
Profil de santé du Nunavik 2018

Santé de la population de 15 ans et plus

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.

RÉDACTION

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 (RRSSSN)

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). 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).

Table des matières

Liste des figures	5
Liste des sigles et acronymes	7
Faits saillants.....	8
1 Objectifs et contexte	10
2 Note méthodologique.....	10
2.1 Population visée et sources de données	10
2.1.1 L'interprétation des statistiques présentées	11
3 Données sur la population adulte et sur les aînés	13
3.1 Le Nunavik : une population en transition	13
3.2 Indicateurs de l'état de santé général de la population	15
3.2.1 Espérance de vie.....	15
3.2.2 Taux et principales causes de mortalité au Nunavik.....	17
3.2.3 Taux et principales causes d'hospitalisation au Nunavik.....	19
3.2.4 En somme.....	21
3.3 Les traumatismes intentionnels (TI) et non intentionnels (TNI) des jeunes et des adultes	22
3.3.1 Les TNI	22
3.3.2 Les TI.....	30
3.3.3 En somme.....	36
3.4 La santé des aînés	36
3.4.1 Cancers	36
3.4.2 Maladies de l'appareil respiratoire (MAR)	41
3.4.3 Maladies de l'appareil circulatoire (MAC).....	44
3.4.4 En somme.....	47
4 Sommaire et conclusion	49
4.1 Retour sur les résultats	49
4.2 Implications pour les services destinés aux adultes 15 à 54 ans	50
Bibliographie.....	52

Liste des figures

Figure 1	Distribution de la population selon l'âge et le sexe, Québec, Nunavik et selon les côtes du Nunavik, 2016	13
Figure 2	Population (n) de 1981 à 2010 et projections de 2011 à 2030 de la population, hommes et femmes, par groupes d'âge, Nunavik.....	15
Figure 3	Espérance de vie (années), hommes et femmes, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014	16
Figure 4	Espérance de vie (années), hommes, femmes et sexes réunis, Nunavik, côtes du Nunavik, 2010-2014	16
Figure 5	Taux ajustés de mortalité (/100 000), hommes et femmes, Nunavik, Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014	17
FIGURE 6	Taux bruts de mortalité (/100 000) toutes causes, par groupes d'âge, Nunavik, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014.....	18
Figure 7	Répartition (%) des principales causes de décès, hommes et femmes, 15 à 54 ans et 55 ans et plus, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014	18
Figure 8	Taux ajustés d'années potentielles de vie perdues (/100 000), hommes et femmes, 2010-2014.....	19
Figure 9	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) toutes causes, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	20
Figure 10	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) toutes causes, par groupes d'âge, Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	20
Figure 11	Projections (2017-2035) des taux d'hospitalisation (/10 000), par groupes d'âge, Nunavik	21
Figure 12	Taux ajustés de mortalité (/100 000) en raison d'un TNI, Nunavik, Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014	22
Figure 13	Taux bruts de mortalité (/100 000) en raison d'un TNI, hommes et femmes et par groupes d'âge, Nunavik, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014.	23
Figure 14	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	24
Figure 15	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI, par groupes d'âge, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	25
Figure 16	Nombre d'hospitalisations (/ 10 000) en raison d'un TNI, par causes, par groupes d'âge, Nunavik, 2012-2017	26
Figure 17	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI par VHR et VAM, hommes et femmes, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	27
Figure 18	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI par VHR et VAM, par groupes d'âge, par côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	28
Figure 19	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI par chute, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	29
Figure 20	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI pour chutes par groupes d'âge, Nunavik, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	30
Figure 21	Taux ajustés de mortalité (/100 000) par suicide, hommes et femmes, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014	31
Figure 22	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour une tentative de suicide, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	32
Figure 23	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour une tentative de suicide, 15 à 34 ans, Nunavik, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	33

Figure 24	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour une tentative de suicide, hommes et femmes, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2012-2017	33
Figure 25	Taux ajustés de mortalité (/100 000) par homicide, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014	34
Figure 26	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour une agression, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	35
Figure 27	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour une agression, par groupes d'âge, Nunavik, côtes du Nunavik, 2012-2017.....	35
Figure 28	Taux d'incidence et projections des taux d'incidence du cancer (/100 000), Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2008 à 2030	37
Figure 29	Taux ajustés de mortalité (/100 000) par cancer, Nunavik, Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2004-2009 et 2010-2014.....	38
Figure 30	Proportion des décès par cancer selon le siège, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014.....	38
Figure 31	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour un cancer, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	39
Figure 32	Proportion des causes d'hospitalisation pour un cancer selon le siège, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014	39
Figure 33	Taux ajustés de mortalité (/100 000) et d'hospitalisation (/10 000), cancers du SR, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014	40
Figure 34	Taux ajustés de mortalité (/100 000) et d'hospitalisation (/10 000), cancers du SD, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014	40
Figure 35	Taux ajustés de mortalité (/100 000) par MAR, Nunavik, Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014.....	41
Figure 36	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour les MAR, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	42
Figure 37	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour les MAR, 55 ans et plus, Nunavik, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	43
Figure 38	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour les infections respiratoires ciblées, Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	43
Figure 39	Nombre total et proportion d'hospitalisation (%) pour les infections respiratoires ciblées, Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017.....	44
Figure 40	Taux ajustés de mortalité (/100 000) pour les MAC, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014	45
Figure 41	Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour les MAC, Nunavik, du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017	46
Figure 42	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour les MAC, par groupes d'âge, Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	46
Figure 43	Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour les MAC, par groupes d'âge, Nunavik, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017	47

Liste des sigles et acronymes

APVP	Années potentielles de vie perdues
BIESP	Bureau d'information et d'études en santé des populations
CSTU	Centre de santé <i>Tulattavik</i> de l'Ungava
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
MAD	Maladies de l'appareil digestif
MAC	Maladies de l'appareil circulatoire
MAR	Maladies de l'appareil respiratoire
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
RRSSSN	Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik
TI ou TNI	Traumatismes intentionnels ou traumatismes non intentionnels
TCBJ	Terres-Cries-de-la-Baie-James
SD	Système digestif
SR	Système respiratoire
VAM	Véhicules à moteur
VHR	Véhicules hors routes

Faits saillants

Des écarts encore importants sur le plan de la santé générale entre le Nunavik et le Québec

Au cours des 15 dernières années, l'espérance de vie des femmes au Nunavik est demeurée stable à 69 ans et celle des hommes a augmenté de 5 ans pour atteindre 66 ans. L'écart entre l'espérance de vie au Nunavik et celle du Québec continue de se creuser autant chez les hommes que chez les femmes, pour atteindre une quinzaine d'années d'écart en moyenne au cours de la période 2010-2014.

Cette augmentation de l'espérance de vie chez les hommes concorde avec une légère baisse (non significative) de la mortalité toutes causes confondues dans ce même groupe. Inversement, les hospitalisations pour tous types de causes ont connu une importante hausse au cours des deux dernières décennies. Rappelons que cette hausse peut toutefois être liée à la modification des critères de saisie des hospitalisations au Centre de santé *Tulattavik* de l'Ungava (CSTU)¹ au cours de l'année 2012.

Les principales causes de mortalité et de morbidité hospitalière varient en fonction de l'âge. Les jeunes et les adultes (15 à 54 ans) sont particulièrement touchés par les traumatismes non intentionnels (TNI)², alors que les aînés (55 ans et plus) souffrent principalement des complications associées aux maladies chroniques, tels que les cancers et les maladies de l'appareil respiratoire (MAR) et de l'appareil circulatoire (MAC).

Les traumatismes non intentionnels – Principale cause de mortalité et de morbidité chez les jeunes et adultes de 15 à 54 ans.

Bien que la mortalité causée par un TNI soit en baisse au Nunavik, les taux dans la région sont encore très élevés en comparaison à d'autres populations qui comportent des similarités à celles du Nunavik³. Les causes principales varient selon les groupes d'âge. Chez les 15 à 34 ans, les véhicules hors routes (VHR) et les véhicules à moteur (VAM) viennent au premier et second rang comme cause des TNI alors que les chutes sont plus fréquentes chez les 35 ans et plus.

Le nombre d'hospitalisation en raison d'un TNI a par ailleurs significativement augmenté au Nunavik, notamment chez les 15 à 34 ans⁴. En ce qui concerne les taux d'hospitalisation en raison d'une chute, on observe également une augmentation entre 2007 et 2017⁴.

En termes de traumatismes intentionnels (TI)², on remarque que les taux de mortalité par suicide et homicide sont demeurés stables dans la région ces dernières années à des niveaux significativement plus élevés que ceux des autres populations au Québec. Les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide et agressions ont par ailleurs significativement augmenté entre 2007 et 2017 et cette hausse touche particulièrement les jeunes adultes de 15 à 34 ans⁴.

La santé des aînés de 55 ans et plus – L'émergence des maladies chroniques

Les principales maladies chroniques rencontrées chez les aînés sont les cancers, les MAR et les MAC. Les cancers les plus fréquents au Nunavik sont les cancers du système respiratoire (SR) et du système digestif (SD). Bien que l'incidence des cancers soit appelée à s'accroître au Nunavik au cours des prochaines décennies, les taux de cancer au Nunavik sont relativement semblables à ceux du Québec. Par ailleurs, les taux de mortalité par cancer demeurent significativement plus élevés au Nunavik qu'au Québec. D'autre part, les taux d'hospitalisation pour cancer de tous types sont en baisse au Nunavik, rattrapant ainsi les taux des autres régions du Québec. La population de la côte

¹ Cette modification dans les critères de saisie est discutée dans la section 2 *Note méthodologique*.

² Voir la section 3.3 pour la définition des TNI et des TI.

³ Notamment celles des régions 10 (Nord-du-Québec) et 18 (Terres-cries-de-la-Baie-James).

⁴ Cette hausse peut néanmoins être expliquée en partie par une modification dans la saisie des hospitalisations au CSTU en 2012.

d'Hudson présente des taux plus élevés d'hospitalisation en raison d'un cancer comparativement à celle de la côte d'Ungava.

À l'exception des hospitalisations pour tuberculose, les taux de mortalité et d'hospitalisation des maladies de l'appareil respiratoire (MAR) sont en baisse. Les taux de tuberculose étaient en hausse au Nunavik au cours des dernières années, MAR qui touche particulièrement les jeunes de 15 à 34 ans. Bien que le taux de mortalité pour les MAC présente une tendance à la baisse ces dernières années au Nunavik, les hospitalisations sont en hausse dans la région.

1 Objectifs et contexte

Trois profils⁵ 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 (RRSSSN 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 (RRSSSN) en soutien au Plan Clinique Nunavik⁶ en cours, lequel doit servir à l'élaboration d'une offre de services de santé régionale pour 2040.

Le présent profil décrit le portrait de santé de la population de 15 ans et plus au Nunavik. Il débutera par un survol des tendances en termes d'indicateurs de santé générale, notamment l'espérance de vie ainsi que les taux et principales causes de décès et d'hospitalisation. Les problématiques les plus fréquentes au sein de certains groupes d'âge spécifiques seront ensuite abordées, notamment les traumatismes intentionnels et non intentionnels ainsi que les maladies chroniques. En conclusion, les implications des données présentées dans ce profil sur les programmes et services de santé à offrir à la population de la région seront discutées.

Afin de compléter le portrait de santé présenté, 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

Ce profil aborde la santé des **personnes âgées de 15 ans et plus 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-ECHO⁷ 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.

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.

⁵ 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 deuxième profil, intitulé « La santé des mères et des enfants », porte sur divers indicateurs relatifs à la santé des familles, des mères et des enfants résidant au Nunavik (INSPQ, 2021b).

⁶ 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 (RRSSSN, 2021).

⁷ Système de maintenance et exploitation des données pour l'étude de la clientèle hospitalière (MED-ECHO).

Mise en garde concernant l'interprétation des données d'hospitalisation⁸ au Nunavik :

Les indicateurs de l'hospitalisation (taux, nombres) sont présentés en fonction du territoire de résidence (ex. : régions sociosanitaires du Québec⁹) des patients et non du lieu d'hospitalisation (centre hospitalier). Par conséquent, ces indicateurs correspondent à l'expérience d'hospitalisation de résidants 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 centre de santé *Tulattavik* de l'Ungava (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 conséquence 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 artefact 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 ; TCBJ). 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.

2.1.1 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 pour les populations autochtones au Québec, et le Nunavik n'y fait pas exception. Afin de tenir compte des enjeux éthiques et épidémiologiques 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.

⁸ 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, 2015c).

⁹ 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*.

- 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 %¹⁰. Lorsque les écarts présentés ne répondent pas à ces critères, ils seront clairement identifiés dans le texte comme étant des « tendances non statiquement 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.

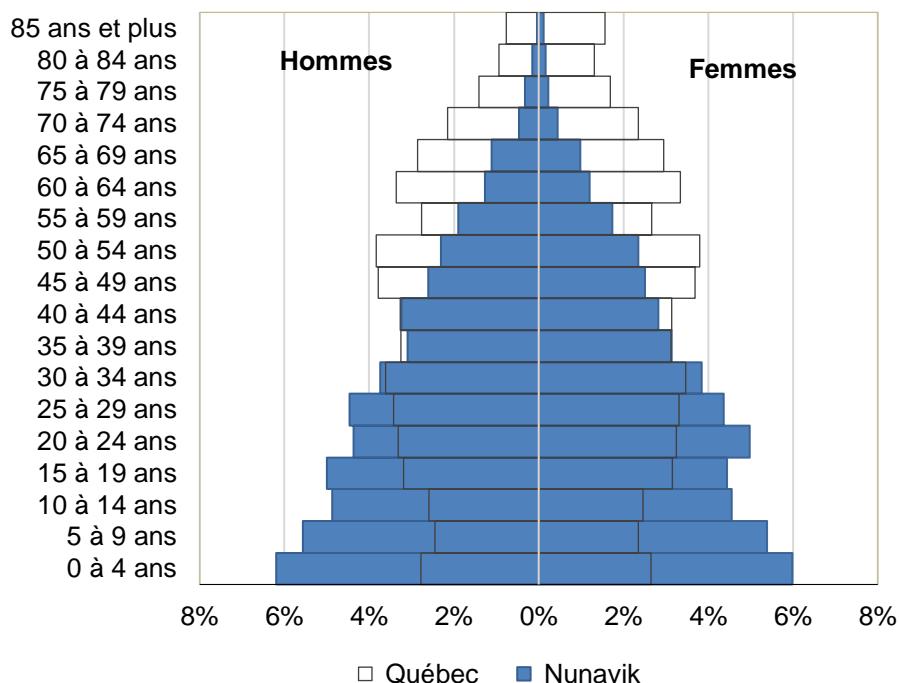
¹⁰ Les intervalles de confiance à 95 % seront indiqués aux graphiques ; le texte indiquera clairement quel est l'écart statistiquement significatif.

