
Profil de santé du Nunavik 2018

La santé des mères et des enfants

Volet médico-administratif

RÉALISATION

L'Équipe - Santé des Autochtones de l'Institut National de santé publique du Québec (INSPQ) a été mandatée par la Régie régionale en santé et services sociaux du Nunavik (RRSSSN) pour faciliter la réalisation de ce profil.

AUTEURS

Institut National de santé publique du Québec (INSPQ)

SOUS LA COORDINATION DE*

Julie Laforest, MA, cheffe d'unité scientifique
Direction - Développement des individus et des communautés, INSPQ (2021)

Roseline Olivier-Pilon, T.S., M. Sc., cheffe d'unité scientifique
Direction - Développement des individus et des communautés, INSPQ (2019-2020)

AVEC LA COLLABORATION DE

Moisan, Caroline, PhD, conseillère scientifique
Direction - Développement des individus et des communautés, INSPQ (2021)

Anne-Julie Lafrenaye-Dugas, Ph. D., conseillère scientifique
Direction - Développement des individus et des communautés, INSPQ (2021)

Gabrielle Désilets, Ph. D., conseillère scientifique
Direction - Développement des individus et des communautés, INSPQ (2019-2020)

Marianne Dubé, technicienne en recherche
Direction - Développement des individus et des communautés, INSPQ (2019-2020)

Faisca Richer, M.D., M. Sc., CMSQ, FRCPC, médecin spécialiste en santé publique
Direction - Développement des individus et des communautés, INSPQ (2017 - 2019)

Isabelle Duguay, B. Sc. Inf., conseillère scientifique
Direction - Développement des individus et des communautés, INSPQ (2017- 2019)

Marie Hélène Lussier, conseillère scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Carolyne Alix, M. Sc., conseillère scientifique
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Susie Gagnon, M.A., conseillère scientifique
Direction de l'analyse et de l'évaluation des systèmes de soins et des services, INSPQ (2017- 2019)

Nathalie Auger, MD, M. Sc., FRCPC, médecin spécialiste,
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Christine Blaser, Ph. D., conseillère scientifique spécialisée
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Marie-Claude Boisclair, B. Sc., statisticienne,
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Nathalie Gravel, D.E.S.S. SIG. analyste en géomatique,
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Siyi He, M. Sc., conseillère scientifique,
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Ernest Lo, Ph. D., statisticien et chercheur d'établissement,

Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Sylvie Martel, M. Sc., conseillère scientifique,
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

Matthieu Tandonnet, D.E.S.S. SIG, analyste en géomatique,
Bureau d'information et d'études en santé des populations, INSPQ (2017- 2019)

ET DES MEMBRES DE LA RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DU NUNAVIK (RRSSN)

Marie Rochette, MD, M. Sc, FRCPC, Directrice de santé publique

Fabien Pernet, Adjoint à la directrice générale

DONT LES RÉVISEURS

Marie-Noëlle Caron, MD, M.Sc.

Marie Josée Gauthier, agente de planification, de programmation et de recherche

Philippe Dufresne, analyste de données

Sébastien Dubé, M. Sc., MBA, coordonnateur pour la section Qualité, Évaluation, Performance et Éthique

Hamado Zoungrana, M.Sc., agent de recherche et surveillance

Les réviseurs ont été conviés à apporter des commentaires sur la version préfinale de cet avis et en conséquence, n'en ont pas révisé ni endossé le contenu final.

Nous remercions tous nos collaborateurs ayant contribué à l'extraction, analyse et interprétation des statistiques présentés, ainsi que les personnes ayant apporté leurs commentaires et corrections à la relecture du texte.

Suggestion de citation :

Institut National de santé publique du Québec (2021). Profil de santé du Nunavik 2018 : La santé des mères et des enfants [Document non publié]. Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSN) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Table des matières

Liste des figures	5
Liste des sigles et acronymes	7
Faits saillants.....	8
1 Objectifs et contexte	9
2 Note méthodologique.....	9
2.1 Population visée et sources de données	9
2.2 L'interprétation des statistiques présentées	11
3 Données sur la santé des mères et des enfants	11
3.1 Le contexte démographique et social de la population	11
3.1.1 La population des jeunes enfants continue de croître au Nunavik	11
3.1.2 De nombreux jeunes parents	13
3.1.3 En somme.....	14
3.2 La santé des mères	14
3.2.1 Le niveau de scolarité des mères.....	14
3.2.2 Hospitalisation pendant la grossesse.....	14
3.2.3 Accouchements et naissances	15
3.2.4 En somme.....	20
3.3 La santé des enfants de moins d'un an	20
3.3.1 Mortalité périnatale et infantile	20
3.3.2 Naissances prématurées et faible poids à la naissance	22
3.3.3 Morbidité hospitalière des enfants de moins d'un an	23
3.3.4 En somme.....	27
3.4 La santé des enfants âgés de 1 à 9 ans	28
3.4.1 Mortalité	28
3.4.2 Morbidité hospitalière	28
3.4.3 En somme.....	31
4 Conclusion	32
4.1 Le portrait des mères et la pratique sage-femme au Nunavik	32
4.2 Des issues de grossesse favorables, malgré des taux de mortalité infantile encore élevés	32
4.3 Les enfants âgés de 1 à 9 ans : de nombreuses hospitalisations évitables	33
Bibliographie.....	34

Liste des figures

Figure 1	Proportion de la population âgée de 0 à 4 ans et de 5 à 9 ans et projections de 2011 à 2031, Nunavik et Québec.....	12
Figure 2	Taux d'accroissement annuel moyen de la population âgée de 0 à 4 ans et de 5 à 9 ans, Nunavik et Québec, 2001-2006, 2006-2011 et 2011-2016.....	12
Figure 3	Nombre d'enfants âgés de 0 à 4 ans et de 5 à 9 ans et projections de 2011 à 2031, Nunavik et côtes du Nunavik.....	13
Figure 4	Âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant, Nunavik et Québec, 1985-1989 à 2010-2014	13
Figure 5	Proportion des naissances venant de mères ayant complété un DES, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2005-2009 et 2010-2014.....	14
Figure 6	Nombre d'hospitalisation en cours de grossesse selon les principales causes, Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	15
Figure 7	Nombre total de naissances selon la communauté de résidence de la mère, communautés du Nunavik, 2010-2014.....	16
Figure 8	Proportion de naissances selon le type d'accoucheur, selon le lieu de résidence de la mère, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014.....	16
Figure 9	Proportion de naissances selon le type d'accoucheur, selon le lieu de naissance de l'enfant, Nunavik et extérieur du Nunavik, 2010-2014	17
Figure 10	Proportion de naissances selon le type d'accoucheur, côtes du Nunavik, 2010-2014.....	17
Figure 11	Nombre de naissances selon le lieu de résidence de la mère, communautés du Nunavik, 2010-2014	17
Figure 12	Nombre de naissances selon le lieu de naissance du bébé, Nunavik et côtes du Nunavik, 2010-2014	19
Figure 13	Proportion d'accouchements vaginaux et de césariennes, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014.....	19
Figure 14	Taux de mortalité périnatale (/1000), Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014.....	20
Figure 15	Taux de mortalité infantile (/1000), Nunavik et ensemble du Québec, 2005-2009 et 2010-2014.....	21
Figure 16	Causes de mortalité infantile, Nunavik et Québec, 2010-2014.....	22
Figure 17	Proportion de naissances prématurées et de RCIU, Nunavik et Québec, 2005-2009 et 2010-2014	23
Figure 18	Proportion de naissances des mères résidant au Nunavik, selon le poids et le lieu de naissance, Nunavik et Québec, côtes du Nunavik et extérieur du Nunavik, 2010-2014	23
Figure 19	Taux d'hospitalisation des enfants âgés de 0 à 1 an (/10 000), Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2007-2012 et 2012-2017, et projections annuelles pour le Nunavik, 2006 à 2027	24
Figure 20	Causes d'hospitalisation des enfants de moins d'un an, Nunavik et Québec, 2012-2017.....	24
Figure 21	Taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an (/10 000), MAR, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2007-2012 et 2012-2017, et projections annuelles pour le Nunavik, 2006-2027	25
Figure 22	Taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an (/10 000), affections périnatales, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2007-2012 et 2012-2017, et projections annuelles pour le Nunavik, 2006-2027.....	26

Figure 23	Taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an (/10 000), malformations congénitales, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2007-2012 et 2012-2017, et projections annuelles pour le Nunavik, 2006-2027.....	27
Figure 24	Taux de mortalité chez les enfants de 1 à 9 ans (/10 000), Nunavik et ensemble du Québec, 2005-2009 et 2010-2014	28
Figure 25	Taux d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 9 ans (/10 000), toutes causes confondues, Nunavik, Terres-cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	29
Figure 26	Nombre d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 9 ans (/10 000), selon la cause, Nunavik, Terres-cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2012-2017	30
Figure 27	Proportion des principales causes d'hospitalisation, enfants de 1 à 4 ans, Nunavik et Québec, 2012-2017.....	31
Figure 28	Proportion des principales causes d'hospitalisation, enfants de 5 à 9 ans, Nunavik et Québec, 2012-2017.....	31

Liste des sigles et acronymes

BIESP	Bureau d'information et d'études en santé des populations
CSTU	Centre de santé <i>Tulattavik</i> de l'Ungava
DES	Diplôme d'études secondaires
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MAD	Maladies de l'appareil digestif
MAR	Maladies de l'appareil respiratoire
MI	Maladies infectieuses
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RCIU	Retard de croissance intra-utérine
RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
SMSN	Syndrome de mort subite du nourrisson
TCBJ	Terres-Cries-de-la-Baie-James
TI ou TNI	Traumatismes intentionnels ou traumatismes non intentionnels

Faits saillants

La pratique sage-femme bien développée au Nunavik

Le Nunavik enregistre environ 400 naissances par année, dont la majorité a lieu dans les communautés grâce à une pratique sage-femme bien développée dans quatre communautés au Nunavik. Les proportions d'accouchements par césarienne y sont très basses en comparaison aux proportions québécoises. Par ailleurs, la plus grande accessibilité à la pratique sage-femme sur la côte d'Hudson¹ semble expliquer pourquoi, sur cette côte, la proportion de femmes devant quitter la région pour donner naissance est beaucoup plus faible que sur la côte d'Ungava, où deux fois plus de femmes doivent quitter la région pour donner naissance.

On observe au Nunavik de faibles proportions de retard de croissance intra-utérine (RCIU), de bébés de faibles poids et d'hospitalisation des enfants de moins d'un an pour des affections périnatales (p. ex. infections). Cependant, les prévalences de prématurité ont commencé à augmenter ces dernières années et présentent maintenant un écart significatif avec celui du Québec. Ceci semble cohérent avec le fait que l'hypertension au cours d'une grossesse et ses conséquences sur le développement de la prééclampsie et de l'éclampsie constituent les causes d'hospitalisation prénatales les plus fréquentes au Nunavik.

La santé des nourrissons : une mortalité infantile encore trop élevée

La mortalité périnatale et infantile présente des taux plus élevés que ceux du Québec. Plus du tiers des décès des enfants de moins d'un an est relié au syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) et aux traumatismes non intentionnels (TNI), soit des causes qui ne sont pas reliées à des affections de la période périnatale.

En ce qui concerne la morbidité hospitalière² des enfants de moins d'un an, les maladies de l'appareil respiratoire (MAR) demeurent une des causes principales d'hospitalisation au Nunavik. Les projections montrent que les maladies de l'appareil digestif (MAD) devraient décroître dans la prochaine décennie tandis que l'inverse devrait se produire pour les affections périnatales.

La population des enfants de 1 à 9 ans : de nombreuses hospitalisations évitables

Bien que les taux de mortalité pour les enfants d'un à neuf ans soient inférieurs à ceux des enfants de moins d'un an, ils demeurent supérieurs aux taux québécois. Les TNI constituent la principale cause des décès chez les enfants âgés d'un à 14 ans³. Les MAR, MAD et les TNI occasionnent près des trois quarts des hospitalisations chez les enfants d'un à neuf ans. Chez les enfants d'un à quatre ans, les MAR constituent la cause la plus fréquente d'hospitalisation et chez les enfants de cinq à neuf ans, ce sont les mêmes MAD qui sont les causes le plus d'hospitalisation.

¹ Trois communautés sur la côte d'Hudson offrent les services de sages-femmes (Salluit, Puvirnituq et Inukjuak) alors qu'une seule communauté sur la côte d'Ungava offre ce service.

² La morbidité hospitalière représente l'ensemble des hospitalisations de court séjour ventilées selon les motifs d'hospitalisation. Elles présentent l'activité hospitalière, c'est-à-dire les séjours hospitaliers au cours d'une année donnée, sachant qu'un patient peut avoir plusieurs hospitalisations dans une même année, pour un ou plusieurs motifs d'hospitalisation (le « diagnostic principal ») de chaque séjour (Statistique Canada, 2007).

³ Pour l'analyse des causes les plus fréquentes, les données disponibles portent sur les enfants âgés de 1 à 14 ans.

1 Objectifs et contexte

Trois profils⁴ de santé ont été préparés afin de présenter un portrait de la santé de la population du Nunavik. Ces profils présentent les données médico-administratives disponibles, et ce, jusqu'en 2018. Ils constituent donc une mise à jour du portrait de santé des Nunavimmiut puisque les derniers profils remontent à 2014-2015 (RRSSN en collaboration avec l'INSPQ, [2014](#), [2015](#)). Ces profils ont été réalisés à la demande de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSN) en soutien au Plan Clinique Nunavik⁵ en cours, lequel doit servir à l'élaboration d'une offre de services de santé régionale pour 2040.

Le présent profil expose divers indicateurs relatifs à la santé des familles, des mères et des enfants résidant au Nunavik. Il débutera par un survol des tendances démographiques des jeunes enfants et des mères. Seront ensuite abordés le niveau de scolarité des mères, les taux et les causes d'hospitalisation en cours de grossesse ainsi que les types d'accouchements et la pratique de sage-femme au Nunavik. Suivront les taux de mortalité périnatale et infantile, les taux de naissances prématurées et des bébés de faibles poids en plus des causes principales d'hospitalisation chez les enfants de moins d'un an. Ces mêmes indicateurs de santé seront aussi présentés pour les enfants âgés de 1 à 9 ans. Les implications de ce profil sur les programmes et services de santé à offrir seront finalement discutées pour améliorer la santé des familles de la région.

Afin de compléter le portrait de santé présenté dans ce profil, les rapports publiés provenant de l'enquête de santé inuite [Qanuillirpitaa? 2017](#) seront cités lorsque pertinent. *Qanuillirpitaa? 2017* est une enquête de santé à visée représentative réalisée au Nunavik en 2017 qui couvre un large éventail d'indicateurs de santé. Au total, 1 326 personnes âgées de 16 ans et plus provenant des 14 communautés y ont participé ([Hamel et al., 2020](#)). Dans le présent profil, cette enquête sera référée sous le nom de « *Qanuillirpitaa? 2017* ».

2 Note méthodologique

2.1 Population visée et sources de données

Le présent profil aborde principalement la santé des **nourrissons et des enfants âgés de 1 à 9 ans au Nunavik**. Les données démographiques et socioéconomiques présentées dans ce profil ont été extraites de plusieurs banques de données médico-administratives provinciales, dont les registres des événements démographiques – naissances, décès et la banque de données MED-ECHO⁶ sur les hospitalisations régionales et canadiennes (Recensement), en plus des données de projections démographiques. Les sources primaires et secondaires sont décrites en bas de chaque figure.

