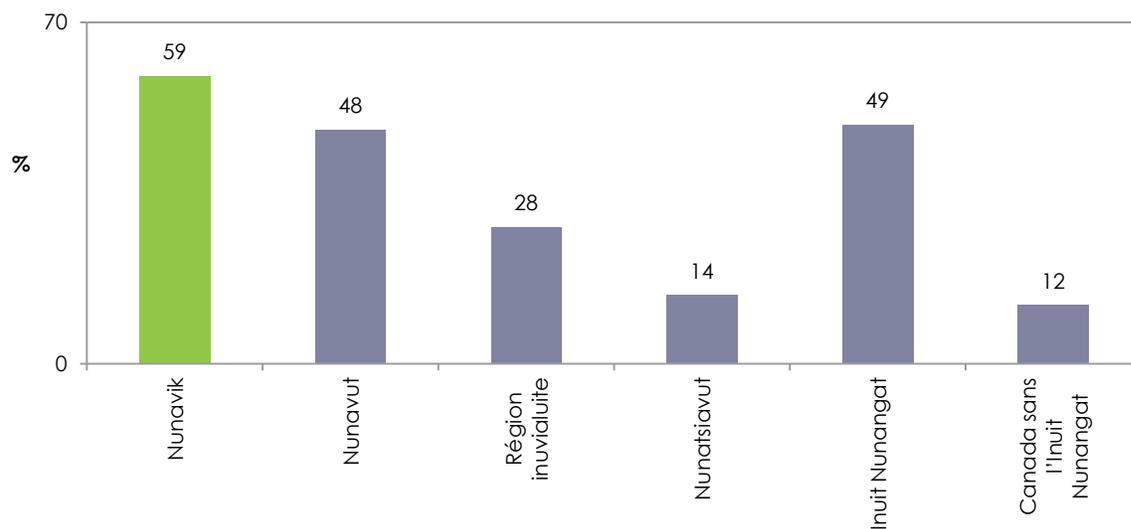


Pour plus d'information sur l'indicateur (11) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.

n.d.: Donnée non disponible.

Source : Statistique Canada (2007), Recensement de 2006.

Graphique 8
Proportion d'enfants inuits de moins de 6 ans vivant dans des maisons surpeuplées, 2006



Source : Statistique Canada (2008c), Enquête auprès des peuples autochtones de 2006.

3.3 Infrastructures communautaires

Des services de maternité de plus en plus adaptés

Entre 2001 et 2010, plus du tiers (36 %) des mères du Nunavik ont dû quitter leur communauté de résidence pour donner naissance dans un hôpital situé à l'extérieur du Nunavik et plus du quart (26 %) pour accoucher dans une autre communauté de la région (annexes 3 et 4, indicateur 14). C'est dire qu'une grande proportion de femmes inuites (62 %) se voit encore aujourd'hui dans l'obligation de quitter leur famille pour donner naissance. Or, bien que ces déplacements soient le plus souvent nécessaires en raison du manque d'infrastructures obstétricales locales, ils représentent néanmoins certains risques considérables, majoritairement d'ordre psychosocial, tant pour la santé de la mère que pour celle de ses enfants (encadré 6); sans compter qu'ils sont extrêmement coûteux. Pour la mère, accoucher hors de sa région signifie un bris de culture face à l'accouchement et aux conditions qui l'entourent. Pour le ou les enfants qui restent à la maison, cette absence des parents, dans un logement souvent surpeuplé, catalyse les risques d'être victime de violence.

Ce phénomène diffère grandement d'une communauté à l'autre. En effet, depuis 2001, la proportion des naissances ayant eu lieu à l'extérieur du Nunavik est nettement plus élevée sur la côte de la baie d'Ungava que sur celle de la baie d'Hudson (64 % vs 20 %) (annexe 3, indicateur 14). Le fait que l'organisation des soins entourant la naissance diffère grandement d'une côte à l'autre explique en grande partie les différences observées.

Sur la côte de la baie d'Hudson, la pratique sage-femme s'est imposée depuis les années 1980. En collaboration avec l'hôpital et les CLSC des communautés, trois services de sages-femmes accueillent les mères à Puvinituk, Salluit et Inukjuaq. Les sages-femmes traditionnelles d'origine inuite sont les accoucheuses principales. Elles effectuent près de 80 % des naissances (annexe 3 et 4, indicateur 15). Sur la côte de

l'Ungava, les médecins de famille étaient les principaux accoucheurs jusqu'au début des années 2000. En 2002, en raison d'une pénurie de médecins, les praticiens devaient transférer les femmes vers les hôpitaux du Sud où les services d'obstétriques étaient mieux développés. Voyant l'exode forcé des femmes vers le Sud, et les graves problèmes qui y sont associés, un comité a été formé en 2007-2008 pour instaurer les services sages-femmes sur l'Ungava. Depuis, trois sages-femmes, dont deux non inuites œuvrent au centre de santé Tulattavik, à Kuujjuaq.

Encadré 6

Accouchements hors de la communauté de résidence: effets sur les mères et leurs enfants

Les femmes qui en fin de grossesse doivent être éloignées de leur famille durant plusieurs semaines sont exposées à un risque accru de dépression post-partum et d'autres complications postnatales (Klein MC *et al.*, 2002 cité dans Couchie & Sanderson, 2007). Les effets des déplacements prolongés se font également sentir chez les enfants laissés derrière, qui se retrouvent sans leurs parents dans des maisonnettes souvent surpeuplées, confrontés à des risques importants de maltraitance (Couchie & Sanderson 2007).

Ce nouveau service a permis à plus de femmes de rester dans la région pour donner naissance à leurs enfants. Des données d'établissements montrent qu'en 2011-2012 les sages-femmes ont accompagné 125 naissances sur la baie d'Hudson et 80 sur la baie d'Ungava (RRSSSN, 2012). Le nombre de naissances en 2011 au Nunavik était de 327 (Infocentre de santé publique du Québec). En 2013-2014, ce nombre de naissances a augmenté, pour atteindre 206 et 90 respectivement (RRSSSN, 2014). Ceci signifie donc qu'une grande proportion des accouchements de la région a été effectuée par des sages-femmes dans la région. Comme le rappelle la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada, la pratique sage-femme est à privilégier dans les communautés autochtones en milieu éloigné (encadré 7). Elle est d'autant plus importante qu'elle favorise la **sécurisation culturelle**, qui est un principe fondamental à promouvoir pour améliorer l'accès et la qualité des soins et services aux patients d'origine autochtone (encadré 8).

Encadré 7 La pratique sage-femme dans les communautés autochtones

Dans son énoncé de position de 2007, la Société d'obstétrique et de gynécologie du Canada (SOGC) reconnaissait officiellement la pratique sage-femme comme un élément primordial de l'offre de soins aux femmes autochtones vivant en communautés éloignées :

« Midwifery care and midwifery training should be an integral part of changes in maternity care for rural and remote Aboriginal communities. Midwives working in rural and remote communities should be seen as primary caregivers for all pregnant women in the community. Protocols for emergency and non-emergency clinical care in Aboriginal communities should be developed in conjunction with midwifery programs in those communities » (Couchie & Sanderson, 2007).

La SOGC soulignait alors la qualité des services offerts par les sages-femmes du Nunavik, qui offrent en toute sécurité les soins pré/per et postnataux aux femmes dans leur langue, ce qui constitue en soi un élément de sécurité culturelle fondamental (Couchie & Sanderson, 2007) (encadré 9). En outre, comme les sages-femmes traditionnelles sont issues de la région, elles restent souvent en poste plus longtemps que le personnel non-inuit et contribuent ainsi à assurer la continuité des soins (Simonet *et al.*, 2009). Ces sages-femmes sont formées par leurs paires, puis reconnues par l'Ordre des sages-femmes du Québec.

Certaines craintes quant à la sécurité des femmes et des nourrissons ont récemment été alimentées par la publication d'un article sur la pratique sage-femme dans la région (Simonet *et al.*, 2009). Les auteurs y amenaient la conclusion suivante : « *there remains a lack of rigorous scientific data on the safety of midwife-led maternity care in remote indigenous communities* », alors que ni les résultats, ni la méthodologie de cette étude ne permettaient aux auteurs d'avancer de telles affirmations^a. En définitive, aucune donnée ne permet pour l'instant de croire que les femmes qui accouchent à l'aide de sages-femmes traditionnelles s'exposent à des risques indûment élevés, surtout en regard des bénéfices qu'elles et leurs familles en retirent.

^a En effet, non seulement les différences observées pour les issues de grossesses mesurées n'étaient ni cliniquement ni statistiquement significatives, elles pourraient facilement être attribuables à l'effet de nombreuses variables de confusion non prises en compte dans les calculs (comme le statut tabagique et sociodémographique des mères).



Crédit photo : Sage-femme de Salluit, NunatsiqaOnline, photo d'Isabelle Dubois, 2013.

Encadré 8

La sécurisation culturelle : un principe fondamental à promouvoir dans la prestation de soins et services adressés aux patients autochtones

Il est largement reconnu que l'accès aux services de santé chez les populations autochtones est souvent limité, non seulement à cause de l'éloignement géographique, et du manque d'infrastructures et de personnel, mais également en raison d'obstacles de nature linguistique ou culturelle (Smylie, 2001). En effet, un récent rapport du Health Council of Canada rappelait que :

« Many Aboriginal people don't trust—and therefore don't use—mainstream health care services because they don't feel safe from stereotyping and racism, and because the Western approach to health care can feel alienating and intimidating » (HCC, 2012).

Or, la provision de soins culturellement adaptés peut prendre plusieurs formes, allant de la **sensibilité culturelle** (la reconnaissance de l'importance de respecter la différence) à la **compétence culturelle** (les habiletés, les connaissances et les attitudes des praticiens). Bien que ces approches aient toutes des bénéfices, elles comportent certaines limites, dont notamment celle de réduire la culture à une liste d'habiletés techniques (souvent sous la forme d'une série de choses « à faire » et « à ne pas faire » lors des soins aux individus d'un groupe culturel considéré comme homogène.

Le concept de sécurisation culturelle va au-delà de ces principes. En effet, la sécurisation culturelle vise à ajouter ou permettre une compréhension plus large des relations de pouvoir inhérentes aux rapports entre les prestataires de soins et les patients, et du fait que celles-ci sont amplifiées lorsque le professionnel est un représentant de la société dominante (Brascoupé et Waters, 2009). Ainsi, les soins culturellement sécuritaires exigent la création de liens de confiance avec les patients autochtones. Ils nécessitent également la reconnaissance non seulement des effets du contexte social, politique, économique, mais aussi de l'impact de l'histoire des politiques coloniales sur leur santé (IPAC et AFMC, 2010). Il a été démontré que la sécurisation culturelle permet d'améliorer l'utilisation des services et l'observance des patients envers les conseils prodigués et qu'elle tend à réduire le roulement de personnel (HCC, 2012).

Très concrètement, les éléments d'une stratégie de soins de santé appropriée aux Autochtones selon le principe de sécurisation culturelle peuvent inclure, par exemple, une formation à la sensibilisation culturelle adressée aux praticiens non autochtones. L'on pourra aussi voir à ce que plus de professionnels de la santé d'origine autochtone soit formé. Sur le plan des infrastructures de soins, la sécurisation culturelle implique que les services soient sous le contrôle des communautés locales de manière à ce que les services offerts répondent aux besoins de la population desservie. Ces systèmes devraient également appliquer des concepts de santé et de bien-être autochtones de même qu'intégrer certains pratiques traditionnelles de soins (CCNSA, 2011).

Des services de garde accessibles

Après le foyer familial, le service de garde constitue pour bien des enfants le milieu de vie où ils se retrouvent le plus souvent. Il est désormais reconnu que des services de garde de qualité et d'intensité suffisantes agissent comme facteurs de protection et sont bénéfiques pour les enfants vivant en milieu défavorisé (Paquet *et al.*, 2003) (encadré 9). Au Nunavik, différents types de services de garde existent; une majorité de ceux-ci sont offerts à 7 \$ par jour. De surcroît, par souci de continuité culturelle, ces services mettent l'emphase sur l'enseignement de la langue et de la culture (Statistique Canada, 2008a).

Encadré 9

Services de garde : facteur protecteur

Les bénéfices des services de garde sur l'éducation des jeunes enfants sont nombreux. Ils contribuent notamment à améliorer les résultats scolaires et le comportement des jeunes enfants. Ces effets sont plus prononcés pour les enfants qui vivent en milieu défavorisé. De plus, conjugués à d'autres services, les services à la petite enfance aident les familles en augmentant les chances d'emploi des mères et en réduisant ainsi la pauvreté des familles (CDCHU, 2007).

Les services doivent cependant être d'intensité et de qualité suffisante. L'UNICEF propose certaines normes internationales minimales concernant entre autres l'importance du financement public, le nombre d'heures minimales par semaine, la formation du personnel et le ratio d'encadrement (UNICEF, 2008). En outre, on reconnaît de plus en plus l'importance de développer des services qui mettent l'accent sur la connaissance des langues et des traditions autochtones (CCNSA, 2009-2010).

Depuis le début des années 1990, le nombre de places disponibles en service de garde a nettement augmenté au Nunavik. Ainsi, on retrouve à ce jour, en plus des garderies éducatives et des services de garde en milieu familial, 16 centres de la petite enfance qui accueillent 765 enfants de moins de 5 ans. Or, étant donné la constante augmentation de la population d'enfants, l'accès à ces services est de plus en plus difficile et se manifeste par une liste d'attente qui compte environ 450 personnes à l'échelle de la région (KRG, 2012).

3.4 État de santé des femmes, des mères et des familles

Jusqu'à présent, il a été question des éléments de contexte, des milieux de vie et de leurs caractéristiques qui, en accord avec le cadre conceptuel choisi, influencent la santé des femmes, des mères, des familles et des enfants au Nunavik. Les sections suivantes présenteront le portrait de l'état de santé des femmes qui en résulte, suivi de celui des enfants de 5 ans et moins.

L'état de santé des membres de la famille peut avoir des répercussions importantes sur la santé et le développement du jeune enfant. En effet, tout problème chronique, qu'il soit de nature physique, mentale ou psychosociale, peut influencer le développement de l'enfant. Ce mécanisme d'influence peut agir de façon directe, tel le lien reconnu entre le tabagisme durant la grossesse et la naissance d'un bébé de petit poids, ou indirecte, par exemple en altérant la capacité de l'adulte à entrer en relation avec l'enfant (Irwin *et al.*, 2007), menaçant ainsi la qualité de la relation et le développement du précieux lien d'attachement.

Tel que mentionné précédemment, la famille traditionnelle inuite va bien au-delà de la famille dite nucléaire, soit celle qui se limite au père, à la mère et à leurs enfants. C'est pourquoi il aurait été souhaitable de pouvoir décrire les comportements et l'état de santé de toute personne responsable des soins aux enfants,

qu'elle soit parent biologique, ou adoptif, grand-parent, ou autre. Malheureusement, les données disponibles concernent majoritairement la santé des mères.

Cette section présentera tout d'abord des données sur les habitudes de vie et les comportements de santé. Il sera ensuite question de la santé sexuelle et reproductive, puis de la santé mentale. Finalement, la violence à l'égard des femmes sera abordée.

3.4.1 HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS DE SANTÉ

Il est généralement bien admis que les comportements de santé adoptés par les femmes enceintes ont un impact direct sur la santé du nourrisson. Puisque ces comportements sont très souvent influencés par l'environnement immédiat, il importe de bien les inscrire dans leur contexte social et culturel. Ceci assurera une meilleure compréhension globale de la situation et permettra ainsi de pouvoir mieux influencer ces comportements.

L'usage du tabac

Selon les données de la dernière enquête populationnelle, plus des trois quarts (77 %) des Inuit du Nunavik déclaraient avoir fumé occasionnellement ou quotidiennement en 2004 (Plaziac *et al.*, 2007), une proportion largement supérieure à celle observée en 2003 au Québec, soit 27 % (Plaziac *et al.*, 2007). De surcroît, parmi les fumeurs, 92 % déclaraient fumer quotidiennement au Nunavik comparativement à 80 % au Québec. D'après cette même enquête, 80 % des femmes inuites ont admis fumer tous les jours (73 %) ou occasionnellement (7 %) (Plaziac *et al.*, 2007), contrairement à 20 % des femmes québécoises durant la même période (INSPQ *et al.*, 2006). Par contre, la plupart des fumeuses du Nunavik sont considérées comme des fumeuses modérées, car près de neuf fumeuses sur 10 (88 %) fument moins d'un paquet par jour (Plaziac *et al.*, 2007).

Cela dit, une importante proportion de femmes inuites continue à fumer pendant leur grossesse.

En 2004, 65 % des femmes affirmaient avoir fumé quotidiennement au cours de leur dernière grossesse (annexe 3, indicateur 16). Bien que le tabagisme chez les femmes enceintes soit moins fréquent chez les femmes québécoises, soit 28 % en 2005 (Guyon *et al.*, 2008), celles vivant dans un milieu défavorisé sont plus nombreuses à fumer pendant leur grossesse (encadré 10). De façon similaire, la proportion de femmes admettant avoir fumé quotidiennement est beaucoup plus élevée sur la côte de la baie d'Hudson, soit où les familles sont nettement plus défavorisées, que sur celle de la baie d'Ungava, les proportions étant respectivement 77 % et 47 % (annexe 3, indicateur 16).

Encadré 10 Tabagisme chez les femmes enceintes

Un certain nombre de facteurs semblent influencer le tabagisme pendant la grossesse chez les mères autochtones, notamment le manque de soutien, l'insuffisance des soins prénataux, les antécédents familiaux de fréquentation de pensionnats, le faible niveau d'instruction, ainsi que le faible revenu (Reading, 2009).

Le faible revenu est également un facteur associé au tabagisme durant la grossesse dans les populations non autochtones. En effet, à l'échelle de la province on observe que les mères les moins favorisées économiquement enregistrent une proportion plus élevée de tabagisme durant leur grossesse que celles provenant des milieux les plus aisés : 35 % contre 8 % (EAM, 2005), et ce gradient se confirme partout à l'échelle du Canada (Guyon *et al.*, 2008).

Finalement, malgré les proportions très élevées de tabagisme au Nunavik, plus de huit foyers sur 10 (84 %) imposent des restrictions de manière à limiter l'exposition des non-fumeurs, particulièrement les jeunes enfants, à la fumée secondaire (Plaziac *et al.*, 2007). Par exemple, il n'est pas étonnant de voir des personnes fumer à l'extérieur de leur maison même lorsque la température est excessivement froide.

Consommation d'alcool et de drogues

La consommation d'alcool, lorsqu'excessive, occasionne de multiples problèmes sociaux et de santé. Le type de problèmes causés par l'alcool dépend du volume d'alcool consommé et de la

fréquence de consommation (INSPQ, 2010a). L'alcool peut aussi provoquer de grandes souffrances aux enfants, à la famille et à l'entourage des personnes qui en abusent ou qui en sont dépendantes (OMS, 2007). Enfin, l'alcool est un produit tératogène qui peut causer des décès fœtaux et des anomalies chez les enfants ayant été exposés (Chudley, 2005). Le syndrome complet d'alcoolisation fœtale, qui fait partie de l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) (encadré 12), est la forme la plus visible de ces anomalies.

Les données de l'enquête Qanuippitaa? révèlent que la proportion de buveurs était moins élevée au Nunavik qu'au Québec en 2004 (77 % c. 85 %; Rochette). Toutefois, parmi ceux-ci, près de neuf répondants sur dix rapportaient au moins un épisode de consommation élevée⁸ dans la dernière année, soit près du double de la proportion des buveurs québécois à la même période (88 % c. 46 %) (Muckle *et al.*, 2007). Toujours selon cette enquête, la consommation d'alcool au Nunavik serait aussi associée à l'âge, avec une proportion nettement plus élevée de buveurs parmi les individus de moins de 45 ans, au niveau de scolarisation élevé, au fait d'avoir un emploi et un revenu élevé, de même qu'au fait de vivre dans un village où la vente d'alcool est permise (Rochette *et al.*, 2007).

Une autre observation importante provenant de l'enquête Qanuippitaa ? est que la consommation d'alcool des femmes du Nunavik est presque aussi élevée que celles des hommes. Ainsi, près de sept femmes sur 10 (67 %) rapportent avoir eu des épisodes mensuels de consommation élevée. Ce type de consommation semble particulièrement fréquent chez les 18-29 ans, soit chez les femmes les plus susceptibles de devenir enceinte. D'ailleurs, la proportion de femmes ayant rapportée avoir consommé de l'alcool lors de leur dernière grossesse atteignait 44 % au Nunavik en 2004 (annexe 3, indicateur 17). Bien que cette dernière statistique ne permette d'identifier ni la fréquence ni le nombre de

⁸ Cinq consommations ou plus lors d'une même occasion.

consommations, elle demeure inquiétante étant donné les nombreux effets néfastes de l'alcool durant la grossesse (encadré 11). De plus, aucune donnée statistique fiable ne permet de connaître la prévalence de l'ETCAF chez les Inuit du Canada.

Encadré 11

Le syndrome d'alcoolisation fœtale et l'ETCAF chez les populations autochtones

L'ETCAF (Ensemble des Troubles Causés par l'Alcoolisation Fœtale) englobe une gamme d'invalidités permanentes découlant de l'exposition prénatale à l'alcool, allant du trouble neurologique du développement lié à l'alcool, moins visible, au syndrome complet d'alcoolisation fœtale (SAF). Ce trouble peut toucher les fonctions cérébrales et entraîner l'invalidité intellectuelle et (ou) d'importantes altérations de la mémoire, du jugement et des capacités cognitives. De plus, des retards de croissance, ainsi que des malformations congénitales sont aussi associés à l'exposition prénatale à l'alcool.

Bien que l'ETCAF ne soit pas unique aux communautés autochtones, certains documents suggèrent que sa prévalence serait plus élevée chez les enfants de ces populations. Or, dans les faits, les taux varient considérablement d'une communauté à l'autre, et il existe pour le moment trop de limites méthodologiques dans la documentation publiée sur le SAF et l'ETCAF pour fournir des taux de référence propres aux populations autochtones (Pacey, 2009).

Parallèlement, il n'existe que peu de documentation sur les obstacles auxquels sont confrontés les femmes souhaitant accéder à des services de prévention et d'intervention; de fait, il existe présentement de graves lacunes dans les services offerts aux femmes dans les communautés de par l'absence de services culturellement adaptés et destinés spécifiquement aux femmes et aux mères (NCCAH, 2012). En effet, plusieurs d'entre elles sont conscientes que leur consommation d'alcool met à risque le développement de leur enfant, et elles en ressentent un grand sentiment de culpabilité et de honte; elles ont aussi terriblement peur de se faire enlever leurs enfants par les services de protection de l'enfance. Tous ces sentiments font souvent en sorte qu'elles n'osent pas aborder cette question avec le personnel soignant (INSPQ, 2004).