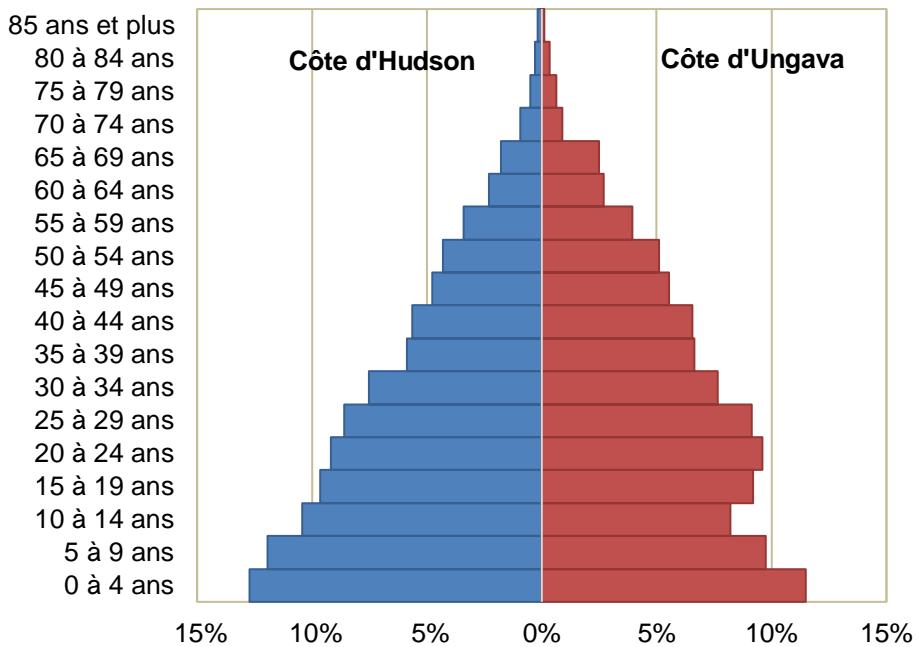
3 Données sur la population adulte et sur les aînés

3.1 Le Nunavik : une population en transition

La population adulte vieillissante est proportionnellement moins importante au Nunavik qu'elle ne l'est ailleurs au Québec (graphique du haut de la figure 1). On remarque également un accroissement légèrement plus marqué de la proportion des personnes vieillissantes sur la côte d'Ungava que sur la côte d'Hudson au graphique du bas de la figure 1.

Figure 1 Distribution de la population selon l'âge et le sexe, Québec, Nunavik et selon les côtes du Nunavik, 2016





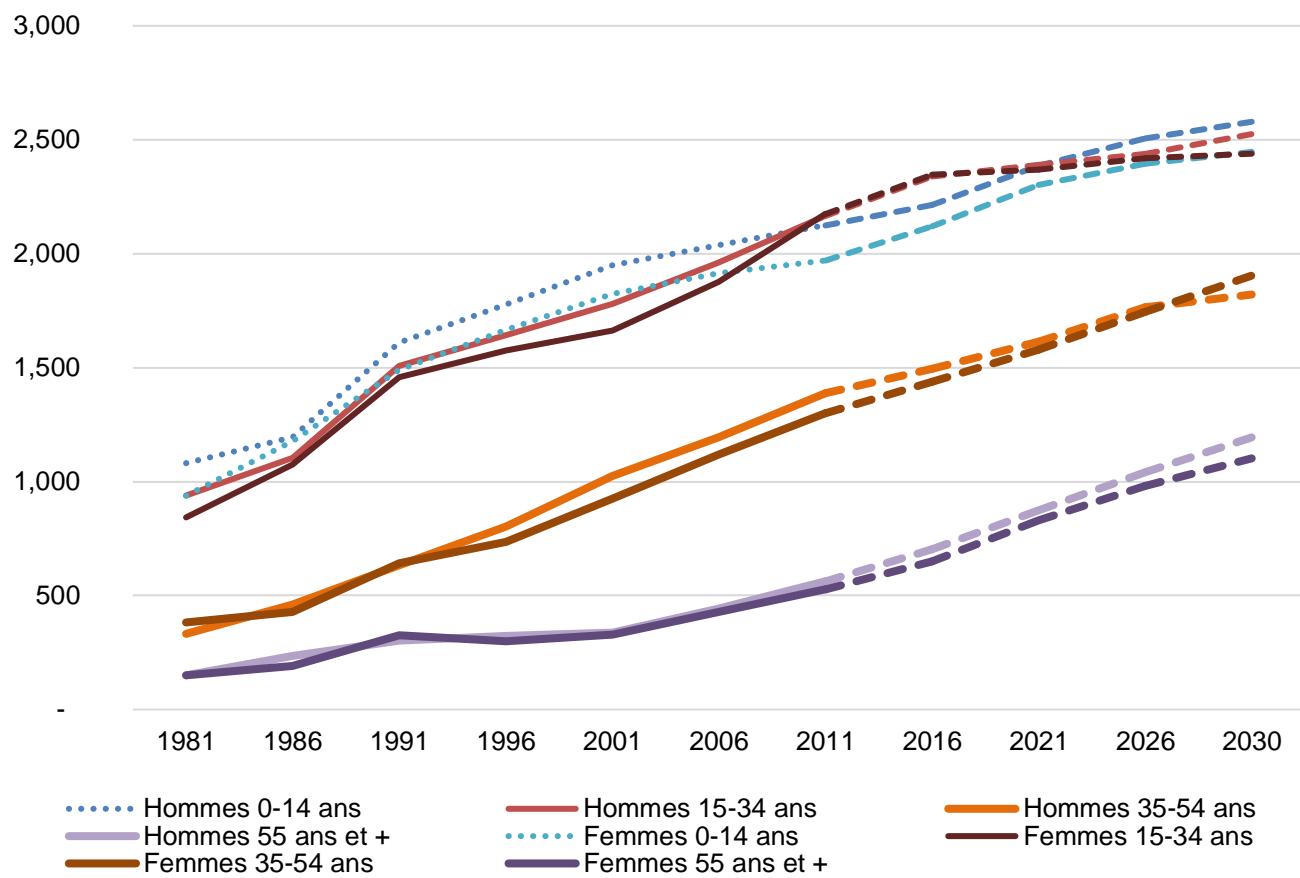
Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec.

Sources primaires : MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Comme mentionné dans le profil « Contexte sociodémographique », on observe une augmentation marquée de la proportion de la population âgée de 35 ans et plus au Nunavik (INSPQ, 2021a). Tant au Nunavik qu'au Québec, les personnes âgées de 55 ans et plus ont connu des taux d'accroissement en constante augmentation, mais le rythme de croissance fut beaucoup plus important au Nunavik qu'au Québec. La figure 2 montre que les projections par sexe sont similaires.

Figure 2

Population (n) de 1981 à 2010 et projections de 2011 à 2030 de la population, hommes et femmes, par groupes d'âge, Nunavik



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec.

Sources primaires : MSSS, Estimations et projections démographiques à partir de 2011, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

3.2 Indicateurs de l'état de santé général de la population

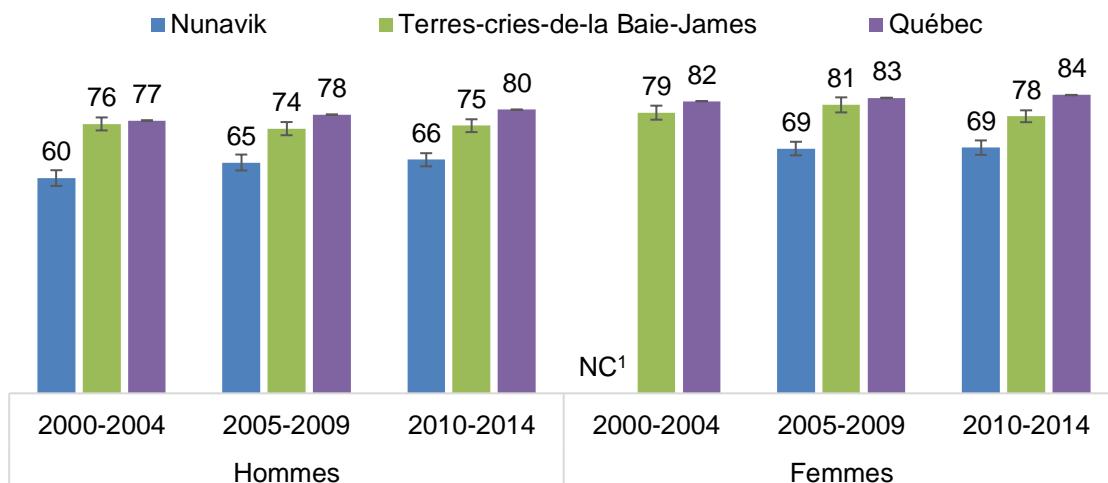
Cette section abordera les indicateurs de l'état de santé de la population du Nunavik, notamment l'espérance de vie ainsi que les taux et les principales causes de mortalité et d'hospitalisation.

3.2.1 ESPÉRANCE DE VIE

Depuis l'année 2000, l'espérance de vie des hommes au Nunavik s'est accrue d'environ cinq ans pour atteindre 66 ans en 2010-2014 alors que celle des femmes de la région est restée stable à 69 ans (figure 3). Toutefois, ces mesures d'espérance de vie demeurent significativement inférieures à celles de l'ensemble du Québec pour la période 2010-2014. On observe un écart d'environ 15 ans entre le Québec et le Nunavik.

Figure 3

Espérance de vie (années), hommes et femmes, Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017);
- MSSS, Fichier des naissances (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017.

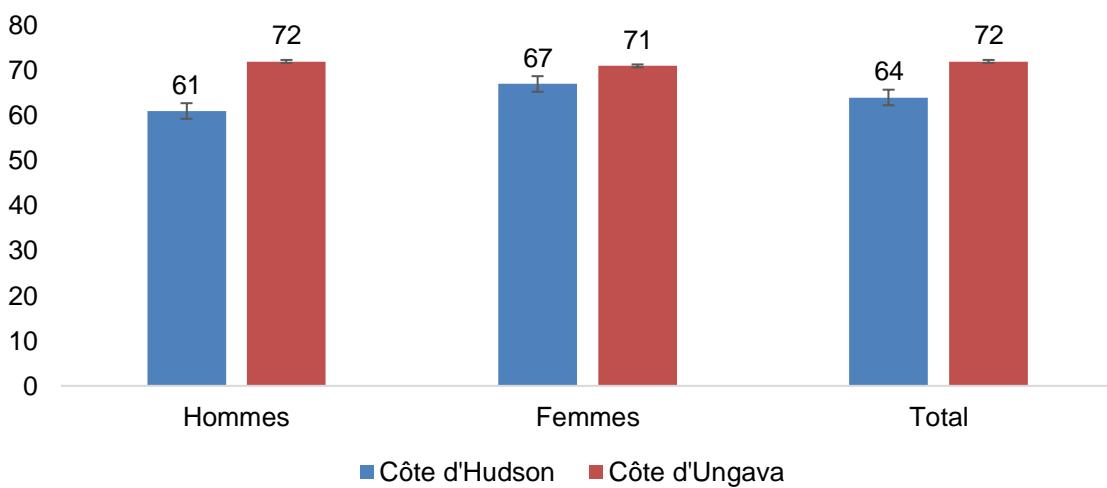
Note : Les estimations de population selon l'âge et le sexe pour les années 1981 à 1995 n'ont pas été révisées par Statistique Canada. Ainsi, les données peuvent différer d'autres sources. Les calculs des espérances de vie ont été produits par Ernest Lo avec la méthode Brass.

¹ Non calculable (NC) : Données manquantes causées par les quotients de mortalité qui dépassent 100 %.

Les données de la figure 4 montrent que l'espérance de vie de la population résidant sur la côte d'Hudson est statistiquement inférieure de 8 ans comparativement à celle des résidents de la côte d'Ungava. Une analyse par sexe montre qu'une différence statistiquement significative est observée chez les hommes seulement.

Figure 4

Espérance de vie (années), hommes, femmes et sexes réunis, Nunavik, côtes du Nunavik, 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec.

Sources primaires :

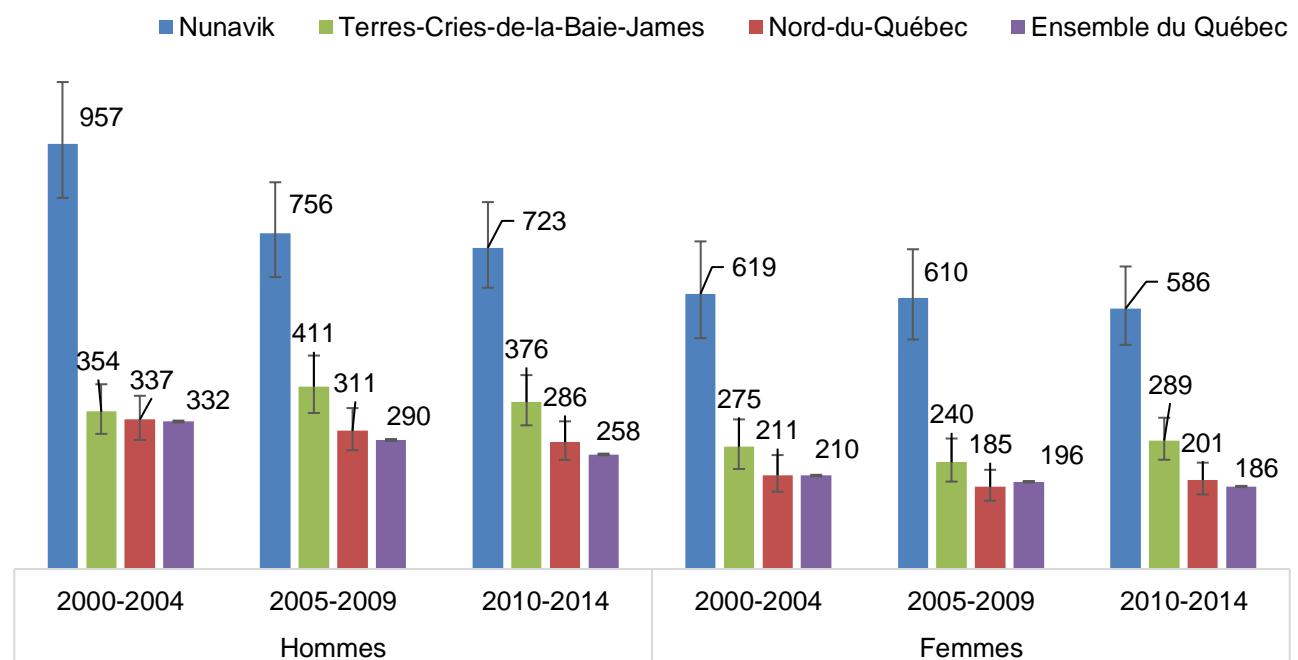
- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017);
- MSSS, Fichier des naissances (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017.