⁴ Le premier profil, intitulé « Contexte sociodémographique », porte sur divers indicateurs démographiques et socioéconomiques pour l'ensemble de la population au Nunavik (INSPQ, 2021a) alors que le troisième profil, intitulé « La santé de la population adulte et des aînés », aborde des indicateurs de santé générale, notamment l'espérance de vie ainsi que les taux et principales causes de décès et d'hospitalisations chez les 15 ans et plus (INSPQ, 2021b).

⁵ Le Plan Clinique est un document qui sera soumis au ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) pour étude et approbation. L'objectif de ce document est de définir clairement le besoin, proposer les solutions cliniques nécessaires pour y répondre, et ébaucher des scénarios d'infrastructures, qui permettraient de soutenir cette organisation clinique et de répondre aux besoins actuels et pour les 20 années suivant leur construction (RRSSN, 2021).

⁶ Système de maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO).

Mise en garde concernant la validité des données du Recensement : Les indicateurs calculés à partir des données du Recensement 2016 doivent être interprétés avec prudence puisqu'ils n'ont pas été corrigés pour le sous-dénombrement. Étant donné la forte proportion de non-réponses au Nunavik (approximativement 15 %), le biais risque d'être important.

Mise en garde concernant l'interprétation des projections : Les projections ne doivent pas être interprétées comme étant la prévision d'un futur attendu, mais bien comme la projection d'un futur possible si les tendances se maintiennent. Comme toutes projections statistiques, le calcul des projections s'appuie sur des postulats pour prévoir l'évolution des populations. Malgré la rigueur scientifique de ces postulats, l'évolution réelle des populations peut différer de ce qui avait été prévu, en particulier à l'échelle régionale. Ainsi, les données peuvent légèrement différer d'autres sources et leur interprétation doit être effectuée avec prudence.

Mise en garde concernant l'interprétation des données d'hospitalisation⁷ au Nunavik : Les indicateurs de l'hospitalisation (taux, nombres) sont présentés en fonction du territoire de résidence (ex. : régions sociosanitaires du Québec⁸) des patients et non du lieu d'hospitalisation (centre hospitalier). Par conséquent, ces indicateurs correspondent à l'expérience d'hospitalisation de résidents d'un territoire (dans ce cas-ci, le Nunavik), peu importe où ils sont traités. Le diagnostic principal est celui qui est utilisé pour comptabiliser les hospitalisations. Il correspond à l'affection la plus importante présentée par le malade durant son hospitalisation.

En 2012, une modification importante dans les critères de saisie des hospitalisations au CSTU au registre des hospitalisations provinciales a eu lieu. Le critère pour comptabiliser une hospitalisation a été modifié de 24 h à 4 h alors qu'il est demeuré à 24 h dans les autres centres de santé régionaux et provinciaux. Cette modification a eu pour conséquences une hausse marquée des hospitalisations pour la population de la côte d'Ungava au cours des périodes étudiées.

Dans le contexte de la production de ce présent profil, il est difficile d'identifier si cette hausse est simplement le résultat de cet artéfact administratif ou le reflet d'une augmentation réelle de la morbidité hospitalière. De plus, il n'a pas été possible d'identifier si tous les types d'hospitalisation ont été touchés de façon similaire. De même, cette modification dans les critères de saisie permet difficilement de comparer les populations des deux côtes ainsi que le Nunavik et les autres régions sociosanitaires du Québec. Ainsi, les données seront présentées à titre informatif, mais aucune comparaison n'est réalisée.

Puisque ce présent profil vise principalement à servir d'appui en faveur du rehaussement des services de santé dans la région du Nunavik, **la population de comparaison privilégiée est celle du Québec.** Lorsque cela était possible et pertinent, les données des populations d'autres régions du Québec ont été présentées, notamment celles des régions 10 (Nord-du-Québec) et 18 (Terres-cries-de-la-Baie-James). La comparaison avec d'autres populations qui comportent des similarités à celles du Nunavik permet de faire émerger des différences notables en matière de santé vécues par la population du Nunavik. Afin de mettre en perspective les taux présentés, une bulle explicative est jointe aux figures afin d'illustrer, en nombre ou en pourcentage, la proportion réelle pour une période donnée.

Outre les populations de comparaison, les données ont été présentées selon le sexe (homme/femme), les groupes d'âge d'intérêt (par exemple 0-14, 15-34, 35-54 ans) et la côte de résidence (côte d'Ungava/côte d'Hudson). Les tranches d'âge présentées varient selon les sources de données présentées.

⁷ Les données représentent des hospitalisations et non des individus. Ainsi, un individu peut être hospitalisé à plusieurs reprises au cours d'une période donnée (Institut national de santé publique du Québec, 2015b).

⁸ Dans le cadre de ce profil, la région sociosanitaire ciblée est le Nunavik (17), laquelle comprend le Centre de santé Tulattavik de l'Ungava et le Centre de santé Inuulitsivik.

2.2 L'interprétation des statistiques présentées

Le traitement des petits échantillons est une réalité dont il faut tenir compte lors de l'interprétation de statistiques mesurées les populations autochtones au Québec, et le Nunavik n'y fait pas exception. Afin de tenir compte des enjeux éthiques et statistiques soulevés, les règles de bonnes pratiques suivantes ont été respectées (Centre for Epidemiology and Evidence, 2015) :

- A. Afin d'éviter un bris de confidentialité**, il est recommandé de ne pas diffuser toute statistique basée sur un numérateur inférieur à 5 cas ou d'agréger certaines catégories de variables pour en augmenter la taille.
- B. Dans le but d'accroître la puissance statistique** (et donc la stabilité) des statistiques présentées, les années ont été agrégées sur des périodes de 4 ou 5 ans et les catégories d'âge ont été limitées à quatre.
- C. Afin de réduire le risque de biais**, les données dont le coefficient de variation se situe entre 16,66 % et 33,33 % seront accompagnées d'un astérisque (*) pour illustrer qu'elles doivent être interprétées avec prudence alors que celles dont le coefficient de variation est au deçà de 33,33 % seront accompagnées de deux astérisques (**). Ces valeurs (**) sont présentées qu'à titre indicatif.
- D. Les comparaisons** temporelles, territoriales ou entre différentes sous populations sont considérées statistiquement significatives seulement en l'absence de chevauchement des intervalles de confiance à 95 %⁹. Lorsque les écarts présentés ne répondent pas à ces critères, ils seront clairement identifiés dans le texte comme étant des « tendances » non statistiquement significatives à interpréter avec prudence.

Ces bonnes pratiques ne s'appliquent pas à toutes les sources de données populationnelles, notamment pas pour le Recensement tel qu'expliqué dans l'encadré de la section 2.1. Les diverses mises en garde mentionnées expliquent les raisons pour lesquelles il n'a pas été toujours possible de présenter tous les croisements souhaités (par exemple selon l'âge, le sexe et la sous-région administrative) pour l'ensemble des indicateurs disponibles.

3 Données sur la santé des mères et des enfants

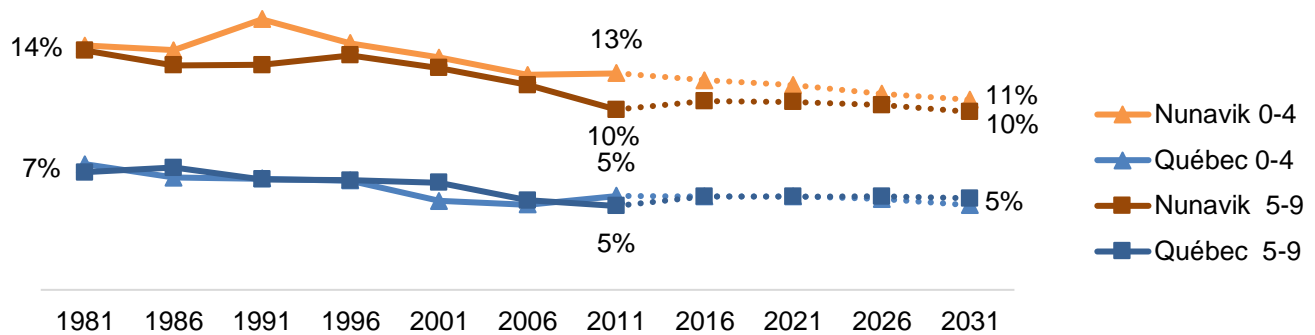
3.1 Le contexte démographique et social de la population

3.1.1 LA POPULATION DES JEUNES ENFANTS CONTINUE DE CROÎTRE AU NUNAVIK

La proportion de jeunes enfants au Nunavik (0 – 9 ans) représente encore aujourd'hui le double de celle du Québec, et ce, malgré une légère diminution de la croissance de la population au cours des dernières décennies (figure 1). Selon les projections (lignes pointillées dans la figure 1), cet écart se maintiendra au cours des prochaines décennies.

⁹ Les intervalles de confiance à 95 % seront indiqués aux graphiques ; le texte indiquera clairement quel est l'écart statistiquement significatif.

Figure 1 Proportion de la population âgée de 0 à 4 ans et de 5 à 9 ans et projections de 2011 à 2031, Nunavik et Québec

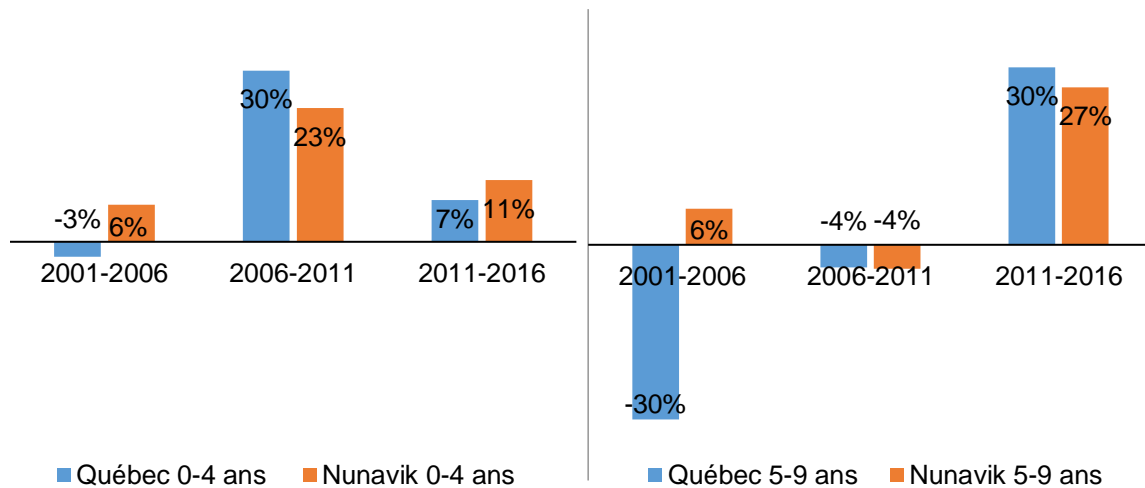


Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Note : Les données sont des projections à partir de 2011.

L'étude des taux d'accroissement¹⁰ de la population au Nunavik montre que les taux des enfants âgés de 0 à 4 ans ont connu une hausse entre 2001 et 2011 suivie d'une baisse entre 2011 et 2016, tout comme dans le reste de la province du Québec (graphique de gauche de la figure 2). Quant aux enfants âgés de 5 à 9 ans (graphique de droite de la même figure), la proportion a légèrement diminué entre 2006 et 2011 pour ensuite connaître une hausse importante à partir de 2011 tant au Québec qu'au Nunavik (figure 2).

Figure 2 Taux d'accroissement annuel moyen de la population âgée de 0 à 4 ans et de 5 à 9 ans, Nunavik et Québec, 2001-2006, 2006-2011 et 2011-2016



Source : Infocentre de santé publique du Québec.

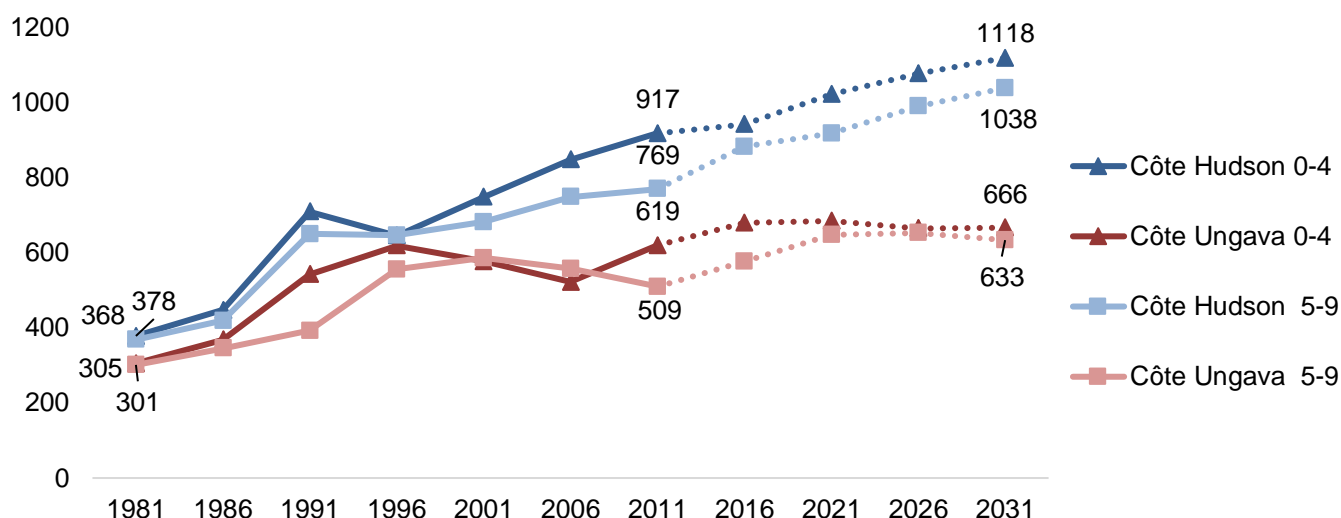
Note : Les données sont des projections à partir de 2011 pour le Nunavik.

La figure 3 illustre une projection similaire entre les deux côtes en ce qui a trait au nombre d'enfants âgés de 0 à 9 ans. On observe également une légère croissance de la population des enfants de 0 à 9 ans sur les deux côtes pour atteindre plus de 3000 enfants d'ici 2031 (total non illustré). Selon les

¹⁰ Le taux d'accroissement naturel résulte de la différence entre le nombre de naissances et celui des décès (Gouvernement du Canada, 2013)

projections, les enfants continueront de constituer une population plus nombreuse dans les communautés de la côte d'Hudson comparativement à ceux de la côte d'Ungava.