Le problème de la consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas un phénomène unique au Nunavik. En effet, certaines enquêtes faites auprès de femmes québécoises semblent également démontrer une prévalence élevée de consommation d'alcool en grossesse, étant

parfois supérieure à 40 % dans certaines régions (MSSS *et al.*, 2011). Les femmes issues des milieux aisés sont aussi plus susceptibles d'être touchées par cette problématique (MSSS 2007). Finalement, il s'avère important de rappeler que la dépendance à l'alcool est un phénomène complexe qui se traduit parfois par des problématiques bien plus larges, tel qu'explicité dans l'encadré 12.

Encadré 12

Consommation d'alcool chez les femmes autochtones, un phénomène complexe

« Women drink during pregnancy for many reasons: to cope with difficult life circumstances, to self medicate for undiagnosed mental health problems, because they did not know they were pregnant. (...) High rates of community alcohol use are often related to poverty, despair, discrimination, lack of hope » (Best Start Resource Centre, 2010).

La consommation abusive d'alcool durant la grossesse ne peut être interprétée simplement comme une « mauvaise habitude » pouvant être facilement modifiée. En effet, pour plusieurs de ces femmes, consommer de l'alcool n'est pas une question de « choix », mais plutôt une façon d'exprimer leur douleur, leur colère, et une façon de survivre à un passé souvent traumatique (Tait, 2002). Ainsi, l'intervention ciblant les problèmes de consommation d'alcool en cours de grossesse au Nunavik doit tenir compte d'une multitude de facteurs, dont la pauvreté, la marginalisation socioéconomique, le racisme, la barrière de la langue, la méfiance à l'égard des travailleuses sociales non autochtones ainsi que la violence physique et sexuelle (INSPQ, 2004).

La consommation de drogues se décline sous différentes formes vu qu'il existe plusieurs types de drogues. Peu de données sont disponibles à cet égard sur la population du Nunavik et la plupart sont d'ordre général et non spécifique à certaines drogues. Toutefois, les données de l'enquête Qanuippitaa ? ont pu mettre en évidence que la marijuana et le hachisch sont les drogues les plus courantes au Nunavik (Rochette *et al.*, 2007). Cette même enquête révèle aussi que 47 % des femmes âgées de 15 ans et plus ont rapporté avoir consommé de la drogue au cours des douze mois précédant l'enquête. On y observe également que les femmes âgées de moins de 30 ans, soit celles étant les plus susceptibles de

vivre une grossesse, consomment plus que celles de 30 ans et plus. Enfin, aucune donnée n'existe sur la consommation de drogues chez les femmes enceintes au Nunavik.

Alimentation en cours de grossesse

La grossesse est une des périodes de développement les plus déterminantes pour l'enfant à naître. C'est pourquoi il est recommandé que la femme enceinte consomme suffisamment d'éléments nutritifs de qualité ainsi que des aliments riches en acide folique, en fer et en calcium, ceci afin d'assurer qu'elle fournisse les éléments nécessaires au bon développement et à la santé du fœtus (CEDJE, 2008).

Cependant, il peut s'avérer difficile pour les femmes enceintes vivant au Nunavik de suivre ces recommandations. En effet, la rapide transition d'une alimentation traditionnelle à une alimentation de type commerciale d'aliments peu nutritifs et hypercaloriques, conjugués au coût très élevé des denrées, limitent considérablement l'accès des familles à une alimentation saine. De plus, les conditions socioéconomiques souvent défavorables des familles du Nunavik imposent une barrière additionnelle à une bonne alimentation.

Ainsi, les carences en fer sont fréquentes au Nunavik. Les femmes en âge de procréer y sont particulièrement à risque en raison des menstruations et des grossesses. Près de 64 % des femmes enceintes de cette région souffrent d'une carence en fer, et 40 % d'entre elles sont anémiques (Hodgins *et al.*, 1998), alors que près des deux tiers des enfants âgés entre 9 et 14 mois sont atteints d'anémie modérée ou légère (Hodgins *et al.*, 1998, Plante *et al.*, 2007). Les femmes qui consomment des aliments traditionnels sont moins sujettes à ce type de carence. Par contre, pendant la grossesse, certains aliments doivent être consommés avec prudence en raison de la présence de certains contaminants, particulièrement le mercure et les byphényles polychlorés (BPC) (encadré 13). Les données de l'enquête de 2004 montrent que près de 72 % des femmes enceintes avaient un niveau

trop élevé de mercure dans le sang (Dewailly *et al.*, 2007).

Enfin, il est important de mentionner que certains experts s'inquiètent sur l'état de la situation concernant la carence en vitamine D et le rachitisme. Compte tenu de la la nordicité du territoire et des longues périodes d'obscurité y étant associées, la population du Nunavik est particulièrement à risque. D'ailleurs, des cas de carence en vitamine D et de rachitisme ont déjà été signalés dans des régions nordiques similaires (Hayek *et al.*, 2010; Ward *et al.*, 2007). À cet égard, les recommandations de la SCP sont en vigueur au Nunavik pour les mères et leur nourrisson. Malheureusement, aucune donnée n'est actuellement disponible tant sur la carence en vitamine D que sur le rachitisme.

Concernant l'impact de l'exposition de la mère à certains contaminants, les seules données disponibles proviennent d'une étude longitudinale (1996-2002) qui visaient à déterminer les effets de l'exposition prénatale et postnatale aux contaminants sur le développement des bébés de 6 à 11 mois (encadré 14).

Obésité et maladies chroniques en cours de grossesse

Outre les informations sur les comportements de santé citées précédemment, très peu d'information sur la santé des femmes en cours de grossesse existe. Bien que la prévalence de l'obésité abdominale semble être en croissance dans la population du Nunavik, et ce, particulièrement chez les femmes, cette hausse ne semble pas se traduire pour le moment par un accroissement des complications de cette condition pendant la grossesse.

Encadré 14

Anomalies congénitales et contamination de la chaîne alimentaire dans l'Arctique canadien

Au Nunavik, la population est exposée à une multitude de contaminants environnementaux. Ceux-ci voyagent vers les latitudes nordiques par les courants atmosphériques et océaniques pour ensuite s'accumuler dans la chaîne alimentaire. Cette accumulation se fait plus particulièrement chez les espèces de poissons ou de mammifères marins qui sont des prédateurs, comme le phoque et le béluga. Pour cette raison, il est recommandé aux femmes de réduire au minimum leur consommation de ces aliments lorsqu'elles sont enceintes.

Par contre, pour les autres membres de la population, le message de santé publique est plus nuancé. De nombreuses études ont mis en parallèle l'évaluation des risques associés à la présence de certains contaminants avec ceux reliés à l'élimination de l'alimentation traditionnelle sur la santé et le bien-être des populations (augmentation de l'obésité et ses conséquences, déficits nutritionnels, etc.). Ces études tendent de plus en plus à conclure que les bénéfices nutritionnels de la consommation d'aliments traditionnels l'emportent sur ses risques (Mozaffarian and Rimm, 2006).

En termes de carence nutritionnelle et vitaminique, mis à part les données ci-haut sur le fer, la seule autre donnée disponible concerne la vitamine A. Plus précisément, une étude québécoise publiée en 2003 notait que près d'un nouveau-né sur 10 était atteint de carence en vitamine A au Nunavik.

Ces carences nutritionnelles peuvent occasionner des retards de croissance et de développement, de même que réduire la résistance du système immunitaire. Il est habituellement possible de prévenir ces carences par une alimentation riche en fruits et légumes, ainsi que par la consommation d'aliments traditionnels, tels que la viande de phoque. Or, la nourriture traditionnelle est de moins en moins consommée, de plus le manque d'accessibilité et le coût très élevé des fruits et légumes dans la région limitent leur consommation (Dallaire *et al.*, 2003). La prise de suppléments vitaminiques en cours de grossesse permet de pallier cette situation, mais il semble que peu (47 %) d'entre elles les utilisent (Plante *et al.*, 2007).

Encadré 13

Étude sur les effets de l'exposition prénatale et postnatale aux contaminants sur le développement des bébés

Principales conclusions de l'étude

Les acides gras ont des effets bénéfiques sur le poids des bébés à la naissance, la vision, la capacité de communiquer ou de résoudre des problèmes, la capacité de s'asseoir, de se tenir debout et de marcher.

L'exposition prénatale aux byphényles polychlorés (BPC) a certains effets négatifs sur le poids à la naissance, la durée de la grossesse et la mémoire visuelle. Cependant, une telle exposition n'entraîne pas un nombre accru de bébés ayant un faible poids à la naissance ou de naissances prématurées. L'exposition prénatale aux acides gras réduit partiellement les effets associés aux BPC.

L'usage du tabac et la consommation d'alcool pendant la grossesse entraînent des effets négatifs sur la croissance et le développement des bébés. Au cours de la présente étude, il s'est avéré que tant l'usage du tabac que la consommation d'alcool ont les mêmes effets négatifs sur le poids à la naissance que les BPC.

La stimulation intellectuelle par la mère a des effets positifs sur le développement mental des bébés.

http://www.rsss17.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=191&Itemid=139&lang=fr

3.4.2 SANTÉ SEXUELLE ET REPRODUCTIVE

Infections sexuellement transmissibles (IST)

Non traitées, certaines IST peuvent avoir des conséquences graves sur la santé générale et reproductive des femmes ainsi que sur la santé de l'enfant à naître⁹ (OMS, 2007). Par exemple, 10 à 15 % des femmes présentant une infection à chlamydia non traitée peuvent développer une inflammation pelvienne. Parmi celles-ci, environ 10 à 15 % développeront une stérilité de facteur tubaire, c'est-à-dire causée par une anomalie au niveau des trompes de Fallope. De plus, le risque de grossesse extra-utérine (tubaire) est six à 10 fois plus élevé chez les femmes qui ont déjà eu une inflammation pelvienne (OMS, 2007).

Les infections sexuellement transmissibles non traitées en cours de grossesse peuvent également provoquer des infections congénitales et périnatales chez le nouveau-né, de même qu'augmenter les risques de travail prématuré et ses conséquences (prématurité, faible poids de naissance et décès) (OMS, 2007).

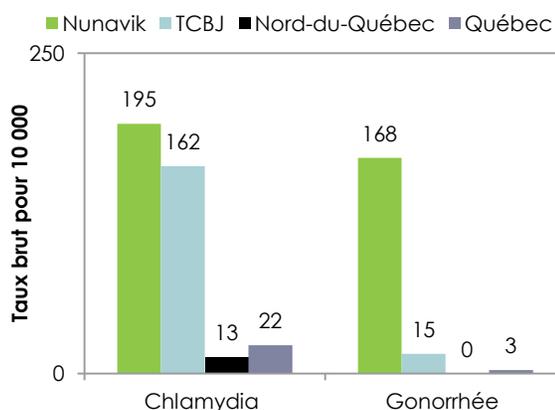
Au Nunavik, les infections sexuellement transmissibles représentent la très grande majorité de l'ensemble des maladies à déclarations obligatoires (MADO). Les taux d'incidence de l'infection génitale à chlamydia et de l'infection gonococcique déclarés dans la région sont excessivement élevés comparés à ceux observés dans le Nord-du-Québec et dans l'ensemble de la province et légèrement plus élevés que ceux des TCBJ (graphique 9). Dans les dernières années, ces deux infections sont en forte progression dans la région (graphique 10). Les femmes constituent le groupe chez qui ces infections sont le plus souvent rapportées¹⁰. En effet, l'incidence de la chlamydia génitale est nettement plus élevée chez les femmes que les hommes; cette tendance à la hausse est

⁹ Un portrait plus large des IST est disponible dans le fascicule 3 sur le profil de santé de la population des jeunes, des adultes et des aînés du Nunavik.

¹⁰ Ceci peut également être lié en partie au fait que les femmes sont plus nombreuses à se faire dépister que les hommes (pour plus de détails à ce sujet, voir le fascicule 3).

particulièrement marquée depuis 2011 (graphique 11). Pour ce qui est de l'infection gonococcique, l'incidence était plus élevée chez les hommes que les femmes de 2006 à 2010, mais la tendance s'est inversée par la suite (graphique 12). Dans l'ensemble du Québec, une hausse de syphilis a été observée mais cette infection n'a pas encore affecté la population du Nunavik (N = < 1)

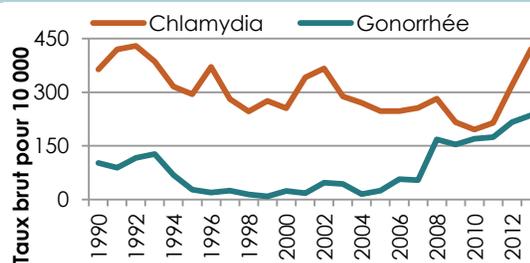
Graphique 9
Taux^a d'incidence de l'infection génitale à chlamydia et de l'infection gonococcique, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James, Nord-du-Québec et Québec, 2010



Source: Adapté de MSSS, 2011

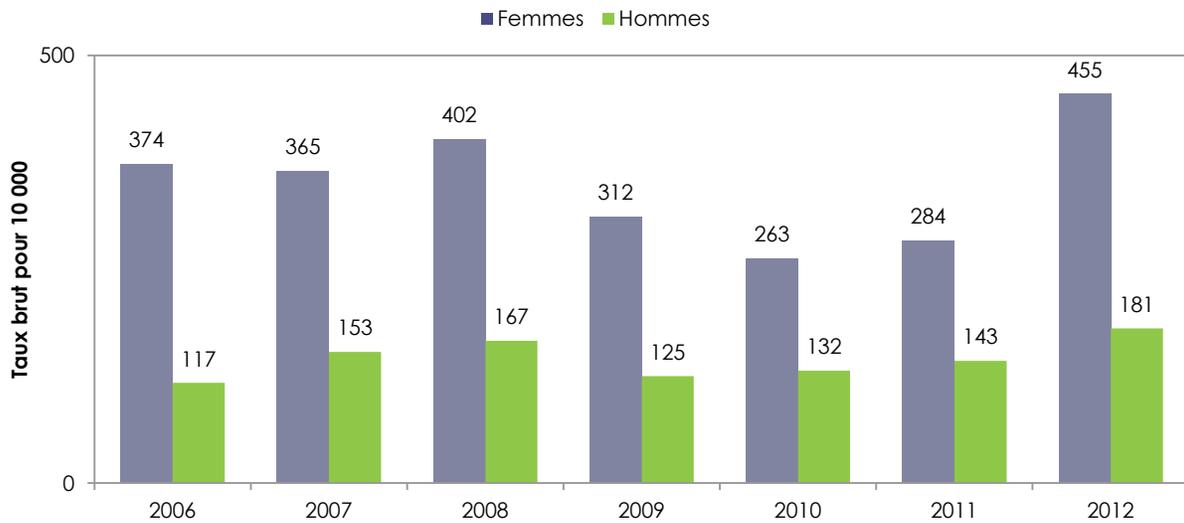
^a Ce taux n'étant pas ajusté, les écarts peuvent s'expliquer, en partie, par les différences de structure d'âge entre les régions : d'une part, ces infections sont beaucoup plus prévalentes chez les adolescents et les jeunes adultes et, d'autre part, la proportion d'individus de cette catégorie d'âge est beaucoup plus grande au Nunavik et dans les TCBJ.

Graphique 10
Taux d'incidence de l'infection génitale à chlamydia et de l'infection gonococcique, Nunavik, 1990 à 2013



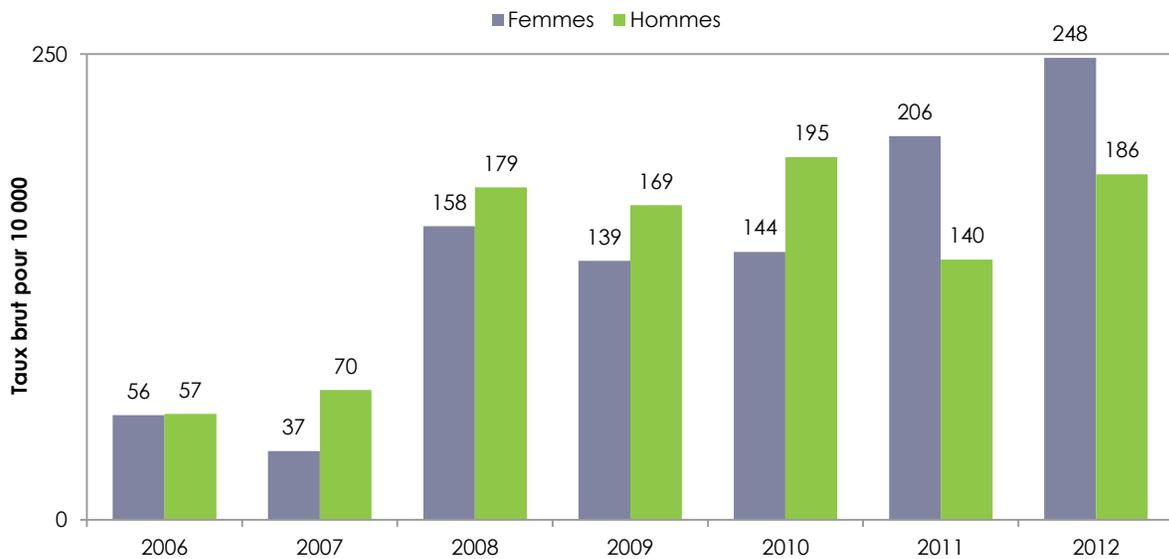
Source: Compilation spéciale, RRSSSN.

Graphique 11
Taux d'incidence de l'infection génitale à chlamydia selon le sexe, Nunavik, 2006 à 2012



Source: Compilation spéciale, RRSSSN.

Graphique 12
Taux d'incidence de l'infection génitale gonococcique selon le sexe, Nunavik, 2006 à 2012



Source: Compilation spéciale, RRSSSN.

L'infection à certains types de papillomavirus humain peut conduire à un cancer de l'appareil génital, en particulier celui du col de l'utérus. En 2004-2008, le taux d'incidence ajusté¹¹ pour le cancer du col était légèrement plus élevé au Nunavik qu'au Québec (6 c. 5 pour 10 000) (Infocentre de santé publique du Québec). Il est intéressant de noter qu'au Nunavik près de huit femmes sur 10 (78 %) ont affirmé avoir passé un test de Papanicolaou, communément appelé test PAP, au cours des deux dernières années précédant l'enquête Qanuippitaa ?. Par contre, cette proportion est beaucoup moins élevée chez les adolescentes de 15 à 17 ans puisque seulement quatre d'entre elles sur 10 (38 %) auraient été testées (Enquête auprès des Inuits du Nunavik, 2004). Par ailleurs, la vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) est maintenant offerte aux filles de 4e année et de troisième secondaire dans toutes les écoles du Nunavik. En 2009-2010, 68 % des élèves de quatrième année et 81 % de ceux de troisième secondaire avaient été vaccinés (MSSS et coll., 2011). Ces données sont similaires à celles du Québec où 76 % des élèves de quatrième année et de troisième secondaire avaient été vaccinés contre le VPH la même année (Infocentre de santé publique du Québec).

Étant donné la prévalence élevée des infections génitales chez les femmes du Nunavik, il n'est pas surprenant de constater que le taux brut de grossesse ectopique dans cette région est largement supérieur à celui du Québec, soit 23 c. 10 pour 10 000 grossesses en 2007-2010 (Infocentre de santé publique du Québec). Malgré le fait que ce taux représente un faible nombre annuel moyen de cas, soit six par année, il témoigne certainement de l'importance d'améliorer la prévention et la détection précoce de ces infections chez les jeunes femmes.

Depuis 2003, très peu de cas de virus de l'immunodéficience humaine (VIH) ont été déclarés dans la région du Nunavik de même que

dans celle des Terres-Cries-de-la-Baie-James. En fait, moins de cinq cas ont été répertoriés dans ces deux régions depuis les onze dernières années (Lambert & collab., 2009; Venne & collab., 2013). Malgré ce petit nombre, les données exposées précédemment soulèvent de vives inquiétudes puisqu'une région fortement touchée par les IST est à très haut risque d'être affectée par le VIH. Afin de préserver l'anonymat des personnes atteintes, aucune donnée n'est disponible sur le sexe des personnes infectées. Il est par contre bien établi que les femmes sont davantage à risque par voie de transmission sexuelle. C'est pourquoi les efforts de dépistage et de prévention doivent se maintenir et même s'intensifier afin d'éviter la venue et la propagation du VIH. Ceci est d'autant plus important vu les risques de transmission verticale, soit de la mère à l'enfant par l'allaitement, et ce, dans une région où le taux de fécondité et, dans une moindre mesure, la prévalence d'allaitement sont particulièrement élevés. Présentement, il n'y a aucun service de santé spécifique pouvant venir en aide aux personnes infectées par le VIH-SIDA au Nunavik.

Finalement, il est important de spécifier que la plupart des données sur les IST sous-estiment la situation réelle au Nunavik (PHAC, 2004) compte tenu que : 1) plusieurs infections peuvent être asymptomatiques, 2) les individus infectés peuvent ne pas être diagnostiqués et 3) l'infection peut ne pas être déclarée.

Issues de grossesse

Étant donné l'infrastructure de soins disponibles au Nunavik, les femmes qui accouchent dans la région vivent habituellement des grossesses à faible risque et donnent le plus souvent naissance par voie naturelle. Celles qui accouchent à l'extérieur de la région ont généralement des grossesses à risque et sont donc plus sujettes à des accouchements par césarienne. Le travail prématuré constitue une cause d'hospitalisation fréquente au Nunavik. D'ailleurs, les naissances prématurées sont plus fréquentes au Nunavik qu'au Québec. Il est bien connu que la prématurité peut avoir des conséquences importantes sur la santé de l'enfant. Ceci est

¹¹ Taux ajustés selon la structure par âge, sexes réunis, de la population du Nunavik en 2006. Cette standardisation a été réalisée pour les besoins de ce rapport et n'est pas disponible à l'Infocentre de santé publique du Québec.

d'autant plus vrai en région éloignée où il existe peu de services spécialisés favorisant le développement optimal de ces enfants. Enfin, il n'existe malheureusement aucune donnée sur les fausses couches et les avortements vécus par les femmes du Nunavik.

Allaitement

Les bienfaits de l'allaitement sont largement reconnus et ceux-ci se ressentent jusqu'à l'âge adulte. En plus d'être parfaitement adapté au besoin de l'enfant, l'allaitement favorise le lien d'attachement et offre une protection contre certaines maladies, dont celles des voies respiratoires et l'anémie pour n'en citer que quelques-unes. Malheureusement, peu de données sont disponibles sur l'allaitement des femmes au Nunavik. L'enquête Quanuipittaa de 2004 révèle que 30 % des femmes avaient déclaré avoir allaité leur dernier enfant et 40 % avait opté pour l'allaitement mixte (annexe 3, indicateur 18), par contre aucune information sur la durée n'est disponible.