Note : Les estimations de population selon l'âge et le sexe pour les années 1981 à 1995 n'ont pas été révisées par Statistique Canada. Ainsi, les données peuvent différer d'autres sources. Les calculs des espérances de vie ont été produits par Ernest Lo avec la méthode Brass.

3.2.2 TAUX ET PRINCIPALES CAUSES DE MORTALITÉ AU NUNAVIK

La hausse de l'espérance de vie chez les hommes s'aligne à une tendance (non significative) à la baisse des taux de mortalité dans ce groupe au cours des périodes étudiées au Nunavik (figure 5). Toutefois, chez les hommes, on remarque que les taux de mortalité¹¹ au Nunavik sont deux à trois fois supérieurs à ceux d'autres populations de la province. La figure 6 indique que c'est essentiellement chez les personnes de 55 ans et plus que la diminution du taux de mortalité toutes causes est la plus marquée.

Figure 5 **Taux ajustés de mortalité (/100 000), hommes et femmes, Nunavik, Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014**



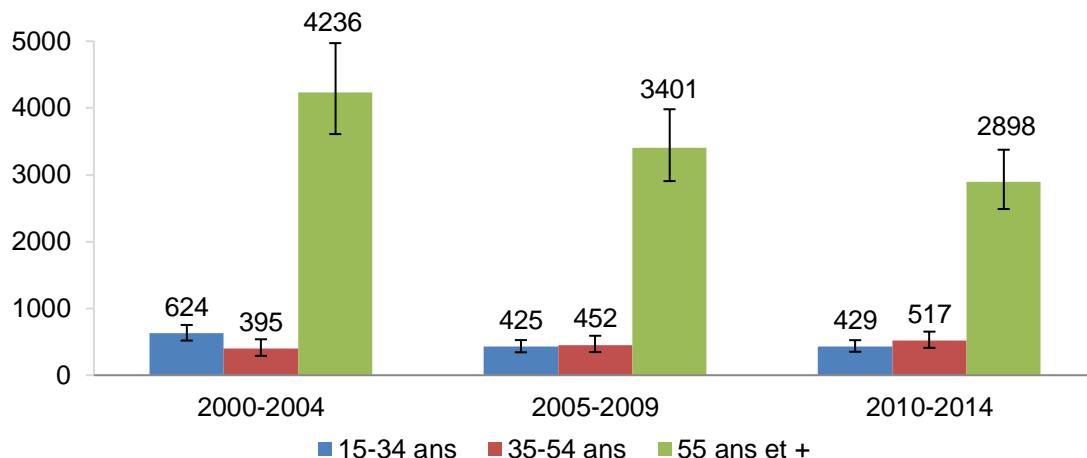
Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec.

Sources secondaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
 - MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).
- Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

¹¹ Le taux brut de mortalité réfère au nombre de décès pendant une année donnée pour 100 000 personnes, à partir du 1^{er} juillet de cette même année (Statistique Canada, 2010)

Figure 6 Taux bruts de mortalité (/100 000) toutes causes, par groupes d'âge, Nunavik, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014



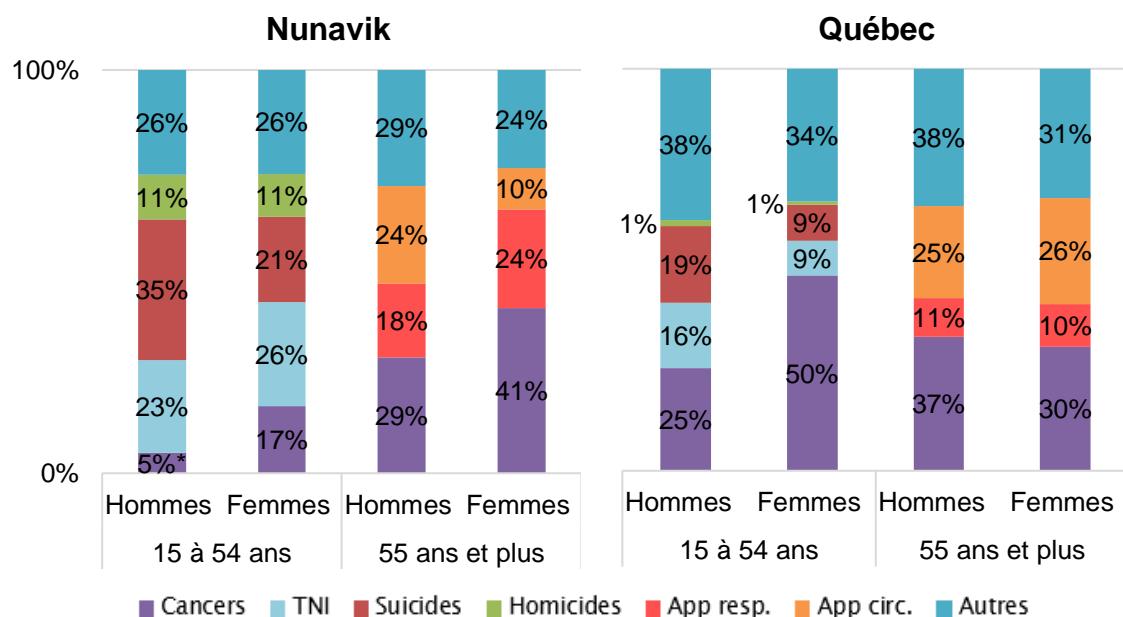
Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

À l'instar de ce que l'on observe au Québec, les causes de décès diffèrent selon l'âge au Nunavik (figure 7). En effet, au Nunavik, les TI (suicides et agressions) et TNI¹² sont les principales causes des décès chez les jeunes et les adultes de 15 à 54 ans. Chez les 55 ans et plus, les MAR, les MAC, ainsi que les cancers sont les causes les plus fréquentes dans les deux régions. De plus, l'importance relative de ces causes varie en fonction du sexe (figure 8).

Figure 7 Répartition (%) des principales causes de décès, hommes et femmes, 15 à 54 ans et 55 ans et plus, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : Les causes de décès répertoriées sont : les cancers de tous types, les traumatismes non intentionnels (TNI; par exemple des blessures causées par les chutes, les incendies, etc.), les traumatismes intentionnels (TI; par exemple les suicides et les

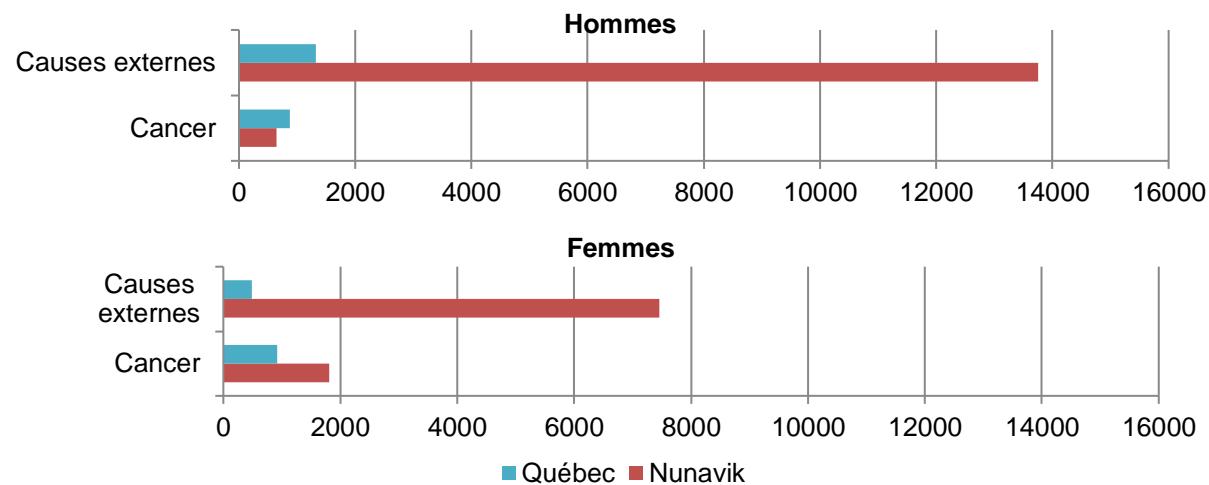
¹² Les TI et les TNI sont abordés à la section 3.3.

homicides), les maladies de l'appareil respiratoire (MAR ou « app resp. »), les maladies de l'appareil circulatoire (MAC ou « app circ. ») et les « autres » causes moins fréquentes.

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

Ainsi, tel que le démontrent les graphiques de la figure 8, les « causes externes »¹³ constituent la majorité des décès prématûres au Nunavik, autant chez les hommes que chez les femmes. La figure 8 présente les années potentielles de vie perdues (APVP)¹⁴ par sexe.

Figure 8 Taux ajustés d'années potentielles de vie perdues (/100 000), hommes et femmes, 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

3.2.3 TAUX ET PRINCIPALES CAUSES D'HOSPITALISATION AU NUNAVIK

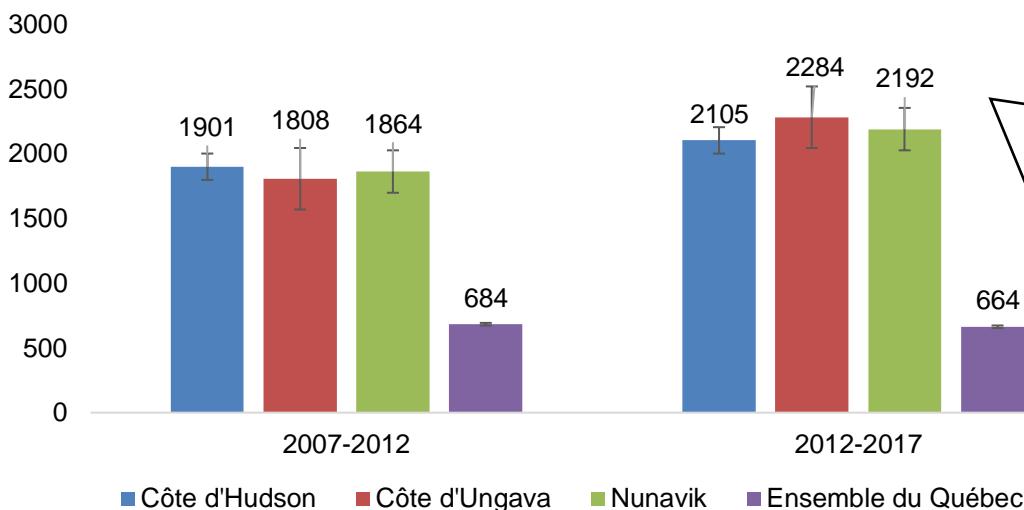
Le nombre d'hospitalisation pour les résidents du Nunavik est à la hausse. En effet, comme on peut le constater à la figure 9, les taux d'hospitalisation pour tous types de causes ont augmenté, et ce, peu importe la côte de résidence.

¹³ Les « causes externes » de décès signifient les lésions traumatiques causées par des événements de l'environnement externe, incluant toutes les formes de traumatismes (intentionnels et non intentionnels).

¹⁴ Les APVP sont un indicateur de la mortalité prématûre. Cette statistique mesure le nombre d'années de vie perdues suite à un décès jugé prématûre, c'est-à-dire avant 75 ans. Par exemple, on considère qu'une personne décédée à 35 ans a perdu 40 années potentielles de vie (Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), 2020).

Figure 9

Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) toutes causes, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Pour la période 2012-2017, ces taux correspondaient à 7441 hospitalisations sur la côte d'Hudson et 6615 sur celle d'Ungava. 71 % de ces hospitalisations ont eu lieu dans un établissement du Nunavik.

Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec.

Sources primaires :

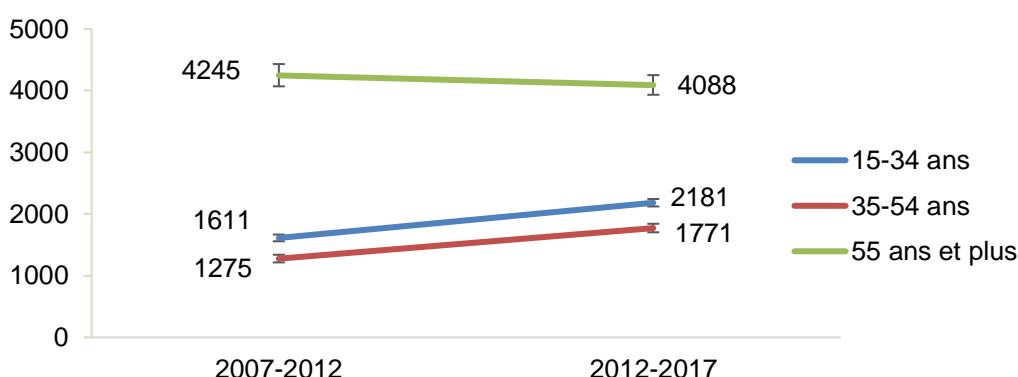
- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

La hausse des taux d'hospitalisation pour tous types de causes est nettement plus marquée sur la côte d'Ungava que sur celle d'Hudson¹⁵. Cette hausse concorde avec celle observée pour les taux d'hospitalisation chez les personnes âgées de 15 à 54 ans, alors que les taux d'hospitalisation semblent être demeurés stables chez les personnes de 55 ans et plus (figure 10). De plus, on remarque aux graphiques de la figure 11 que ces tendances se maintiendront avec le temps selon les projections.