Figure 3 Nombre d'enfants âgés de 0 à 4 ans et de 5 à 9 ans et projections de 2011 à 2031, Nunavik et côtes du Nunavik



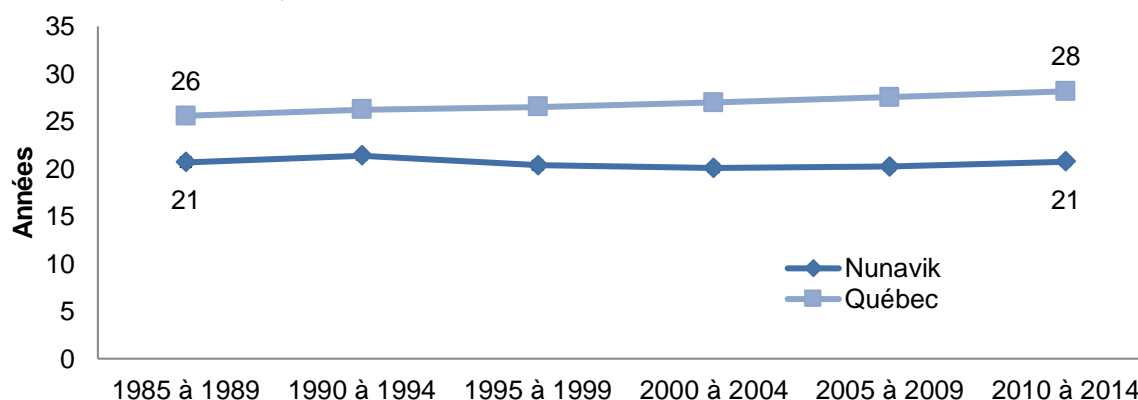
Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Note : Les données sont des projections à partir de 2011.

3.1.2 DE NOMBREUX JEUNES PARENTS

L'accroissement de la population des jeunes enfants est le reflet de taux de fécondité qui demeurent élevés dans la région, et ce, particulièrement chez les femmes de moins de 20 ans¹¹. Au cours des dernières années au Nunavik, l'âge moyen des femmes à leur premier enfant est demeuré stable à 21 ans (figure 4). L'écart de l'âge moyen des mères entre le Québec et le Nunavik s'est toutefois accru de 5 à 7 années au cours des périodes recensées. *Qanuilirpitaa? 2017* aborde d'ailleurs l'âge à la première grossesse selon le statut matrimonial, l'éducation, l'emploi, le revenu, la côte de résidence et la taille de la communauté (Moisan et al., 2021).

Figure 4 Âge moyen des mères à la naissance de leur premier enfant, Nunavik et Québec, 1985-1989 à 2010-2014



Source : Infocentre de santé publique du Québec.

¹¹ Voir la figure 11 du *Profil de santé du Nunavik 2018 : Contexte sociodémographique* (INSPQ, 2021a).

3.1.3 EN SOMME

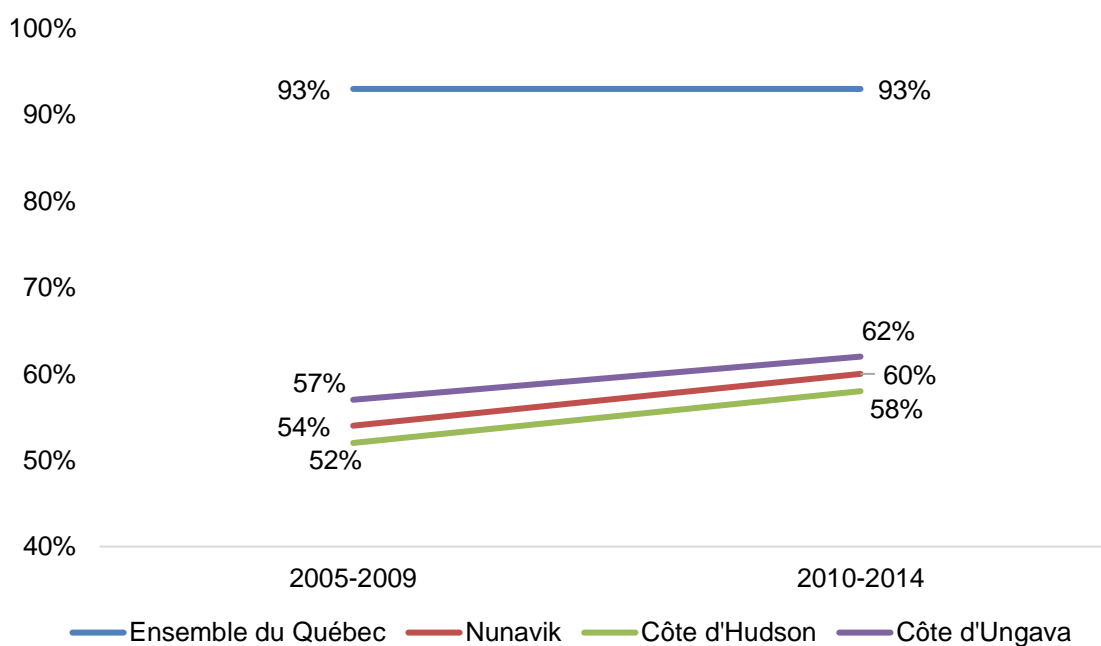
1. La région du Nunavik a une population jeune : près de 12 % des habitants sont âgés de moins de 10 ans. Malgré une légère diminution de cette proportion au cours des dernières décennies, il demeure que le nombre d'enfants continue de s'accroître au Nunavik.
2. Les jeunes femmes tendent à entrer dans la parentalité au début de l'âge adulte, avec une moyenne de 21 ans comme âge des mères à la naissance de leur premier enfant.

3.2 La santé des mères

3.2.1 LE NIVEAU DE SCOLARITÉ DES MÈRES

La proportion des enfants nés d'une mère ayant complété un DES a progressé entre 2005-2009 et 2010-2014 au Nunavik (figure 5), bien que ces taux n'atteignent pas ceux du Québec. Par ailleurs, *Qanuillirpita? 2017* indique qu'il n'y pas de différence entre les hommes et les femmes quant au diplôme d'études secondaires complété (DES) complété, et ce, peu importe leur âge ([Riva et al., 2020](#)).

Figure 5 Proportion des naissances venant de mères ayant complété un DES, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2005-2009 et 2010-2014



Source : Infocentre de santé publique du Québec.

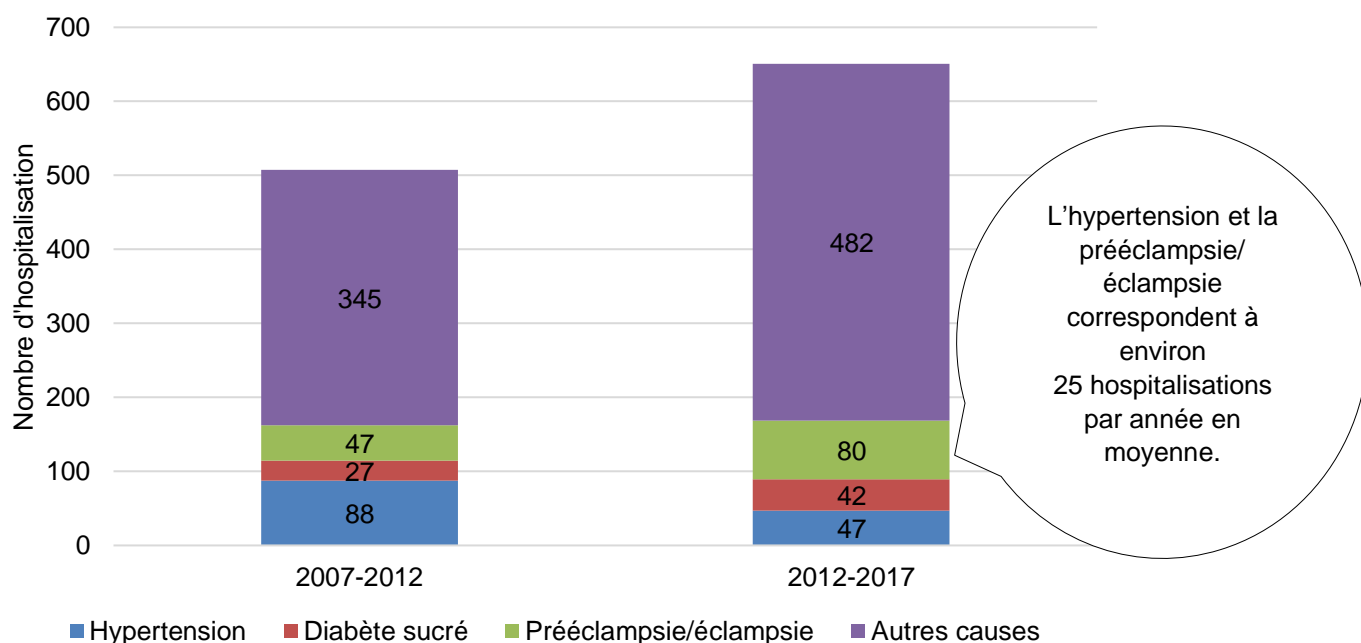
Note : Au cours de l'année 2005, la question sur la scolarité a été modifiée. Depuis, la mère inscrit son niveau de scolarité réussi le plus élevé.

3.2.2 HOSPITALISATION PENDANT LA GROSSESSE

La figure 6 présente le nombre d'hospitalisations en cours de grossesse selon les causes principales pour deux périodes de temps. Lorsqu'on calcule les données annuelles, pour la période 2012-2017 au Nunavik, 130 hospitalisations par année en moyenne ont été occasionnées par des complications en

cours de grossesse, incluant l'hypertension⁶, la prééclampsie/éclampsie¹², le diabète sucré¹³ ou autres¹⁴. Un cinquième de ces hospitalisations est relié à l'hypertension en cours de grossesse et au développement de la prééclampsie/éclampsie. La moyenne annuelle d'hospitalisation en raison du diabète sucré au cours de la grossesse est passée de 5 à 8 cas entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 (données annuelles non illustrées).

Figure 6 Nombre d'hospitalisation en cours de grossesse selon les principales causes, Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



Source : Infocentre de santé publique du Québec.

3.2.3 ACCOUCHEMENTS ET NAISSANCES

Le Nunavik a enregistré un peu plus de 1 600 naissances vivantes au cours de la période 2010-2014, soit une moyenne d'environ 400 naissances par année (figure 7). De ces naissances, 1 100 ont eu lieu au Nunavik (non illustré). La répartition des naissances varie selon la taille des communautés : les plus grandes communautés, Inukjuak, Puvirnituq, Salluit et Kuujuaq, enregistrent un nombre plus élevé de naissances comparativement aux plus petites.

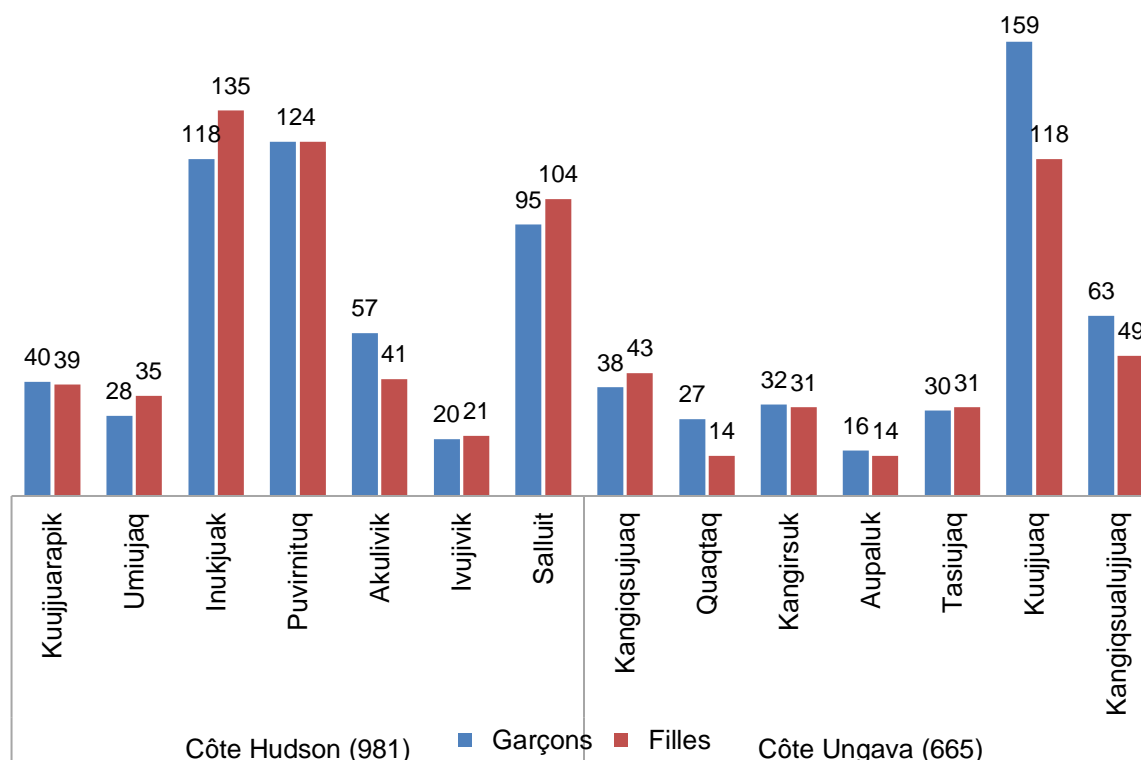
La figure 7 démontre aussi que les deux tiers des enfants nés chaque année au Nunavik le sont de mères résidant sur la côte d'Hudson. La proportion de garçons est similaire entre les communautés, oscillant entre 45 % et 57 % pour la plupart des communautés (pourcentage non illustré). Une exception demeure, la communauté de Quaqtaq, où la proportion de garçons atteint 66 % pour la période 2010-2014. Il faut toutefois interpréter cette proportion avec prudence puisqu'elle est calculée sur 41 naissances seulement.

¹² L'hypertension artérielle est une pression anormalement élevée du sang dans les artères. Si l'hypertension est accompagnée d'un mauvais fonctionnement de certains organes, il s'agit alors de prééclampsie. La prééclampsie peut entraîner plusieurs complications (Équipe Naître et grandir, 2020b). L'éclampsie est caractérisée par des crises comitiales généralisées inexpliquées survenant au cours d'une prééclampsie (Dulay, 2020).

¹³ Le terme « diabète sucré » inclut le diabète gestationnel et le diabète de type 2 préexistant à la grossesse.

¹⁴ Sous le terme « autres » sont incluses les causes suivantes : hémorragie, grossesse multiple et grossesse prolongée.

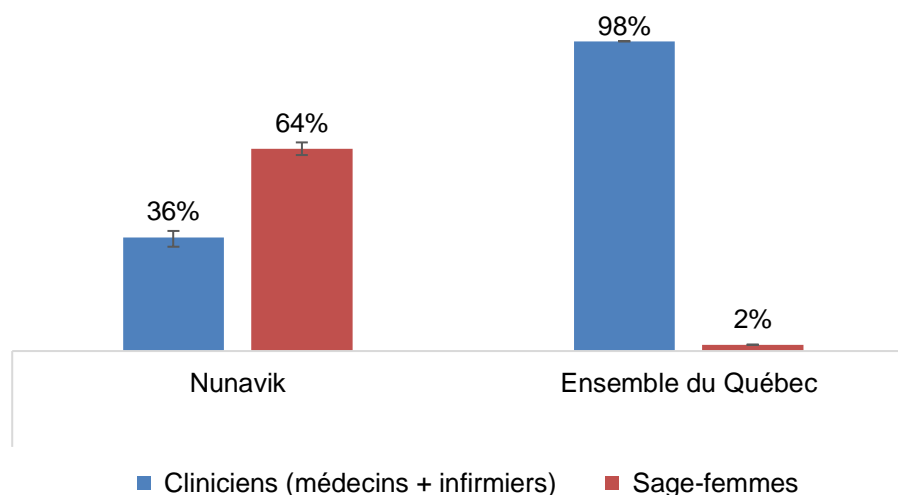
Figure 7 Nombre total de naissances selon la communauté de résidence de la mère, communautés du Nunavik, 2010-2014



Source : MSSS, Fichier des naissances. Compilation spéciale, BIESP.