3.4.3 LA SANTÉ MENTALE ET LA DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE

La dépression est l'un des troubles de santé mentale les plus courants, surtout pendant les années de fécondité de la femme (Cummings et Kouros, 2009). La dépression maternelle peut affecter négativement, voire détériorer, les importantes interactions entre le parent et l'enfant, entraînant ainsi une diminution des possibilités d'expériences enrichissantes vécues par l'enfant (Irwin et al, 2007), avec les conséquences que cela implique, tel que décrit dans la première section du présent document.

Il n'existe pas de données sur la dépression maternelle des femmes vivant au Nunavik. Par contre, l'enquête Qanuipittaa ? de 2004 a permis de constater que les femmes de cette région rapportaient des proportions élevées de détresse psychologique (dépression et autres troubles de santé mentale courants) et de comportements suicidaires. En effet, 14 % des femmes de 15 ans et plus déclaraient alors avoir souffert de détresse

psychologique dans les trente jours précédant l'enquête (Kirmayer *et al.*, 2007). Cette détresse semblait plus fréquente chez les personnes faisant usage de drogues ou d'alcool, chez celles présentant des antécédents d'abus sexuels, ainsi que chez celles exposées à la violence familiale (Kirmayer *et al.*, 2007)¹². De plus, il a été observé que la proportion de femmes de 15 ans et plus déclarant avoir déjà tenté de se suicider avait doublé de 1992 à 2004, respectivement 13 % c. 26 % (Kirmayer *et al.*, 2007).

3.4.4 LA VIOLENCE À L'ÉGARD DES FEMMES

La violence conjugale, également appelée « violence exercée par un partenaire intime », continue d'être encore très répandue dans plusieurs sociétés à l'échelle mondiale (Lessard *et al.*, 2003). Or, la violence sous toutes ses formes (physique, psychologique ou sexuelle) est un déterminant majeur de la santé des femmes. De surcroît, la violence conjugale affecte non seulement la santé des femmes qui la subissent (traumatismes physiques, blessures, détresse psychologique et suicide) mais aussi celle de leurs jeunes enfants, puisqu'elle entraîne un risque accru de maltraitance¹³ (Lessard *et al.*, 2003). Il est aussi bien documenté que les femmes autochtones sont davantage à risque de vivre des situations de violence (Brennan, 2011). De nombreux facteurs, tant individuels, historiques que structurels, peuvent expliquer les données alarmantes sur la violence vécue par les femmes dans ces milieux, tel que soulevé dans l'encadré 15. Il y aurait eu certaines années jusqu'à 6 à 10 fois plus de femmes victimes de violence au Nunavik qu'au Québec (Duhaimé, 2008).

¹² Étant donné l'utilisation d'outils de mesure différents dans l'enquête de 1992 et dans celle du Québec, il s'avère non approprié d'établir des comparaisons avec ces populations.

¹³ Voir à ce sujet la section 3.5.3 (enfants de moins de 5 ans).

Encadré 15 Les causes de la violence envers les femmes au Nunavik

Bien que la violence conjugale survienne dans tous les milieux, toutes les cultures, de même que dans toutes les strates de la société, l'OMS reconnaît que plusieurs facteurs, tant individuels que sociétaux, augmentent le risque des femmes à être exposées à la violence. Parmi ces facteurs se retrouvent le faible niveau de scolarisation, le jeune âge au moment de la première grossesse, la consommation d'alcool du conjoint, de même que les antécédents de violence dans l'enfance (OMS, 2005). Les femmes qui vivent au Nunavik tendent malheureusement à cumuler nombre d'entre eux.

La violence conjugale tend également à être plus fréquente en région rurale qu'urbaine ce, pour plusieurs raisons, dont l'isolement, le faible accès à l'emploi et à l'éducation, et l'absence de services adéquats de santé mentale et de traitement des dépendances (Lavoie et al., 2007a). À tous ces facteurs s'ajoutent ceux qui touchent plus spécifiquement les milieux autochtones et inuits, notamment le stress de l'acculturation et les conséquences du traumatisme historique, les impacts intergénérationnels des violences vécues dans les pensionnats ou écoles fédérales, de même que le manque criant de logements adéquats (Anderson, 2000).

Ainsi, contrairement à certaines croyances, la violence en contexte familial au Nunavik ne fait partie ni des traditions ni de la culture inuite. Elle s'inscrit plutôt dans une réalité plus large vécue par l'ensemble de la population du Nunavik qui, « bousculée par des changements rapides et majeurs depuis des décennies vit présentement des problèmes sociaux criants, voire une détresse généralisée » (CDPJQ, 2010).

Et les femmes inuites sont nombreuses à dénoncer cette violence : « We, Inuit women of Nunavik, demand that violence directed against women and children must stop. Child sexual abuse is absolutely intolerable and must end. All types of violence, whether physical or psychological, against women and children, must cease to occur » (Nunatsiaq news, 2006).

Il existe en fait peu de données concernant la violence conjugale au Nunavik. Cependant, celles qui existent indiquent que ce problème est extrêmement préoccupant. En effet, bien que les taux de victimisation pour violence conjugale au Nunavik varient énormément d'une année à l'autre, ils demeurent systématiquement nettement supérieurs à ceux rapportés pour le Québec. Aussi, en 2004, 57 % des femmes du Nunavik admettaient avoir été victimes de violence physique au cours de leur vie adulte, le conjoint ou l'ex-conjoint étant l'agresseur principal dans la majorité des cas (Lavoie et al., 2007a).

Lorsque l'on compare les données des côtes de la baie d'Hudson et de la baie d'Ungava, il semble que ce type de violence soit légèrement plus présent sur la côte de la baie d'Hudson, où le revenu est plus faible et le surpeuplement plus élevé, que sur celle de la baie d'Ungava. Ces sources de données étant reconnues comme offrant des mesures largement sous-estimées de la violence conjugale, les taux réels de prévalence s'avèrent probablement encore plus élevés (INSPQ et al., 2006).

Actions entreprises au Nunavik pour agir sur la violence

Plusieurs activités de prévention et de sensibilisation ont lieu dans la région. On y retrouve des rassemblements communautaires, par exemple des marches contre la violence faite aux femmes et aux enfants et des repas communautaires; des campagnes de communication, soit sous forme de capsules radiophoniques ou d'affiches; et des ateliers éducatifs adressés aux jeunes dans les écoles et à tous les membres de la communauté, tel l'atelier intitulé *Good Touch Bad Touch*. Le comité de travail régional de prévention de l'abus sexuel au Nunavik a également publié divers outils d'information sur la prévention de l'abus sexuel dont un livret d'information sur l'abus sexuel envers les enfants, des contes et la vente de calendriers (RRSSN, 2012a).

3.5 État de santé des enfants

L'état de santé présenté dans cette section concerne celui des enfants de moins de 5 ans. Chez ces enfants, deux périodes charnières existent en termes de santé. Il sera donc tout d'abord question de l'état de santé des enfants âgés de moins d'un an pour ensuite discuter de celui des enfants âgés de 1 à 4 ans. Ces deux sections aborderont la mortalité et la morbidité des enfants ainsi que les différentes causes d'hospitalisations. Ensuite, il sera question de la vaccination chez tous les enfants de moins de 5 ans et, pour terminer, de la situation de la violence et de l'abus chez ce même groupe d'âge.

3.5.1 LES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

Mortalité et morbidité

Le taux de mortalité infantile au Nunavik, soit celui des enfants de moins de 1 an, atteignait 18 pour 1 000 en 2005-2009, un taux demeuré stable depuis 1996 (tableau 1) (annexe 3, indicateur 25). Bien qu'il soit similaire à celui observé dans l'Inuit Nunangat (15 pour 1 000 en 2004-2008, Statistique Canada, 2012), ce taux demeure encore très élevé en comparaison à celui du Québec (tableau 1) (annexe 3, indicateur 25) et dans une moindre mesure à celui des TCBJ. Ces comparaisons doivent par contre être interprétées avec prudence puisque ce taux ne correspond qu'à 7 décès foeto-infantiles en moyenne annuellement pour la région du Nunavik.

Les principales causes de décès infantiles sont les affections périnatales, le syndrome de mort subite du nourrisson et les anomalies congénitales, notamment les malformations cardiaques. Le taux de prévalence des cardiopathies congénitales est par ailleurs nettement supérieur à celui du Québec (245 c. 129 pour 10 000 naissances, respectivement) avec un nombre moyen de 7 cas annuellement pour la période de 2003 à 2008 (MSSS *et al.*, 2011). Les sources utilisées ne permettent malheureusement pas d'indiquer les causes potentielles de ces malformations (encadré 16).

Le taux de mortalité périnatale est aussi plus élevé au Nunavik qu'au Québec (tableau 1) (annexe 3, indicateur 23), par contre il est sensiblement le même que le taux des TCBJ (tableau 1). Ce type de mortalité est le plus associé à la qualité des soins obstétricaux. Or, malgré les différences d'organisation des soins entre le Nunavik, où il existe une pratique sage-femme, et les TCBJ, où cette pratique est inexistante et où toutes les femmes doivent quitter leur région pour accoucher, soit à Val-d'Or, à Chibougamau ou à Montréal, il est intéressant de constater qu'aucune différence significative existe en termes de mortalité périnatale. De plus, il semble que les villages ayant accès aux soins traditionnels des sages-femmes ne présentent pas une fréquence d'issues défavorables de grossesse plus élevées que ceux qui n'y ont pas accès.

Outre la mortalité infantile et périnatale, la proportion de naissances prématurées semblent également être plus élevée au Nunavik qu'au Québec (tableau 1) (annexe 3, indicateur 21). Ceci pourrait être en partie expliqué par le fait que les naissances prématurées sont souvent reliées à plusieurs facteurs relativement fréquents dans la région, dont la défavorisation socioéconomique des familles et l'usage du tabac pendant la grossesse (ASPC, 2008).

De plus, en dépit des différences importantes d'organisation des soins entre les communautés des côtes de la baie d'Ungava et de la baie d'Hudson, les indicateurs de mortalité et de morbidité présentés au tableau 1 ne démontrent aucune différence importante d'une côte à l'autre. Cependant, il convient d'être prudent étant donné les très faibles effectifs. L'analyse détaillée des nombres annuels moyens ne semble pas non plus suggérer l'existence de différences marquées entre les côtes, et ce, pour l'ensemble des conditions mesurées (voir détails en annexe 3).

Tableau 1
Indicateurs de mortalité et de morbidité chez les enfants de moins d'un an, côtes et région du Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James, Québec

Indicateurs de santé infantile	Hudson		Ungava		Nunavik		TCBJ		Québec	
Nombre annuel moyen de naissances, 2006-2010	193		117		310		405		86 321	
Proportion de naissances prématurées, 2006-2010 (%)	12	ns	10	ns	11		8	(-)	7	(-)
Taux de mortalité infantile, 2005-2009 (Pour 1000 naissances)	*16	ns	*20	ns	*18		*11	ns	3	(-)
Taux de mortalité périnatale 2005-2009 (Pour 1000 naissances)	**n.p.	ns	*20	ns	*13		*12	ns	6	(-)

Pour plus d'information sur les indicateurs (4), (21), (25) et (23) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.
ns : non-significatif
* : Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
** : Coefficient de variation supérieur à 33,33 %, la valeur ne peut être présentée (n.p.).
(+/-) : Valeur significativement plus élevée (+) ou plus faible (-) que celle de la catégorie de référence, au seuil de 0,05. Les résultats des côtes sont comparés au reste de la région en utilisant la correction de Bonferroni puis, les Terres-Cries-de-la-Baie-James (TCBJ) et le reste du Québec (Québec sans le Nunavik) sont comparés au Nunavik.
Sources : Fichier des naissances, MSSS; Fichier des décès, MSSS; Fichier des mortinaissances, MSSS; Infocentre de santé publique.

Encadré 16
Causes fréquentes de malformations cardiaques

Au Nunavik comme au Québec, les malformations cardiaques sont le groupe d'anomalies congénitales le plus fréquent. Dans la majorité des cas, la cause exacte est inconnue (Richards *et al.*, 2010). En fait, pour bien évaluer les causes potentielles de ce type de malformation, il importe d'en connaître le type exact, de même que la présence (ou non) de malformations d'autres systèmes.

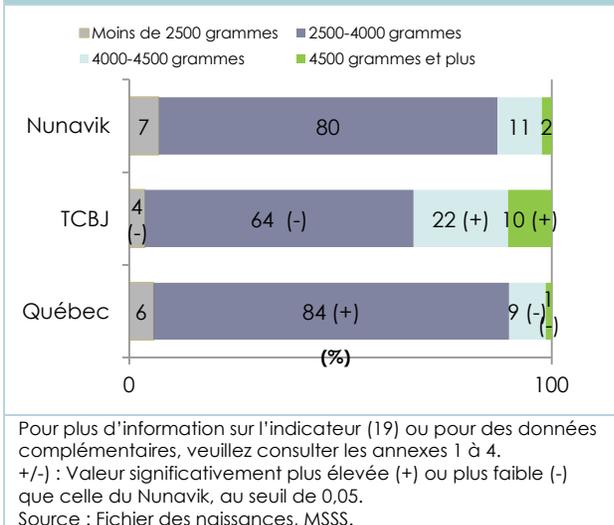
Ainsi, la cause de loin la plus fréquente de malformations cardiaques isolées est l'hyperglycémie prénatale secondaire à la présence d'un diabète de type 1 ou 2 avant la grossesse (Wren *et al.*, 2003). D'autre part, parmi les syndromes congénitaux pouvant présenter des malformations cardiaques on retrouve la trisomie 21 et le syndrome de rubéole congénital (SRC). Or, après vérification, il n'y a aucun cas répertorié de ces deux affections au Nunavik pour la période étudiée.

Le graphique 13 illustre la répartition des naissances selon le poids au Nunavik, dans les TCBJ et au Québec (annexe 3, indicateur 19). On y observe une proportion d'hypotrophie néonatale, soit d'enfants nés avec un poids inférieur à 2 500 grammes, relativement similaire au Nunavik et au Québec malgré l'exposition à un plus grand nombre de facteurs de risque au Nunavik tels que la prématurité et le tabagisme maternel. Ces proportions sont pratiquement restées inchangées pour les périodes de 2001-2005 et 2006-2011, tant au Nunavik qu'au Québec (annexe 3, indicateur 20). En revanche, il existe à l'autre extrémité de la distribution de poids, une proportion légèrement plus élevée de macrosomie (poids \geq 4 000 g) au Nunavik comparativement au Québec, respectivement

13 % et 10 %. Bien que cet écart soit peu important sur le plan clinique, il est néanmoins cohérent avec l'augmentation du poids corporel chez les femmes, et la hausse attendue de la prévalence du diabète en grossesse, un phénomène déjà bien documenté chez les Cris (Auger *et al.*, 2013; Nolin *et al.*, 2007; Torrie *et al.*, 2005). D'ailleurs dans cette région, la proportion de macrosomie, soit 32 %, est largement plus élevée que celle du Nunavik et du Québec.

Finalement, les maladies de l'appareil respiratoire sont très fréquentes au Nunavik, autant chez les enfants de moins d'un an que chez ceux âgés de 1 à 4 ans, il en sera davantage question dans la section traitant des 1 à 4 ans.

Graphique 13
Répartition des naissances selon le poids,
Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James,
Québec, 2006-2010



Hospitalisations

Les hospitalisations au cours de la première année de vie sont demeurées stables au Nunavik depuis les années 1990 (annexe 3, indicateur 26). Le taux d'hospitalisation toutes causes confondues demeure toutefois plus élevé au Nunavik qu'au Québec (annexe 3, indicateur 26), mais il est par contre comparable à celui des Terres-Cries-de-la-Baie-James (tableau 2).

La principale cause d'hospitalisation chez les enfants de moins d'un an est attribuable aux maladies du système respiratoire telles les pneumonies et les bronchiolites. Le taux du Nunavik est largement supérieur à celui du Québec et surpasse aussi, mais de façon moins marquée, celui observé dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James (tableau 2). Les taux d'hospitalisation pour des problèmes respiratoires sont plus élevés sur la côte de la baie d'Hudson que sur la côte de la baie d'Ungava (4 815 c. 3 151 pour 10 000) (annexe 3, indicateur 26). Ces données sont cohérentes avec le fait que le surpeuplement est plus important sur la côte de la baie d'Hudson (voir 3.2 Conditions de vie des familles). Il est d'ailleurs bien documenté que cette condition joue un rôle prépondérant dans la propagation des infections respiratoires.

Les affections périnatales et les malformations congénitales (encadré 16), principalement de l'appareil circulatoire et digestif du nourrisson, occupent respectivement la deuxième et la troisième place en importance pour les causes d'hospitalisation (tableau 3). Les taux d'hospitalisation pour les malformations congénitales dans les trois régions observées (Nunavik, TCBJ et Québec) sont relativement similaires, celui du Nunavik étant légèrement plus bas (tableau 2) (annexe 3, indicateur 26). En revanche, le taux d'hospitalisation pour les affections périnatales est significativement plus bas au Nunavik que dans les TCBJ et qu'au Québec, soit 3 362 comparé à 5 970 et 5 323 pour 10 000 (tableau 2) (annexe 3, indicateur 26). Cette donnée peut paraître surprenante à prime abord, par contre elle s'explique fort probablement par un taux de mortalité infantile très élevé dans la région couplé au fait que les grossesses les plus à risque sont transférées avant l'accouchement.

Nonobstant les conditions de vie difficiles, ces différences dans les taux d'hospitalisation résident en partie au fait que les enfants du Nunavik pourront être admis à l'hôpital à un seuil moins critique de la maladie ou en prévention d'une détérioration. Ces éléments doivent être considérés lors des comparaisons de données d'hospitalisation entre régions.

3.5.2 LES ENFANTS DE 1 À 4 ANS

Mortalité et morbidité

La mortalité chez les enfants de 1 à 4 ans a connu une légère baisse au cours des dernières années (annexe 3, indicateur 28), en moyenne un décès par an a été dénombré de 2005 à 2009. Les décès chez ce groupe d'âge sont majoritairement dus à des causes accidentelles, notamment les noyades et les incendies. Étant donné l'effectif trop petit et donc l'absence de résultats statistiquement significatifs, aucune comparaison de taux ne peut être faite avec d'autres régions.

Tableau 2
Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon les grands regroupements de diagnostics chez les moins d'un an pour le Nunavik, les Terres-Cries-de-la-Baie-James et le Québec, 2007-2012

Classement selon le rang d'importance au Nunavik	Nunavik	TCBJ		Québec	
	Taux brut (pour 10 000)				
1. Maladies de l'appareil respiratoire	4 144	2 414	(-)	625	(-)
2. Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	3 362	5 970	(+)	5 323	(+)
3. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	602	627		730	
4. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	388	328		189	(-)
5. Maladies de l'appareil digestif	374	269		142	(-)
6. Maladies de l'appareil génito-urinaire	*187	308	(+)	135	
7. Lésions traumatiques et empoisonnement	*174	*74	(-)	52	(-)
Ensemble des diagnostics	10 662	11 092		7 670	(-)

Pour plus d'information sur l'indicateur (26) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.

* : Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

(+/-) : Valeur significativement plus élevée (+) ou plus faible (-) que celle du Nunavik, au seuil de 0,05.

Source : Fichier MED-ÉCHO, MSSS.

En termes de morbidité, les affections les plus fréquentes touchent le système respiratoire et le système digestif. Les problèmes respiratoires, tels les pneumonies, les infections aiguës des voies respiratoires et l'asthme, sont très répandus chez les enfants inuits tant du Nunavik que des autres régions inuites du Canada. En fait, les nourrissons et les enfants inuits affichent les taux d'infections respiratoires parmi les plus élevés au monde (Kovesi *et al.*, 2007). Les infections provoquées par le virus respiratoire syncytial (VRS), l'adénovirus, la grippe A et le virus parainfluenza affichent en effet des taux très élevés. Les facteurs environnementaux comme le surpeuplement des logements, la mauvaise ventilation et l'exposition à la fumée secondaire peuvent contribuer aux infections respiratoires chez les nourrissons et les enfants (Elliott et Macauley, 2004; Kovesi *et al.*, 2007). D'autre part, l'absence d'allaitement maternel, la prématurité et les cardiopathies congénitales ont été identifiées comme des facteurs de risque individuels. Certains experts s'interrogent même sur la pertinence de généraliser l'immunisation contre le VRS en vue de réduire les infections respiratoires sévères (Elliott et Macauley (2004).

Chez les jeunes enfants, les infections respiratoires entraînent souvent des otites moyennes. Ce type

d'otite se décline principalement sous deux formes, aiguë ou chronique, dépendamment de sa durée. Il a été démontré que plus le premier épisode d'otite moyenne aiguë arrive tôt dans la vie de l'enfant, plus celui-ci risque de souffrir d'épisodes récurrents et de développer une condition chronique (Ayukawa *et al.*, 2001), dont l'otite moyenne chronique. Ce type d'otite est une infection persistante de l'oreille moyenne, associée principalement à la mauvaise qualité de l'air intérieur (moisissures et exposition à la fumée secondaire) (Cameron, 2011). Les infections chroniques de l'oreille entraînent souvent la perte auditive. En fait, un trouble auditif peut débuter à un très jeune âge en raison d'épisodes récurrents d'otites moyennes. La perte auditive est associée aux faibles rendements scolaires, aux retards de développement du langage et de la parole et à la détresse chez les jeunes (Cameron 2011).

Les Inuit possèdent les taux déclarés d'otite moyenne chronique les plus élevés au monde, avec une prévalence allant de 7 à 31 % en fonction de la communauté étudiée (Elliott et Macauley, 2004). On rapporte même des prévalences dépassant 50 % dans certaines communautés, à certaines périodes (Baxter, 1999). Des statistiques similaires ont été enregistrées dans les autres régions du Nord (Elliott

et Macauley, 2004). En 2004, 19 % des enfants inuits âgés de 5-6 ans présentaient une perte auditive dans une ou dans les deux oreilles (Ayukawa *et al.*, 2004) et 23 % des enfants d'âge scolaire souffraient d'une perte auditive importante (Ayukawa *et al.*, 2004).

Au Nunavik, les affections touchant l'appareil digestif concernent presque exclusivement des problèmes dentaires. Des prévalences très élevées de caries dentaires et de dents absentes sont signalées dans les régions du Nord. Par

endroits, ils atteignent 95 à 100 % (Elliott et Macauley, 2004). En fait, le pourcentage d'enfants sans carie au Nunavik est très révélateur de l'ampleur de la situation car chez ceux âgés de 6 ans, seulement 3 % n'ont aucune carie. En d'autres mots, presque tous les enfants du Nunavik souffrent de caries dentaires. Les causes sont principalement reliées à l'alimentation, à l'hygiène dentaire et à l'accessibilité des services (encadré 17).