Figure 10

Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) toutes causes, par groupes d'âge, Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

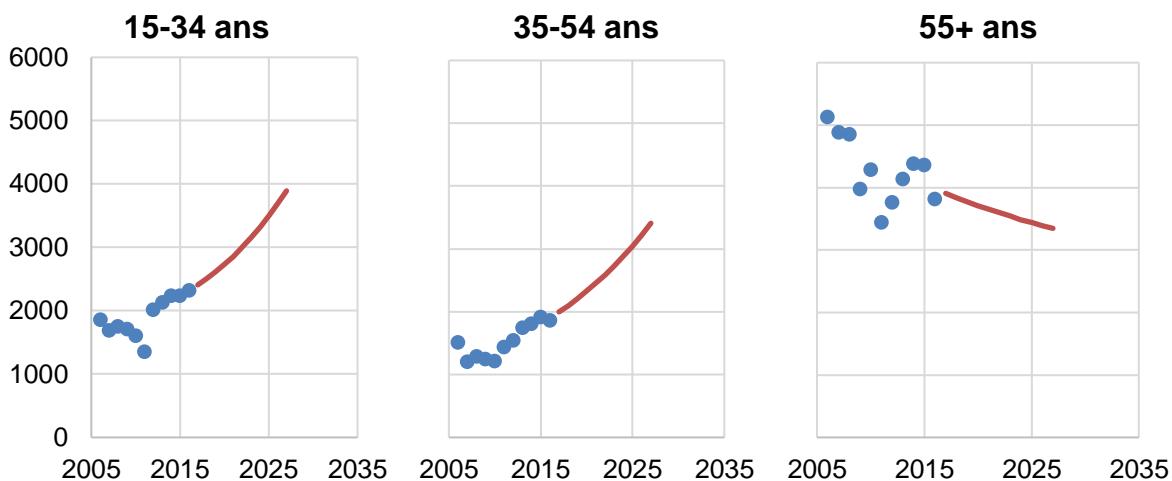
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence dû au changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

¹⁵ Notons que cette hausse pourrait être en partie reliée à la modification des critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU pour les périodes étudiées.

Figure 11 Projections (2017-2035) des taux d'hospitalisation (/10 000), par groupes d'âge, Nunavik



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : Les données de 2006 à 2016 proviennent de l'Infocentre (points bleus), et les projections de 2017 à 2027 (lignes rouges) sont calculées par Ernest Lo. L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence dû au changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Les principales causes d'hospitalisation sont similaires à celles énoncées pour la mortalité dans la région, soit en majorité les TI et les TNI pour les jeunes adultes (15-34 ans) et les adultes d'âge moyen (35-54 ans), suivis des maladies chroniques pour les personnes de 55 ans et plus (non illustré).

3.2.4 EN SOMME

1. L'espérance de vie des femmes au Nunavik est demeurée stable à 69 ans. Chez les hommes, l'espérance de vie a augmenté d'environ 5 ans pour atteindre 66 ans en 2010-2014. L'espérance de vie au Nunavik présente toutefois encore un écart d'une quinzaine d'années en moyenne avec celle du Québec.
2. Cette augmentation de l'espérance de vie chez les hommes concorde avec une tendance non significative à la baisse de la mortalité toutes causes confondues, et ce, particulièrement chez les hommes de 55 ans et plus.
3. Les principales causes de mortalité et de morbidité hospitalière varient sensiblement en fonction de l'âge, avec les traumatismes (intentionnels et non intentionnels) comme cause principale de mortalité chez tous les groupes d'âge. Les maladies chroniques suivent au deuxième rang chez les aînés.

3.3 Les traumatismes intentionnels (TI) et non intentionnels (TNI) des jeunes et des adultes

La présente section présentera le profil de santé des personnes âgées entre 15 et 54 ans.

Les traumatismes intentionnels (TI) se distinguent des traumatismes dits « non intentionnels » (TNI). Les TI réfèrent notamment au suicide et au vécu de violences interpersonnelles (p. ex. homicide) tandis que les TNI réfèrent aux blessures résultant d'un événement accidentel ou du moins « involontaire », tel que les accidents de la route et les chutes (INSPQ, 2015b). Les TNI comprennent toutes les blessures causées par les chutes, les incendies et les noyades, ainsi que celles causées par les accidents de transport. Or, dans les faits, il est parfois difficile de déterminer si ces événements sont le fruit d'actes intentionnels ou non. Ces deux catégories d'affections ont par conséquent plusieurs facteurs de risque communs, notamment les problématiques de santé mentale et d'usage de substances (INSPQ, 2015a).

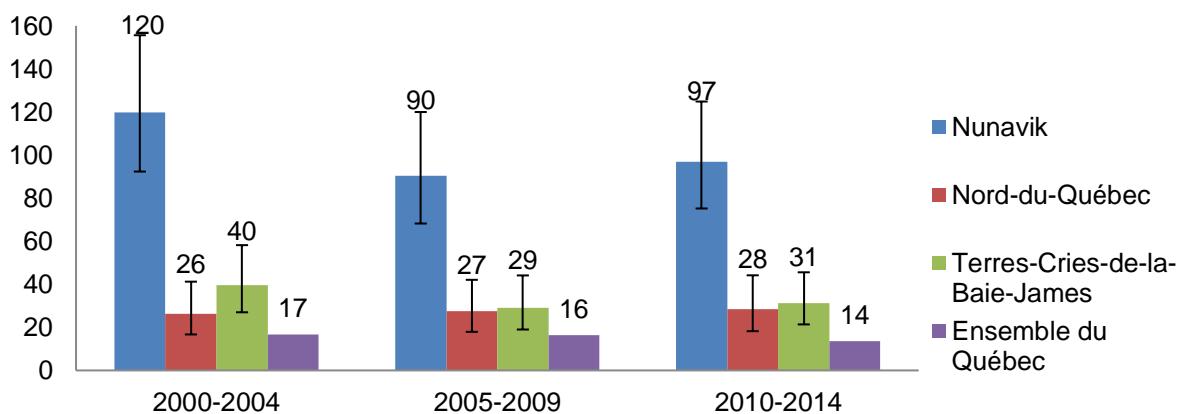
Un des rapports de *Qanuillirpitaa? 2017* aborde les TNI selon le sexe, l'âge, le type de blessures et les soins médicaux recherchés pour être soignés ([Beaulieu et al., 2020](#)). De plus, comme l'usage de substances constitue un des facteurs de risque proximaux des TI et TNI, *Qanuillirpitaa ? 2017* a produit un rapport intitulé *Substance use* qui décrit la consommation d'alcool et de drogues pour la population du Nunavik ([Bélanger et al., 2020](#)).

3.3.1 LES TNI

3.3.1.1 Mortalité

Les taux de mortalité en raison d'un TNI au Nunavik sont environ sept fois plus élevés que ceux du Québec. Le Nunavik présente des taux de mortalité causés par un TNI qui sont également près de trois fois plus élevés que ceux des autres populations nordiques au Québec, qu'elles soient autochtones ou non (figure 12). La figure 13 illustre un taux stable de mortalité en raison d'un TNI chez les femmes au cours des dernières années alors que ce taux est élevé chez les 55 ans et plus.

Figure 12 Taux ajustés de mortalité (/100 000) en raison d'un TNI, Nunavik, Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014

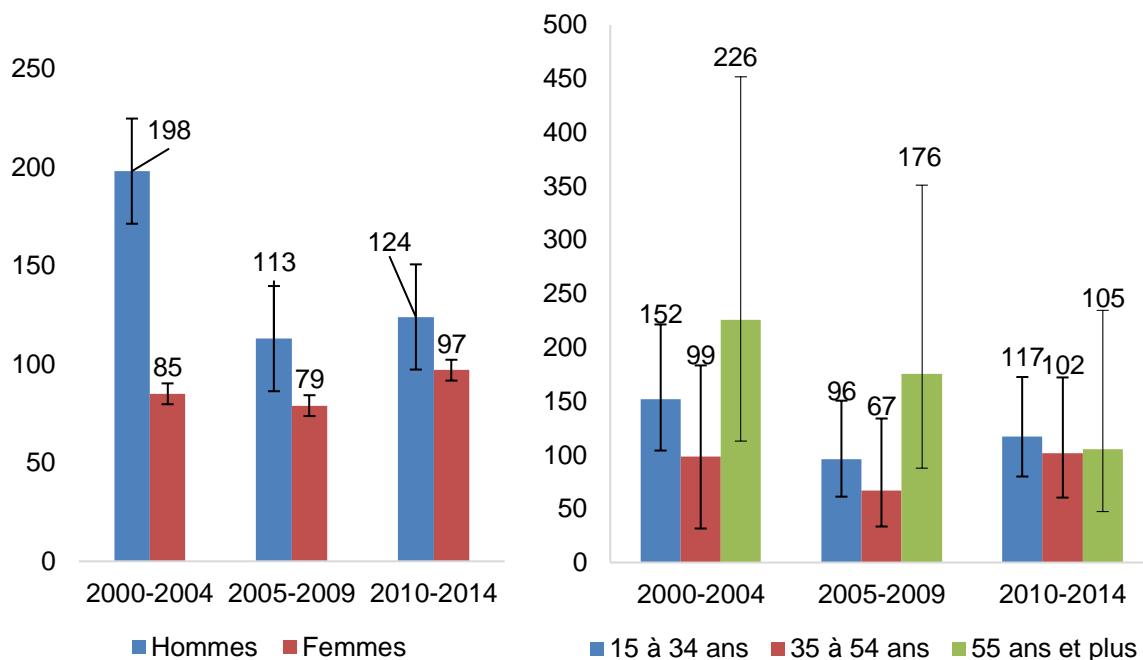


Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Figure 13 Taux bruts de mortalité (/100 000) en raison d'un TNI, hommes et femmes et par groupes d'âge, Nunavik, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014.



Sources : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

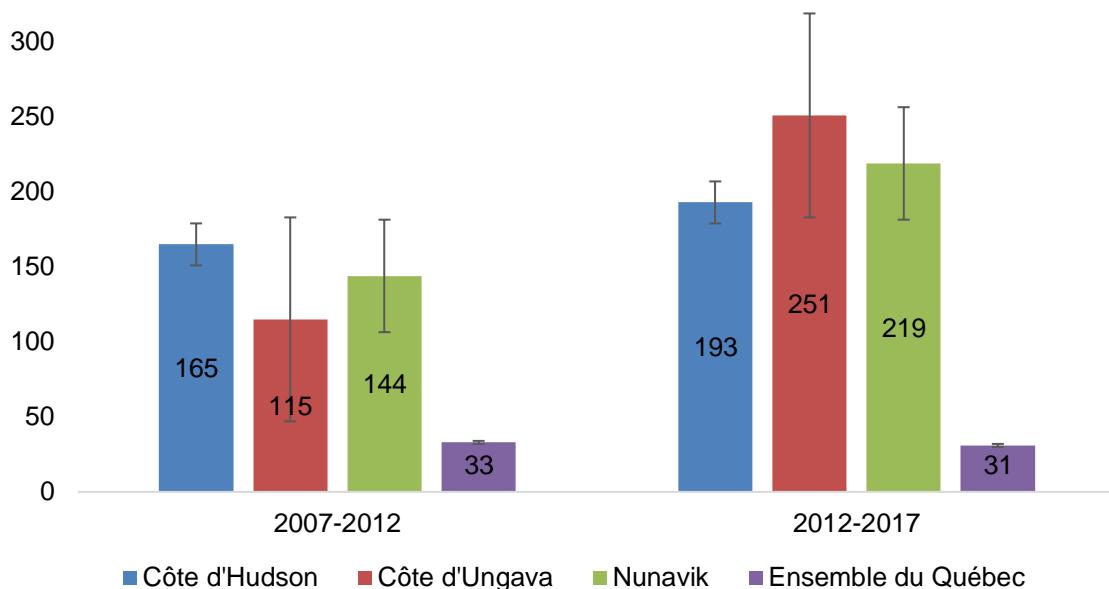
- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

3.3.1.2 Morbidité hospitalière

Les taux d'hospitalisation pour les TNI ont connu une hausse importante au cours des périodes observées¹⁶ (figure 14), excepté au Québec où on observe un faible taux d'hospitalisation qui s'avère stable dans les dernières années.

¹⁶ Rappelons que cet écart peut s'expliquer en partie par la modification dans les critères de saisie des hospitalisations au CSTU au cours des périodes présentées.

Figure 14 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

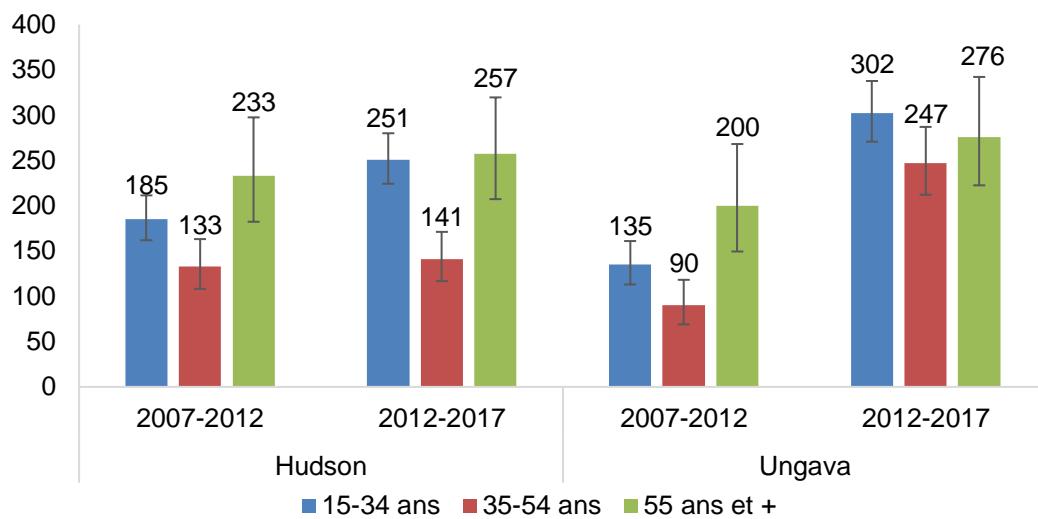
- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

De plus, on observe une hausse du nombre d'hospitalisation pour un TNI sur les deux côtes chez les 15-34 ans. Cette hausse est particulièrement importante chez les personnes de 15 à 34 ans résidant sur la côte d'Ungava¹⁷ (figure 15).

¹⁷ Rappelons que cette hausse peut s'expliquer en partie par la modification dans les critères de saisie des hospitalisations au CSTU.

Figure 15 Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI, par groupes d'âge, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017.



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Deux causes importantes d'hospitalisation en raison d'un TNI ont émergé : les blessures liées au transport et celles liées aux chutes. Les blessures liées au transport incluent toutes blessures causées à un piéton, un cycliste, ou un passager d'un véhicule à moteur (VAM)¹⁸. Sont incluses aussi toutes les blessures liées à un accident ayant eu lieu sur une voie de circulation publique ou liées à l'utilisation d'un véhicule hors route (VHR)¹⁹. Les blessures causées par les chutes résultent de l'action de tomber involontairement et sont discutées à la page 29.