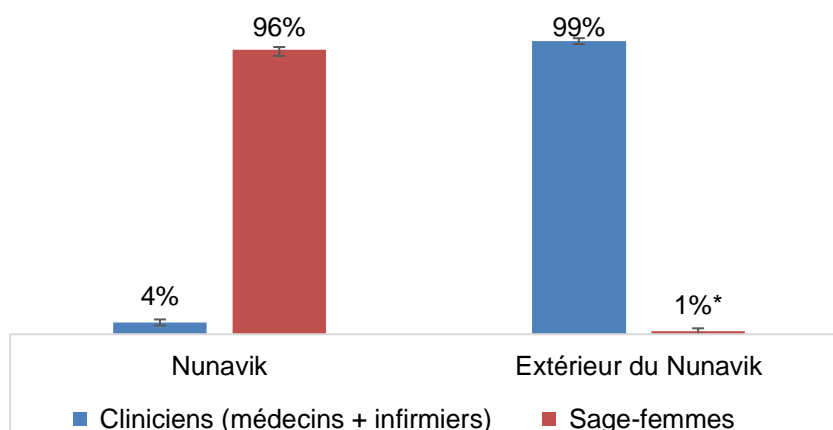
La pratique sage-femme est implantée depuis plusieurs années au Nunavik, notamment dans trois communautés sur la côte d'Hudson (Puvirnituq, Inukjuak et Salluit) et une communauté sur la côte d'Ungava (Kuujuaq). Près des deux tiers des femmes résidant au Nunavik donnent naissance avec le soutien d'une sage-femme (figure 8). Cette proportion est largement supérieure à celle observée pour l'ensemble des naissances ayant lieu au Québec. Par contraste à la figure 8, la figure 9 illustre les données selon le lieu de naissance de l'enfant. Selon cette figure, parmi les naissances ayant lieu au Nunavik, plus de neuf naissances sur dix sont accompagnées d'une sage-femme.

Figure 8 Proportion de naissances selon le type d'accoucheur, selon le lieu de résidence de la mère, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014



Source : MSSS, Fichier de naissances Compilation spéciale, BIESP.

Figure 9 Proportion de naissances selon le type d'accoucheur, selon le lieu de naissance de l'enfant, Nunavik et extérieur du Nunavik, 2010-2014

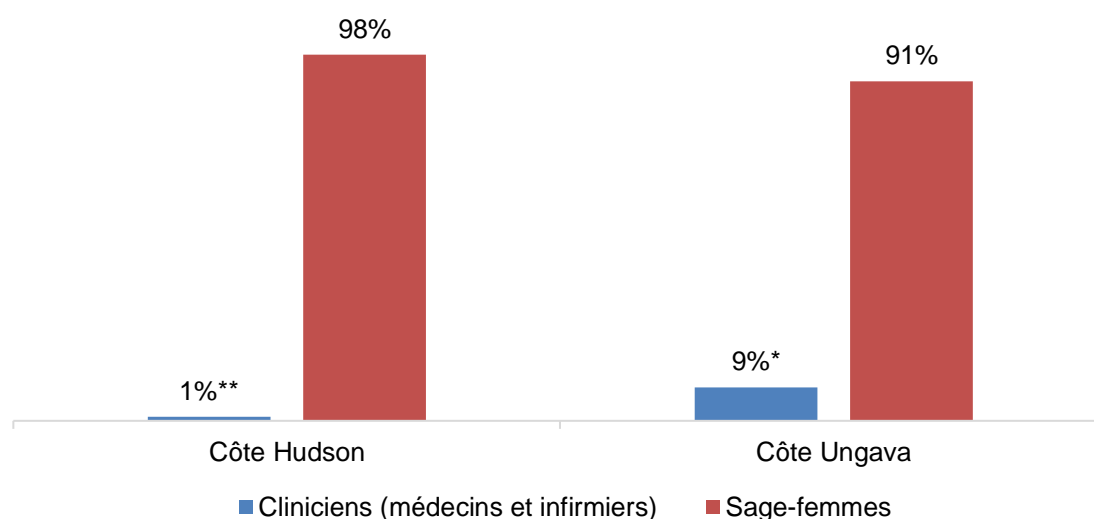


Source : MSSS, Fichier de naissances Compilation spéciale, BIESP.

*Coefficient de variation entre 16,66 % et à 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

La figure 10 montre que la proportion de naissances accompagnées d'un clinicien est très faible sur les deux côtes du Nunavik. On observe également que le taux de naissances accompagnées d'une sage-femme est légèrement supérieur sur la côte d'Hudson que sur la côte d'Ungava.

Figure 10 Proportion de naissances selon le type d'accoucheur, côtes du Nunavik, 2010-2014



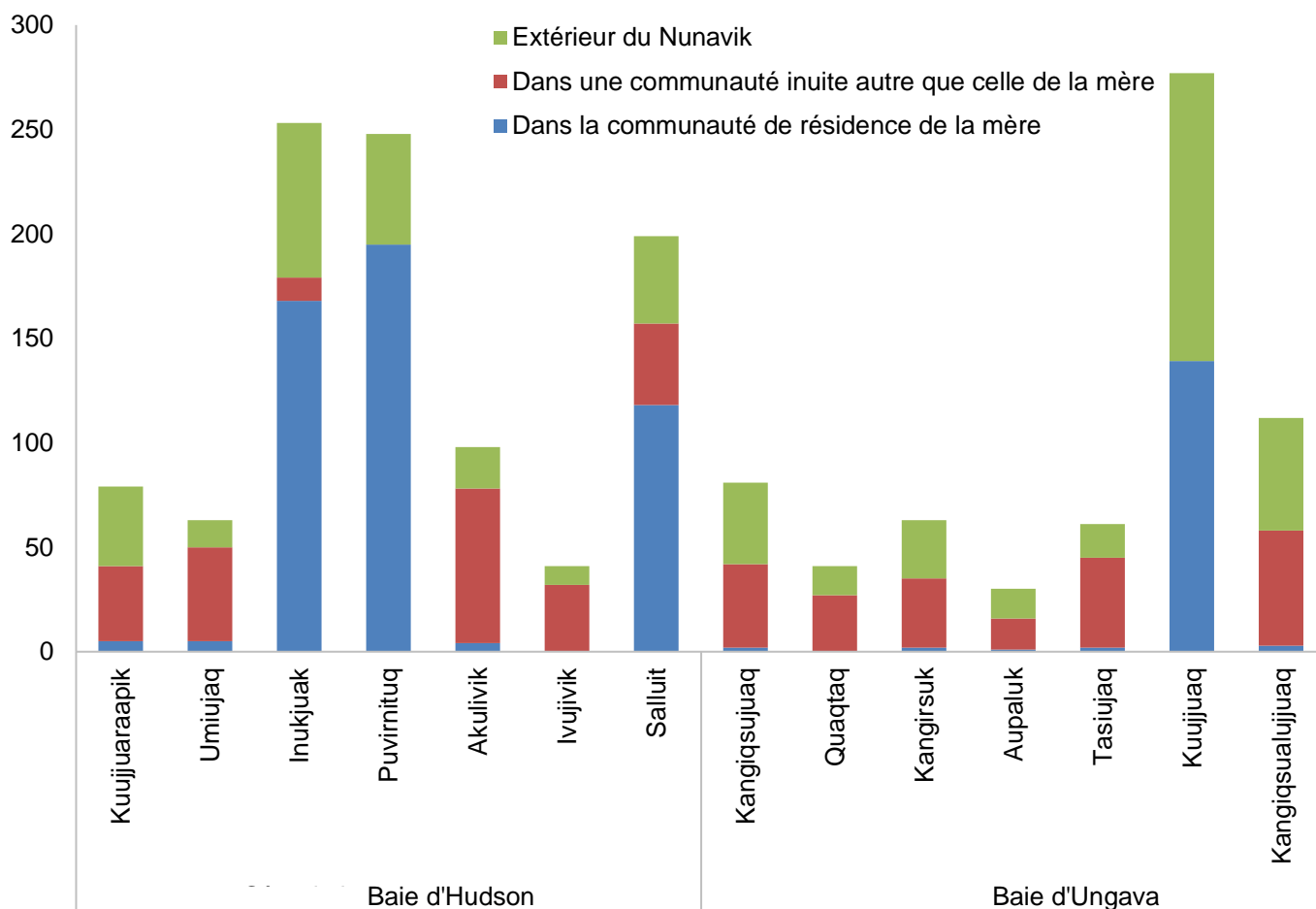
Source : MSSS, Fichier de naissances Compilation spéciale, BIESP

*Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

**Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

De même, on remarque que la proportion des naissances ayant eu lieu dans la communauté de résidence de la mère est beaucoup plus élevée dans les communautés dotées d'un centre de naissances (Kuujuaq, Puvirnituq, Salluit et Inukjuak) que dans les communautés qui n'en ont pas (figure 11).

Figure 11 Nombre de naissances selon le lieu de résidence de la mère, communautés du Nunavik, 2010-2014

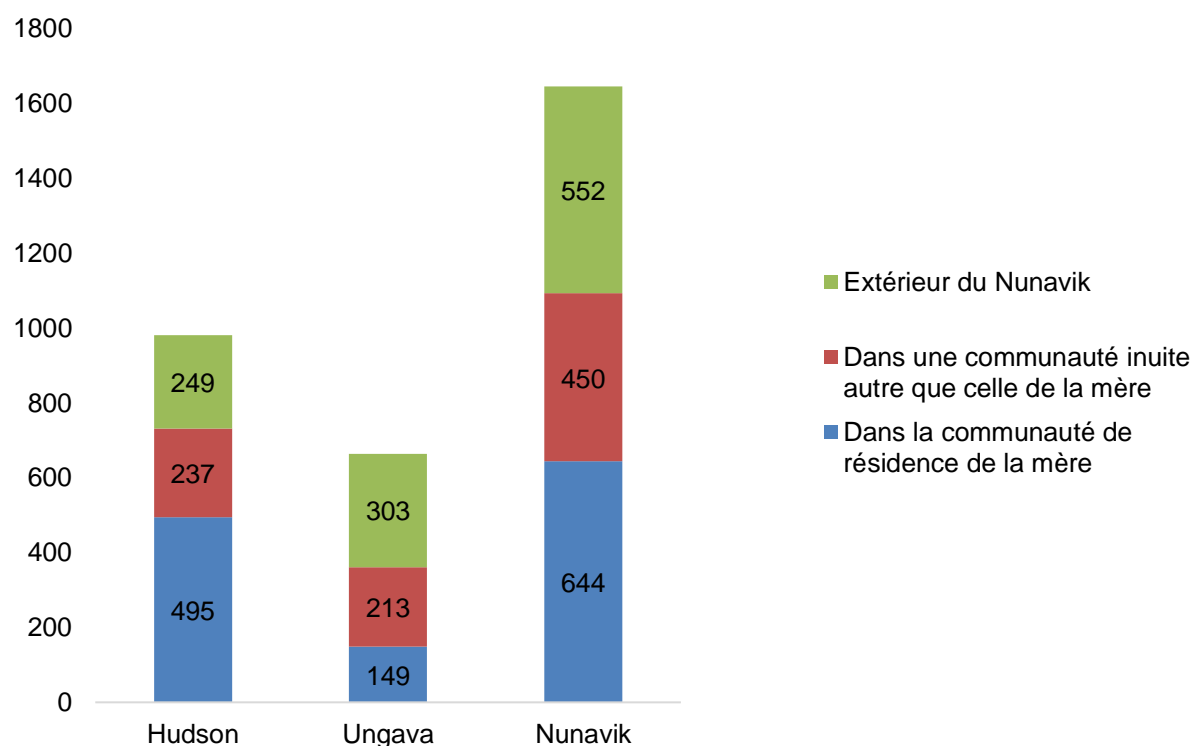


Source : MSSS, Fichier de naissances Compilation spéciale, BIESP.

Note : Étant donné que plusieurs valeurs se situaient en deçà de 10, les nombres pour chaque colonne ne sont pas montrés.

C'est grâce au développement de la pratique sage-femme que les deux tiers des femmes au Nunavik peuvent donner naissance dans la région. Cela dit, la proportion des femmes pouvant donner naissance dans sa communauté de résidence est presque deux fois plus élevée sur la côte d'Hudson que sur celle d'Ungava (figure 12). La confiance accordée aux sages-femmes est d'ailleurs abordée dans le rapport *Sexual and Reproductive Health de Qanuillirpitaa? 2017* ([Moisan et al., 2021](#)).

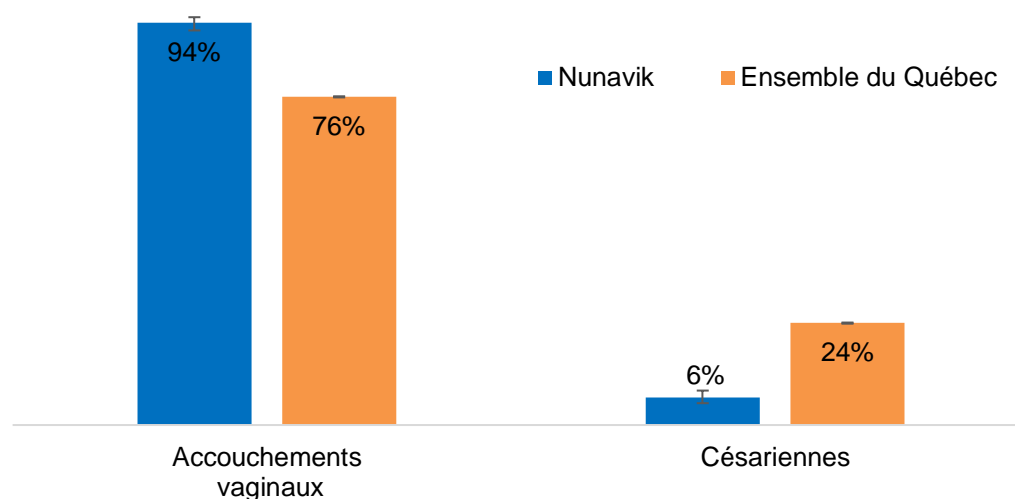
Figure 12 Nombre de naissances selon le lieu de naissance du bébé, Nunavik et côtes du Nunavik, 2010-2014



Source : MSSS, Fichier de naissances Compilation spéciale, BIESP

Par ailleurs, la proportion d'accouchements par césarienne est quatre fois plus basse pour les femmes résidant au Nunavik que dans l'ensemble du Québec (figure 13).

Figure 13 Proportion d'accouchements vaginaux et de césariennes, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014



Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ECHO et fichier des naissances. Compilation spéciale, BIESP.

Note : Étant donné que ces accouchements sont tirés du fichier des hospitalisations, ces données excluent donc tous les accouchements ayant lieu hors du milieu hospitalier. Au Nunavik, cela représente environ 30 % des naissances (soit environ 45 % sur la côte d'Hudson et 6 % sur celle d'Ungava). Le nombre d'accouchements totaux et vaginaux est donc sous-estimé, alors que la proportion de césariennes est surestimée.