Encadré 17 Facteurs influençant la santé dentaire des Autochtones

Chez les nourrissons et les tout-petits, les caries dentaires sont souvent liées à la consommation de boissons sucrées (y compris le lait), particulièrement lorsque l'enfant est mis au lit avec son biberon. En ce qui concerne les autres enfants, le manque de brossage des dents et la consommation de bonbons et de boissons sucrées favorisent la formation de caries. Les sucres raffinés sont disponibles au Nunavik depuis moins de 40 ans. Leur consommation, surtout dans les boissons gazeuses, est devenue très rapidement populaire et représente une grande proportion de l'apport en énergie. Enfin l'accès limité à des services de soins dentaires et préventifs exacerbe cette condition chez les enfants de même que le faible statut socioéconomique des familles (CCNSA, 2013).

Services actuellement offerts au Nunavik

En termes de services, il y a certains professionnels en soins de santé dentaire sur les deux côtes du Nunavik. Sur la côte de la baie d'Hudson, quatre dentistes permanents et deux hygiénistes dentaires sont basés dans les plus grands villages depuis plus de 5 ans et font la tournée des autres petits villages de la côte. Les hygiénistes dentaires font aussi la promotion de la santé dentaire dans les écoles. Sur la côte de la baie d'Ungava, le centre Tulattavik offre des services buccodentaires à toutes les communautés de la côte. Près de 6 000 personnes ont accès aux services. Deux dentistes sont basés à Kuujuaq et un à Kangiqsualujjaq. Ils assurent les soins dans les autres communautés de la côte. (r/p Ungava) Depuis 2009, des spécialistes (orthodontiste et denturologiste) effectuent des tournées dans toute la région du Nunavik.

Hospitalisations

Au Nunavik, le taux d'hospitalisation toutes causes confondues chez les enfants de 1 à 4 ans surpasse nettement celui du Québec et dans une moindre mesure celui des TCBJ (tableau 3) (annexe 3, indicateur 29).

Tel qu'observé chez les enfants de moins d'un an, les maladies du système respiratoire représentent la principale cause d'hospitalisation chez les enfants inuits de 1 à 4 ans (tableau 3) (annexe 3, indicateur 29). Ceci est tout aussi vrai pour les TCBJ et le Québec quoique leurs taux soient légèrement plus bas.

Les maladies de l'appareil digestif occupent la deuxième place en importance comme cause d'hospitalisation à partir de l'âge d'un an (tableau 3) (annexe 3, indicateur 29). Les taux du Nunavik sont beaucoup plus élevés que ceux des TCBJ et du Québec. La majorité de ces hospitalisations sont liées à des traitements dentaires (Fichier MED-ÉCHO). En effet, chez les jeunes patients, des anesthésies générales sont parfois nécessaires pour traiter de multiples caries dentaires à la fois (Santé Canada, 2011). Rappelons qu'il n'y a pas de fluoruration de l'eau potable au Nunavik.

Tableau 3
Taux d'hospitalisation en soins physiques de courte durée selon les grands regroupements de diagnostics chez les 1 à 4 ans, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James, Québec, 2007-2012

Classement selon le rang d'importance au Nunavik	Nunavik	TCBJ		Québec	
	Taux brut (pour 10 000)				
1. Maladies de l'appareil respiratoire	634	451	(-)	233	(-)
2. Maladies de l'appareil digestif	504	64	(-)	33	(-)
3. Lésions traumatiques et empoisonnements	110	89	ns	37	(-)
4. Certaines maladies infectieuses et parasitaires	82	73	ns	74	ns
5. Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	28	*37	ns	16	(-)
Ensemble des diagnostics	1716	1031	(-)	539	(-)

Pour plus d'information sur l'indicateur (29) ou pour des données complémentaires, veuillez consulter les annexes 1 à 4.
 ns : non-significatif
 * : Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.
 (+/-) : Valeur significativement plus élevée (+) ou plus faible (-) que celle du Nunavik, au seuil de 0,05.
 Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Ensuite, les hospitalisations les plus fréquentes sont dues aux lésions traumatiques et aux empoisonnements (tableau 3) (annexe 3, indicateur 29). Le taux d'hospitalisation pour ces affections est trois fois plus élevé au Nunavik qu'au Québec et légèrement plus élevé que celui des TCBJ (tableau 3). Les blessures non intentionnelles représentent une cause de morbidité importante chez les Canadiens en général et particulièrement chez les Autochtones qui présentent souvent des blessures plus graves (Oliver *et al.*, 2012a). De même au Québec, les enfants les plus défavorisés ont des taux d'hospitalisation nettement plus élevés pour l'ensemble des blessures accidentelles et pour les

blessures graves (MSSS, 2007). La problématique des lésions et des traumatismes chez les enfants est préoccupante, surtout en raison des répercussions sur la santé des individus à long terme mais aussi des coûts qui y sont associés (Oliver *et al.*, 2012a, 2012b).

Les maladies évitables par la vaccination et les maladies à déclaration obligatoire

Chez les moins de 5 ans, seulement quelques maladies évitables par la vaccination sont enregistrées chaque année au Nunavik. Certaines éclosions infectieuses sont épisodiques telles que la tuberculose en 2012 et la coqueluche en 2009. D'autres sont peu prévalentes mais constamment présentes dont l'*haemophilus influenzae* et l'infection invasive à *Streptococcus pneumoniae*. Plus précisément, entre 2008 et 2012, deux cas d'oreillons, trois cas de coqueluches et trois cas d'*haemophilus* (méningite, bactériémie et autres formes) ont été répertoriés annuellement au Nunavik. Malgré ces petits nombres de cas, certaines de ces infections peuvent avoir des conséquences graves. Par exemple, certaines études démontrent que la méningite est responsable du plus grand nombre de décès chez les nourrissons et les enfants au Nunavik que n'importe quelles autres infections (Jenkins *et al.*, 2003). En fait, même si peu d'enfants sont touchés par l'infection, des éclosions de méningites sont relativement fréquentes dans les régions nordiques (Dewailly *et al.*, 2000; Jenkins *et al.*, 2003). Ces prévalences peu élevées témoignent de l'efficacité de la vaccination dans la région (encadré 18).

Parmi les maladies à déclaration obligatoires (MADO) qui ne font pas partie des maladies évitables par la vaccination chez les 0-5 ans, on retrouve majoritairement des cas de giardiose et de shigellose (Fichier MED-ECHO). Ces deux maladies sont des problèmes intestinaux qui se propagent rapidement dans les endroits densément peuplés (Fichier MADO).

Encadré 18 L'immunisation au Nunavik

Les enfants du Nunavik, comme ceux du Québec, reçoivent une série de vaccins à l'âge de 2, 4, 6, 12 et 18 mois, les immunisant contre plusieurs maladies dont la diphtérie, la coqueluche, le tétanos, la poliomyélite, l'*Haemophilus influenzae* de type b, la rougeole, la rubéole, les oreillons, la varicelle, le *streptococcus pneumoniae* et le méningocoque.

En raison de l'importance des infections respiratoires dans la région, les Nunavimmiuts reçoivent une dose supplémentaire de *streptococcus pneumoniae* (MSSS, 2009). Certains enfants à risque reçoivent un médicament préventif (Palivizumab ou Synagis) contre le virus respiratoire syncytial (VRS), responsable des bronchiolites chez les moins d'un an (Bolduc, 2012). Il est d'ailleurs envisagé que cette immunisation soit éventuellement étendue à tous les enfants du Nunavik.

En 2012, certaines communautés du Nunavik ont connu une recrudescence des cas de tuberculose active. Le vaccin contre la tuberculose a été retiré au Québec en 1976 et en 2004 au Nunavik. Suite à cette éclipse, il a été réintroduit dans la communauté la plus touchée. Notons de plus que les communautés les plus touchées par la recrudescence de la tuberculose ces dernières années sont également celles qui ont les taux de surpeuplement le plus élevés de la région.

Vaccination

Tel que mentionné précédemment, le fait que très peu de maladies évitables par la vaccination soient présentes au Nunavik témoignent du succès de la vaccination. Il n'existe encore aucun registre de vaccination qui permet de connaître précisément le taux de couverture vaccinal.

Tout comme pour l'ensemble du Québec, il y a des campagnes de vaccinations saisonnières contre l'influenza au Nunavik. Dans cette région, compte tenu du surpeuplement et de la rudesse du climat, tous les individus sont considérés comme à risque de contracter ou de transmettre l'influenza, ainsi la vaccination est offerte à toute la population gratuitement, et ce, depuis maintenant plus de cinq ans (RSSSN, 2012a).

Violence et abus

Un éventail de facteurs individuels, familiaux et communautaires sont reliés à la violence et l'abus envers les jeunes enfants (encadré 19). Un rapport récent de la Commission des droits de la personne et de la jeunesse du Québec (CDPJQ) indique que près du tiers des enfants du Nunavik font l'objet d'un signalement auprès de la direction de la protection de la jeunesse, ce qui est six fois la proportion de la moyenne provinciale (5 %) (CDPJQ, 2010). La moitié des enfants pris en charge seraient âgés de moins de cinq ans (CDPJQ, 2010). Le nombre de signalements est en constante augmentation ces dernières années (IHSSC, 2012). Cette hausse pourrait indiquer une

augmentation de la problématique mais aussi une meilleure déclaration du phénomène, conséquence d'une sensibilisation accrue. Enfin, il est important de mentionner qu'en plus d'avoir des répercussions négatives sur la famille, un signalement risque aussi d'influencer l'accès aux soins (encadré 20).

Les abus sexuels dans l'enfance sont également très fréquents au Nunavik. Une enquête effectuée en 2004 auprès des adultes de 18 ans et plus révèle qu'une femme sur 2 et un homme sur 5 déclare avoir été victime d'abus sexuels pendant l'enfance (Lavoie *et al.*, 2007b). De plus, les données de maladies à déclaration obligatoire rapportent quelques cas d'infections transmises sexuellement chez les 5 ans et moins au cours de la période 2007-2011 (voir section 3.5.3).

Au-delà des conséquences immédiates de la maltraitance sur la santé physique et mentale des enfants qui la subissent, il existe des sérieux risques quant à l'avenir de ces victimes. En effet, il est maintenant bien documenté que, victimes ou témoins, les enfants exposés à la violence domestique seront plus à risque de développer des difficultés d'apprentissage et de vivre les conséquences des échecs scolaires répétés. De même, ils sont davantage à risque de développer des comportements agressifs et autodestructeurs, tel une consommation excessive d'alcool et de drogue ou des comportements sexuels à risque (Lessard & Paradis, 2003).

Encadré 20

Comprendre la maltraitance chez les enfants autochtones

La surreprésentation des enfants autochtones au sein des services de protection de l'enfance est un phénomène bien connu au Canada, et les raisons de ce fait sont fort complexes. Des recherches récentes tendent à démontrer l'importance des facteurs structurels pouvant contribuer à augmenter le risque de maltraitance chez les enfants autochtones, notamment le surpeuplement, la pauvreté et l'absence de soutien pour les parents souffrant de problèmes de dépendance (McLaurin et collab., 2008).

Il est d'ailleurs bien documenté que la pauvreté et le stress parental qui en découle sont des facteurs qui contribuent à un risque plus élevé de conduites parentales à caractère violent et ce, dans toutes les populations (autochtones et non autochtones) (CDCHU, 2007). Au Québec par exemple, le taux de prise en charge pour la période 2002-2003 à 2005-2006 dans le territoire de CLSC le moins favorisé est environ 8 fois supérieur à celui du territoire le plus favorisé (MSSS, 2007).

À ces facteurs, il importe d'ajouter les perturbations profondes qu'ont eues certaines politiques colonisatrices sur le système de parentalité autochtone traditionnel (CCNSA, 2012). Il est maintenant bien documenté que les victimes des pensionnats ont souvent connu des problèmes de santé mentale, de dépendance et de violence familiale complexifiant l'établissement de relations saines avec leurs conjoints et leurs enfants (Conseil canadien de la santé, 2011).

Dans ces circonstances, les parents autochtones sont souvent jugés comme étant inadéquats. Or ce jugement occulte totalement l'impact des effets cumulatifs de ces politiques sur les défis que doivent affronter les parents autochtones au quotidien, tels la pauvreté, le surpeuplement des logements et la violence, qui les rendent souvent impuissants face à des circonstances qu'ils ne peuvent corriger seuls et sans soutien (Irvine, 2009).

Enfin, en accord avec les déterminants structurels de la maltraitance en milieu autochtones (encadré 17) et avec les recommandations de la Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse (CDPJQ) dans son rapport de suivi sur la situation des services d'aide à l'enfance au Nunavik, il est clair que la réduction du problème de la violence domestique requiert que l'on se penche sur deux problèmes urgents, soit la pénurie de logements et l'absence de services de traitement des dépendances dans la région. De plus, la CDPJQ soulignait également le besoin de renforcer les services de prévention orientés vers les besoins des mères et des familles. Enfin, pour soutenir les individus ayant été victimes de violence, des services de *counselling* émotionnel, d'accompagnement et des services psychologiques sont considérés comme des éléments essentiels au processus de guérison. À cet égard, les services en soutien aux familles tels les SIPPE s'avèrent une avenue prometteuse.

Encadré 19

Signalement des enfants : impact sur l'accès aux soins de santé

Les femmes autochtones, dont la situation de leurs enfants a été signalée aux services de la protection de la jeunesse, font face à des défis sociopolitiques et économiques complexes. Elles vivent aussi avec la peur constante de se faire enlever leurs enfants. Ces inquiétudes limitent l'accès aux soins, déjà fragilisé par les expériences de racisme, les préjugés et la discrimination présents dans les services de santé (CCS, 2011).

Les services d'aide à l'enfance

Pour clore cette section, une brève description des services d'aide à l'enfance du Nunavik sera présentée. À ce jour au Nunavik, les services de protection de la jeunesse sont administrés selon le cadre légal québécois et il arrive que l'évaluation de l'aptitude des parents soit quelquefois teintée d'une vision occidentale de la parentalité (CCNSA 2009-2010). Or, bien que la situation des enfants dans certaines familles soit parfois particulièrement difficile, le retrait des enfants n'est pas toujours la meilleure solution, en raison notamment du manque de ressources locales pour les accueillir et faire les suivis requis auprès des familles. L'ajout et la formation de personnel inuit constitue une avenue essentielle à l'amélioration des services, car ils demeurent les intervenants les mieux placés pour comprendre la complexité des situations de vie des familles. C'est pourquoi la région offre maintenant de plus en plus de formations en intervention psychosociale au personnel inuit local (RRSSSN, 2012).



Source : Nunavik Tourism



4. Discussion

4.1 Les grands constats

D'importantes iniquités de santé perdurent chez les familles inuites

Bien que la santé des enfants inuits se soit améliorée au cours de la période étudiée, plusieurs indicateurs de santé font encore état de disparités importantes avec ceux de la population québécoise. À cet égard, voici les principaux éléments à retenir du portrait précédemment présenté :

La santé des femmes et des mères, garante d'avenir : les jeunes mères au Nunavik élèvent des familles nombreuses. Cette forte fécondité est bien sûr un signe de vitalité sur le plan identitaire mais rime malheureusement souvent avec un contexte socioéconomique difficile. Le cumul des déterminants défavorables que sont la pauvreté, la faible scolarisation et le surpeuplement des logements augmente d'autant plus la vulnérabilité de ces jeunes parents et de leurs enfants. En conséquence, ces enfants ne bénéficient pas toujours du soutien de qualité dont ils ont besoin pour se développer de façon optimale et devenir à leur tour des parents davantage supportant.

Aussi, les prévalences élevées d'infections sexuellement transmises, de consommation de tabac et d'alcool semblent sonner l'alarme d'une population féminine vivant un fort niveau de détresse. Les proportions élevées de détresse psychologique et de tentatives de suicide, de même que ceux de victimisation pour violence conjugale et abus sexuels font également foi de conditions de vie difficiles pour les femmes et leurs enfants.

La périnatalité et les premiers mois de vie, une période de grande vulnérabilité : Ces conditions de vie difficiles se reflètent nécessairement sur la santé des tout-petits, et ce, dès les premiers moments de la vie. Ainsi, les taux de mortalité périnatale et infantile affichent des valeurs

supérieures à ceux de la province. L'accès limité aux services spécialisés pour les cas les plus complexes peut certes également expliquer en partie ces écarts, en témoignent la forte similarité des valeurs de ces statistiques à celles d'autres régions éloignées.

La petite enfance, ou le reflet direct des conditions de vie des familles : les maladies du système respiratoire et digestif, de même que certaines infections et traumatismes, demeurent des causes importantes de morbidité chez les enfants inuits qui, malheureusement, en sont affectés de façon disproportionnée. Les sources de ces iniquités sont nombreuses et complexes. Par contre les études tendent à démontrer l'importance grandissante de la situation économique des familles comme facteur explicatif principal des iniquités de santé entre les enfants inuits et non inuits au Canada (Luo *et al.*, 2004; Luo *et al.*, 2010, Oliver *et al.*, 2012a; Oliver *et al.*, 2012b; Peters, 2012; Pageau *et al.*, 2003 ASPC, 2008).

Le surpeuplement : un impératif de santé publique

Les conditions de défavorisation matérielle d'une grande proportion de familles au Nunavik est une réalité qui tarde à montrer des signes d'amélioration. L'accès difficile à des aliments sains à prix abordable et à des biens essentiels est donc un phénomène répandu. Cela dit, la problématique du logement demeure la plus alarmante. Ses conséquences sur la santé des enfants et de leurs parents sont nombreuses, tant sur leur santé physique que psychologique. Le surpeuplement engendre des risques accrus de propagation de maladies infectieuses et respiratoires, de troubles de santé mentale, de violence familiale et de maltraitance envers les enfants.

Des services adaptés, mais encore beaucoup à faire

Plusieurs services ont été développés en cohérence avec la culture inuite et les besoins exprimés par la population du Nunavik. L'avancement de la pratique sage-femme, le soutien de la famille élargie et l'accès à un bon réseau de garderies en sont des exemples. Bien que ces services agissent comme des facteurs protecteurs importants, beaucoup reste encore à faire pour soutenir les familles. En effet, à ce jour, plus du tiers des accouchements se produisent hors du Nunavik. Cette pratique isole les mères de leur réseau social et de leur contexte culturel et risque aussi de les exposer à des soins de santé parfois mal adaptés. En outre, les enfants qui sont laissés derrière se voient privés des soins et de la bienveillance de leurs parents. Enfin, le soutien aux familles en difficulté fait encore bien souvent défaut et trop fréquemment les enfants doivent être soustraits de leur milieu d'origine faute de ressources adéquates.

La croissance rapide et soutenue de la population des jeunes enfants au cours des dernières années exerce déjà une pression importante sur les infrastructures et les services à livrer à cette population. Le réseau des services de garde, le réseau scolaire et d'habitation en sont quelques exemples. Il est à prévoir que le système de santé devra relever de grands défis pour être en mesure d'offrir les services requis, qu'ils soient diagnostiques ou curatifs, mais également les services préventifs et de promotion de la santé, à l'ensemble des enfants de la région.

4.2 Quelques pistes pour guider l'action

En cohérence avec le cadre de référence proposé, les pistes d'action seront présentées selon les différents niveaux de déterminants sociaux ciblés. Par contre, il est important de se rappeler qu'afin d'améliorer la qualité des soins et de l'éducation reçus durant la petite enfance, l'approche adoptée doit être holistique et cibler par le fait même tous les déterminants sociaux de la santé, particulièrement l'éducation, le

logement, le revenu et la sécurité alimentaire (MSSS et INSPQ, 2007). De plus, peu importe le type de services ou d'interventions sélectionné, il ne suffira pas d'implanter tel quel des programmes venus d'ailleurs; il faudra créer et élaborer, en partenariat avec les communautés et les membres des familles, des approches inspirées des modèles les plus prometteurs et s'assurer qu'elles soient adaptées aux besoins de leur contexte. L'encadré 21 décrit certaines des caractéristiques d'interventions prometteuses.

Encadré 21 Caractéristiques d'interventions prometteuses

Pour réussir, les interventions doivent adopter des approches holistiques, ne pas être menaçantes, être axées sur la culture, et susciter l'engagement et le soutien de la communauté. En outre, il doit y avoir une coordination des services en vue d'améliorer le continuum de soins destinés aux femmes aux prises avec des problèmes reliés à l'alcool et aux drogues. Nombreux sont les programmes et les initiatives uniquement axés sur l'abus d'alcool et de drogues et qui négligent ainsi les causes fondamentales de ces problèmes. En fait, les programmes de financement du gouvernement ont tendance à cibler des problèmes de santé précis plutôt que des initiatives multidimensionnelles ciblant des éléments tels la pauvreté et les antécédents d'oppression et de rupture culturelle. Ces derniers ayant, dans bien des cas, mené à la formation de cycles multigénérationnels de mauvaise santé mentale, de violence familiale et d'abus d'alcool et de drogues. (Ball, 2008).

En d'autres termes, les stratégies d'interventions doivent mettre l'accent sur la santé générale des femmes plutôt que seulement sur la grossesse, ceci afin d'améliorer les conditions de vie desquelles découlent d'autres problèmes. Pour améliorer la santé des femmes, il faut surtout améliorer les conditions sociales des communautés où elles vivent (Shröter, 2010). À l'instar des approches visant les populations vulnérables, celles adoptées pour intervenir auprès des communautés autochtones devraient à la fois être intersectorielles et participatives (Frohlich, K.L. & Potvin, L). Participatives en ce sens qu'elles doivent s'élaborer conjointement avec les populations ciblées, mais elles doivent aussi permettre la

participation active à la société dominante, et ce, afin d'éviter une marginalisation excessive risquant de perpétuer davantage les iniquités.

Il est largement reconnu qu'une grande partie de la solution réside dans l'adoption d'une approche globale et à multiples niveaux. Les recherches ont démontré que l'utilisation de plusieurs approches est possible dans la mesure où elle s'inspire d'une bonne compréhension de l'ensemble des déterminants neurobiologiques, comportementaux, culturels, sociaux, économiques et politiques qui agissent sur la santé et le développement des enfants. Le *cadre sur les déterminants de la santé des jeunes enfants du Nunavik* proposé en première section de ce document vise entre autres cet objectif.

Enfin, plusieurs chercheurs s'entendent pour dire qu'il n'existe pas assez de données de recherche provenant de la région. Cette affirmation pourrait sembler erronée pour certains, mais un regard approfondi sur la situation permet de constater entre autres que très peu d'interventions sont adéquatement évaluées. Ainsi, pour assurer la pertinence et l'efficacité des interventions existantes et futures, des processus rigoureux d'évaluation devraient être mis en place. De plus, il existe un besoin grandissant pour des recherches qui documentent les succès de santé publique ainsi que les facteurs protecteurs qui favorisent la santé et le bien-être des communautés inuites (Cameron, E., 2011). En effet, l'adoption d'une perspective visant à identifier ce qui produit la santé (à l'inverse de nos façons de faire actuelles plutôt axées sur l'identification des facteurs causant la maladie), s'avère une vision particulièrement appropriée au contexte inuit. Elle permet notamment d'élaborer des interventions bâtissant sur les nombreuses sources de résilience des populations inuites (Kirmayer *et al.*, 2009b).