Tel qu'on l'observe au graphique de la figure 16, les hospitalisations liées au transport et aux chutes varient avec l'âge. Alors que les accidents liés au transport sont une cause fréquente d'hospitalisation chez les jeunes adultes (15 - 34 ans), la fréquence de cette cause diminue avec l'âge. Les chutes deviennent une cause importante d'hospitalisation chez les personnes de 55 ans et plus.

¹⁸ Les véhicules à moteur (VAM) sont des véhicules motorisés, conçus ou aménagés pour circuler dans les rues et sur les routes tels qu'une voiture (Agence du revenu du Canada, 2005).

¹⁹ Les véhicules hors route (VHR) réfèrent aux véhicules à moteur qui sont conçus pour être utilisés hors route. Sont inclus les motoneiges et les véhicules tout-terrain (VTT) tels qu'un quatre-roues (Agence du revenu du Canada, 2005).

Figure 16 Nombre d'hospitalisations (/ 10 000) en raison d'un TNI, par causes, par groupes d'âge, Nunavik, 2012-2017



Sources : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

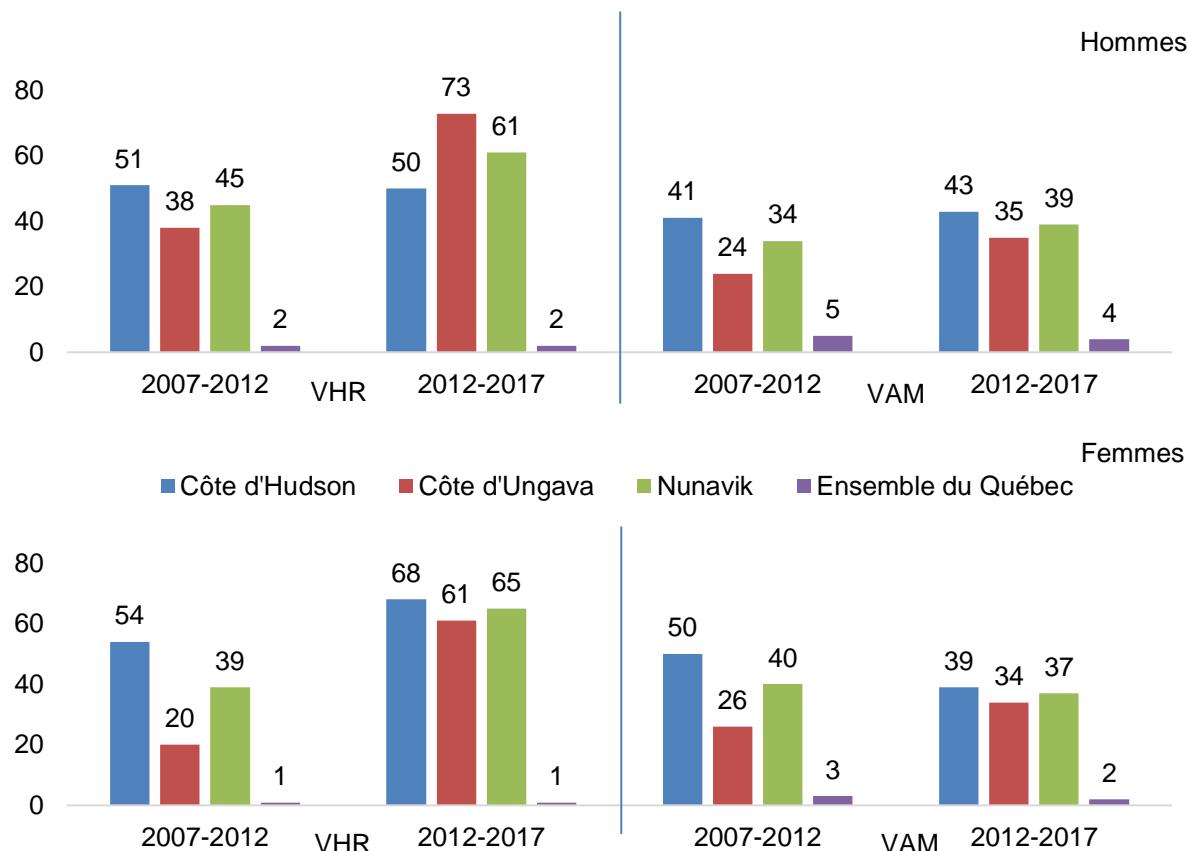
- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence dû au changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Les blessures liées au transport. Les blessures par VAM et VHR sont parmi les plus fréquentes causes d'hospitalisation au Nunavik tous âges confondus. En effet, on observe dans les graphiques de la figure 17 que les taux d'hospitalisation pour VAM et VHR au Nunavik sont jusqu'à 20 fois supérieurs à ceux du Québec pour les deux périodes rapportées²⁰.

²⁰ Bien que cet écart puisse être en partie expliqué par le changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU, il demeure important de le mentionner.

Figure 17 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI par VHR et VAM, hommes et femmes, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

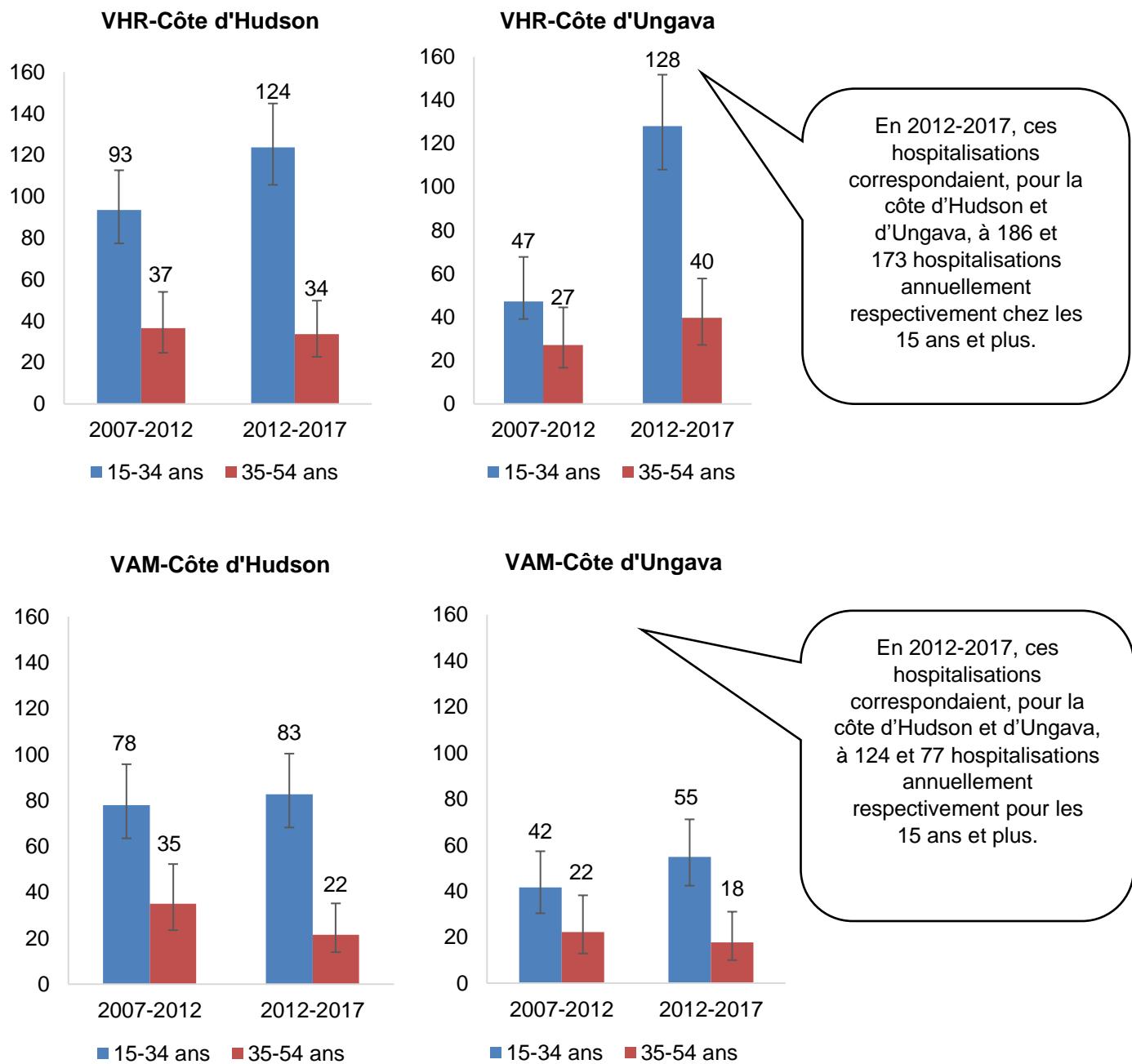
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Lorsqu'on observe les tranches d'âge, on remarque que les blessures par VAM et VHR surviennent particulièrement chez les jeunes adultes (15-34 ans), et ce, peu importe le type de véhicule et la côte de résidence (figure 18).

Figure 18 Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI par VHR et VAM, par groupes d'âge, par côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

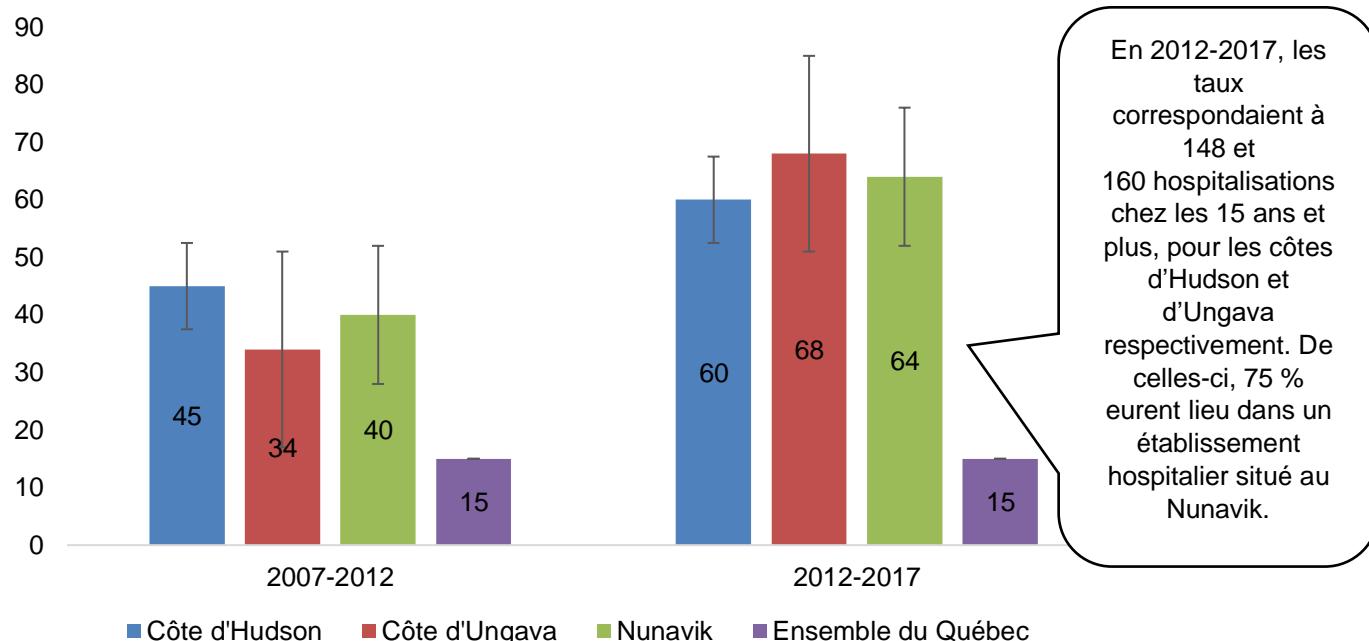
Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 12 avril 2018 à 9 h 53.

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Note : Les statistiques pour les 55 ans et plus ne peuvent être diffusées. Le coefficient de variation est au deçà de 33,33 %.

Les blessures liées aux chutes. Les chutes sont également une cause fréquente de morbidité hospitalière au Nunavik. La région présente des taux d'hospitalisation jusqu'à quatre fois supérieures à ceux du Québec selon les périodes recensées²¹ (figure 19). De plus, ces taux sont à la hausse au Nunavik.

Figure 19 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI par chute, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017). Rapport de l'onglet Plan national de surveillance produit par l'Infocentre de santé publique à l'Institut national de santé publique du Québec, le 12 avril 2018 à 9 h 53.

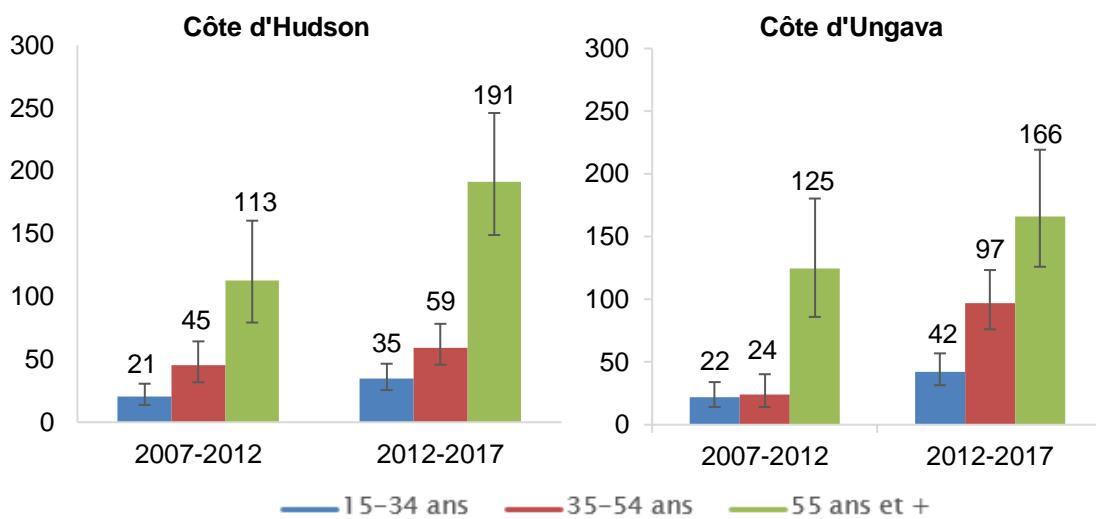
Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

La figure 20 indique que ces hausses varient en fonction de l'âge. Les taux chez les 55 ans et plus sont significativement plus élevés que ceux des tranches d'âge inférieures, et ce, pour les deux côtes. Lorsqu'on observe la différence entre les périodes étudiées, seule la hausse enregistrée chez les 35 à 54 ans sur la côte d'Ungava est statistiquement significative²².