3.2.4 EN SOMME

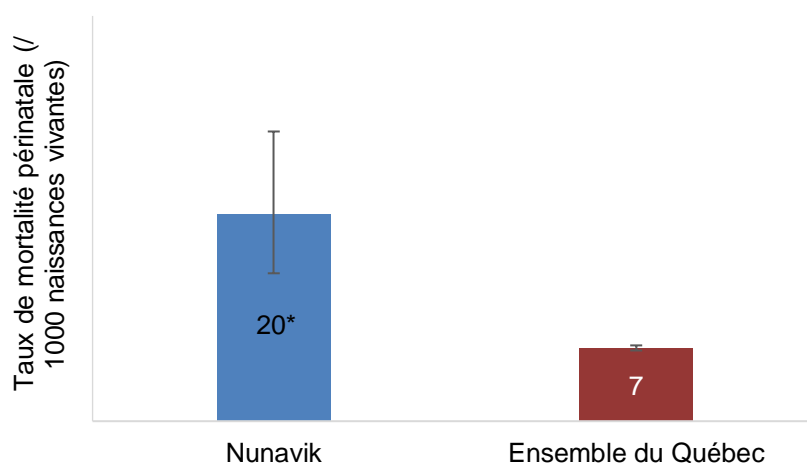
1. L'hypertension de grossesse et ses complications (prééclampsie ou éclampsie) occasionnent un peu plus d'une trentaine d'hospitalisations en moyenne par année au Nunavik et constituent l'une des causes les plus importantes d'hospitalisation en cours de grossesse dans la région.
2. Le Nunavik enregistre environ 400 naissances par année. Les deux tiers de ces naissances ont lieu sur la côte d'Hudson, selon le lieu de résidence de la mère.
3. Plus de 95 % des naissances ayant lieu au Nunavik sont accompagnées par des sages-femmes, permettant à près de sept femmes sur dix de donner naissance dans la région.

3.3 La santé des enfants de moins d'un an

3.3.1 MORTALITÉ PÉRINATALE ET INFANTILE

En ce qui a trait à la mortalité périnatale¹⁵, entre 2010 et 2014¹⁶, quatre décès périnataux en moyenne par année ont été enregistrés au Nunavik (figure 14). Ce taux est significativement supérieur à celui du Québec en 2010-2014, bien que ces écarts doivent être interprétés avec prudence, étant donné l'instabilité statistique associée à cette mesure.

Figure 14 Taux de mortalité périnatale (/1000), Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014



Source : Infocentre de santé publique du Québec.

*Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

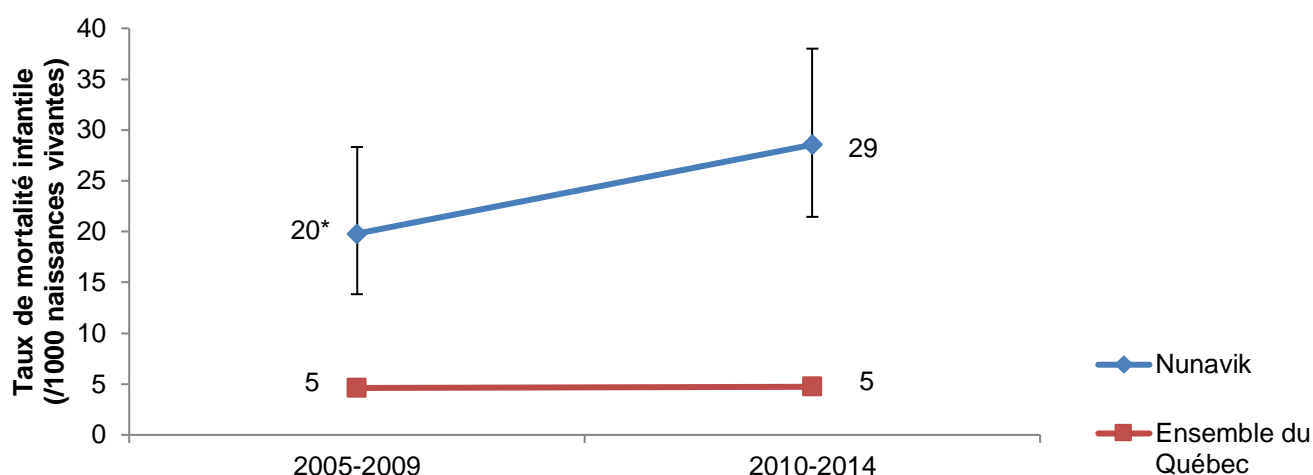
Concernant les taux de mortalité infantile¹⁷, ils sont quatre à six fois plus élevés au Nunavik qu'au Québec pour les périodes recensées (figure 15). Le nombre exact de décès n'est pas disponible annuellement, car ces taux représentent moins d'une dizaine de décès en moyenne par année. La tendance à la hausse observée pour le taux de mortalité infantile n'est pas statistiquement significative.

¹⁵ La mortalité périnatale inclut les mortinaissances ainsi que les décès survenant dans les sept jours suivants la naissance de l'enfant, peu importe le poids à la naissance et la durée de gestation. Les mortinaissances correspondent aux morts fœtales (Statistique Canada, 2010).

¹⁶ Le taux de mortalité périnatale au Nunavik pour 2005-2009 ne peut être présenté (numérateur inférieur à 5).

¹⁷ Le taux de mortalité infantile est défini comme le nombre de décès d'enfants de moins d'un an pour 1000 naissances vivantes (OCDE, 2021).

Figure 15 Taux de mortalité infantile (/1000), Nunavik et ensemble du Québec, 2005-2009 et 2010-2014



Source : Infocentre de santé publique du Québec.

*Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

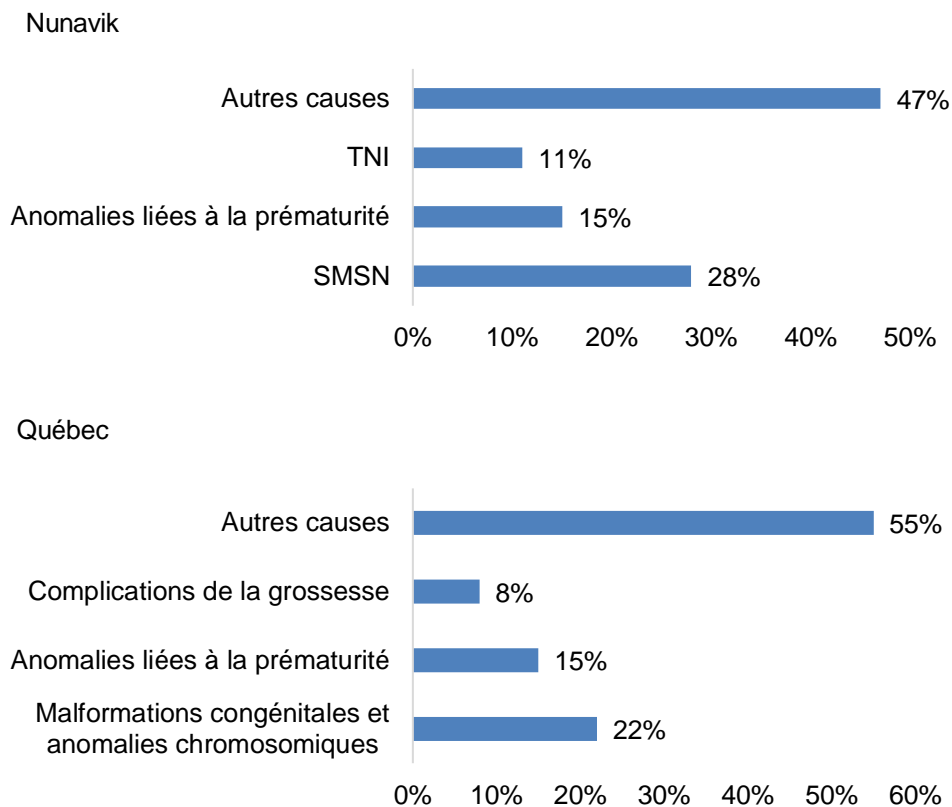
Les causes les plus fréquentes de mortalité infantile au Nunavik sont sensiblement différentes de celles observées au Québec. En effet, alors qu'au Nunavik plus du tiers des décès sont liés au syndrome de mort subite du nourrisson¹⁸ (SMSN; 28 %) et aux traumatismes non intentionnels¹⁹ (TNI; 11 %), ce sont les malformations congénitales²⁰ (22 %) et les complications liées à la grossesse (8 %) qui occasionnent près du tiers des décès infantiles au Québec (figure 16). Les affections périnatales²¹ sont une cause importante de décès infantiles au Québec. Au Nunavik, les causes les plus importantes sont plutôt associées à des affections non reliées à la période périnatale.

¹⁸ Le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) désigne la mort inattendue d'un bébé. Ce syndrome se produit généralement durant le sommeil : un bébé en bonne santé s'endort et cesse de respirer, sans cause médicale apparente (Équipe Naître et grandir, 2020a).

¹⁹ Les traumatismes non intentionnels (TNI) réfèrent habituellement aux blessures résultant d'un événement accidentel ou du moins « involontaire », tels que les accidents de la route et les chutes (Institut national de santé publique du Québec, 2015a).

²⁰ Les malformations congénitales, aussi appelées déficiences de naissance, troubles congénitaux ou anomalies congénitales, sont, en général, des anomalies d'ordre structurel ou fonctionnel. Elles sont des malformations physiques déjà présentes avant la naissance et sont généralement apparentes dès la première année de vie (Agence de la santé publique du Canada, 2013).

²¹ Dans le langage médical, une affection désigne une catégorie de maladie (DocThom, 2016). Dans le cas des affections périnatales, ce sont les affections dont l'origine se situe dans la période périnatale, même si la mort ou les manifestations morbides apparaissent plus tard. Les affections périnatales incluent tous les troubles dérivés de la période périnatale, telles les infections, les problèmes de nature hémorragique ou hématologique issus de complications de la grossesse, du travail et de l'accouchement, même si les manifestations apparaissent au-delà de la période périnatale.

Figure 16 Causes de mortalité infantile, Nunavik et Québec, 2010-2014

Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Note : Les « autres causes » incluent toutes les autres causes documentées, notamment la détresse respiratoire du nourrisson, les syndromes néonataux d'aspiration, la bronchite et bronchiolite aiguë.

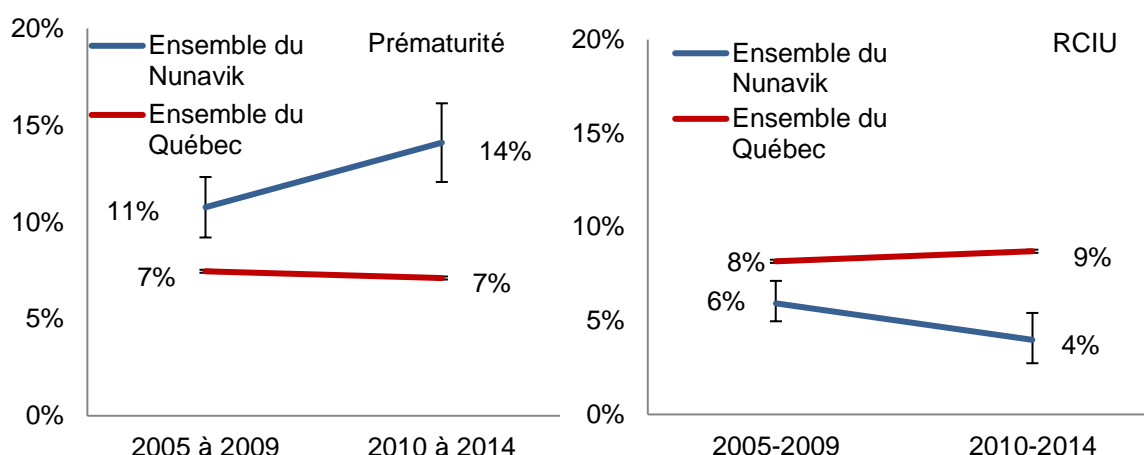
3.3.2 NAISSANCES PRÉMATURÉES ET FAIBLE POIDS À LA NAISSANCE

Les issues de naissances sont relativement favorables au Nunavik comparativement à celles du Québec. En effet, bien que les proportions de naissances prématurées²² soient supérieures à celles observées au Québec, les proportions de retard de croissance intra-utérine (RCIU)²³ sont demeurées inférieures aux proportions québécoises pour les deux périodes rapportées (figure 17).

²² La prématurité se définit comme les naissances vivantes d'âge gestationnel inférieur à 37 semaines révolues (Préma-Québec, 2021).

²³ Les RCIU désignent les enfants vivants dont le poids à la naissance se situe au-dessous du 10e percentile selon l'âge gestationnel (Jen, 2011).

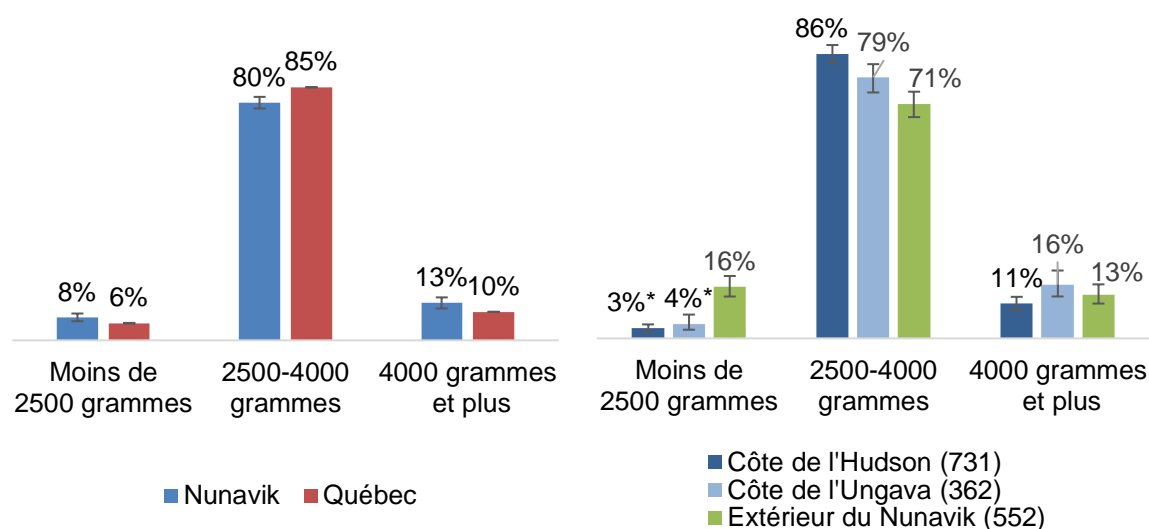
Figure 17 Proportion de naissances prématurées et de RCIU, Nunavik et Québec, 2005-2009 et 2010-2014



Source : Infocentre de santé publique du Québec.