Action sur les déterminants proximaux : des efforts de modification des habitudes de vie qui tiennent compte du contexte des familles

Il est désormais scientifiquement reconnu que les déterminants proximaux, tels les habitudes de vie et l'environnement immédiat des familles, ont un impact direct sur la santé des enfants, d'où l'importance d'agir sur ces déterminants. Toutefois, les interventions à ce niveau doivent tenir compte des éléments contextuels influençant les individus. Qu'il s'agisse de cessation tabagique ou de consommation d'alcool en cours de grossesse, il est peu probable que l'on réussisse à modifier ces comportements sans tenir compte de l'influence des membres de la famille immédiate ou encore des circonstances parfois difficiles dans lesquelles certaines femmes vivent. Souvent, ces circonstances font en sorte que les priorités des femmes diffèrent de celles des professionnels, d'où l'importance de prendre le temps nécessaire pour créer un lien de confiance et ainsi optimiser l'impact des interventions.

Par exemple, les experts sont maintenant nombreux à affirmer que les programmes de cessation tabagique destinés aux femmes autochtones doivent intégrer des éléments culturels et identitaires (Passey, 2011; Reading, 2009; Bottorff *et al.*; 2010 et Varcoe *et al.*, 2010). C'est pourquoi il est essentiel d'éviter les approches purement individuelles et d'opter pour celles qui favorisent l'inclusion de la famille dans les services de cessation tabagique offerts aux femmes autochtones (Schwartz, 2005). Certains auteurs suggèrent également que les aînés peuvent constituer une source d'influence importante dans les foyers multi-générationnels. De même, les interventions qui tendent à valoriser le changement de normes, comme le *Blue Light Project*, s'avèrent particulièrement prometteuses (Varcoe *et al.*, 2010). Ce projet novateur, qui est déjà implanté dans la région, invite les foyers sans fumée à s'identifier par une lumière extérieure de couleur bleue.

Il importe aussi de bien comprendre qu'en situation de surpeuplement, il est parfois extrêmement difficile pour certaines femmes d'imposer des comportements aux personnes qui partagent leur domicile, et que la pauvreté ainsi que la rudesse du climat limitent leurs possibilités de s'extraire à cet environnement (Bottorff *et al.*, 2010).

Pour ces mêmes raisons, l'approche de réduction des méfaits peut également être encouragée dans les interventions, visant ainsi la diminution de la consommation d'alcool ou de tabac durant la grossesse. Souvent, on oublie que les femmes n'ont pas d'endroit où aller lorsque la situation est difficile à la maison. Un endroit où l'alcool est interdit et où elles pourraient apprendre à se détendre en toute sécurité pourrait leur être extrêmement bénéfique. L'existence d'un tel lieu permettrait aussi aux intervenants de créer graduellement une relation de confiance avec les femmes les plus isolées (Tait, 2002). C'est en ce sens que les projets régionaux de développement de maisons de la famille sont des axes de prévention communautaire à privilégier, plusieurs communautés sont d'ailleurs dotées de ces maisons de la famille.

Cette approche des maisons de la famille, respectueuse et non menaçante, est essentielle car les femmes enceintes qui consomment de l'alcool (qu'elles soient d'origine autochtone ou non) subissent une forte stigmatisation sociale qui les isole et les éloigne d'autant plus des services d'aide dont elles pourraient avoir besoin (April et Bourret, 2004).

Finalement, l'importance capitale que revêtent le surpeuplement, le chômage et la pauvreté dans les problématiques reliés à la santé exige nécessairement une approche globale abordant de front certains des déterminants intermédiaires et distaux que sont l'accès aux services de soins de santé de qualité et à des logements convenables ainsi qu'un développement économique local soutenu. En effet, il est incontestable que ces éléments influencent les

dynamiques familiales et donc la santé, la sécurité et le bien-être des enfants de la région.

Action sur les déterminants intermédiaires : fournir des soins et des services culturellement sécuritaires

Il est indéniable que le développement des services de santé a permis d'améliorer la qualité de vie et la longévité des peuples autochtones au pays. Cependant, on remarque aussi que les valeurs occidentales imposées par ce système de santé font parfois en sorte que les soins soient perçus comme porteurs d'une attitude discriminatoire et stigmatisante à leur endroit (HCC, 2012; Smylie et collab, 2001, Brascoupé, 2009).

Une offre de services culturellement sécuritaires permet d'assurer des soins qui soient à la fois efficaces et mieux adaptés aux besoins des familles. Ainsi, la combinaison de la médecine traditionnelle et occidentale, l'embauche et la formation de personnel inuit et la considération des besoins locaux dans la provision de soins font partie des éléments importants d'une telle offre de services (CCNSA, 2009-2010). Au Nunavik, la pratique sage-femme en est un bon exemple puisqu'en plus de permettre aux femmes d'accoucher dans leur environnement, elle allie ces éléments en formant et en employant des personnes d'origine inuite. Cette pratique permet également d'inclure certains éléments de médecine traditionnelle aux soins dispensés. De plus, malgré le fait que les femmes inuites présentent souvent des facteurs de risque importants, il semble que les accouchements ayant lieu dans la région ne présentent pas plus de complications.

Les besoins et les caractéristiques des jeunes familles devraient également être considérés dans la planification des services. Notamment, les planificateurs doivent tenir compte du fait que plusieurs familles se retrouvent dans une situation de pauvreté récurrente et de surpeuplement des logements les exposant ainsi à un risque accru de violence et de consommation de drogue et d'alcool (OMS, 2005). À ce titre, les approches de

proximité et de soutien global et intensif aux familles en difficulté pourraient constituer des avenues intéressantes.

En effet, il existe maintenant une littérature abondante démontrant que les programmes communautaires de soutien au développement de la petite enfance peuvent promouvoir la santé et le développement des enfants, notamment par la prévention des situations d'abus et de négligence (Doherty, 2007; Cleveland *et al.* 2003; Heckman, 2006; McCain *et al.*, 2007; AAP-CCP, 2009; INSPQ, 2010b). Parmi les programmes les mieux étudiés et les plus prometteurs, on retrouve ceux qui offrent un soutien intensif adapté aux besoins des parents combinés à des services éducatifs de haute qualité aux enfants (CDCHU, 2007) (encadré 22).

Encadré 22
Agir tôt dans la vie : un investissement rentable

Les recherches ont démontré que les programmes préscolaires offrent un rapport coût-efficacité avantageux. D'ailleurs, en plus d'être associée à un développement optimal de l'enfant, l'éducation préscolaire réduirait certains des effets négatifs d'un développement de l'enfant délétère sur la santé à l'âge adulte (Heckman, 2006).

Les experts dans le domaine de la santé autochtone proposent donc que ces programmes soient implantés largement (Ball, 2008). Certains suggèrent même d'offrir, aux enfants inuits, la prématernelle de façon universelle, et ce, afin d'assurer qu'ils évoluent au sein d'un environnement d'apprentissage enrichissant (Hodgins 1997). Cependant il est reconnu que ces programmes doivent être développés avec les communautés de manière à bien prendre en compte les facteurs géographiques, sociaux et culturels de chacune (Ball, 2008). Parallèlement, l'intervention devrait inclure une composante parentale, en fournissant du soutien aux parents (Hodgins 1997).

Un programme de ce type est maintenant piloté chez les Cris de la Baie James sous le nom de *A Mashkupimatsitis Awash* (ce qui signifie : des

enfants forts et en santé). Ce programme poursuit deux principaux objectifs. Il vise d'une part à offrir aux jeunes familles et aux femmes enceintes des services qui sont culturellement sécuritaires et centrés sur les besoins des familles, et d'autre part à favoriser le développement d'un réseau de services communautaires visant l'amélioration des conditions de vie des familles.

En outre, plusieurs décennies de recherches évaluatives révèlent que pour maximiser les impacts positifs de ces approches auprès des enfants, il est essentiel de porter une attention particulière aux défis suivants :

- (1) s'assurer d'offrir des formes de soutien qui répondent, d'abord et avant tout, aux besoins de familles;
- (2) oser développer des approches novatrices, surtout auprès des familles pour lesquelles les interventions conventionnelles ne semblent pas porter fruits;
- (3) toujours se soucier de la qualité de l'implantation des projets, surtout lors de l'expansion de projets pilotes jugés prometteurs; et finalement;
- (4) offrir un cadre de suivi qui assure l'ajustement et l'amélioration constants des programmes mis en place.

Il est impératif que les prestataires de soins non inuits reçoivent des formations sur les approches culturellement sécuritaires (encadré 8), ceci afin de réduire les impacts du colonialisme et ses effets sur la santé des personnes autochtones (Healey et Meadows, 2007), tel que décrit dans l'encadré 1. Le racisme, les préjugés et la discrimination envers les mères autochtones doivent être ciblés dans les interventions. Pour ce faire, une distinction importante doit être faite entre la compétence culturelle et la sécurité culturelle. L'expérience a démontré que la compétence culturelle n'est pas suffisante pour intervenir adéquatement auprès des peuples autochtones. Les intervenants non inuits doivent intégrer la notion de sécurité culturelle afin d'offrir des soins respectueux et plus susceptibles d'être efficaces.

Action sur les déterminants distaux : offrir un milieu sain aux enfants inuits

Créer un milieu sain et sécuritaire pour les enfants passe d'abord et avant tout par le développement social et économique des communautés dans lesquelles les familles naissent, vivent et grandissent (OMS, 2007, 2009).

Conséquemment, il importe de rapidement mettre en place des mesures visant à réduire la pauvreté des enfants dans la région. Certaines des stratégies ayant démontré leur efficacité en ce sens incluent les politiques d'octroi de suppléments pour les familles à faible revenu de même que le maintien de l'accès universel aux services éducatifs et de santé essentiels (MSSS, 2007; SCP, 2012; CDCHU, 2007) (encadré 23).

Outre ces mesures ciblées, il est fondamental d'aborder les déterminants distaux de la santé des populations inuites liés à l'histoire de colonisation et à son impact sur la distribution des pouvoirs et la gouvernance des institutions en matière de santé, d'éducation et d'économie. Les blessures collectives (encadré 1) portées par le peuple inuit ont mis leur identité à rude épreuve, et il importe de poursuivre le développement des jeunes générations tout en maintenant leurs repères culturels et identitaires (KRG et MR, 2010).

Voilà pourquoi plusieurs experts affirment que l'autodétermination des institutions en éducation

et en santé, de même que la compétence sur la gestion de certaines ressources naturelles sont des éléments qui contribuent à la vitalité des peuples autochtones et s'insèrent dans une vision saine de leur développement (Chandler et Lalonde, 2008; Alfred, 2009; ONU, 2009a; KRG et MR, 2010). Cette tendance s'inscrit pleinement dans la démarche d'un mouvement plus général vers l'autonomie gouvernementale. En fait, les problèmes qui sous-tendent les difficultés des familles dans les communautés autochtones sont généralisés. Conséquemment, ils nécessitent une réponse communautaire multidimensionnelle qui va au-delà des compétences distinctes des agences et qui doit tenir compte du développement économique et des enjeux historiques profonds tout en valorisant la reconnaissance et la réconciliation (CCNSA, 2010).

Malheureusement, certaines politiques contemporaines continuent de nourrir les iniquités de santé chez les enfants et les familles du Nunavik. Les politiques inéquitables d'accès au logement, le contrôle des institutions de protection de la jeunesse et l'accès limité à l'emploi pour les travailleurs d'origine inuite (KRG & MC, 2010) n'en sont que quelques exemples. Par conséquent, les efforts doivent se poursuivre afin d'offrir aux adultes de demain des conditions optimales permettant le développement de leur plein potentiel.

Encadré 23 La pauvreté chez les enfants

Selon la Société canadienne de pédiatrie : « la pauvreté ne va pas de soi. On peut l'éliminer, ou du moins la réduire considérablement, et les lois gouvernementales jouent un rôle prépondérant » (SCP, 2012). L'UNICEF propose d'ailleurs comme norme minimale internationale un niveau de pauvreté des enfants inférieur à 10 %, défini comme le pourcentage d'enfants qui grandissent dans des familles dont le revenu, ajusté avec les dimensions de la famille, est inférieur à 50 % du revenu médian (UNICEF, 2008).

Conclusion

It is widely recognized that the path to our nation's future prosperity and security begins with the well-being of all our children. To this end, one of the most important tasks facing policymakers is to choose wisely among strategies that address the needs of our youngest children and their families.

Center on the Developing child at Harvard University (2007)

En se fiant aux données probantes disponibles, les économistes affirment maintenant que l'investissement dans la petite enfance est le plus rentable que peut faire un pays, et que ses retombées, qui sont étalées sur une vie entière, représentent bien des fois le montant investi à l'origine. À l'échelle mondiale, les sociétés qui investissent dans la petite enfance et la famille sont les sociétés dont l'état de santé est le meilleur et dont les niveaux d'iniquités en matière de santé sont les plus faibles du monde (Irmin *et al.*, 2007).

Vu la nature du présent document, il n'a été possible que d'effleurer le sujet de l'impact majeur de la colonisation — historique et contemporaine — sur tous les autres déterminants sociaux. Cela dit, la perspective contextuelle adoptée tout au long de ce rapport permet de saisir la nécessité d'aborder la santé des familles inuites non seulement sous l'angle des comportements individuels, mais aussi sous l'angle des infrastructures communautaires et du contexte politique qui les influencent.

Les difficultés rencontrées pour trouver de l'emploi, poursuivre la scolarité, se procurer une alimentation saine et abordable et le fait de vivre dans un contexte de surpeuplement et de violence familiale font partie de la réalité quotidienne des habitants du Nunavik. Ce contexte affecte la capacité des familles à fournir des environnements favorables à la santé et à la sécurité des enfants.

Le développement et l'implantation de programmes et de services qui seront en mesure de cibler les sources structurelles de ces difficultés, devront bénéficier d'une approche concertée des services sociaux et de santé. Enfin, les programmes destinés à la petite enfance et aux familles autochtones doivent être ancrés dans le savoir de la communauté. Ils doivent aussi être créés et réalisés par les parents et les familles et viser à assurer le respect, la pertinence et la sécurité culturelle. Il apparaît par ailleurs essentiel d'aller au-delà du développement des soins et des services, et de voir aussi à renforcer la résilience des communautés du Nunavik par la valorisation de l'identité et la promotion de l'auto-détermination du peuple inuit sur son territoire.

Bibliographie

- Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity : Health disparities in Aboriginal Canada. 96 (Mar/Apr), S45-S61
- Agence de la santé publique du Canada. (2008). Rapport sur la santé périnatale. Ottawa. 179 pages et annexes.
- Agence de la santé publique du Canada. (2007). 2004 Canadian Sexually Transmitted Infections Surveillance Report.
- Public Health Agency of Canada. (2004). Canadian sexually transmitted infections surveillance report 2007. Canada : Public Health Agency.
- Alaghehbandan, R., Gates, K., & MacDonald, D. (2007). Hospitalization due to pneumonia among Innu, Inuit and non-Aboriginal communities, Newfoundland and Labrador, Canada. *International Journal of Infectious Diseases*. 11(1), 23-28.
- Alfred, G. T. (2009). Colonialism and State Dependency. *Journal de la santé autochtone*. 42-60.
- 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.
- Amnistie internationale. (2012). *Programme relatif aux droits humains à l'intention du Canada : prendre des mesures nationales pour respecter les engagements internationaux*. Amnistie internationale Canada.
- Anctil, M., & Rochette, L. (2008). *Qanuippitaa? How are we? Nunavik Inuit Health Survey 2004 Survey Highlights*. Quebec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) & Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS).
- Anderson, K. (2000). A Recognition of Being. *Reconstructing Native Womanhood*. Canada. 312 p.
- Anderson, L. (2012). From Rose-coloured Glasses to Reality ; Adressing the Family Policy Deficit in Canada. *Healthcare Quaterly*, 15 (Special issue 4), 18-25.
- Association des centres jeunesse, (2011). Rapport statistique annuel des centres jeunesse (AS-480 Général + Autochtones) - Année 2010-2011 - Base de données.
- Auger, N. Park, A., Zoungrana, H., Fon sing M., Lo, E., & Luo, Z-C. (2013). Widening inequality in extreme macrosomia between Indigenous and non-indigenous populations of Québec, Canada. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 37(1), 58-62.
- Ayukawa, H. , Bruneau, S., Proulx, J.F., Macarthur, J. et Baxter, J. (2004) Otitis media and hearing loss among 12-16-year-old Inuit of Inukjuak, Quebec, Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, Vol. 63, Supplement 2, 2004, pp. 312-314. [En ligne] http://portal.usask.ca/index.php?sid=813999203&cat=567&start=325&t=sub_pages&rtype_limit=2
- Ayukawa, H. et Bélanger, G. et Rochette, L., 2007. Qanuippitaa ? How are we? Hearing Loss and Dental Health. Institut national de santé publique du Québec et Régie régionale de santé et des services sociaux du Nunavik
- Baillie, R., & Wayte, K. (2006). 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(5), 178-183.
- Ball, J. (2008). *Promoting Equity and Dignity for Aboriginal Children in Canada*. IRPP Choices, 14 (7).
- Banerji, A., Greenberg, D., White, L., Macdonald, A., Saxton, A., Thomas, E., et al. (2009). Risk factors and viruses associated with hospitalization due to lower respiratory tract infections in Canadian Inuit children: A case-control study. *The Pediatric Infectious Disease Journal*, 28 (8), 1-5.
- Banerji, A., Bell, A., Mills, E., McDonald, J., Subbarao, K., Stark, G., et al. (2001). Lower respiratory tract infections in Inuit infants on Baffin Island. *Canadian Medical Association Journal*, 164(13), 1847-1850. Banerji, A. (2001). High Rates of Hospitalization for Bronchiolitis in Inuit Children on Baffin Island. *International Journal of Circumpolar Health*. 60: 375-379
- Baxter, J. (1999). Otitis media in Inuit children in eastern Canada Arctic – an overview, 1968 to

- present. *International Journal of Pediatric Otorhinolaryngology*, 49(1), S165-S168.
- Beach, J., & Bertrand J. (2009). Early childhood programs and the education system. *Paediatr Child Health*, 14 (10), 666-668.
- 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*. Québec : INSPQ.
- Bélanger, R. (2000). *Dental health of Nunavik Children*
- Berkman, L. F., & Ichiro, K. (2000). *Social Epidemiology*. New York: Oxford University Press.
- Best Start Resource Centre. (2010). *Founded in Culture: Strategies to Promote Early Learning in First Nations Children in Ontario*, Toronto, Ontario.
- Bolduc, D. (2012). Hospitalisations pour infections respiratoires possiblement causées par le VRS parmi les enfants âgés de 0 à 11 mois du Nunavik. Nunavik, Rapport présenté à la Direction de santé publique du Nunavik.
- Bottorff, J. L., Johnson, J. L., Carey, H. J., Sullivan, D., Mowatt, R., & Wardman, D. (2010). A Family Affair: Aboriginal Women's Efforts to Limit Second-hand Smoke Exposure at Home. *Canadian Journal of Public Health*, 2010, 101(1), 32-35.
- Brascoupé S et Waters C. (2009). Cultural safety: Exploring the applicability of the concept of cultural safety to Aboriginal health and community wellness. *J Aboriginal Health*, 5(2)6-41.
- Brennan, S. (2011). La victimisation avec violence chez les femmes autochtones dans les provinces canadiennes, 2009. Article de Juristat. Composante du produit n° 85-002-X au catalogue de Statistique Canada, 22 p.
- National collaborating center for aboriginal health (2011). *State of the knowledge: Inuit public health* Rédigé par E. Cameron.. Prince George, BC.
- Carter, T., & Polevychok, C. (2004). *Housing is good social policy*. Ottawa: Canadian Policy Research Networks.
- Center on the Developing Child at Harvard University. (2007). *A Science-Based Framework for Early Childhood Policy Using Evidence to Improve Outcomes in Learning, Behavior, and Health for Vulnerable Children*.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2013). *Santé des enfants et adolescents. La carie de la petite enfance*. 2 p. [En ligne] http://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/95/Tooth_Decay_FR_web.pdf
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2009–2010). *Services d'aide à l'enfance au Canada: autochtone & généraux*. Prince George, Canada : e.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2012). *L'espace sacré de la féminité Le maternage à travers les générations*. Prince George, Canada
- Centre de collaboration nationale pour la santé autochtone). (2011). *Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des premières nations, des inuits et des métis*. Prince George, Canada : CEDJE (Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants) (2008). *L'alimentation: Développer de saines habitudes alimentaires dès la grossesse*.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2008). Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth. *Horizons --A Special Issue on Aboriginal Youth*, 10 (1), 68-72.
- Chaudhuri, N. (2004). Interventions to improve children's health by improving the housing environment. *Review on Environmental Health*, 19 (3-4), 197-222.
- Cleveland, G., & Krashinsky, M. (2003). *Financing ECEC Services in OECD Countries*. Paris: Organisation for Economic Co-operation and Development.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2011). *Rapport d'appréciation de la performance du système de santé et de services sociaux. État de situation: Portrait de la périnatalité et de la petite enfance au Québec*. Québec, Québec. Gouvernement du Québec.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec. (2010). *NUNAVIK Rapport de suivi des recommandations de l'enquête portant sur les services de protection de la jeunesse dans la baie d'Ungava et la baie d'Hudson*. Québec : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse du Québec.
- Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse Québec. (2007). *Nunavik : Enquête portant sur les services de protection de la jeunesse dans la baie d'Ungava et la baie d'Hudson Rapport, conclusion d'enquête et*

recommandations. Bibliothèque et Archives nationales du Québec.

Conseil canadien de la santé. (2011). Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada. Conversations sur les pratiques prometteuses au pays. 50 p.

Couchie, C. & Sanderson, S. (2007). A Report on best practices for returning birth to rural and remote aboriginal communities. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 29(3), 250-60. [En ligne]

<http://www.sogc.org/guidelines/documents/188E-CPG-March2007.pdf>.

CSDH. (2008). *Closing the gap in a 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.

Cummings E.M., Kouros C.D. (2009). La dépression de la mère et sa relation avec le développement et l'adaptation des enfants. Encyclopédie sur le développement de jeunes enfants. Centre d'excellence pour le développement des jeunes enfants

Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a Broader Social Determinant of Health. *The International Indigenous Policy Journal*, 2 (1), 1-14.

Dallaire, F., Dewailly, E., Shademani, R., Laliberté, C., Bruneau, S., Rhainds, M., Blanchet, C., Lefebvre, M., & Ayotte, P. (2003). Vitamin A in newborns from Québec. *Canadian journal of public health*. 94(5), 386-390.

Dewailly, E., Ayotte, P., Pereg, D., Dery S., Dallaire, R., Fontaine, J. et S. Côté. (2007). Exposure to Environmental Contaminants in Nunavik: Metals. Québec : Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services

Dewailly E, Ayotte P, Bruneau S, Gingras S, Belles-Isles M, Roy R. (2000). Susceptibility to infections and immune status in Inuit infants exposed to organochlorines. *Environ Health Perspect* ; 108: 205-211.