²¹ Rappelons que cet écart peut s'expliquer en partie par la modification dans les critères de saisie des hospitalisations au CSTU.

²² Rappelons que cette hausse peut s'expliquer en partie par la modification dans les critères de saisie des hospitalisations au CSTU.

Figure 20 Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) en raison d'un TNI pour chutes par groupes d'âge, Nunavik, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

3.3.2 LES TI

Cette section traite de sujets sensibles (p. ex. suicide). Des ressources d'aide pour les personnes vivant des idéations suicidaires et pour leurs proches existent et sont disponibles si vous en ressentez le besoin²³.

Comme mentionné précédemment, les TI incluent notamment les comportements suicidaires et le vécu de violences interpersonnelles. Seront traitées ici les mortalités par suicide²⁴ et les homicides ainsi que les hospitalisations survenues à la suite de tentatives de suicide et d'agressions.

3.3.2.1 Comportements suicidaires

The elevated rate of suicide among Inuit in Canada is the most urgent challenge facing our people and it demands a national response. (Yet), Inuit did not, historically, suffer from disproportionately high rates of suicide (Inuit Tapiriit Kanatami [ITK], 2016).

Le rapport *Mental Health and Wellness* de Qanuillirpitaa? 2017 aborde la détresse psychologique, les comportements suicidaires, incluant les idéations et les tentatives de suicide, ainsi que les situations pouvant motiver ces comportements, selon l'âge et le sexe de la population du Nunavik ([Muckle et al., 2020](#)).

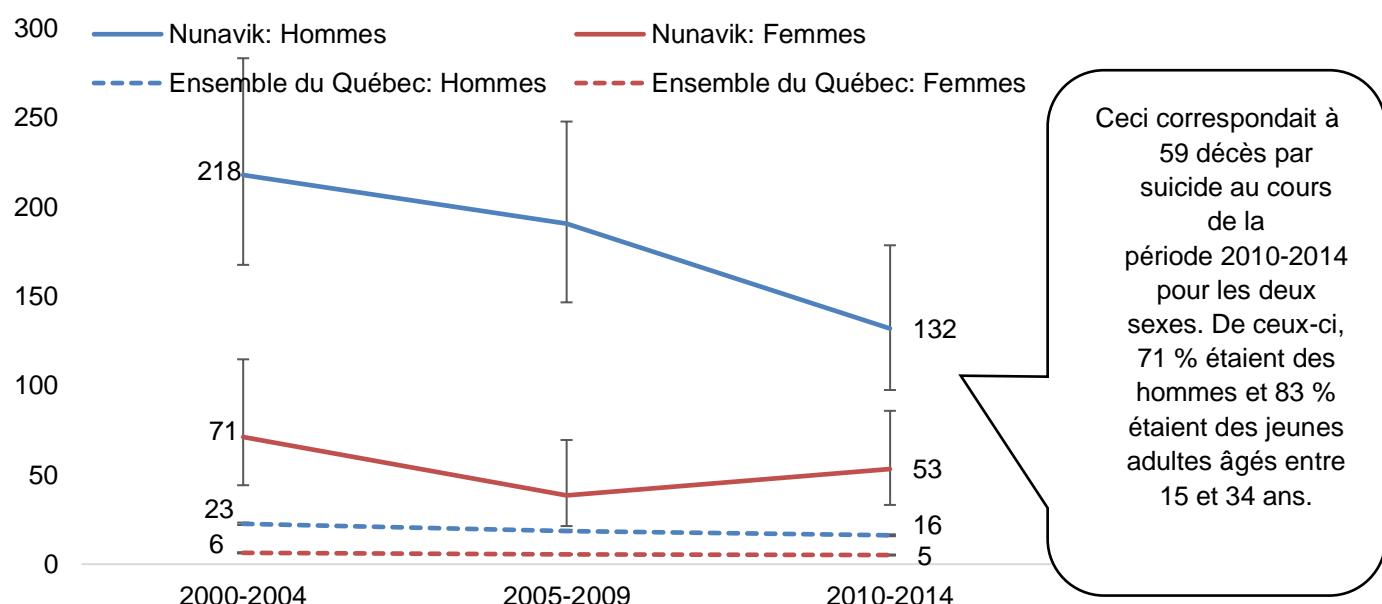
²³ Kamaqtiaqtut Help Line, 1-800-265-3333; OR [chat](#); OR 1-855-242-3310; Inuit Values and Practices, NRBHSS, 1 877 686-2845; Kids Help Phone, 1-800-668-6868, www.kidshelpphone.ca.

²⁴ Les décès par suicide sont définis par des codes spécifiques de la Classification internationale des maladies (CIM) et sont confirmés par le Bureau du coroner.

Selon les données dont nous disposons²⁵, le taux de suicide mesuré pour la région en 2010-2014 (93/100 000) pour les hommes et les femmes demeure huit fois supérieur à celui du Québec (11/100 000) pour la même période (figure 21). En fait, entre les années 2000 et 2015, le Nunavik a enregistré une moyenne de 13 décès par suicide par année. L'année 2008 étant celle où le plus grand nombre de décès a été noté ($n = 18$), alors que 2006 et 2007 furent celles où le plus faible nombre a été documenté ($n = 10$). Pour les années disponibles les plus récentes, soit de 2012 à 2015 inclusivement, onze décès par année ont été enregistrés. La pendaison constitue le moyen le plus fréquemment utilisé pour toutes les périodes présentées (données de ce paragraphe non illustrées).

Lorsqu'on se penche sur l'âge et le sexe, les taux de mortalité par suicide au Nunavik affichent des variations importantes. En effet, à l'instar de ce que l'on observe ailleurs au Québec, les taux de mortalité chez les hommes demeurent deux fois plus élevés que chez les femmes (figure 21). De plus, les jeunes adultes de 15 à 34 ans constituent le groupe d'âge le plus touché (voir la bulle de la figure 21). Finalement, une baisse (non significative) de la mortalité par suicide est observée chez les hommes au Nunavik au cours de la période étudiée, tandis qu'elle semble relativement stable chez les femmes (figure 21).

Figure 21 Taux ajustés de mortalité (/100 000) par suicide, hommes et femmes, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

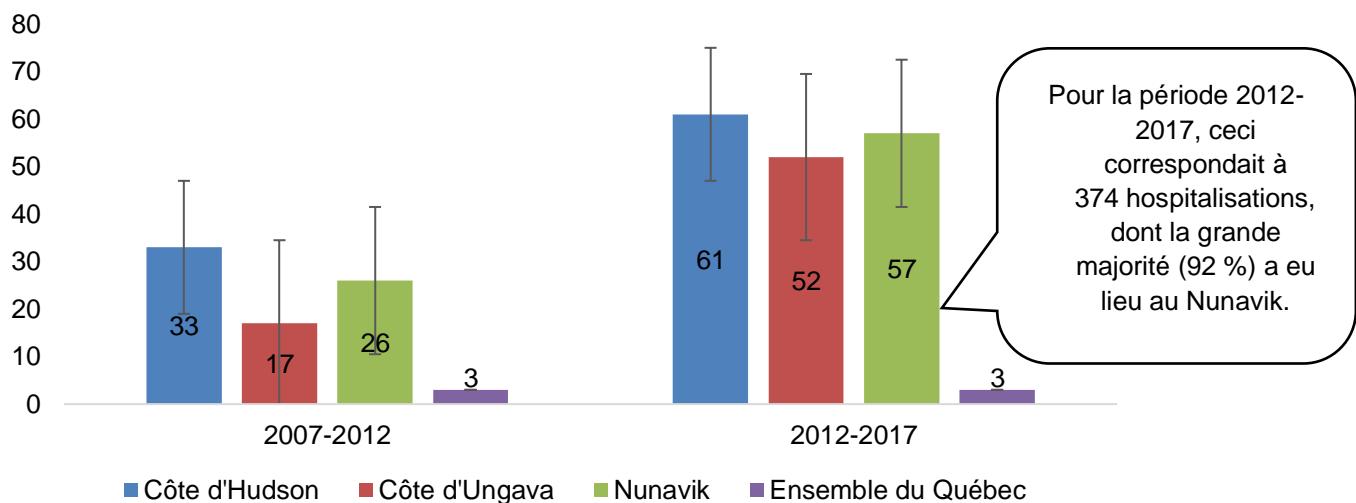
- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : Les taux pour les populations du Nord-du-Québec et des Terres-cries-de-la-Baie-James sont basés sur des numérateurs trop faibles pour être présentés.

²⁵ Rappelons que les données présentées n'incluent pas les suicides survenus entre 2015 et 2018. Aussi, pour des raisons de puissance statistique et de confidentialité, ces données ne peuvent être diffusées par communauté. Ces limites méthodologiques peuvent faire en sorte que le portrait dressé ici ne reflète pas la réalité de certaines communautés. En effet, même un tout petit nombre de décès constitue indéniablement une tragédie. Le sentiment d'urgence sera d'autant plus grand si ceux-ci surviennent tous sur une courte période au sein d'une même communauté.

D'autre part, les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide au Nunavik n'ont cessé de s'accroître au cours des dernières années, creusant d'autant plus les écarts avec la population du Québec (figure 22). On remarque aussi que cette hausse touche presque également les deux côtes, et ce, en dépit du biais d'information affectant les hospitalisations pour la population de la côte d'Ungava.

Figure 22 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour une tentative de suicide, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

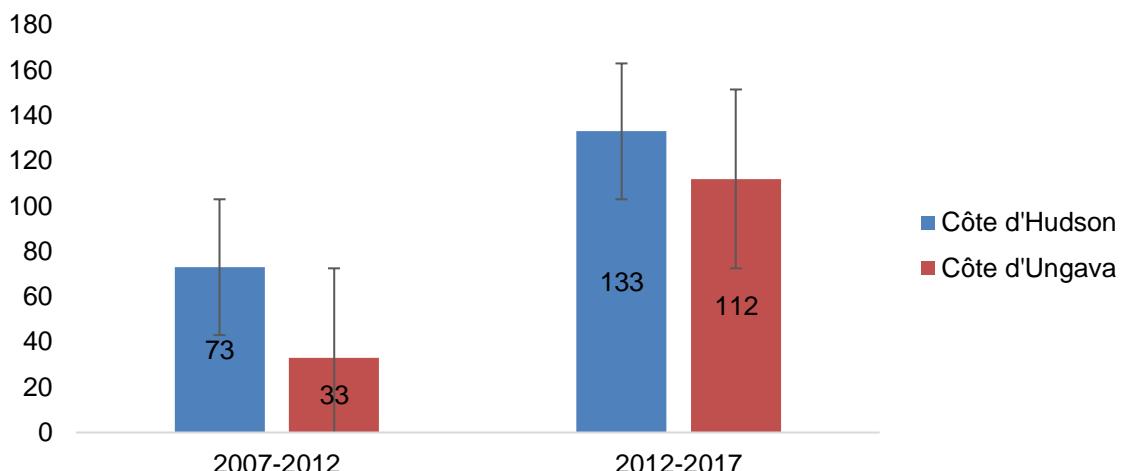
- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence dû au changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

La figure 23 permet de constater que le nombre d'hospitalisations pour tentative de suicide chez les adultes de moins de 35 ans²⁶ est particulièrement élevé comparativement aux plus âgés, et ce, pour les deux côtes du Nunavik. Enfin, les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide chez les femmes sont beaucoup plus élevés que ceux des hommes (figure 24).

²⁶ Les taux pour les populations de 35 ans et plus sont basés sur des numérateurs trop faibles pour être montrés.

Figure 23 Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour une tentative de suicide, 15 à 34 ans, Nunavik, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



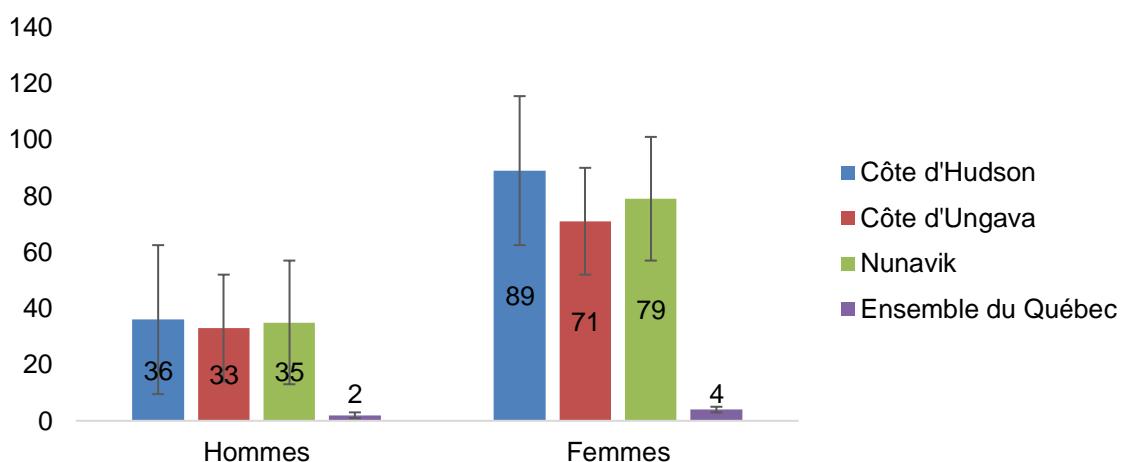
Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Figure 24 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour une tentative de suicide, hommes et femmes, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

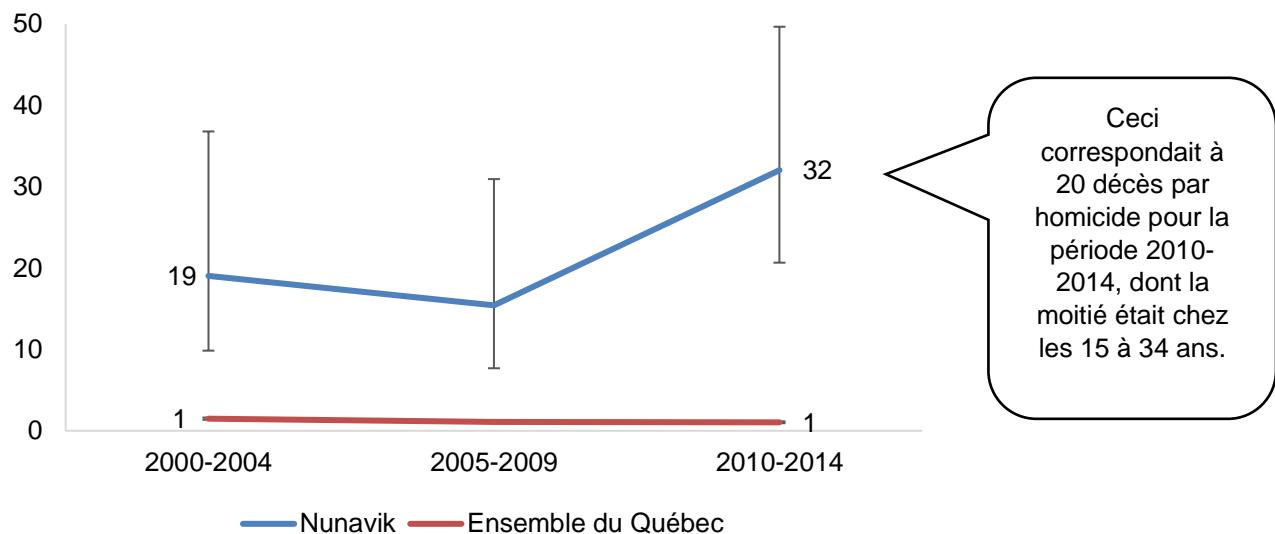
- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

3.3.2.2 Agressions et homicides

Les taux de mortalité en raison d'un homicide semblent avoir connu une tendance (non significative) à la hausse au Nunavik, creusant davantage l'écart avec l'ensemble du Québec au cours des dernières années (figure 25). Au Québec, les taux semblent pour leur part être demeurés stables au cours de la même période.