De même, la répartition des naissances selon le poids au Nunavik est similaire à celle observée pour la population au Québec (graphique de gauche de la figure 18). Le graphique de droite de la figure 18 permet d'observer qu'une proportion plus élevée de femmes résidant au Nunavik ayant accouché à l'extérieur du Nunavik donnent naissance à des bébés de moins de 2500 grammes à la naissance, comparativement à celles accouchant dans la région. Ce constat est cohérent avec le fait que ce sont surtout les femmes qui présentent des grossesses à risque qui donnent naissance à l'extérieur de la région.

Figure 18 Proportion de naissances des mères résidant au Nunavik, selon le poids et le lieu de naissance, Nunavik et Québec, côtes du Nunavik et extérieur du Nunavik, 2010-2014



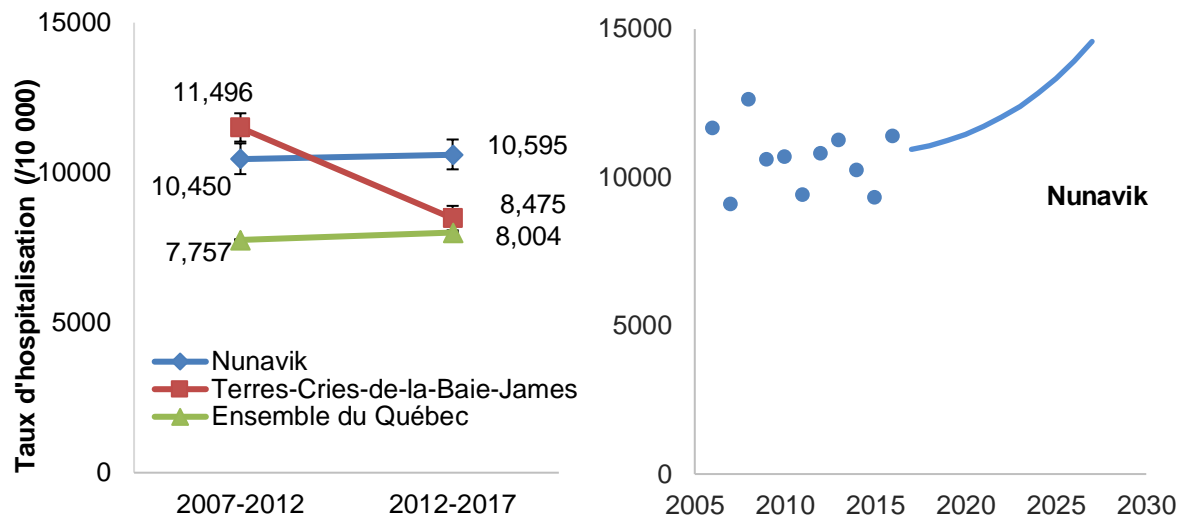
Source : MSSS, Fichier de naissances. Compilation spéciale, BIESP.

*Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

3.3.3 MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE DES ENFANTS DE MOINS D'UN AN

Les taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an au Nunavik semblent être demeurés relativement stables au cours des périodes étudiées (figure 19). Les projections indiquent cependant que ces taux devraient augmenter au Nunavik dans les prochaines années (graphique de droite de la figure 19).

Figure 19 Taux d'hospitalisation des enfants âgés de 0 à 1 an (/10 000), Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2007-2012 et 2012-2017, et projections annuelles pour le Nunavik, 2006 à 2027

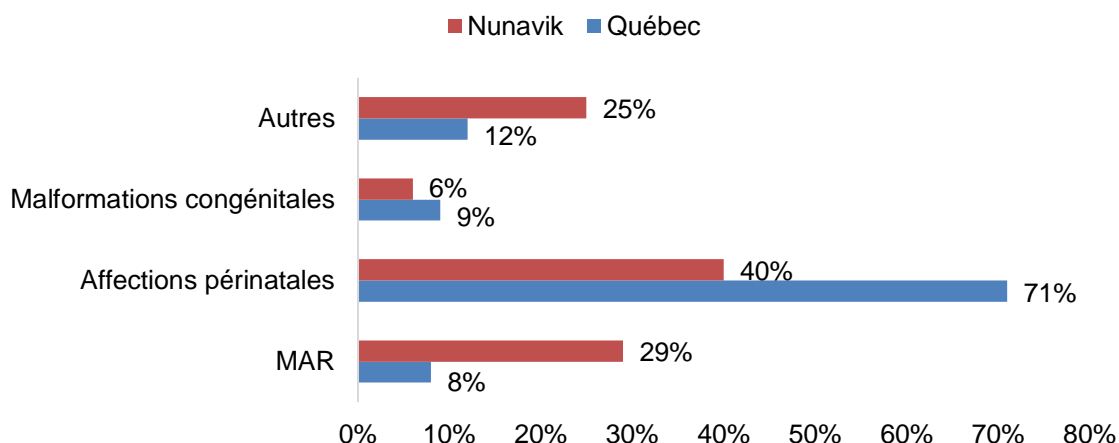


Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec. Les données de 2006 à 2016 (graphique de droite sur le Nunavik) proviennent de l'Infocentre, et les projections de 2017 à 2027 sont calculées par Ernest Lo.

Note : Pour le graphique de droite, les données sont des projections à partir de 2017 (ligne continue).

Les principales causes d'hospitalisation pour les enfants de moins d'un an au Nunavik sont les affections périnatales, suivies des maladies de l'appareil respiratoire²⁴ (MAR) et des autres causes (figure 20). Les malformations congénitales constituent une cause très peu fréquente d'hospitalisation au Nunavik. Par ailleurs, au Québec, la grande majorité des hospitalisations est causée par les affections périnatales.

Figure 20 Causes d'hospitalisation des enfants de moins d'un an, Nunavik et Québec, 2012-2017



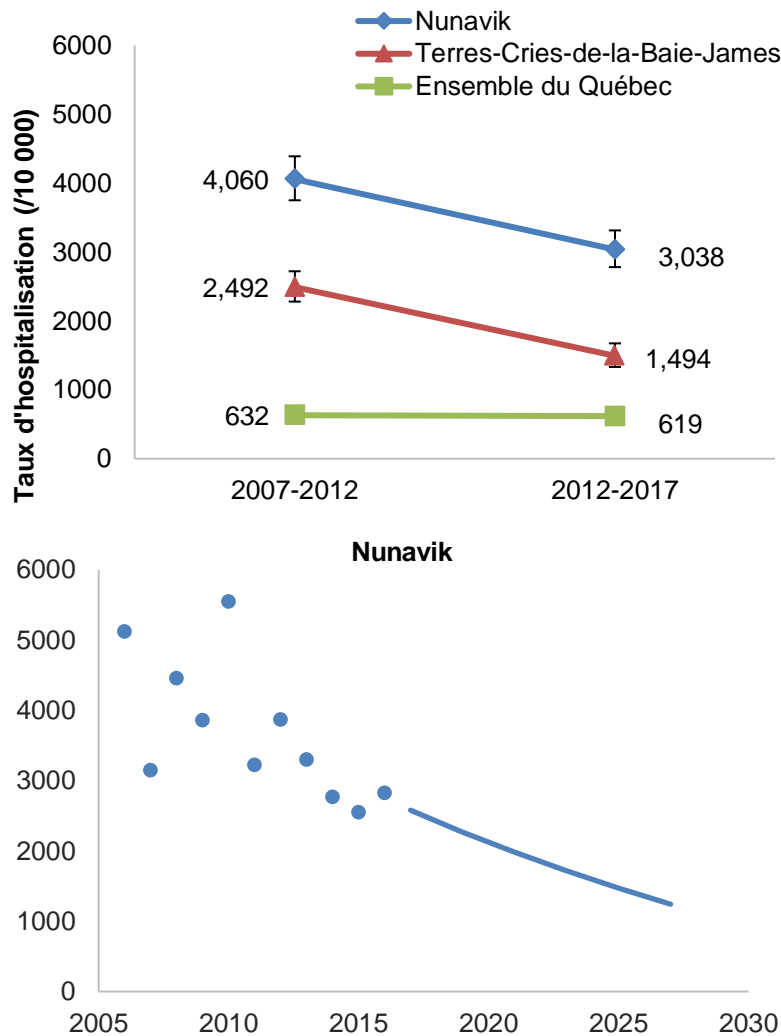
Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Note : Les « autres causes » incluent toutes les autres causes documentées, notamment les maladies de l'œil et de ses annexes, les maladies de l'oreille et de l'apophyse mastoïde, les maladies de l'appareil circulatoire (MAC), les maladies de l'appareil digestif (MAD), etc.

²⁴ Toutes maladies de l'appareil respiratoire confondues, notamment la pneumonie et la grippe, la bronchite, l'emphysème et l'asthme (Gouvernement du Canada, 2019).

En ce qui a trait aux MAR (figure 21), les taux d'hospitalisation ont diminué entre 2007-2012 et 2012-2017 (graphique du haut de la figure 21). Les projections indiquent que ces taux continueront de décroître pour le Nunavik au cours des années à venir (ligne continue du graphique du bas de la figure 21).

Figure 21 Taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an (/10 000), MAR, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2007-2012 et 2012-2017, et projections annuelles pour le Nunavik, 2006-2027

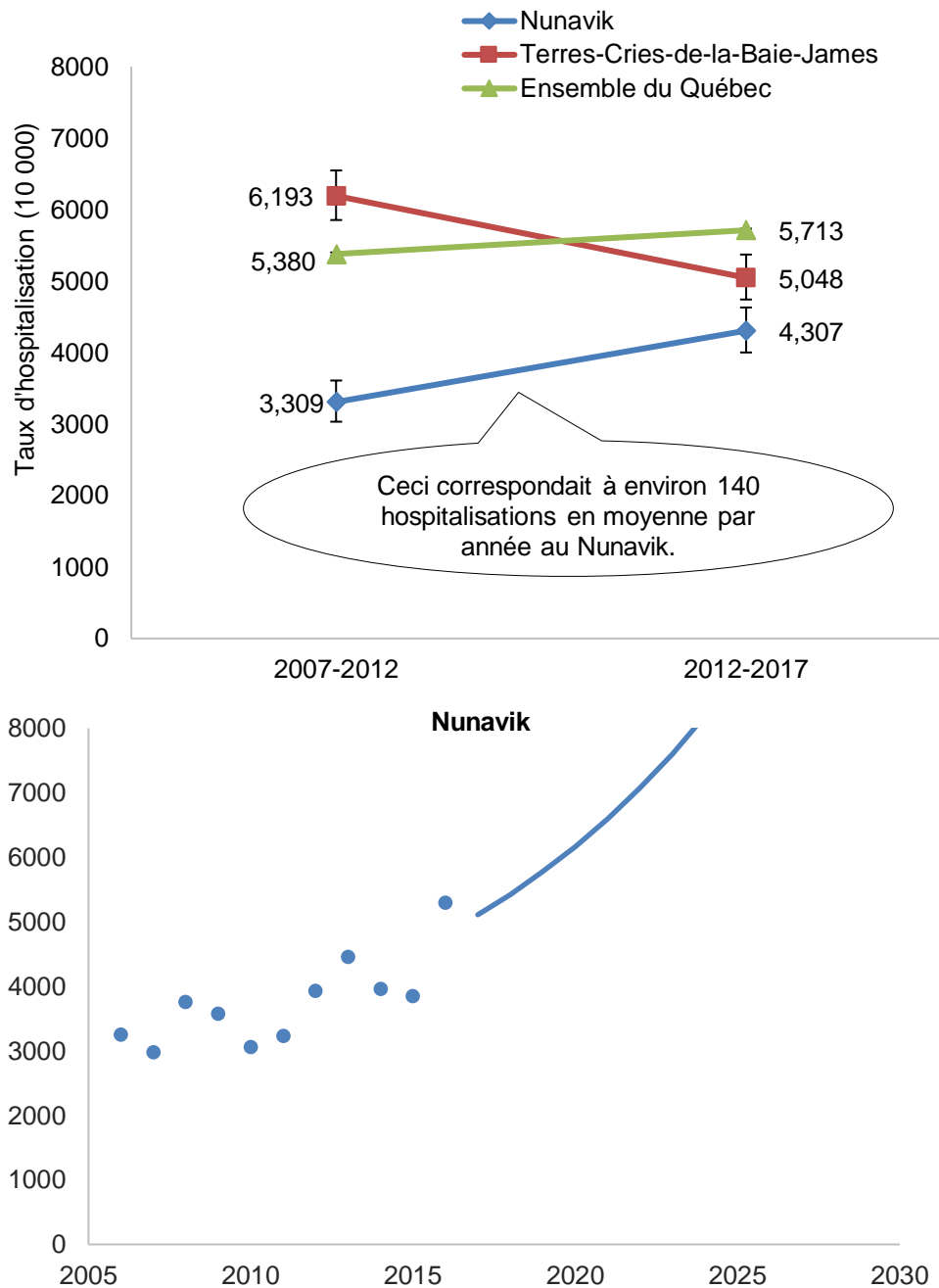


Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec. Les données de 2006 à 2016 (graphique du haut) proviennent de l'Infocentre, et les projections de 2017 à 2027 sont calculées par Ernest Lo (graphique du bas).

Note : Les données du graphique du bas sont projetées à partir de 2017 (ligne continue).

Concernant les affections périnatales au Nunavik (figure 22), les taux d'hospitalisation sont relativement faibles (graphique du haut). Par contre, ils ont présenté une hausse significative ces dernières années, hausse qui se maintiendra au cours de la prochaine décennie selon les projections (graphique du bas).

Figure 22 Taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an (/10 000), affections périnatales, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2007-2012 et 2012-2017, et projections annuelles pour le Nunavik, 2006-2027

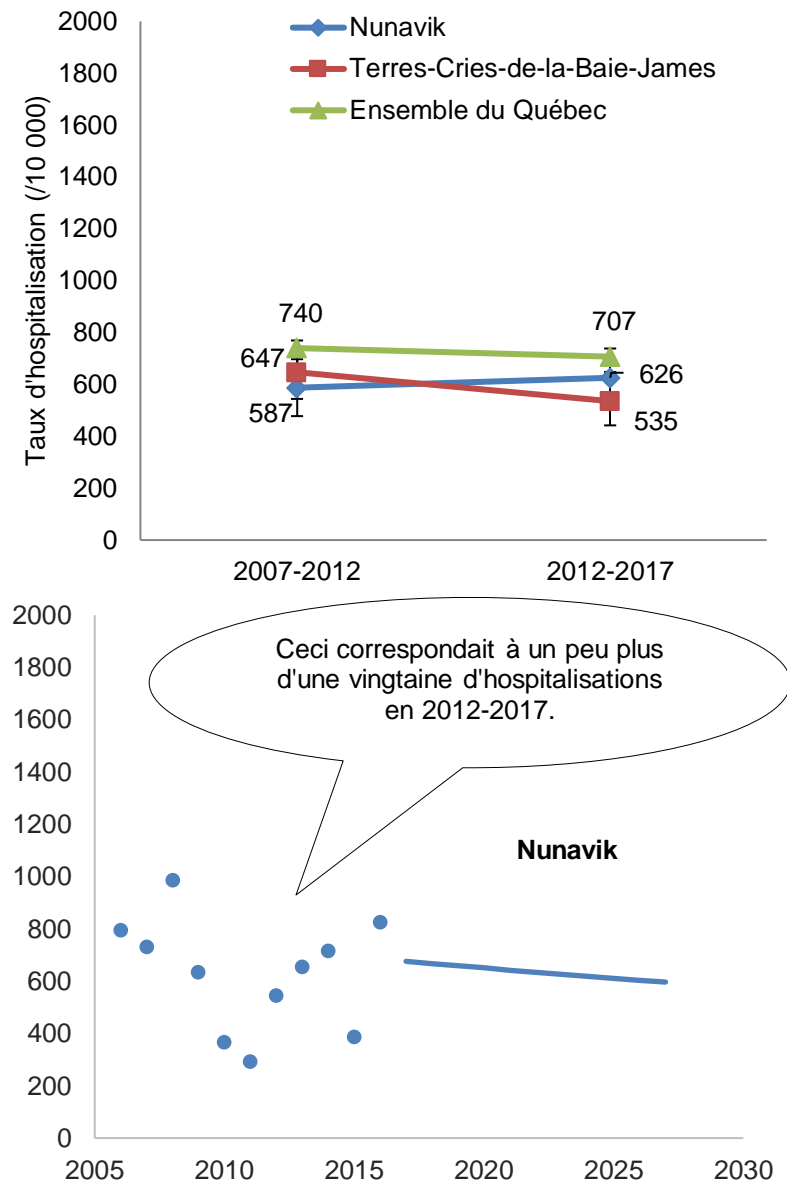


Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec. Les données de 2006 à 2016 (figure du bas) proviennent de l'Infocentre, et les projections de 2017 à 2027 sont calculées par Ernest Lo.