Dodin, S., Blanchet, C., et Rochette, L. (2007). Women's Health and Preventive Sexual Behaviour Among Men and Women. Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuippitaa? How are we? Quebec: Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Services . [En ligne]

http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/665_esi_women_health_sexual_health.pdf

Doherty, G. (2007). *Conception to age six : the foundation of school-readiness*. Conférence présentée à Partners in action - Early years conference. Toronto, Canada.

Duhaime, G. (2008). Profil socioéconomique du Nunavik, Édition 2008. Québec : Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée, Université Laval.

Duhaime, G. & Caron, A. (2012). Indices comparatifs des prix du Nunavik 2011. Québec: Université Laval.

Elliott, L. and A. Macaulay. (July 2004) *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.

Friendly, M. 2004. Early childhood education and care. In. D. Raphael (éd.), *Social determinants of health – Canadian perspectives*. Toronto : Canadian Scholars'Press Inc.

Frohlich, K.L. & Potvin, L. (2008). The inequality paradox: the population approach and vulnerable population. *Government, Politics, and Law*, 98(2):p. 216-221.

Guèvremont, A. et Kohen, D. (2012). La santé physique et mentale des enfants inuits de mères adolescentes. *Statistique Canada*, no 82-003-XPf au catalogue. *Rapports sur la santé*, vol. 23, no 4.

Guyon, L., Chayer, L., Audet, C., April, N. E. et de Koninck, M. (2008). *Prévention du tabagisme chez les femmes enceintes*. Québec, INSPQ.

Hayek, J.E., Egeland, G. & Weiler, H. (2010) Vitamin D status of Inuit preschoolers reflects season and vitamin D intake. *Journal of Nutrition*. 140(10), 1839-45.

Healey, G.K. et Meadows, L.M. (2007). Review Inuit women's health in Nunavut, Canada: a review of the literature. *International Journal of Circumpolar Health* 66:3.

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

Health Council of Canada. (2012). *Empathy, dignity, and respect Creating cultural safety for Aboriginal people in urban health care*. the Health Council of Canada.

Health Council of Canada. (2011). *Comprendre et améliorer la santé maternelle et infantile chez les Autochtones au Canada*. Toronto: Health Council of Canada.

Heckman, J. (2006). The Case for Investing in Disadvantaged Young Children. *Big Ideas for Children: Investing in Our Nation's Future*, 49-58.

Hodgins, S. (1997). Health and What Affects in Nunavik : How is the situation changing ?
Kuujuuaq : Nunavik Regional Board of Health and Social Services

Hodgins, S., Dewailly, E., Chatwood, S., Bruneau, S. & Bernier, F. (1998). Iron-deficiency anemia in Nunavik: pregnancy and infancy. *International Journal of Circumpolar Health*. 57, Suppl 1, 135-40.

Howden-Chapman, P. (2004). Housing standards: A glossary of housing and health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58(3), 162-168.

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

Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Groupe de travail des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique. (2013). *Cadre méthodologique des indicateurs du Plan commun de surveillance à l'Infocentre de santé publique*, Québec, 139 pages. [En ligne]
<https://www.infocentre.inspq.rts.qc.ca/>.

Institut national de santé publique du Québec. (2010a). La consommation d'alcool et la santé publique au Québec. Collection Politiques Publiques et santé. 103 p.

Institut National de Santé Publique du Québec. (2010b). Avis scientifique sur l'efficacité des interventions de type Services intégrés en périnatalité et pour la petite enfance en fonction des différentes clientèles. 113 p.

Institut national de santé publique du Québec en collaboration avec le Ministère de la Santé et des Services sociaux et l'Institut de la statistique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les statistiques – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population*. Québec : Gouvernement du Québec

Inuit Qaujisarvingat: Inuit Knowledge Centre, (2011).

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2008). Inuit Statistical Profile. [En ligne]
<https://www.itk.ca/publication/inuit-statistical-profile>

Inuulitsivik Health and Social Services Center [IHSSC] (2012). Annual report 2011-12. Pp. 50.

Nunavik Regional Board of Health and Social Services with the collaboration of Institut national de santé publique du Québec. (2014). *Health Profile of Nunavik 2013: Focus on Youth and Adult Populations*, Government of Québec, 103 pages.

Irvine, K. (2009). *Supporting Aboriginal Parents: Teachings for the Future*. Prince George, Canada : National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Irwin, L. G., Siddiqii, A. et Hertzman., C. (2007). *Early Child Development : A Powerful Equalizer - Final Report for the World Health Organizations' Commission on the Social Determinants of Health*. Vancouver, British Columbia: Human Early Learning Partnership.

Jenkins, A. L., Gyorkos, T. W., Culman, K. N., Ward, B. J., Pekeles, G. S., and E. L. Mills. (2003). An Overview of Factors Influencing the Health of Canadian Inuit Infants. *International Journal of Circumpolar Health*. 62 (1): 17-39.

Kativik Regional Government et Makivik Corporation. (2010). *Plan nunavik*. Nunavik : Kativik Regional Government et Makivik Corporation.

Kativik Regional Government (2006). « Les emplois au Nunavik en 2005 : Résultats d'une enquête menée auprès des employeurs du Nunavik en 2005 ». 70 p. [En ligne].
http://www.kativik.net/pp/upload/dl/Approche_orientante/Informations_sur_le_milieu/les%20emplois%20du%20nunavik%202005.pdf. Page consultée le 2 décembre 2010.

Kirmayer, L. J., Paul, K.W. (et Rochette, L). (2007). *Mental Health, Social Support and Community Wellness in Qanuippitaa? How are we?*. Government of Québec, 25 p.

Kirmayer, L., & Valaskakis, G. (2009a). *Healing Traditions The Mental Health of Aboriginal Peoples in Canada*. Vancouver, Canada : UBC Press .

Kirmayer, L.J., Sehdev, M., Whitley, R., Dandeneau, S.F. et Isaac, C. (2009b). Community Resilience: Models, Metaphors and Measures. *Journal de la santé autochtone*, novembre 2009, 62-117.

- Kovesi, T., Gilbert, N.L., Stocco, C., Fugler PEng, D., Dales RE., Guay, M., & Miller, J.D. (2007) Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children. *Canadian Medical Association Journal*. 177(2), 155-160. [En ligne] <http://cmajopen.com/content/177/2/155.short>. Page consultée le 9 novembre 2012.
- Lacharité, C., Fafard, G., & Bourassa, L. (2005). Programme d'aide personnelle, familiale et communautaire : nouvelle génération (PAPFC2). Trois-Rivières (Québec) : GRIN/UQTR.
- Lambert, G., Ringuette, L. & Minzunza, S. (2009) Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2008 (et projections 2009). Québec: Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Larson, C. (2007). Poverty during pregnancy: Its effects on child health outcomes. *Paediatr Child Health*, 12 (8), pp. 673-677.
- Lavallée, C. (2007). *Pour une adoption québécoise à la mesure de chaque enfant*. Québec, Rapport du groupe de travail sur le régime québécois de l'adoption.
- Lavoie, F., Muckle, G., Fraser, S., & Boucher O. et Rochette, L. (2007a). Epidemiological Portrait of Physical Violence and Property Offences in Nunavik. Québec : Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
- Lavoie, F., Fraser, S., Boucher, O., & Muckle, G. (2007b). Prevalence and Nature of Sexual Violence in Nunavik. Québec : Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services .
- Law, S., & Hutton, E. (2007). Community psychiatry in the Canadian Arctic – Reflections from a 1-year continuous consultation series in Iqaluit, Nunavut. *Canadian Journal of Community Mental Health*, 26 (2), 123-140.
- Lessard, G., & Paradis, F. (2003). *La problématique des enfants exposés à la violence conjugale et les facteurs de protection*. Recension des écrits. Institut national de santé publique du Québec.
- Lindström, B et Eroksson, M. (2005). Salutogenesis. *Journal of Epidemiological Community Health*, 59, 440-442.
- Reading, CL., & Wien, F. (2009). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George, Canada : National Collaborating Center for Aboriginal Health.
- Luo, ZC., Senécal, S., Simonet, F., Guimond, É., Penney, C., & Wilkins, R. (2010). Birth outcomes in the Inuit-inhabited areas of Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 182(3), 1-8. [En ligne] <http://www.cmaj.ca/content/early/2010/01/25/cmaj.082042.full.pdf+html>.
- Luo, ZC., Wilkins, R., Platt, RW., & Kramer, MS. (2004). Risks of adverse pregnancy outcomes among Inuit and North American Indian women in Quebec, 1985–97. *Paediatric and Perinatal Epidemiology*. 18(1), 40–50. Repéré à <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/14738546>.
- McCain, M, Mustard, F, et Shanker, S. (2007). *Early years study 2: putting science into action*, Council for Early Child Development, Canada. 178 p.
- Macintyre, S. (2007). *Inequalities in health in scotland*. Glasgow, Scotland : Medical Research Council.
- MacLaurin, B., Trocmé, N., Fallon, B., Blackstock, C., & Pitman, L. (2008). *Comparaison entre les cas d'enfants autochtones et non autochtones ayant fait l'objet d'enquête sur la maltraitance au Canada en 2003*. Canada : Le Centre d'excellence pour la protection et le bien-être des enfants.
- Marmot, M., Friel, S., Bell, R., Houweling, TAJ, Taylor, S., (2008). Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health. *Lancet*, 372(9650), pp.1661-9. [En ligne] <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18994664>. Page consultée le 20 mai 2012.
- Marmot, M. (2007). Achieving health equity: from root causes to fair outcomes. *The Lancet*, 370 (9593), 1153–1116.
- Martin D., Benoit Levesque B., Maguire JS, Maheux A, Furgal C, Bernier JL, Dewailly E. (2005). Drinking water quality in Nunavik : health impacts in a climate change context. affiche scientifique
- Milan, A. 2013. Fécondité : aperçu, 2009 à 2011. Composante du produit no 91-209-X au catalogue de Statistique Canada. Rapport sur l'état de la population du Canada. [En ligne] <http://www.statcan.gc.ca/pub/91-209-x/2013001/article/11784-fra.htm>.
- Ministère de la Justice du Québec en collaboration avec le ministère de la Santé et des Services sociaux, l'Association des centres jeunesse du Québec, l'Assemblée des Premières

Nations du Québec et du Labrador, la Société Makivik, et al.. (2012). *Adoption coutumière*. Rapport du groupe de travail sur l'adoption coutumière en milieu autochtone. Québec : Gouvernement du Québec .

Ministère de la Santé et des Services sociaux. 2011. *Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2010 (et projection 2011)*. Collection Analyse et surveillance, Gouvernement du Québec, 80 pages.

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

Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la Statistique du Québec, (2011). *Pour guider l'Action - Portrait de santé du Québec et de ses régions: les statistiques*. Québec : Gouvernement du Québec.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2010). *Le Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants*. Gouvernement du Québec. 21 pages et annexes. [En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2010/10-202-02.pdf>. Page consultée le 9 novembre 2012.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009). *Protocole d'immunisation du Québec, Mis à jour en 2012*[En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/piq/09-283-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux en collaboration avec 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.

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2007). *Troisième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec. Riches de tous nos enfants. La pauvreté et ses répercussions sur la santé des jeunes de moins de 18 ans*. [En ligne] <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-228-05.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2004). *L'intégration des services de santé et des services sociaux: Le projet organisationnel et*

clinique et les balises associées à la mise en oeuvre des réseaux locaux de services de santé. Québec

Inuit Qaujisarvingat: Inuit Knowledge Centre. (2011). *Naasautit : Inuit Health Statistics*[En ligne] <http://www.inuitknowledge.ca/naasautit>.

National Collaboratig Centre for Aboriginal Health. (2012). *The state of knowledge of aboriginal health. A Review of Aboriginal Public Health in Canada*.

National Collaborating Centre for Aboriginal Health. (2009–2010a). *Housing as a Social Determinant of First Nations, Inuit and Métis Health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

National Scientific Council on the Developing Child. (2005/2014). *Excessive Stress Disrupts the Architecture of the Developing Brain*. *National Scientific Council on the Developing Child , Working paper No. 3*[En ligne] http://developingchild.harvard.edu/resources/reports_and_working_papers/working_papers/wp3/

Nolin, B., Lamontagne, P., Tremblay, A., & Rochette, L. (2007). *Physical Activity, Anthropometry and Perception of Body Weight*. Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuippitaa? How are we? Quebec: Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services.

Nunavut Department of Health and Social Services. (2005). *Social Determinants of Health in Nunavut Workshop: Final Report*. March 8-10,

Nunatsiat News. (2006). *Nunavik Inuit Women's Manifesto. Stop the violence*. [En ligne] http://www.nunatsiaqonline.ca/archives/60414/news/nunavik/60414_02.html

O'Donnell, V. & Wallace, S. (2011). *Femmes au Canada : rapport statistique fondé sur le sexe : Les femmes des Premières Nations, les Métisses et les Inuites*. Canada : Statistique Canada, ministre de l'Industrie.

Oliver, LN., & Kohen, DE. (2012a). *Hospitalisations d'enfants et de jeunes pour blessure non intentionnelle dans les régions ayant un fort pourcentage de résidents d'identité autochtone, 2001-2002 à 2005-2006*. (82-003 au catalogue de Statistique Canada), 23(3). Ottawa: ministère de l'Industrie[En ligne] <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11699-fra.pdf>.

- Oliver, LN., Peters, PA., & Kohen, DE. (2012b). Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008. (82-003 au catalogue de Statistique Canada), 23(3). Ottawa: ministère de l'Industrie. [En ligne] <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11695-fra.pdf>.
- Organisation mondiale de la Santé. (2009). Comblent le fossé en une génération : instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux de la santé : rapport final de la Commission des Déterminants Sociaux de la Santé [En ligne] http://whqlibdoc.who.int/publications/2009/9789242563702_fre.pdf.
- Organisation mondiale de la Santé. (2007). Commission des déterminants sociaux de la santé. Le développement de la petite enfance : un puissant égalisateur. Rapport final. 76 p. [En ligne] http://www.who.int/social_determinants/themes/earlychilddevelopment/early_child_dev_ecdkn_fr.pdf (par Irwin, L.G., Siddiqui, A. et Hertzman, C.)
- Organisation mondiale de la Santé. (2005a). Rapport sur la santé dans le monde 2005. Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant. Genève, Suisse, 263 pages + annexes
- Organisation mondiale de la Santé-Europe (2005). Rapport sur la santé en Europe 2005 : L'action en santé publique: améliorer la santé des enfants et des populations, Copenhague, Danemark : Organisation mondiale de la santé.
- Organisation des Nations Unies. (2009a). *State of the world's Indigenous peoples*. New York, USA : United Nations.
- Organisation des Nations Unies. (2009b). Making data meaningful : Part 1 A guide to writing stories about numbers. United Nations Economic Commission for Europe. New York et Geneva, 21 pages.
- Ouimet, AM., Trempe, N., Vissandjée, B., Hemlin, I. (2013). Adaptation linguistique des soins et des services de santé: enjeux et stratégies. Institut national de santé publique du Québec. Gouvernement du Québec. 43 pages et annexes.
- Pageau, M., Ferland, M., & Déry, S. (2003). Nos enfants : l'état de santé des enfants de 0-5 ans du Nunavik. Kuujuaq, Nunavik : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik .
- Paquet, G. & Hamel, D. (2003). Inégalités sociales et santé des tout-petits : à la recherche de facteurs protecteurs. Étude longitudinale du développement des enfants du Québec (ÉLDEQ 1998-2002) – De la naissance à 29 mois. 2(3). Québec : Institut de la statistique du Québec
- Passey, M. E., Gale, J. T., & Sanson-Fisher, R. W. (2011). "Its almost expected": rural Australian Aboriginal women's reflections on smoking initiation and maintenance: a qualitative study. *BMC Women's Health* , 11 (55), 1-12.
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2006). *The inuit way. A guide to inuit culture*.
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2002). *The inuit way a guide to inuit culture*. Pauktuutit Inuit Women of Canada.
- Penney, C., Erin O'Sullivan, and Sacha Senécal. (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,
- Peters, PA. (2012). Shifting Transitions: Health Inequalities of Inuit Nunangat in Perspective. *Journal of Rural and Community Development*, 7, (1). 36–58. [En ligne] <http://www.jrcd.ca/viewarticle.php?id=612>.
- Palmantier, M. (2005). "Building a Community of Communities. Results and Discussion of the National Roundtable on Aboriginal ECD: What Can Research Offer Aboriginal Head Start." Report on roundtable, Winnipeg, December 2, 2004. [En ligne]. <http://www.coespecialneeds.ca/PDF/ahsroundtable.pdf>
- Plante, C., Blanchet, C., Turgeon, O.H., et Rochette, L. (2007). Iron Deficiency and Anemia among Women in Nunavik. Qanuippitaa. Québec: Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services. [En ligne] http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/690_esi_iron_deficiency_anemia_among_women.pdf . Page consultée le 9 novembre 2012.
- Postlethwaite, K. (2007). Boundary crossings in research: towards a cultural understanding of the research project 'Transforming Learning Cultures in Further Education'. *Educational Review*, 59 (4): 483.
- Publications du Québec. (2012). Récupéré sur Convention de la Baie James et du Nord québécois et conventions complémentaires:

<http://www3.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/produits/conventions/lois/loi.fr.html>.

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, Canada*. 168 p.

Reading, C.L., & Wien, F. (2009). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George, Canada : National Collaborating Center for Aboriginal Health.

Richards, A.A. et Garg, V. (2010). Genetics of Congenital Heart Disease. *Current Cardiology review*, 2010, 6, 91-97

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, (2014). Rapport annuel. 2013-2014. Kuujuaq : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik .

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, (2012a). Rapport annuel. 2011-2012. Kuujuaq : Direction de santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, (2012b). Adoption traditionnelle inuite : une étape importante dans le domaine des droits inuits. 14 juin 2012. [En ligne] http://www.rsss17.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=222%3A14-juin-2012-adoption-traditionnelle-inuite--une-etape-importante-dans-le-domaine-des-droits-des-inuits&catid=6%3Anouvelles-et-communicu&Itemid=138&lang=fr. Page consultée le 4 septembre 2012.

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec (2011). Portrait de santé du Nunavik 2011 : Conditions démographiques et socioéconomiques. Québec : Gouvernement du Québec.

Rochette, L., et Blanchet, C. (2007). Methodological Report. Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuipitaa? How are we? Quebec : Institut national de santé publique du Québec and Nunavik Regional Board of Health and Social Services. 338 p.

Rogers, D., et L Rowell. (2007). "Early Education and Special Needs in First Nations and Inuit Communities." Round table report, phase 2 of "Distance Learning on Special Needs for Early

Childhood Educator Workers in Aboriginal Communities," February 27-28, Ottawa. Canadian Centre

Roy, B. (2005). Alcool en milieu autochtone et marqueurs identitaires meurtriers. *Drogues, santé et société* . 4 (1), pp. 85-128.

Santé Canada. (2011). Rapport de l'enquête sur la santé buccodentaire des Inuits. 2008-2009 (en collaboration avec Nunavut Tunngavik Incorporated, Gouvernement du Nunatsiavut, Inuvialuit Regional Corporation et Inuit Tapiriit Kanatami)

Schwartz, D. (2005). *Voices from the field - Aboriginal Women and Tobacco*. Retrieved from Encyclopedia on Early Childhood Development Centre of Excellence for Early Childhood Development.

Semenic, S., & Edwards, N. (2006). Do Canadian Prenatal Records Support Evidence-Based Practices to Reduce Maternal Smoking? *J Obstet Gynaecol Can*, 28 (5), pp. 368-372.

Simonet, F., Wilkins, R., Labranche, E., Smylie, J., Heaman, M., Martens, P., Fraser, WD., Minich, K., Wu, Y., Carry, C., & Luo, Z-C. (2009). Primary birthing attendants and birth outcomes in remote Inuit communities—a natural "experiment" in Nunavik, Canada. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 63(7), 546-551. [En ligne] <http://jech.bmj.com/content/63/7/546.short>.

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

Skye, A.D., (2010). Aboriginal Midwifery, Vidéo sur le site web Isamu <http://www.isuma.tv/en/national-aboriginal-council-of-midwives/aboriginal-midwifery-video>

Smylie, J. et col. (2001). *A Guide for Health Professionals Working with Aboriginal Peoples : Cross cultural understanding*, Policy Statement. *Journal of Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 100, 1-6.

Smylie, J., & Adomako, P. (2009). *Indigenous Children's Health Report Health Assessment in Action*. Toronto, Canada : The Center for Research on Inner City Health.

Société canadienne de pédiatrie. (2012). *En faisons-nous assez? Un rapport de la situation des politiques publiques canadiennes et de la santé*

des enfants et des adolescents. Ottawa, Ontario: Société canadienne de pédiatrie.

Spiker D, G. E. (2012). *Home visiting programs (prenatal and postnatal) – Synthesis*. In: Tremblay RE, Boivin M, Peters RDeV, eds. Retrieved January 30, 2013, from Encyclopedia on Early Childhood Development [online] Centre of Excellence for Early Childhood Development and Strategic Knowledge Cluster on Early Child Development. [En ligne] http://www.child-encyclopedia.com/pages/PDF/synthesis-home_visiting_programs.pdf.

Statistique Canada (2012a). Naissances vivantes et mortalité infantile, selon le sexe, moyenne de cinq ans, Canada et régions inuites. Tableau No 102-0702. [En ligne].

<http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&p2=33&id=1020702>. Page consultée en mars 2013.

Statistique Canada (2012b). « Profil du recensement, Recensement de 2011. Produit n° 98-316-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa. Diffusé le 24 octobre 2012. [En ligne] <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/index.cfm?Lang=F>. Page consultée le 16 janvier 2013.

Statistique Canada. (2008a). Profil des enfants, adolescents et adultes autochtones: Indicateurs tirés de l'enquête auprès des peuples autochtones, 2006. (89-635-XWF au catalogue de Statistique Canada). Ottawa, Canada : ministère de l'Industrie. [En ligne] <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/89-635/index.cfm?lang=fra>

Statistique Canada. (2008b). Profil des enfants, adolescents et adultes autochtones: Indicateurs tirés de l'enquête auprès des peuples autochtones, 2006. (89-637-002 au catalogue de Statistique Canada). Ottawa, Canada : ministère de l'Industrie.

Statistics Canada. (2008c). Analytical paper – aboriginal Children's survey, 2006: family, Community and Child Care. (89-634-X au catalogue de statistique Canada). Ottawa, Canada : Social and Aboriginal statistics division.