Figure 25 Taux ajustés de mortalité (/100 000) par homicide, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

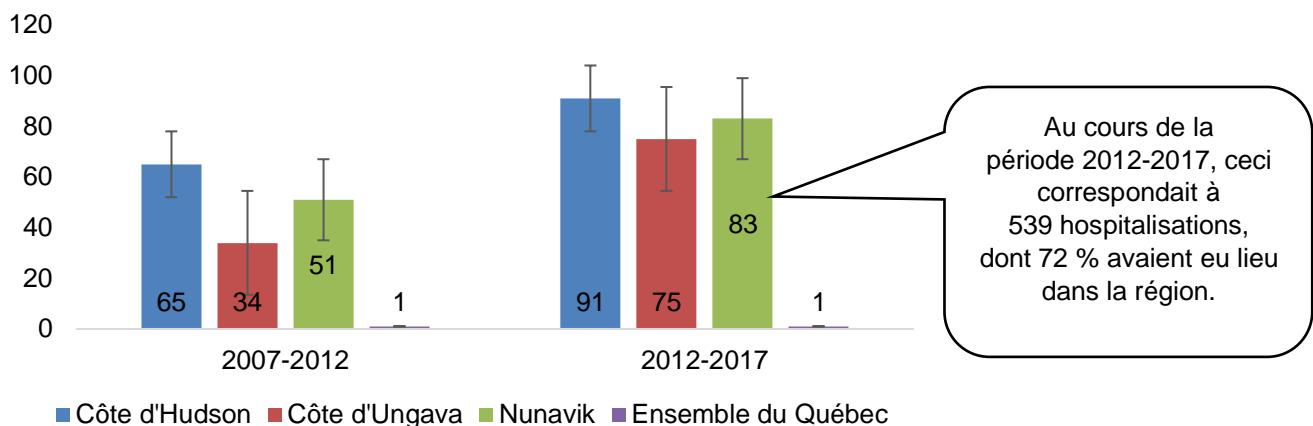
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Quant aux taux d'hospitalisation pour agression, ils ont significativement augmenté dans la région par opposition à ceux du Québec qui sont demeurés stables (figure 26). Ces hausses sont significatives tant sur la côte d'Hudson que celle d'Ungava, suggérant que l'on ne peut l'attribuer au biais d'information créé par la modification du mode de saisie des hospitalisations au CSTU en cours de la dernière période.

Le rapport *Interpersonal violence and community safety de Qanuilorpitaa ? 2017* présente notamment des données sur la violence physique vécue durant l'enfance, à l'âge adulte et chez les aînés selon l'âge, le sexe et d'autres indicateurs sociodémographiques ([Muckle et al., 2021](#)).

Figure 26 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour une agression, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

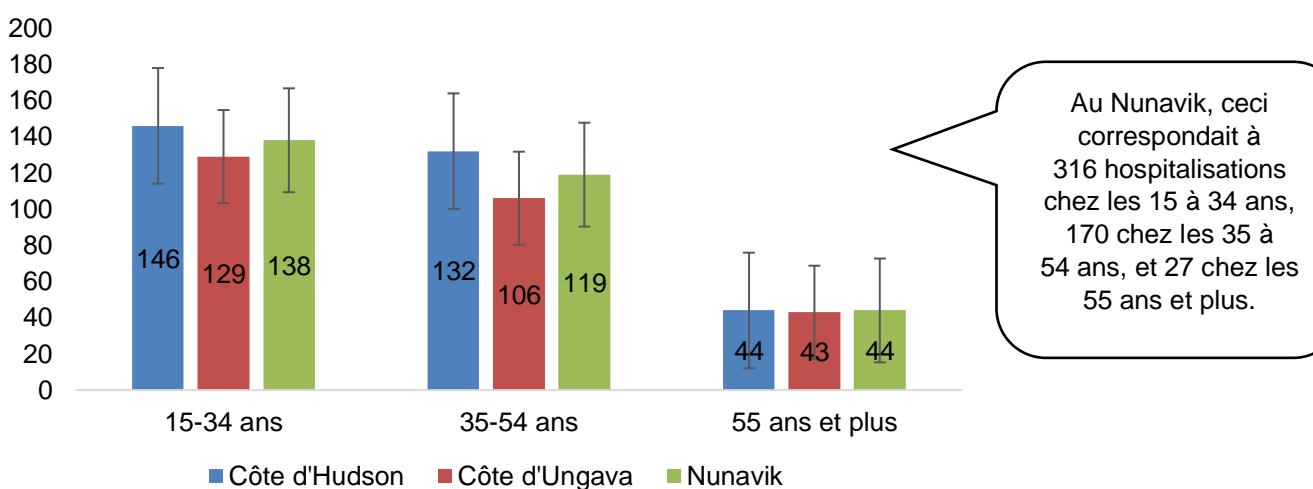
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence dû au changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Comme illustré à la figure 27, les taux d'hospitalisation pour une agression sont significativement moins élevés chez les adultes de 55 ans et plus.

Figure 27 Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour une agression, par groupes d'âge, Nunavik, côtes du Nunavik, 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence dû au changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

3.3.3 EN SOMME

Concernant les traumatismes non intentionnels :

1. Les taux de mortalité au Nunavik sont environ sept fois plus élevés que ceux du Québec.
2. On observe chez les 15-34 ans une hausse du nombre d'hospitalisation en raison d'un traumatisme non intentionnel sur les deux côtes.
3. Les causes principales des hospitalisations varient selon les groupes d'âge. Les accidents de véhicules hors routes et de véhicules à moteur se trouvent au premier et second rang chez les 15 à 34 ans, alors que les chutes constituent la cause principale des traumatismes non intentionnels chez les 35 ans et plus.
4. Les blessures causées par des véhicules hors routes et des véhicules à moteur surviennent particulièrement chez les jeunes adultes (15-34 ans), et ce, peu importe la côte de résidence.

Concernant les traumatismes intentionnels :

1. Le taux de décès par suicide au Nunavik est huit fois supérieur à celui du Québec.
2. Les taux d'hospitalisation pour tentatives de suicide ont significativement augmenté dans la population du Nunavik. Cette hausse touche presque également les deux côtes en dépit du biais d'information affectant les hospitalisations pour la population de la côte d'Ungava.
3. On observe des tendances non significatives à la hausse pour les décès par homicide et des hausses significatives pour les hospitalisations pour une agression, surtout parmi les 15 à 34 ans.

3.4 La santé des aînés

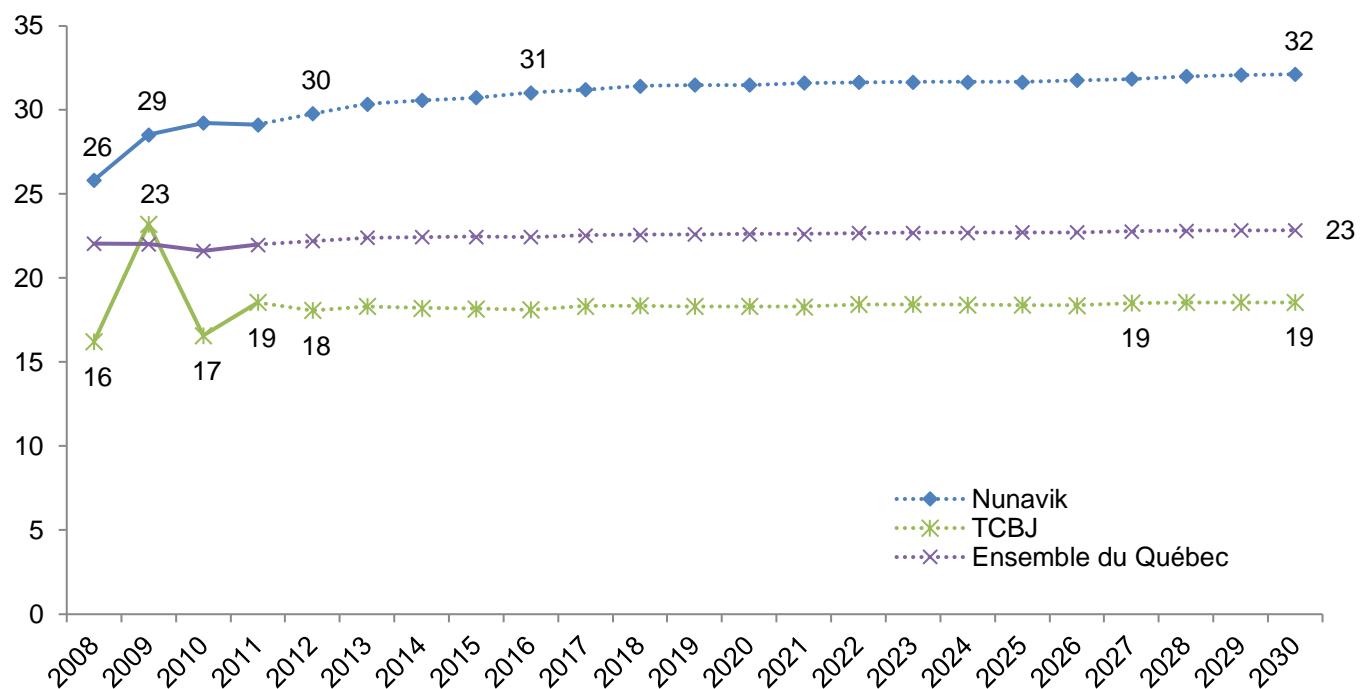
Avec l'accroissement de la population âgée au Nunavik, il est à prévoir que la fréquence des maladies chroniques augmentera au cours des prochaines années. Tel que mentionné dans la section 3.2, on retrouve parmi les maladies chroniques les plus fréquentes chez les personnes de 55 ans et plus, les cancers suivis des MAR et des MAC.

3.4.1 CANCERS

Les données récentes sur l'incidence (nouveaux cas par année) du cancer au Nunavik ne peuvent être présentées dans ce profil puisque le registre du cancer québécois n'a pas été mis à jour depuis 2010. Dans ce contexte, les données d'hospitalisation liées au cancer constituent le meilleur portrait actuellement disponible.

Cependant, il est possible d'utiliser les dernières données d'incidence pour établir des projections dans le temps. La figure 28 démontre qu'une augmentation des taux d'incidence de cancer s'est déjà amorcée au Nunavik et qu'elle devrait se poursuivre au cours des 20 prochaines années. Cette tendance signifie que l'écart entre les taux d'incidence au Nunavik et ceux du Québec s'accroîtra au cours de cette période si les taux québécois demeurent stables.

Figure 28 Taux d'incidence et projections des taux d'incidence du cancer (/100 000), Nunavik, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2008 à 2030



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 8 mai 2017.

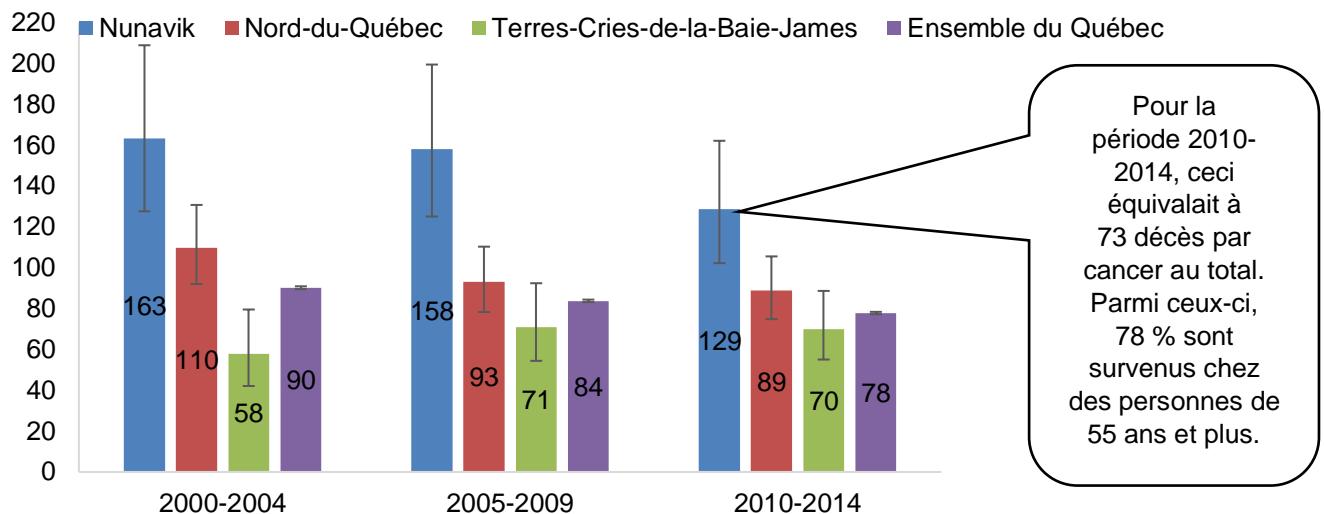
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des Tumeurs, version juin 2013 (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2014;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version décembre 2014) selon le découpage géographique en vigueur en avril 2014.