Note : Les données du graphique du bas sont projetées à partir de 2017 (ligne continue).

Quant aux malformations congénitales (figure 23), celles-ci constituent au Nunavik une cause de morbidité hospitalière beaucoup moins importante que les MAR et les affections périnatales. De plus, les taux d'hospitalisation pour malformations congénitales demeureront stables au cours des années à venir selon les projections.

Figure 23 Taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an (/10 000), malformations congénitales, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et Québec, 2007-2012 et 2012-2017, et projections annuelles pour le Nunavik, 2006-2027



Sources : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec. Les données de 2006 à 2016 (graphique du haut) proviennent de l'Infocentre, et les projections de 2017 à 2027 (graphique du bas) sont calculées par Ernest Lo.

Note : Les données du graphique du bas sont projetées à partir de 2017 (ligne continue).

3.3.4 EN SOMME

1. Le taux de mortalité infantile au Nunavik est quatre fois supérieur à celui du Québec. Ceci correspond à moins d'une dizaine de décès en moyenne par année pour le Nunavik. Une part importante de ces décès est reliée au syndrome de mort subite du nourrisson et aux traumatismes non intentionnels, soit des causes qui ne sont pas reliées à des affections de la période périnatale.
2. Le Nunavik présente des proportions de naissances prématurées supérieures à celles observées au Québec, mais des proportions de retard de croissance intra-utérine inférieures à celles québécoises.
3. Les taux d'hospitalisation des enfants de moins d'un an pour malformations congénitales au Nunavik devraient demeurer stables dans les années à venir.

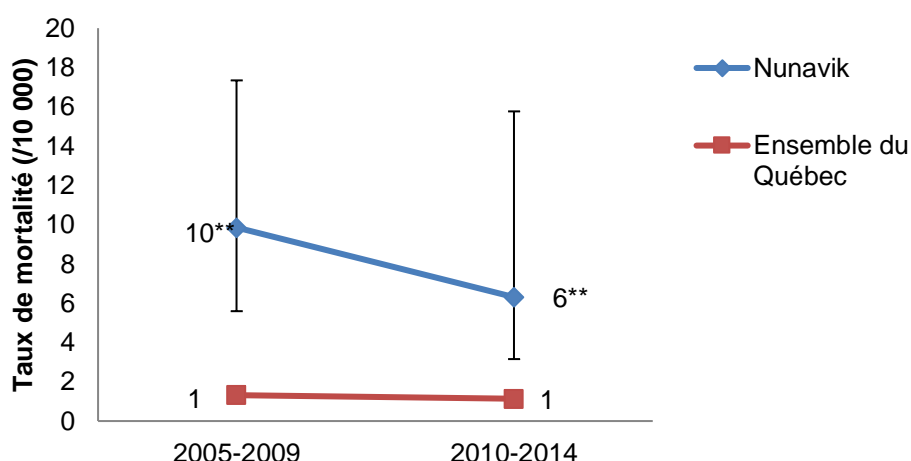
4. Les taux d'hospitalisation pour affections périnatales au Nunavik sont faibles, mais une hausse a été observée et les projections montrent que cette hausse devrait se maintenir.
5. Les maladies de l'appareil respiratoire demeurent une cause importante des hospitalisations des enfants de moins d'un an au Nunavik. Ces taux ont diminué dans la dernière décennie et continueront ainsi dans les prochaines années selon les projections.

3.4 La santé des enfants âgés de 1 à 9 ans

3.4.1 MORTALITÉ

En comparaison à la mortalité des enfants de moins d'un an, celle des enfants âgés entre 1 et 9 ans est beaucoup moins élevée (figure 24). Les taux de mortalité des enfants de cet âge au Nunavik semblent présenter une certaine tendance (non significative) à la baisse ces dernières années, même s'ils demeurent supérieurs à ceux du Québec. En moyenne, on enregistre au Nunavik moins de deux décès par année en moyenne chez les enfants âgés entre 1 et 9 ans (comparativement à près de dix chez les moins d'un an).

Figure 24 Taux de mortalité chez les enfants de 1 à 9 ans (/10 000), Nunavik et ensemble du Québec, 2005-2009 et 2010-2014



Source : Infocentre de santé publique du Québec.

Notes : La séparation par tranches d'âge (1 à 4 ans et 5 à 9 ans) et par côte de résidence était impossible dû au faible nombre.

**Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

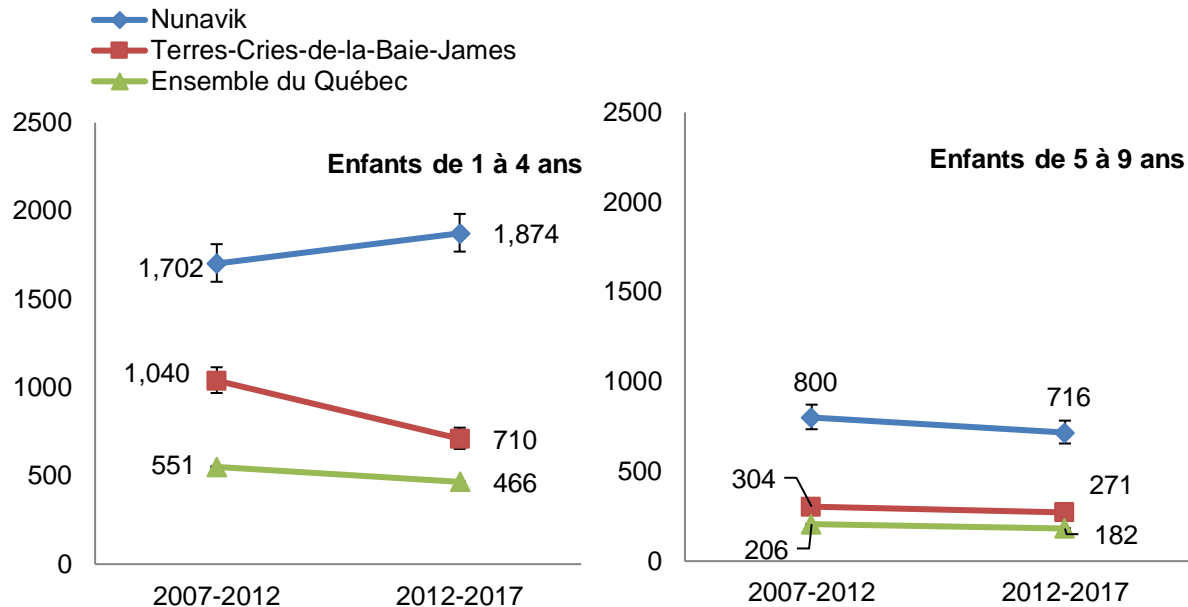
L'analyse des causes les plus fréquentes de ces décès a exigé l'élargissement de la population des enfants de 1 an à 9 ans jusqu'à ceux âgés de 14 ans. On remarque alors que, sur la quinzaine de décès survenus chez les enfants âgés de 1 à 14 ans au cours de la période 2010-2014, les deux tiers étaient causés par des TNI (non illustré).

3.4.2 MORBIDITÉ HOSPITALIÈRE

Les taux d'hospitalisation²⁵ des enfants de 1 à 4 ans sont beaucoup plus élevés que ceux des enfants de 5 à 9 ans (figure 25). Par ailleurs, on observe à la figure 25 que les taux d'hospitalisation au Nunavik sont demeurés relativement stables, bien qu'élevés au Nunavik pour les deux tranches d'âge.

²⁵ Les taux d'hospitalisation étant par ailleurs plus élevés que les taux de mortalité, il est possible de présenter les taux d'hospitalisation par tranches d'âge plus petites, soit pour les enfants de 1 à 4 ans, ainsi que pour les 5 à 9 ans.

Figure 25 Taux d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 9 ans (/10 000), toutes causes confondues, Nunavik, Terres-cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



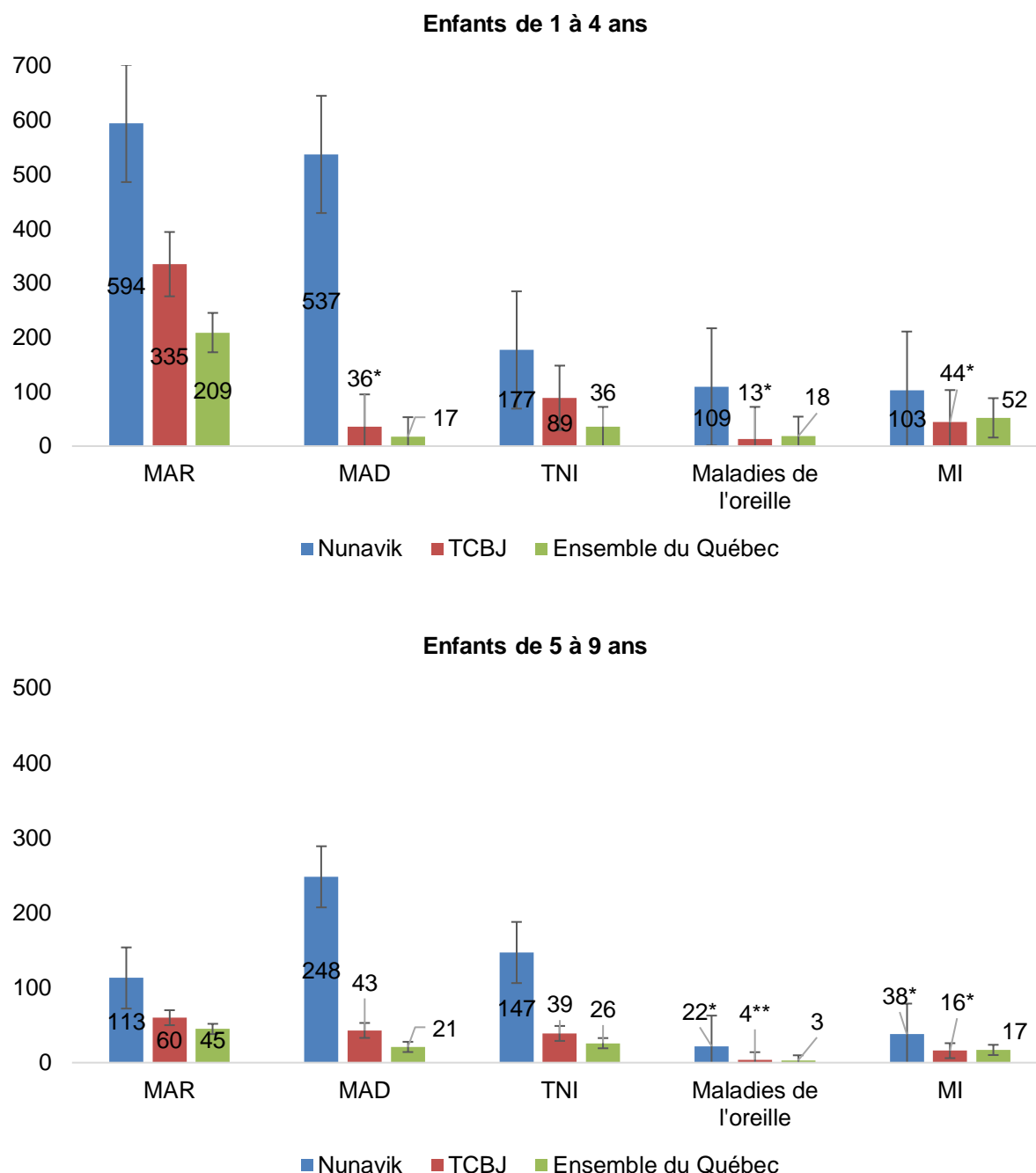
Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Chez les enfants de 1 à 4 ans, les principales causes d'hospitalisation sont les MAR, suivies des maladies de l'appareil digestif²⁶ (MAD) et des TNI (figure 26). Ces trois causes totalisent 70 % des hospitalisations à cet âge (figure 27). C'est toutefois pour les MAD, les maladies de l'oreille et les TNI que l'écart entre les taux d'hospitalisation du Nunavik et ceux du Québec est le plus marqué (figure 26).

Chez les enfants de 5 à 9 ans, bien que les taux d'hospitalisation soient beaucoup moins élevés que chez les 1 à 4 ans, ce sont les MAD qui viennent au premier rang des causes d'hospitalisation, suivies des TNI et des MAR (figure 26). Ces trois causes représentent plus de sept hospitalisations sur dix dans ce groupe d'âge (figure 28). Par ailleurs, c'est encore pour les MAD, les maladies de l'oreille et les TNI que les écarts avec les taux québécois sont les plus grands.

²⁶ Les MAD incluent toutes les affections de l'estomac et de l'intestin (p. ex. les gastroentérites, appendicites et les hépatites) mais également les maladies de la cavité buccale, dont les interventions pour l'extraction ou le traitement des caries dentaires (Gouvernement du Canada, 2020).

Figure 26 Nombre d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans et de 5 à 9 ans (/10 000), selon la cause, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2012-2017



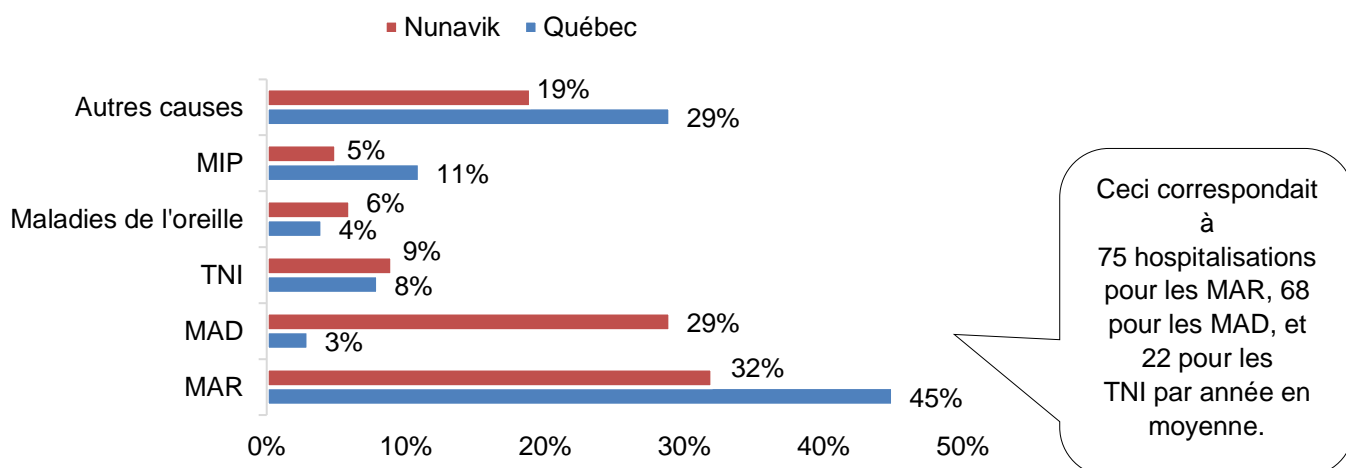
Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Note : Seuls les taux pour 2012-2017 sont présentés parce que les évolutions temporelles n'ont montré aucune variation statistiquement significative. MI : Maladies infectieuses et parasitaires.