Statistique Canada (2007). « Profil de la population autochtone de 2006: Recensement de 2006 ». No 92-594-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa: ministère de l'Industrie. [En ligne]. [\[recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=F\]\(http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=F\) Page consultée le 21 aout 2011.](http://www12.statcan.ca/census-</p></div><div data-bbox=)

Statistique Canada. Tableau 102-4505. Taux brut de natalité, taux de fécondité par groupe d'âge et indice synthétique de fécondité (naissances vivantes), Canada, provinces et territoires, annuel (taux). [En ligne] <http://www5.statcan.gc.ca/cansim/pick-choisir?lang=fra&searchTypeByValue=1&id=1024505>. Page consultée le 13 mai 2011

Tagalik, S. (2009–2010b). *Inunnguiniq: Caring for children the Inuit way*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Tait, C. (2002). Alcohol-Related Birth Effects and Aboriginal Peoples: Prevention, Identification and Intervention Services. *Centre of Excellence for Early Childhood Development Colloquium Tobacco and Alcohol During Pregnancy: Lifelong Effects on the Child*. Ottawa.

Torrie, J., Bobet, E., Kischuk, N., & Webster, A. (2005). *The evolution of health status and health determinants in the Cree region (Eeyou Istchee)*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.

Trefler, D. (2009). Quality is free : A cost-benefit analysis of early child development initiatives. *Paediatr Child Health*, 14(10), 681-4.

Tsey, K. (1997). Aboriginal selfdetermination, education and health: Towards a radical change in attitudes to education. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 21 (1): 77–83.

UNICEF. (2008). *The child care transition, Innocenti Report Card 8*. Florence, Italy : UNICEF Innocenti Research Centre

UNICEF. (2009). Canadian Supplement to THE STATE OF THE WORLD'S CHILDREN 2009 - Aboriginal children's health : Leaving no child behind. Toronto, Ontario : UNICEF Canada.

UNICEF. (2010). *Les enfants laissés pour compte - Tableau de classement des inégalités de bien-être entre les enfants des pays riches*. Florence, Italy : Bilan Innocenti 9, Centre de recherche Innocenti de l'UNICEF.

UNICEF. (2006). *The state of the world children: women and children, the double dividend of gender equality*. New-York, USA : UNICEF.

Varcoe, C., Bottorff, J. L., Carey, J., & Sullivan, D. (2010). *Wisdom and Influence of Elders: Possibilities for Health Promotion and Decreasing Tobacco*

Exposure in First Nations Communities. *Canadian Journal of Public Health*, 101(2), 154-8.

Venne, S., Lambert, G., Fadel, R., Minzunza, S. & Gravel, G. (2013). Portrait des infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) au Québec, Année 2012 (et projections 2013). Québec: Direction des communications, ministère de la Santé et des Services sociaux.

Ward, L.M., Gaboury, I., Ladhani, M. & Zlotkin, S. (2007). Vitamin D deficiency rickets among children in Canada. *Canadian association medical journal*. 177(2), 161–6.

Whitbeck, L., Adams, G., Hoyt, D., & Chen, X. (2004). Conceptualizing and Measuring Historical Trauma Among American Indian People. *American Journal of Community Psychology*, 33 (3-4), 119-30.

Williams, R., & Hertzman, C. (2009). Promises, Promises. *Paediatric Child Health*, 14(10), 649-50.

Wood, L., France, K., Hunt, K., Eades, S., & Slack-Smith, L. (2008). Indigenous women and smoking during pregnancy: Knowledge, cultural contexts and barriers to cessation. *Social Science & Medicine*, 66 (11), pp. 2378–2389. Wren, C., Birrel, G. et Hawthorne, G. 2003. Cardiovascular malformations in infants of diabetic mothers. *Heart* 89: 1217-20

Zukewich, N. (2008). Tableaux sur les Inuits au recensement de 2006. (89-636-XWF au catalogue de Statistique Canada), Ottawa, Québec : ministère de l'Industrie. [En ligne] <http://www.statcan.gc.ca/pub/89-636-x/89-636-x2008001-fra.htm>.

Annexe 1 - Liste des indicateurs et sources de données

Cette annexe comporte la liste des indicateurs présentés dans le document et leurs sources, classés selon les thèmes abordés dans la présentation des résultats. Tous les indicateurs sont identifiés par un numéro (00), ce qui permet de consulter rapidement les définitions (annexe 2) et les données (annexes 3 et 4) associés à l'indicateur.

Tendances démographiques

POPULATION

- (1) Effectifs de population 0-5 ans¹
- (2) Proportion de la population âgée entre 0 et 5 ans¹
- (3) Taux d'accroissement annuel moyen de la population¹

FÉCONDITÉ

- (4) Nombre de naissances selon le sexe²
- (5) Taux de fécondité selon l'âge³
- (6) Indice synthétique de fécondité³

Conditions de vie des familles

- (7) Proportion de naissances chez les mères ayant moins de 11 ans de scolarité²
- (8) Proportion de la population de 15 ans et plus dont le revenu après impôt est inférieur à 10 000 \$³
- (9) Revenu médian de la population de 15 ans et plus⁴
- (10) Proportion de ménages privés composés de 6 personnes ou plus⁴
- (11) Proportion de logements surpeuplés⁵
- (12) Proportion de signalement dans un centre jeunesse⁶
- (13) Accès au service de garde subventionné⁷

Infrastructures communautaires

- (14) Proportion de naissances selon le lieu de l'accouchement²
- (15) Proportion de naissances selon le type d'accoucheur²

État de santé des femmes

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS DE SANTÉ

- (16) Proportion de mères ayant consommé du tabac pendant la grossesse⁸
- (17) Proportion de mères ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse⁸
- (18) Proportion de mères qui allaitent⁸

État de santé des enfants

LES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

- (19) Répartition des naissances selon le poids²
- (20) Proportion de naissances de faible poids³
- (21) Proportion de naissances prématurées³

- (22) Proportion de naissances présentant une hypotrophie néonatale³
- (23) Taux de mortalité périnatale^{2,9,10}
- (24) Taux de mortalité fœtale^{2,9}
- (25) Taux de mortalité infantile^{2,10}
- (26) Taux d'hospitalisations selon le diagnostic principal¹¹
- (27) Prévalence de certaines anomalies congénitales³

LES ENFANTS DE 1 À 4 ANS

- (28) Taux de mortalité chez les 1-4 ans³
- (29) Taux d'hospitalisations selon le diagnostic principal¹¹
- (30) Espérance de vie à la naissance³

Sources

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de développement de l'information, Estimations et projections démographiques (version janvier 2010).
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances.
3. Infocentre de santé publique du Québec.
4. Statistique Canada, Recensement de 2006, données géocodées, Tableau 94-581-XCB2006002.
5. Statistique Canada (2007). « Profil de la population autochtone de 2006: Recensement de 2006 ». No 92-594-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa: ministère de l'Industrie. [En ligne]. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=F> Page consultée le 21 août 2011.
6. Association des centres jeunesse. Rapport statistique annuel des centres jeunesse (AS-480 Général + Autochtones) - Année 2010-2011 - Base de données.
7. Kativik Regional Government, Child Care Section. Demande spéciale.
8. Rochette L. et C. Blanchet (2007). Methodological Report. Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuippitaa? How are we? Quebec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS).
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des mortinaissances.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier du Système Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière (MED-ÉCHO).

Annexe 2 - Définitions des indicateurs

Cette annexe présente les définitions de certains indicateurs utilisés dans le portrait de santé. Les définitions proviennent de *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions 2011* (MSSS et al., 2011), de l'Infocentre de santé publique du Québec ou du fournisseur de données.

Tendances démographiques

POPULATION

(1) Effectifs de population 0-5 ans¹

Définition : Nombre de personnes âgées entre 0 et 5 ans.

(2) Proportion de la population âgée entre 0 et 5 ans¹

Définition : Rapport, pour une période donnée, du nombre de personnes âgées entre 0 et 5 ans à la population totale.

(3) Taux d'accroissement annuel moyen de la population¹

Définition : Rapport, pour une période donnée, de la différence annuelle moyenne d'effectifs de population au début et à la fin de la période, à la population moyenne de la période.

Note : À partir de 2006, les données sont des projections de la population.

FÉCONDITÉ

(4) Nombre de naissances selon le sexe²

Définition : Nombre de naissances vivantes selon le sexe.

(5) Taux de fécondité selon l'âge³

Définition : Rapport, pour une période donnée, du nombre de naissances vivantes de mères d'un groupe d'âge déterminé, à la population féminine de ce groupe d'âge pour la même période.

(6) Indice synthétique de fécondité³

Définition : Nombre moyen d'enfants qu'aurait une cohorte de femmes dans l'hypothèse où ces femmes seraient soumises tout au long de leur période de procréation aux taux de fécondité par âge observés durant une période donnée.

Conditions de vie des familles

(7) Proportion de naissances chez les mères ayant moins de 11 ans de scolarité²

Définition : Nombre, pour une période donnée, de naissances vivantes dont la mère a moins de 11 années de scolarité parmi les naissances vivantes dont la scolarité de la mère est connue durant la même période.

Note : Dans le fichier des naissances, pour le Nunavik, la variable sur la scolarité de la mère est absente dans 22 % des cas en 1999-2003 et dans 12 % des cas en 2004-2008.

(8) Proportion de la population de 15 ans et plus dont le revenu après impôt est inférieur à 10 000 \$³

Définition : Nombre de ménages privés selon la catégorie de revenu parmi l'ensemble des ménages privés ayant déclaré un revenu ou non (revenu après impôt).

(9) Revenu médian de la population de 15 ans et plus⁴

Définition : Valeur centrale séparant en deux parties égales la répartition par tranches de revenu, qu'un revenu ait été déclaré ou non.

(10) Proportion de ménages privés composés de 6 personnes ou plus⁴

Définition : Rapport entre le nombre de ménages privés composés de 6 personnes ou plus parmi l'ensemble des ménages privés.

(11) Proportion de logements surpeuplés⁵

Définition : Logement ayant plus d'une personne par pièce, parmi les logements privés occupés.

(12) Proportion de signalement dans un centre jeunesse⁶

(13) Accès au service de garde subventionné⁷

Infrastructures communautaires

(14) Proportion de naissances selon le lieu de l'accouchement²

Définition : Nombre, pour une période donnée, de naissances vivantes selon le lieu de l'accouchement parmi les naissances vivantes dont le lieu de l'accouchement est connu durant la même période.

Note : Au Nunavik, entre 2001 et 2010, le lieu de l'accouchement est inconnu dans 0,7 % des cas.

(15) Proportion de naissances selon le type d'accoucheur²

Définition : Nombre, pour une période donnée, de naissances vivantes selon le type d'accoucheur parmi les naissances vivantes dont le type d'accoucheur est connu durant la même période.

Notes :

- ⊆ La catégorie « cliniciens » regroupe les médecins et les infirmières.
- ⊆ Au Nunavik, entre 2001 et 2010, moins de 0,1 % des naissances ont été accouchées par d'autres intervenants.
- ⊆ Au Nunavik, entre 2001 et 2010, le type d'accoucheur est inconnu dans 0,1 % des cas.

État de santé des femmes

HABITUDES DE VIE ET COMPORTEMENTS DE SANTÉ

(16) Proportion de mères ayant consommé du tabac pendant la grossesse⁸

Définition : Nombre de femmes ayant fumé lors de leur dernière grossesse parmi les femmes ayant donné naissance. La question s'adresse aux femmes ayant donné naissance à un enfant entre 2000 et le moment de l'enquête et ne concerne que la dernière grossesse.

(17) Proportion de mères ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse⁸

Définition : Nombre de femmes ayant consommé de l'alcool lors de leur dernière grossesse parmi les femmes ayant donné naissance. La question s'adresse aux femmes ayant donné naissance à un enfant entre 2000 et le moment de l'enquête et ne concerne que la dernière grossesse.

(18) Proportion de mères qui allaitent⁸

Définition : Nombre de femmes selon le type d'allaitement choisi lors de leur dernière grossesse parmi les femmes ayant donné naissance. La question s'adresse aux femmes ayant donné naissance à un enfant entre 2000 et le moment de l'enquête et ne concerne que la dernière grossesse.

État de santé des enfants

LES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

(19) Répartition des naissances selon le poids²

Définition : Nombre, pour une période donnée, de naissances vivantes selon le poids à la naissance parmi les naissances vivantes dont le poids à la naissance est connu durant la même période. Les catégories utilisées sont « moins de 2500 grammes », « entre 2500 et 4000 grammes », « entre 4000 et 4500 grammes » et « plus de 4500 grammes ».

Note : Pour les périodes 1999-2003 et 2004-2008, la proportion de naissances dont le poids est inconnu est de 0,1 % au Nunavik et inférieur à 0,1 % au Québec et dans les Terres-Cries-de-la-Baie-James.

(20) Proportion de naissances de faible poids³

Définition : Proportion, pour une période donnée, de naissances vivantes de poids inférieur à 2500 grammes, par rapport au total des naissances vivantes dont le poids à la naissance est connu, durant la même période.

Note : Dans l'édition 2008 du Rapport sur la santé périnatale au Canada, Santé Canada n'utilise plus l'indice de faible poids car cet indicateur reflète deux concepts différents, soit la prématurité et le retard de croissance intra-utérin, ce qui masque certaines tendances. Veuillez consulter le rapport pour plus d'information (ASC, 2008).

(21) Proportion de naissances prématurées³

Définition : Proportion, pour une période donnée, de naissances vivantes d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines révolues, par rapport au total des naissances vivantes dont l'âge gestationnel est connu, durant la même période.

(22) Proportion de naissances présentant une hypotrophie néonatale³

Définition : Proportion, pour une période donnée, de naissances vivantes simples de poids insuffisant pour l'âge gestationnel, par rapport au total des naissances vivantes simples dont le poids et l'âge gestationnel sont connus, durant la même période. Elle désigne le nombre de naissances d'enfants vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10^e percentile des courbes de référence pour le poids à la naissance selon l'âge gestationnel par rapport au nombre total des naissances vivantes simples.

(23) Taux de mortalité périnatale^{2, 9, 10}

Définition : Rapport, pour une période donnée, de la somme des mortinaissances et des décès d'enfants de moins de 7 jours d'au moins 500 grammes, aux naissances totales (mortinaissances et naissances vivantes d'au moins 500 grammes).

(24) Taux de mortalité foetale^{2, 9}

Définition : Rapport, pour une période donnée, des mortinaissances d'au moins 500 grammes, aux naissances vivantes totales d'au moins 500 grammes (naissances et mortinaissances).

Causes de la mortalité foetale retenues	CIM-9	CIM-10
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	740-759	Q00-Q99
Complications maternelles de la grossesse	761	P01
Complication concernant le placenta, le cordon ombilical et les membranes	762	P02

(25) Taux de mortalité infantile^{2, 10}

Définition : Rapport, pour une période donnée, des décès d'enfants de moins d'un an pesant au moins 500 grammes, aux naissances vivantes d'au moins 500 grammes.

La mortalité infantile peut être subdivisée en trois composantes :

- ⊖ Néonatale précoce : moins de 7 jours;
- ⊖ Néonatale tardive : 7 à 27 jours;
- ⊖ Post-néonatale : 28 jours à 364 jours.

Causes de mortalité infantile retenues	CIM-9	CIM-10
Anomalies congénitales	740-759	Q00-Q99
Autres affections périnatales	760-764, 766, 770-779	P00-P06, P08-P19, P23-P96
Courte gestation ou faible poids	765	P07
Détresse respiratoire	769	P22
Mort soudaine du nourrisson	798.0	R95

(26) Taux d'hospitalisation selon le diagnostic principal¹¹

Définition : Rapport du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée chez les enfants de moins d'un an pour un diagnostic principal, au cours d'une période donnée, à la population âgée de moins d'un an pour la même période.

Notes :

- ⊖ Les données sont présentées par période d'années financières s'échelonnant d'avril à mars.
- ⊖ Les hospitalisations sont présentées selon le lieu de naissances.
- ⊖ Le fichier d'hospitalisations utilisé ne contient pas les hospitalisations hors Québec. Les estimations produites pour le Nunavik varient très peu mais celles pour l'ensemble du Québec diffèrent d'autres sources. Toutefois, ces différences n'affectent pas les tests de comparaison.
- ⊖ La période périnatale débute à la 20^e semaine de gestation terminée (140 jours) et se poursuit jusqu'au 28^e jour de vie.

Regroupements de diagnostics	CIM-9	CIM-10
Ensemble des diagnostics	001-289, 320-999	A00-E90, G00-T98
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	001-139	A00-B99
Maladies de l'appareil respiratoire	460-519	J00-J99
Maladies de l'appareil digestif	520-579	K00-K93
Maladies des organes génito-urinaires	580-629	N00-N99
Anomalies congénitales	740-759	-
Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	-	Q00-Q99
Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	760-779	P00-P96

(27) Prévalence de certaines anomalies congénitales³

Définition : Rapport, pour une période donnée, du nombre de mortinaissances dont la cause est une anomalie congénitale et d'enfants de moins d'un an hospitalisés pour une anomalie congénitale donnée, aux naissances totales (mortinaissances et naissances vivantes) durant la période.

Les anomalies étudiées sont :

- ⊖ Anomalies du tube neuronal (anencéphalie et anomalies similaires; spina bifida; encéphalocèle)
- ⊖ Cardiopathies congénitales (hypoplasie du cœur gauche)
- ⊖ Fente palatine
- ⊖ Fente labiale associée ou non à une fente palatine
- ⊖ Anomalies réductionnelles des membres
- ⊖ Syndrome de Down

LES ENFANTS DE 1 À 4 ANS

(28) Taux de mortalité chez les 1-4 ans³

Définition : Rapport du nombre de décès, au cours d'une période donnée, à la population pour la même période.

En raison du faible nombre de décès dans ce groupe d'âge, seul l'ensemble des causes est présentée.

(29) Taux d'hospitalisations selon le diagnostic principal¹¹

Définition : Rapport du nombre d'hospitalisations en soins physiques de courte durée pour un diagnostic principal, au cours d'une période donnée, à la population pour la même période.

Notes :

- ⊖ Les données sont présentées par période d'années financières s'échelonnant d'avril à mars.
- ⊖ Les hospitalisations sont présentées selon le lieu de naissances.
- ⊖ Le fichier d'hospitalisations utilisé ne contient pas les hospitalisations hors Québec. Les estimations produites pour le Nunavik varient très peu mais celles pour l'ensemble du Québec diffèrent d'autres sources. Toutefois, ces différences n'affectent pas les tests de comparaison.

Regroupements de diagnostics d'hospitalisation	CIM-9	CIM-10
Tous les diagnostics confondus sauf la peau	001-289, 320-999	A00-E90, G00-T98
Certaines maladies infectieuses et parasitaires	001-139	A00-B99
Maladies de l'appareil respiratoire	460-519	J00-J99
Maladies de l'appareil digestif	520-579	K00-K93
Lésions traumatiques et empoisonnements	800-999	S00-T98

(30) Espérance de vie à la naissance³

Définition : Durée moyenne de survie d'une personne d'un âge donné si les taux de mortalité par âge actuels continuent de s'appliquer.

Sources :

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de développement de l'information, Estimations et projections démographiques (version janvier 2010).
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances.
3. Infocentre de santé publique du Québec.
4. Statistique Canada, Recensement de 2006, données géocodées, Tableau 94-581-XCB2006002.

5. Statistique Canada (2007). « Profil de la population autochtone de 2006: Recensement de 2006 ». No 92-594-XWF au catalogue de Statistique Canada. Ottawa: ministère de l'Industrie. [En ligne]. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=F> Page consultée le 21 août 2011.
6. Association des centres jeunesse. Rapport statistique annuel des centres jeunesse (AS-480 Général + Autochtones) - Année 2010-2011 - Base de données.
7. Kativik Regional Government, Child Care Section. Demande spéciale.
8. Rochette L. et C. Blanchet (2007). Methodological Report. Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuippitaa? How are we? Quebec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS).
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des mortinaissances.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier du Système Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière (MED-ÉCHO).

Annexe 3 - Tableau de données, côtes et RSSS du Nunavik, Québec

Numéro d'indicateurs	Thèmes	Hudson	Ungava	Nunavik	Québec
TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES					
Population					
(1)	Population des 0-5 ans ¹ , (N) FILLES				
	1981	205	166	371	277 312
	2011	506	346	852	253 691
	2031	466	325	791	243 734
	Population des 0-5 ans ¹ , (N) GARÇONS				
	1981	248	201	449	293 149
	2011	527	358	885	265 269
	2031	488	339	827	254 991
	Population des 0-5 ans ¹ , (N) TOTAL				
	1981	453	367	820	570 461
	2011	1 033	704	1 737	518 960
	2031	954	664	1 618	498 725
(2)	Population des 0-5 ans ¹ , (%) FILLES				
	1981	16	16	16	8
	2011	16	16	15	6
	2031	13	13	13	5
	Population des 0-5 ans ¹ , (%) GARÇONS				
	1981	18	16	18	9
	2011	15	16	15	7
	2031	13	13	13	6
	Population des 0-5 ans ¹ , (%) TOTAL				
	1981	17	16	17	9
	2011	15	16	15	7
	2031	13	13	13	6
(3)	Taux d'accroissement de la population des 0-5 ans ¹ (%)				
	2001-2006	12	-13	1	-4

Numéro d'indicateurs	Thèmes	Hudson	Ungava	Nunavik	Québec
	2006-2011	10	7	9	14
Fécondité					
(4) ⁿ	Nombre annuel moyen de naissances selon le sexe ² , 2006-2010				
	Garçons	98	57	155	n.p.
	Filles	95	60	155	n.p.
	Sexes réunis	193	117	310	n.p.
(5)	Taux de fécondité chez les 15-19 ans ³ , 2006-2010 (Taux pour 10 000)	133 (117-152)	113 (96-135)	125 (113-139)	10 (9,8-10,2)
(6)	Indice synthétique de fécondité ³ , 2006-2010 (enfants par femme)	4	3	3	2
Conditions de vie des familles					
(7) ^c	Naissances chez les mères ayant moins de 11 ans de scolarité ² , 2006-2010 (%) (IC) ¹²	49 (45,3-51,8)	40 (36,4-44,5)	45 (42,9-48,0)	7 (7,3-7,5)
(8)	Revenu après impôt inférieur à 10 000 \$ dans la population de 15 ans et plus ³ , 2005 (%)				
	Femmes	26	19	23	24
	Hommes	38	26	32	17
	Total	32	22	28	20
(9)	Revenu médian de la population de 15 ans et plus ¹⁰ , 2005 (\$)				
	Femmes	20 139	26 816	22 912	18 951
	Hommes	15 248	23 816	18 793	26 302
	Total	17 911	25 413	20 971	22 471
(10) ^{o,o}	Proportion de ménages privés composés de 6 personnes ou plus				
(11) ^{o,d}	Proportion de logements surpeuplés				

ⁿ Des données par communauté sont disponibles pour cet indicateur en annexe 4.

^o Des données par communauté sont disponibles pour cet indicateur en annexe 4.