*Coefficient de variation entre 16,66 % et 33,33 %. La valeur doit être interprétée avec prudence.

**Coefficient de variation supérieur à 33,33 %. La valeur n'est présentée qu'à titre indicatif.

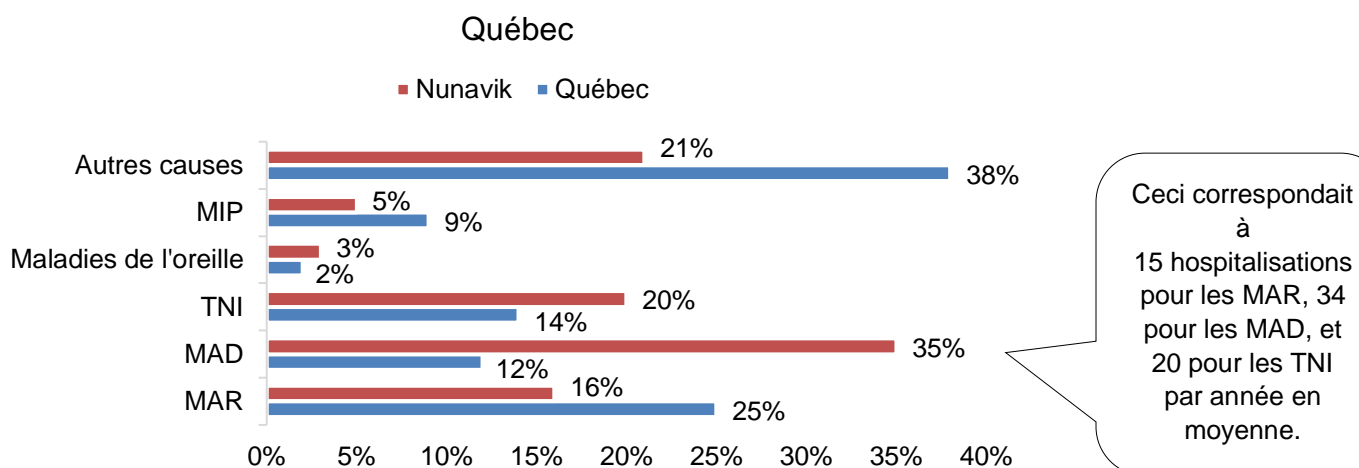
Figure 27 Proportion des principales causes d'hospitalisation, enfants de 1 à 4 ans, Nunavik et Québec, 2012-2017



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Note : MI : Maladies infectieuses et parasitaires.

Figure 28 Proportion des principales causes d'hospitalisation, enfants de 5 à 9 ans, Nunavik et Québec, 2012-2017



Source : MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO, tiré de l'Infocentre de santé publique du Québec.

Note : MI : Maladies infectieuses et parasitaires.

3.4.3 EN SOMME

1. Bien que les taux de mortalité pour les enfants de 1 à 9 ans soient inférieurs à ceux des enfants de 0 à 1 an, ils demeurent supérieurs aux taux québécois. Les traumatismes non intentionnels constituent la principale cause des décès chez les 1 à 9 ans.
2. Les taux d'hospitalisation des enfants de 1 à 4 ans sont beaucoup plus élevés que ceux des enfants de 5 à 9 ans au Nunavik.
3. Chez les enfants de 1 à 4 ans particulièrement, en ordre d'importance, les maladies de l'appareil respiratoire, les maladies de l'appareil digestif et les traumatismes non intentionnels occasionnent près de 70 % des causes d'hospitalisations. Chez les enfants de 5 à 9 ans, ce sont les mêmes trois causes d'hospitalisations qui représentent aussi 70 %, mais s'ordonnent toutefois différemment. Les maladies de l'appareil digestif sont les plus fréquentes, suivies des traumatismes non intentionnels et des maladies de l'appareil respiratoire.

4 Conclusion

4.1 Le portrait des mères et la pratique sage-femme au Nunavik

Le nombre d'enfants continue de s'accroître au Nunavik dans un contexte où la moyenne d'âge des femmes à leur premier enfant se situe à 21 ans. La proportion de mères ayant complété un DES à la première naissance a progressé au cours des dernières années au Nunavik. Cela dit, le faible taux de scolarité des mères au Nunavik explique probablement, en partie du moins, le fait que près d'une famille sur cinq disposait de revenus situés sous le seuil de faible revenu au Nunavik en 2014, et ce dans un contexte où le coût de la vie est plus élevé que dans le reste de la province du Québec (Robitaille et al., 2018). Une proportion qui atteint plus du tiers au sein des familles monoparentales. De plus, comme près de 4 personnes sur 10 vivent dans des foyers de taille insuffisante au Nunavik, on peut en déduire qu'une proportion importante de familles doit encore aujourd'hui élever leurs enfants dans des conditions de logement extrêmement difficiles (INSPQ, 2021a). Par ailleurs, les taux de fécondité élevés chez les femmes de moins de 20 ans observés dans le profil « Contexte sociodémographique » (INSPQ, 2021a) expliquent, en partie, le fait qu'il y ait moins d'enfants nés d'une mère ayant complété un DES au Nunavik comparativement au Québec.

On observe une hausse relativement importante du nombre d'hospitalisations pour le diabète sucré en cours de grossesse entre 2007 et 2017. Cette hausse pourrait constituer un signe de l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 dans la population générale au Nunavik au cours des dernières années. Lorsque disponible, il sera pertinent de se pencher sur le rapport *Cardiometaabolic Health* issu de *Qanuillirpita? 2017* afin de s'informer sur les taux de diabètes des femmes en 2017 (Allaire et al., [sous presse]).

Le Nunavik enregistre environ 400 naissances par année, dont la majorité a lieu dans la région grâce à une pratique sage-femme bien instaurée dans quatre communautés. La plus grande accessibilité à la pratique sage-femme sur la côte d'Hudson pourrait expliquer que deux fois moins de femmes habitant sur cette côte doivent quitter la région pour donner naissance comparativement à celles de la côte d'Ungava. Le succès du programme de sages-femmes au Nunavik est d'ailleurs cité en exemple comme une démonstration de l'efficacité des pratiques sages-femmes pour favoriser le maintien des naissances au sein des communautés autochtones nordiques (RRSSSN, 2015).

4.2 Des issues de grossesse favorables, malgré des taux de mortalité infantile encore élevés

Les issues de naissances présentent un profil relativement favorable au Nunavik lorsqu'on le compare à l'ensemble du Québec, tant pour la proportion de RCIU, de bébés de faible poids que pour les hospitalisations des enfants de moins d'un an pour affections périnatales. Malgré un taux de tabagisme élevé au Nunavik (Bélanger et al., 2020), seules les proportions de naissances prématurées ont commencé à augmenter au cours des dernières années et présentent maintenant un écart significatif avec celles du Québec. Or, cette hausse semble cohérente avec l'augmentation de l'hypertension en grossesse et ses complications (prééclampsie et éclampsie), lesquelles constituent les causes les plus importantes d'hospitalisations en cours de grossesse dans la région.

Néanmoins, la mortalité périnatale et infantile au Nunavik présente toujours des taux supérieurs à ceux du Québec, même si ceux-ci correspondent à moins d'une dizaine de décès en moyenne par année pour le Nunavik. De plus, contrairement au Québec, une part importante des décès sont reliés à des affections qui surviennent au-delà de la période périnatale, tels que le SMSN et les TNI. Les efforts de prévention de ces problématiques de santé doivent donc demeurer des cibles prioritaires.

Ceci dit, les MAR demeurent une des principales causes d'hospitalisation des enfants de moins d'un an au Nunavik. Même si les taux d'hospitalisation des MAR ont présenté une baisse dans la dernière décennie, ils sont toujours bien au-dessus des taux québécois. Les hauts taux d'hospitalisation en

raison des MAR pourraient être liés à l'impact des conditions de logement difficiles ([Riva et al., 2020](#)) et de l'exposition à la fumée de tabac secondaire ([Bélanger et al., 2020](#)) sur la santé des enfants.

4.3 Les enfants âgés de 1 à 9 ans : de nombreuses hospitalisations évitables

Bien que les taux de mortalité pour les enfants de 1 à 9 ans soient beaucoup moins élevés que ceux des enfants de moins d'un an au Nunavik, ceux-ci demeurent largement supérieurs aux taux québécois. Les TNI constituent la principale cause de ces décès. Les efforts de prévention de ces décès devront s'intensifier, notamment par la promotion de l'usage des dispositifs de sécurité lors de l'usage de véhicules routiers, lesquels sont abordés dans le profil « Santé de la population adulte et des aînés » (INSPQ, 2021b).

De plus, les MAR, les MAD et les TNI occasionnent la vaste majorité des hospitalisations des enfants de 1 à 9 ans, et c'est pour les MAD, les troubles de l'oreille et les TNI que les écarts entre les taux du Nunavik et ceux du Québec sont les plus marqués. Or, rappelons que les services de soutien des jeunes familles du programme *ilagilluta* constituent un cadre idéal pour l'intégration des mesures de prévention de ces problématiques de santé. Des actions pourraient viser notamment un soutien à la réduction de la consommation tabagique des parents ainsi que la promotion des mesures de prévention des TNI.

Ceci dit, de nombreuses familles se retrouvent dans une situation de faible revenu et de surpeuplement des logements les exposant ainsi à un risque accru à de nombreuses affections tant physiques que psychologiques (INSPQ, 2021a). Créer un milieu sain et sécuritaire pour les enfants passera d'abord et avant tout par le développement social et économique des communautés afin de réduire les conséquences d'une précarité financière sur la santé et le développement des enfants dans la région.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. (2013). *Anomalies congénitales au Canada 2013 : Rapport de surveillance sur la santé périnatale*. <https://sante-infobase.canada.ca/anomalies-congenitales/>

Allaire, M., Lucas, M., Cordier, S., Gagnon, C., & Ayotte, P. (s. d.). *Cardiometabolic Health. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* [Document non publié]. Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Centre for Epidemiology and Evidence. (2015). *HealthStats NSW: Privacy issues and the reporting of small numbers* (Sydney: NSW Ministry of Health.). <https://nla.gov.au/nla.obj-2880221856>

docThom. (2016). *Affection / Infection—Encyclopédie médicale*. Vocabulaire médical. <https://www.vocabulaire-medical.fr/encyclopedia/002-affection-infection>

Dulay, A. T. (2020). *Pré-éclampsie et éclampsie—Gynécologie et obstétrique*. Édition professionnelle du Manuel MSD. <https://www.merckmanuals.com/fr-ca/professional/gyn%C3%A9cologie-et-obst%C3%A9trique/anomalies-de-la-grossesse/pr%C3%A9-%C3%A9clampsie-et-%C3%A9clampsie>

Équipe Naître et grandir. (2020a). *Le syndrome de mort subite du nourrisson*. <https://naitreetgrandir.com/fr/sante/naitre-grandir-sante-bebe-deces-syndrome-mort-subite-nourrisson/>

Équipe Naître et grandir. (2020b). *L'hypertension et la prééclampsie durant la grossesse*. Naitre et grandir. <https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/trimestre3/hypertension-preeclampsie-durant-grossesse/>

Gouvernement du Canada, S. C. (2013, juillet 9). *Glossaire*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-209-x/2013001/gloss-fra.htm>

Gouvernement du Canada, S. C. (2019, avril 1). *État de santé*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-221-x/2017003/hs-es-fra.htm>

Gouvernement du Canada, S. C. (2020, novembre 26). *Décès, selon la cause, Chapitre XI : Maladies de l'appareil digestif (K00 à K93)*. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/fr/tv.action?pid=1310014801>

Hamel, D., Hamel, G., & Gagnon, S. (2020). *Methodological Report. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Quebec: Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Institut national de santé publique du Québec. (2015a). *Prévention des traumatismes non intentionnels*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/securite-et-prevention-des-traumatismes/prevention-des-traumatismes-non-intentionnels>

Institut national de santé publique du Québec. (2015b). *Taux d'hospitalisation au cours de la première année de vie selon le diagnostic principal*. INSPQ, Équipe du Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006.

Jen, Y. (2011). *Les naissances de faible poids*. Initiative sur le partage des connaissances et le développement des compétences. Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Moisan, C., Bélanger, R., Muckle, G., Morin, V., Lafrenaye-Dugas, A., & Poliakova, N. (2021). *Sexual and reproductive health. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Quebec: Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

OCDE. (2021). *OCDE (2021), Taux de mortalité infantile (indicateur)*. theOECD. <http://data.oecd.org/fr/healthstat/taux-de-mortalite-infantile.htm>

Préma-Québec. (2021). *La prématurité*. Préma-Québec. <http://www.premaquebec.ca/fr/la-prematurite/>

Institut National de santé publique du Québec (INSPQ). (2021a). *Profil de santé du Nunavik 2018 : Contexte sociodémographique*. [Document non publié]. Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Institut National de santé publique du Québec (INSPQ). (2021b). *Profils de santé du Nunavik 2018 : La santé de la population adulte et des aînés*. [Document non publié]. Régie régionale de la santé et des services sociaux (RRSSSN) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Riva, M., Fletcher, C., Dufresne, P., Lachance, A., & Muckle, G. (2020). *Sociodemographic Characteristics. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Quebec: Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Robitaille, J., Guénard, E., Lévesque, S., & Duhaime, G. (2018). *Le Coût de la vie au Nunavik en 2016, rapport de recherche, version révisée et augmentée*. (p. 23 pages + annexes.). Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée, Université Laval.

RRSSSN. (2015). *Cadre de Référence Régional pour le déploiement des maisons de naissance et des services de sages-femmes au Nunavik*. 72.

RRSSSN. (2021). *Plan Clinique Régional Nunavik | Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik*. <https://nrbhss.ca/fr/plan-clinique-regional-nunavik>

RRSSSN en collaboration avec l'INSPQ. (2015). *Portrait de santé du Nunavik 2014—Les jeunes enfants et leur famille* (p. 90 pages). Gouvernement du Québec.

Statistique Canada. (2007, octobre 24). *Base de données sur la morbidité hospitalière (BDMH)*. https://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV_f.pl?Function=getSurvey&SDDS=3203

Statistique Canada. (2010). *Causes de décès : Définitions*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/84-208-x/2010001/def-fra.htm>