Numéro d'indicateurs	Thèmes	Hudson	Ungava	Nunavik	Québec
INFRASTRUCTURES COMMUNAUTAIRES					
(14) ^d	Accouchements selon le lieu², 2001-2010				
	Dans la communauté de résidence de la mère				
	Proportion (%) (IC) ¹⁴	51 (48,3-52,8)	17 (14,3-18,8)	38 (36,0-39,5)	n.p.
	Nombre annuel moyen	93	18	112	n.p.
	Au Nunavik				
	Proportion (%) (IC) ¹⁴	81 (78,3-82,8)	36 (33,9-38,4)	64 (62,1-65,5)	n.p.
	Nombre annuel moyen	149	40	189	n.p.
	Hors du Nunavik				
	Proportion (%) (IC) ¹⁴	20 (17,2-21,7)	64 (61,6-66,1)	36 (34,5-37,9)	n.p.
	Nombre annuel moyen	36	78	107	n.p.
(15) ^d	Type d'accoucheurs², 2001-2010				
	Sage-femme				
	Proportion (%) (IC) ¹⁴	79 (76,4-80,9)	9 (7,0-11,5)	52 (49,5-55,3)	n.p.
	Nombre annuel moyen	146	10	156	n.p.
	Clinicien				
	Proportion (%) (IC) ¹⁴	21 (18,9-23,4)	91 (88,3-92,8)	47 (44,5-50,3)	n.p.
	Nombre annuel moyen	39	102	141	n.p.
ÉTAT DE SANTÉ DES FEMMES					
Habitudes de vie et comportements de santé					
(16)	Mères ayant consommé du tabac pendant la grossesse, 2004⁸ (%) (IC)¹²				
	Quotidiennement	77 (69,2 - 84,1)	47 (36,7 - 57,4)	65 (58,7 - 71,2)	n.d.
	Occasionnellement	* 9 (4,2 - 14,9)	30 (21,2 - 40,0)	17 (12,5 - 22,9)	n.d.
	Total	86 n.d.	77 n.d.	82 n.d.	n.d.
(17)	Mères ayant consommé de l'alcool pendant la grossesse, 2004⁸				
	Proportion (%) (IC) ¹²	40 (30,4 - 48,7)	51 (40,6 - 61,1)	44 (37,2 - 51,2)	n.d.
(18)	Type d'allaitement, 2004⁸ (%) (IC)¹²				
	Allaitement maternel	34 (20,3 - 50,7)	26 (14,9 - 40,7)	30 (21,3 - 39,3)	n.d.
	Préparations commerciales pour nourrissons	24 (11,9 - 40,2)	35 (22,1 - 48,7)	29 (20,8 - 38,9)	n.d.
	Allaitement mixte	42 (27,3 - 57,2)	39 (25,5 - 54,2)	40 (30,8 - 50,1)	n.d.

Numéro d'indicateurs	Thèmes	Hudson	Ungava	Nunavik	Québec
ÉTAT DE SANTÉ DES ENFANTS					
(19) Les enfants de moins d'un an					
	Naissances selon le poids², 2006-2010 (%) (IC)¹²				
	Moins de 2500 grammes (Faible poids)	6 (4,4-7,9)	8 (5,8-10,9)	7 (5,5-8,4)	6 (5,6-5,8)
	2500-4000 grammes	82 (78,8-84,4)	78 (73,9-81,6)	80 (77,9-82,4)	84 (84,1-84,3)
	4000-4500 grammes	10 (8,1-12,5)	11 (8,0-13,8)	11 (8,8-12,3)	9 (8,6-8,8)
	4500 grammes et plus	*2 (1,0-3,0)	*3 (1,4-4,5)	2 (1,5-3,2)	1 (1,3-1,4)
(20)	Naissances de faible poids³ (%) (IC)¹²				
	2001-2005	6 (4,0 - 7,0)	7 (4,4 - 8,5)	6 (4,7 - 7,1)	6 (5,6 - 5,7)
	2006-2010	6 (4,6 - 7,6)	8 (6,1 - 10,6)	7 (5,7 - 8,2)	6 (5,6 - 5,8)
(21)	Naissances prématurées³ (%) (IC)¹²				
	2001-2005	11 (8,9 - 13,0)	13 (10,3 - 16,0)	12 (10,1 - 13,4)	8 (7,5 - 7,7)
	2006-2010	12 (9,9 - 14,0)	10 (7,2 - 12,0)	11 (9,5 - 12,6)	7 (7,3 - 7,5)
(22)	Naissances ayant un retard de croissance intra-utérine³ (%) (IC)¹²				
	2001-2005	5 (3,5 - 6,4)	*5 (2,8 - 6,3)	5 (3,7 - 5,9)	8 (8,0 - 8,2)
	2006-2010	5 (3,8 - 6,6)	8 (5,4 - 9,7)	6 (4,9 - 7,3)	8 (8,2 - 8,4)
(23)	Mortalité périnatale², 2005-2009				
	Taux pour 1000 naissances vivantes) IC ¹²	**n.p.	*20 (11,5-35,6)	*13 (8,0-19,6)	6 (5,8-6,2)
(24)	Mortalité foetale^{2, 9}, 2005-2009				
	Taux (pour 1000 naissances totales)	**n.p.	**n.p.	**n.p.	n.p.
	Nombre annuel moyen	1	1	2	350
(25)	Mortalité infantile^{2, 10}				
SELON LA COMPOSANTE					
	Taux (pour 1000 naissances vivantes), 2005-2009 (IC) ¹²				
	Néonatale précoce	**	**	*7 (3,6 - 12,3)	n.p.
	Néonatale tardive	**	**	**	n.p.
	Post-néonatale	*12 (6,6 - 21,5)	**	*9 (5,0 - 14,8)	n.p.
	Infantile (Total)	*16 (9,8 - 26,9)	*20 (11,6 - 35,8)	*18 (12,2 - 26,0)	n.p.
	Nombre annuel moyen				
	Néonatale précoce	<1	2	2	155
	Néonatale tardive	<1	<1	1	47

Numéro d'indicateurs	Thèmes	Hudson	Ungava	Nunavik	Québec
	Post-néonatale	2	<1	3	81
	Infantile (Total)	3	2	5	283
TOTAL					
	Taux (pour 1000 naissances vivantes) (IC) ¹²				
	1996-1999	**n.p.	**n.p.	14 (8,4-23,0)	4 (3,4-3,8)
	2000-2004	16 (9,5-27,1)	**n.p.	16 (10,2-23,6)	3 (3,4-3,7)
	2005-2009	16 (9,8-26,9)	20 (11,6-35,8)	18 (12,2-26,0)	3 (3,2-3,6)
(26)	Hospitalisations au cours de la première année de vie selon le diagnostic principal¹³				
ENSEMBLE DES DIAGNOSTICS					
	Taux (pour 10 000) (IC) ¹²				
	1991-1995	10 778 (10 070-11 537)	9 985 (9 250-10 778)	10 413 (9 897-10 955)	7 592 (7 567-7 617)
	1996-2000	14 077 (13 227-14 981)	9 239 (8 519-10 021)	11 790 (11 222-12 387)	7 866 (7 838-7 893)
	2001-2005	11 864 (11 148-12 625)	10 474 (9 636-11 386)	11 327 (10 776-11 906)	7 635 (7 607-7 663)
	2007-2011	11 064 (10 395-11 776)	10 066 (9 297-10 900)	10 662 (11 609-12 687)	7 670 (7 644-7 696)
REGROUPEMENTS DE DIAGNOSTICS					
	Taux (pour 10 000), 2007-2011 (IC) ¹²				
	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	437 (319-598)	*315 (201-494)	388 (300-501)	189 (185-193)
	Maladies de l'appareil respiratoire	4 815 (4 381-5 293)	3 151 (2 733-3 632)	4 144 (3 831-4 484)	625 (617-632)
	Maladies de l'appareil digestif	*403 (291-559)	*332 (214-514)	374 (288-486)	142 (139-146)
	Maladies de l'appareil génito-urinaire	*168 (101-279)	*216 (125-371)	*187 (129-271)	135 (132-138)
	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	2 923 (2 589-3 300)	4 013 (3 538-4 552)	3 362 (3 081-3 669)	5 323 (5 302-5 345)
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	571 (434-751)	647 (473-885)	602 (489-740)	730 (722-738)
	Lésions traumatiques et empoisonnement	*213 (136-334)	**n.p.	*174 (118-255)	52 (50-54)
	Ensemble des diagnostics	11 064 (10 395-11 776)	10 066 (9 297-10 900)	10 662 (10 151-11 198)	7 670 (7 644-7 696)
	Nombre annuel moyen, 2007-2011				
	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	8	4	12	1 629
	Maladies de l'appareil respiratoire	86	38	124	5 375
	Maladies de l'appareil digestif	7	4	11	1 224
	Maladies de l'appareil génito-urinaire	3	3	6	1 161

Numéro d'indicateurs	Thèmes	Hudson	Ungava	Nunavik	Québec
	Certaines affections dont l'origine se situe dans la période périnatale	52	48	101	45 812
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	10	8	18	6 280
	Lésions traumatiques et empoisonnement	4	1	5	447
	Ensemble des diagnostics	198	121	319	66 006
(28)	Les enfants de 1 à 4 ans				
	Mortalité chez les 1-4 ans³.				
	Taux (pour 1 000) (IC) ¹²				
	2000-2004	**n.p.	**n.p.	* 2 (1,1 - 3,6)	<1 (0,2 - 0,2)
	2005 à 2009	**n.p.	**n.p.	**n.p.	<1 (0,2 - 0,2)
	Nombre annuel moyen				
	2000 à 2004	n.d.	n.d.	2	65
	2005 à 2009	n.d.	n.d.	1	53
(29)	Hospitalisations selon le diagnostic principal chez les 1-4 ans¹¹				
	TOTAL				
	Taux en pour 10 000 (IC) ¹²				
	1991-1995	1 839 (1 691-2 000)	2 118 (1 937-2 316)	1 960 (1 844-2 084)	712 (708-715)
	1996-2001	1 883 (1 727-2 054)	1 123 (1 003-1 256)	1 504 (1 404-1 611)	631 (627-635)
	2001-2005	2 207 (2 047-2 379)	2 153 (1 975-2 347)	2 184 (2 063-2 311)	639 (635-643)
	2007-2012	1 857 (1 718-2 009)	1 511 (1 361-1 677)	1 716 (1 612-1 827)	539 (535-542)
	REGROUPEMENTS DE DIAGNOSTICS				
	Taux (pour 10 000), 2007-2011 (IC) ¹²				
	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	*89 (62-127)	*73 (45-117)	82 (62-110)	74 (72-75)
	Maladies de l'appareil respiratoire	621 (543-711)	652 (556-765)	634 (572-703)	233 (231-236)
	Maladies de l'appareil digestif	609 (532-698)	352 (283-437)	504 (449-566)	33 (32-34)
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	**n.p.	**n.p.	28 (17-46)	16 (15-16)
	Lésions traumatiques et empoisonnement	118 (87-161)	*99 (66-149)	110 (86-141)	37 (36-38)
	Ensemble des diagnostics	1 857 (1 718-2 009)	1 511 (1 361-1 677)	1 716 (1 612-1 827)	539 (535-542)
(30)	Hospitalisations selon la cause chez les 1-4 ans⁹.				
	Nombre annuel moyen, 2007-2011				
	Certaines maladies infectieuses et parasitaires	6	3	9	2 412

Numéro d'indicateurs	Thèmes	Hudson	Ungava	Nunavik	Québec
	Maladies de l'appareil respiratoire	42	30	72	7 635
	Malformations congénitales et anomalies chromosomiques	2	2	3	511
	Lésions traumatiques et empoisonnement	8	5	13	1 199
	Ensemble des diagnostics	126	70	196	17 637
(31)	Espérance de vie à la naissance³, 2005-2009 (Années) (IC)²				
	Femmes	69 (66,8 - 72,0)	68 (64,8 - 70,4)	69 (66,8 - 70,9)	83 (83,1 - 83,2)
	Hommes	62 (58,9 - 65,1)	69 (65,4 - 72,9)	65 (62,4 - 67,1)	78 (78,4 - 78,5)
	Total	66 (63,4 - 67,9)	68 (65,7 - 70,4)	67 (65,0 - 68,1)	81 (80,8 - 80,9)

Sources :

1. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Service de développement de l'information, Estimations et projections démographiques (version janvier 2010).
2. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des naissances.
3. Infocentre de santé publique du Québec.
4. Statistique Canada, Recensement de 2006, données géocodées, Tableau 94-581-XCB2006002.
5. Statistique Canada (2007). « Profil de la population autochtone de 2006: Recensement de 2006 ». No 92-594-XWF au catalogue de Statistique Canada, Ottawa: ministère de l'Industrie. [En ligne]. <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=F> Page consultée le 21 août 2011.
6. Association des centres jeunesse. Rapport statistique annuel des centres jeunesse (AS-480 Général + Autochtones) - Année 2010-2011 - Base de données.
7. Kativik Regional Government, Child Care Section. Demande spéciale.
8. Rochette L. et C. Blanchet (2007). Methodological Report. Nunavik Inuit Health Survey 2004, Qanuipitaa? How are we? Quebec: Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) and Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHS).
9. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des mortalités.
10. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier des décès.
11. Ministère de la Santé et des Services sociaux, Fichier du Système Maintenance et Exploitation des Données pour l'Étude de la Clientèle Hospitalière (MED-ÉCHO).

Notes :

(00) : La définition et la source complète des indicateurs peuvent être consultées à l'annexe 1 et 2 en se référant au numéro d'indicateur correspondant (00).

12 : Les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 0,05.

* : Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** : Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur ne peut être présentée.

n.d. : Non disponible

n.p. : Non présentée. Certains indicateurs n'ont pas été calculés pour le Québec car leur intérêt portait exclusivement sur Nunavik et ses côtes.

Tableau 4 Nombre annuel moyen de décès selon la composante de mortalité infantile et de naissances, côtes et RSS du Nunavik						
Territoire	Décès foetaux	Décès infantiles				Naissances
		Total	Néonaux précoces	Néonaux tardifs	Post-néonataux	
1996-1999						
Hudson	2	2	<1	<1	1	117
Ungava	1	2	1	0	<1	100
Nunavik	3	4	2	<1	2	216
2000-2004						
Hudson	1	3	1	<1	1	175
Ungava	1	2	1	0	1	109
Nunavik	2	4	2	<1	2	284
2005-2009¹						
Hudson	1	3	<1	<1	2	185
Ungava	1	2	2	<1	<1	118
Nunavik	2	5	2	<1	3	303
Note : veuillez consulter les annexes 1 et 2 pour plus d'information sur les indicateurs (23), (24) et (25).						

Annexe 4 - Tableau de données complémentaires, communautés du Nunavik, Québec

Numéro d'indicateurs	Thème	Côte de la Baie d'Hudson						
		Kuujuarapik	Umijuq	Inukjuak	Puvîrniq	Akulivik	Ivujivik	Salluit
TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES								
	Fécondité							
(4)	Naissances ² , 2006-2010 (Nombre annuel moyen)	16	12	43	50	20	10	41
CONDITIONS DE VIE DES FAMILLES								
(7)	Naissances chez les mères ayant moins de 11 ans de scolarité ² , 2006-2010 (%)	36,8	41,4	52,1	46,2	48,4	54,0	53,0
	IC ¹²	(26,0-47,7)	(28,7-54,1)	(45,4-58,8)	(39,9-52,6)	(38,2-58,5)	(40,2-67,8)	(45,8-60,3)
(10)	Ménages privés composés de 6 personnes ou plus ⁴ , 2005 (%)	25,0	40,0	32,8	44,0	36,8	54,5	44,2
(11)	Logements surpeuplés ⁴ , 2006 (%)	25,9	33,3	34,5	45,3	45,0	41,7	46,5
INFRASTRUCTURES COMMUNAUTAIRES								
(14)	Naissances selon le lieu ² , 2001-2010							
	Dans la communauté de résidence de la mère (%)	** n.p	** n.p	75,0	83,1	** n.p	** n.p	48,8
	IC ¹²	n.d.	n.d.	(70,8-79,2)	(79,8-86,4)	n.d.	n.d.	(48,8-43,9)
	Au Nunavik (%)	39,2	85,1	86,5	83,3	90,6	80,4	80,7
	IC ¹²	(31,3-47,1)	(78,5-91,6)	(83,2-89,8)	(80,0-86,6)	(86,2-95,0)	(73,0-87,7)	(76,8-84,6)
	Hors du Nunavik (%)	60,8	14,9	13,5	16,7	9,4	19,6	19,3
	IC ¹²	(52,9-68,7)	(8,4-21,5)	(10,2-16,8)	(13,4-20,0)	(5,0-13,8)	(12,3-27,0)	(15,4-23,2)
(15)	Type d'accoucheur ² , 2001-2010							
	Sage-femme (%)	36,0	82,5	85,8	82,5	88,8	75,9	77,9
	IC ¹²	(28,3-43,7)	(75,5-89,4)	(82,4-89,2)	(79,1-85,8)	(84,1-93,6)	(68,0-83,8)	(73,8-82,0)
	Nombre annuel moyen	5,4	9,4	35,1	41,4	15,1	8,5	30,7
	Clinicien (%)	64,0	* 17,5	14,2	16,9	* 11,2	* 24,1	21,8
	IC ¹²	(56,3-71,7)	(10,6-24,5)	(10,8-17,6)	(13,7-20,2)	(6,4-15,9)	(16,2-32,0)	(17,7-25,9)
	Nombre annuel moyen	9,6	2,0	5,8	8,5	1,9	2,7	8,6

Sources :

Pour les sources 1 à 11, veuillez vous référer à l'annexe 1.

Notes :

(00) : La définition et la source complète des indicateurs peuvent être consultées aux annexes 1 et 2 en se référant au numéro d'indicateur correspondant (00).

12 : Les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 0,05.

* : Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** : Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur ne peut être présentée.

n.d.: Non disponible

Tableau de données complémentaires, communautés du Nunavik, Québec (suite)

Numéro d'indicateurs	Thème	Côte de la Baie d'Ungava						
		Kangiqsujuaq	Quaqtaq	Kangirsuk	Aupaluk	Tasiujaq	Kujujuaq	Kangiqsuajuaq
TENDANCES DÉMOGRAPHIQUES								
	Fécondité							
(4)	Naissances ² , 2006-2010 (Nombre annuel moyen)	14	10	11	4	7	50	21
CONDITIONS DE VIE DES FAMILLES								
(7)	Naissances chez les mères ayant moins de 11 ans de scolarité ² , 2006-2010 (%) IC ¹²	41,8 (30,0-53,6)	65,2 (51,5-79,0)	44,4 (31,2-57,7)	* 45,0 (23,2-66,8)	* 28,1 (12,5-43-7)	33,5 (27,5-39,5)	45,5 (35,8-55,3)
(10)	Ménages privés composés de 6 personnes ou plus ⁴ , 2005 (%)	37,5	36,4	19,0	40,0	30,0	16,0	30,0
(11)	Logements surpeuplés ⁴ , 2006 (%)	35,5	21,4	26,3	0,0	0,0	15,1	40,0
INFRASTRUCTURES COMMUNAUTAIRES								
(14)	Naissances selon le lieu ² , 2001-2010							
	Dans la communauté de résidence de la mère (%) IC ¹²	** n.p. n.d.	0,0 n.d.	** n.p. n.d.	** n.p. n.d.	** n.p. n.d.	33,8 (29,6-38,0)	4,9 (1,8-8,0)
	Au Nunavik (%) IC ¹²	35,7 (27,4-43,9)	27,0 (16,9-37,1)	28,6 (20,7-36,5)	51,1 (36,8-65,4)	46,3 (34,3-58,2)	35,2 (31,0-39,5)	40,2 (33,1-47,3)
	Hors du Nunavik (%) IC ¹²	64,3 (56,1-72,6)	73,0 (62,9-83,1)	71,4 (63,5-79,3)	48,9 (34,6-63,2)	53,7 (41,8-65,7)	64,8 (60,5-69,0)	59,8 (52,7-66,9)
(15)	Type d'accoucheur ² , 2001-2010							
	Sage-femme (%) IC ¹²	* 12,3 (6,7-18,0)	**n.p. n.d.	7,1 (2,6-11,5)	**n.p. n.d.	**n.p. n.d.	8,3 (5,9-10,7)	* 9,0 (4,9-13,1)
	Nombre annuel moyen	1,6	<1	<1	<1	<1	4,1	1,7
	Clinicien (%) IC ¹²	87,7 (82,0-93,3)	90,5 (83,9-97,2)	92,1 (87,4-96,8)	85,1 (74,9-95,3)	89,6 (82,2-96,9)	91,7 (89,3-94,1)	89,9 (85,6-94,2)
	Nombre annuel moyen	11,4	6,7	11,7	4,0	6,0	45,3	16,9

Sources :

Pour les sources 1 à 11, veuillez vous référer à l'annexe 1.

Notes :

(00) : La définition et la source complète des indicateurs peuvent être consultées aux annexes 1 et 2 en se référant au numéro d'indicateur correspondant (00).

12 : Les intervalles de confiance ont été calculés au seuil de 0,05.

* : Coefficient de variation supérieur à 16,66 % et inférieur ou égal à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

** : Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur ne peut être présentée.

n.d.: Non disponible

Annexe 5 - Proportion de la population ayant une langue autochtone pour langue maternelle en 2011 et selon l'identité autochtone en 2006, communautés, côtes et RSSS du Nunavik

Au moment de la publication de ce rapport, les données concernant l'identité autochtone ne sont pas disponibles dans l'édition 2011 du Recensement canadien. Nous utilisons comme valeur la langue maternelle. Bien que celle-ci échappe les Métis dont le père est Autochtone, on peut constater, en comparant ces données avec celles de 2006, que la tendance est la même.

Communautés	Population en 2011	Langue maternelle autochtone	Proportion de la population ayant une langue maternelle autochtone en 2011	Proportion de la population ayant une identité autochtone en 2006
	Nombre	Nombre	%	%
Baie d'Hudson	6 722	6 215	92,5	95,0
Kuujjuarapik	657	540	82,2	90,4
Umiujaq	444	420	94,6	96,2
Inukjuak	1 597	1 530	95,8	94,0
Puvirnituq	1 692	1 540	91,0	96,5
Akulivik	615	585	95,1	100,0
Ivujvik	370	350	94,6	98,6
Salluit	1 347	1 250	92,8	93,1
Baie d'Ungava	5 368	4 430	82,5	86,2
Kangiqsualujuaq	874	815	93,2	96,6
Quaqtaq	376	345	91,8	95,2
Kangirsuk	549	520	94,7	91,4
Aupaluk	195	180	92,3	n.d.
Tasiujaq	303	280	92,4	n.d.
Kuujuaq	2 375	1 635	68,8	78,3
Kangiqsujuaq	696	655	94,1	92,6
Nunavik	12 090	10 645	88,0	91,3

Source : Statistique Canada (2012b) et Statistique Canada (2007)



ᓄᓇᓗ ᓄᓇᓕᓱᑦ ᓅᓂᓴᓂᓄᑦ ᐃᓂᓕᓇᓂᓄᑦ ᐱᓂᓂᓄᑦ
NUNAVIK REGIONAL BOARD OF HEALTH AND SOCIAL SERVICES
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX NUNAVIK