Note : Les années 2008 à 2010 sont basées sur les nombres de cas réels. Les données sont des projections à partir de 2011.

Alors que les taux d'incidence du cancer continueront d'augmenter au cours des prochaines années, les taux de mortalité par cancer semblent démontrer une certaine tendance non significative à la baisse au Nunavik au cours de la période étudiée (figure 29).

Figure 29 Taux ajustés de mortalité (/100 000) par cancer, Nunavik, Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2004-2009 et 2010-2014



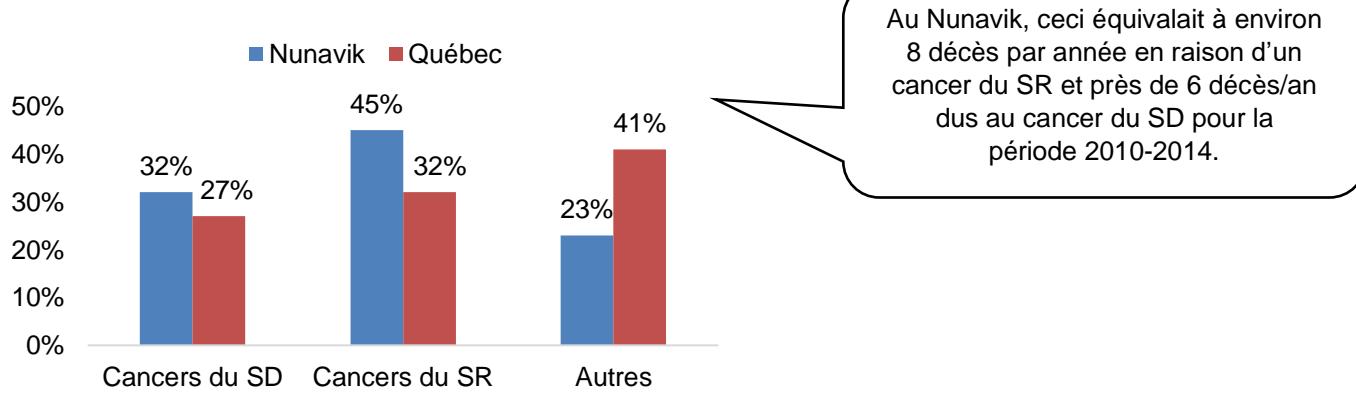
Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

En termes de sièges²⁷, les cancers du système respiratoire (SR) causent le plus de décès, suivis des cancers du système digestif (SD). Ces deux types de cancers comptent pour plus du trois quarts des décès par cancer au Nunavik, alors qu'ils ne totalisent que 60 % de l'ensemble des décès au Québec (figure 30). Notons également que le nombre de décès par cancer du sein et du col de l'utérus représente une part importante des décès au Nunavik et au Québec (« autres », figure 30). Le nombre de décès pour ces types de cancer au Nunavik est toutefois trop faible pour être présenté séparément.

Figure 30 Proportion des décès par cancer selon le siège, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018

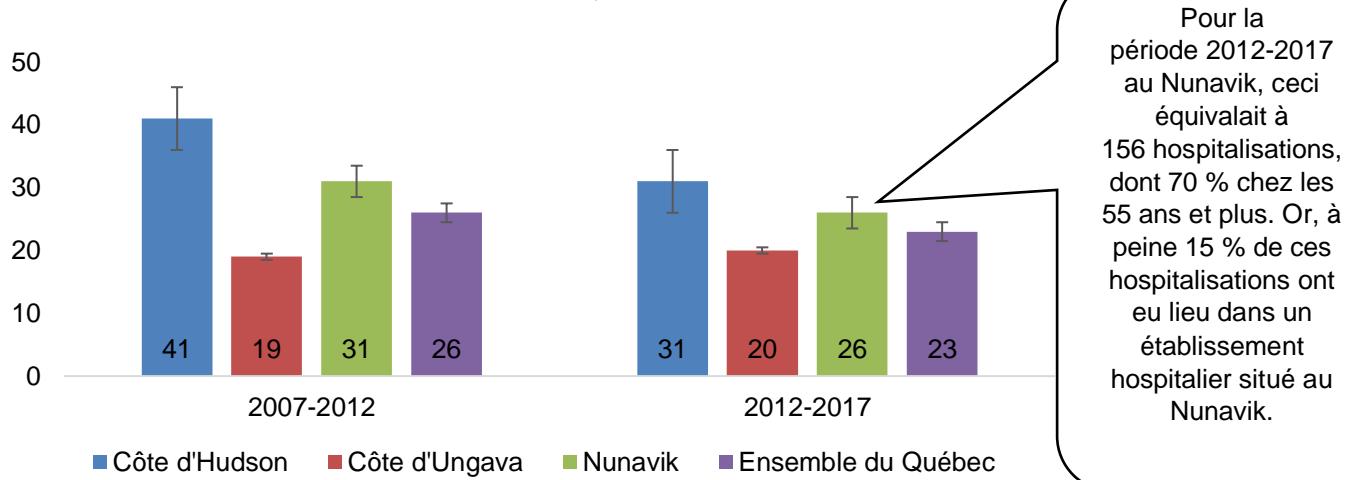
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

²⁷ Origine de la tumeur (topographie).

Les taux d'hospitalisation pour un cancer au Nunavik sont semblables à ceux du Québec (figure 31). Ceci est cohérent avec les taux d'incidence de cancer qui, de 2008 à 2010, étaient encore peu élevés en comparaison à ceux du Québec (figure 28). Entre 2007 et 2017, on observe une réduction de l'écart entre les deux côtes du Nunavik (figure 31).

Figure 31 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour un cancer, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

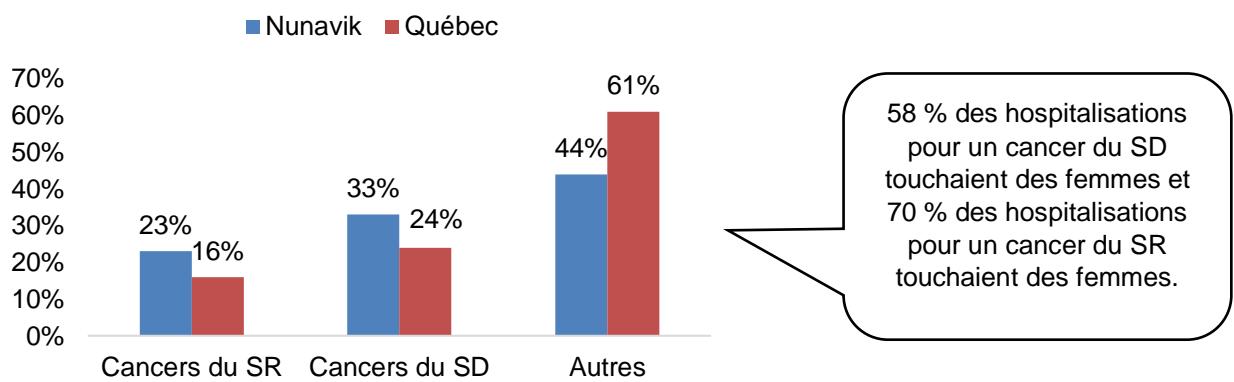
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

En termes de sièges, on remarque encore ici que la part des cancers du SR et SD occupe près de 60 % des hospitalisations pour tous types de cancer au Nunavik, alors qu'ils ne représentent que 40 % des hospitalisations au Québec (figure 32). Les autres sièges (cancers du sein, de la prostate ou des organes génitaux féminins) présentent de trop faibles taux pour être présentés séparément.

Figure 32 Proportion des causes d'hospitalisation pour un cancer selon le siège, Nunavik et ensemble du Québec, 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

La mortalité et les hospitalisations des cancers des SR et des SD sont plus fréquentes au Nunavik qu'au Québec. On observe une tendance à la baisse de la mortalité par cancer du SR (figure 33) alors que la mortalité par cancer du SD semble avoir légèrement augmenté au Nunavik (figure 34).

Figure 33 Taux ajustés de mortalité (/100 000) et d'hospitalisation (/10 000), cancers du SR, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014

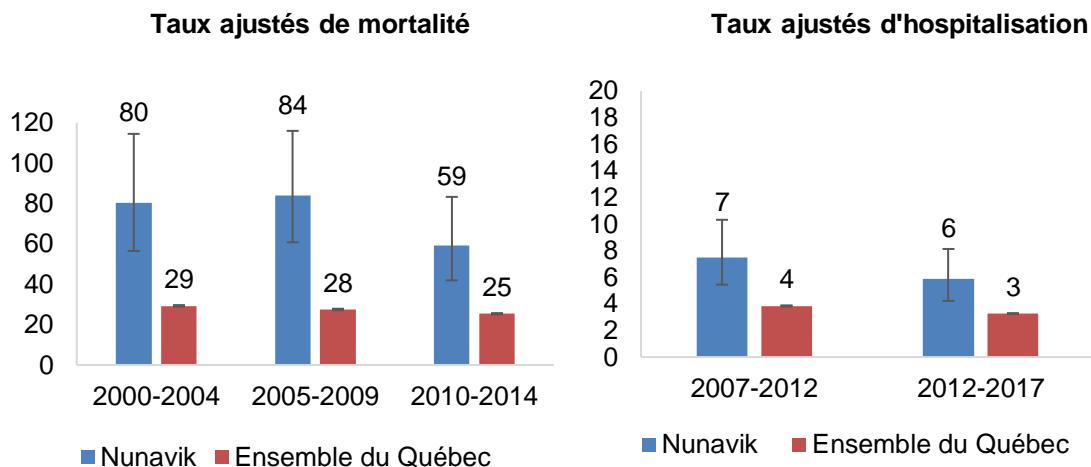
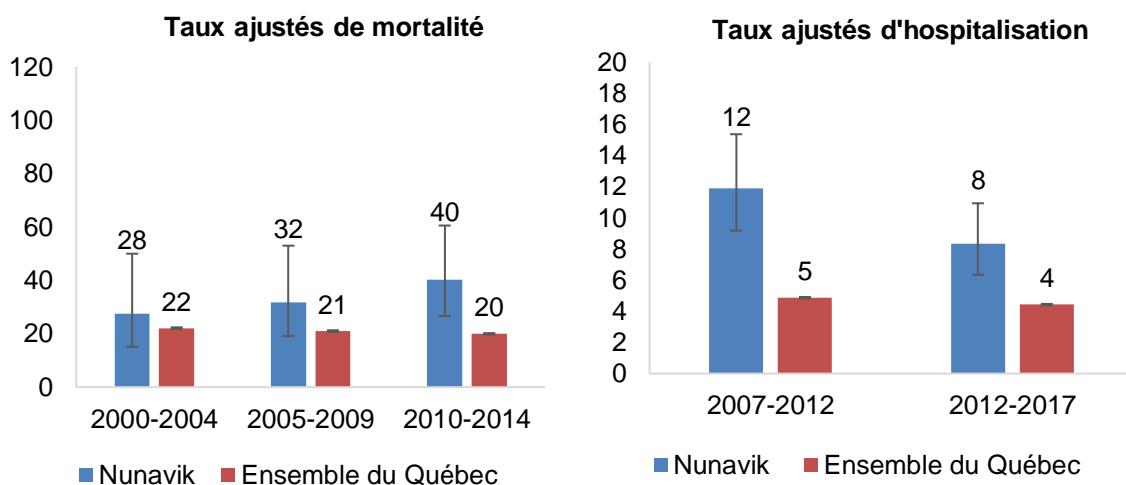


Figure 34 Taux ajustés de mortalité (/100 000) et d'hospitalisation (/10 000), cancers du SD, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014



Figures 33 et 34 : données sur les hospitalisations.

Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Figures 33 et 34 : données sur la mortalité.

Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

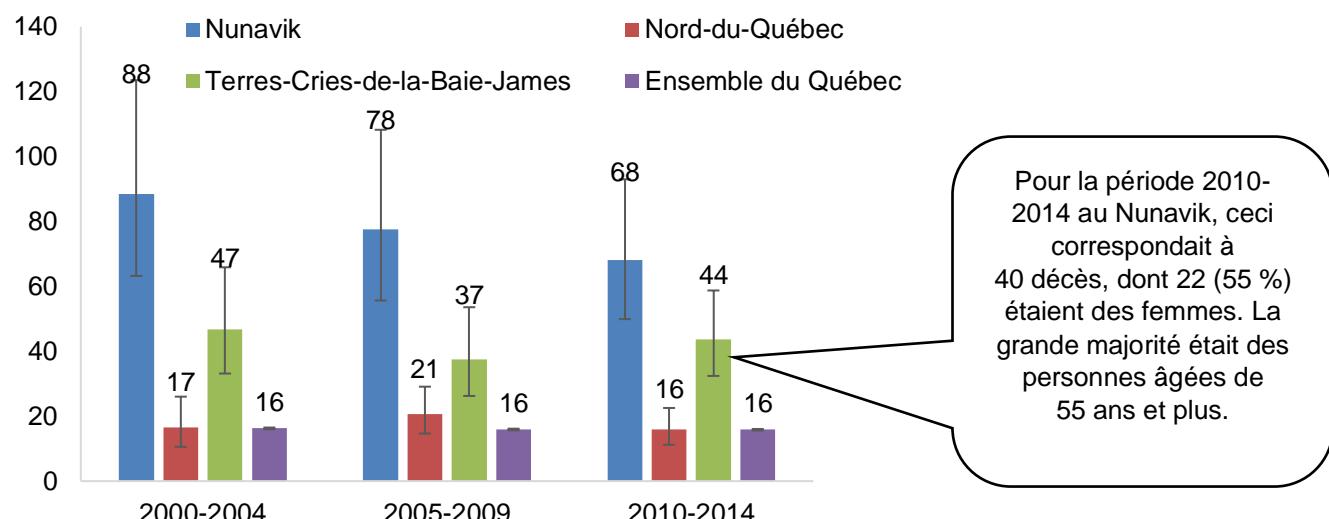
3.4.2 MALADIES DE L'APPAREIL RESPIRATOIRE (MAR)

Les affections classées sous le terme de « maladies de l'appareil respiratoire » (MAR) incluent l'ensemble des affections des voies respiratoires supérieures (telles que les sinusites et rhinosinusites), de même que la grippe, la pneumonie, les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC)²⁸ et toute autre affection des voies respiratoires inférieures (Statistique Canada, 2019). Les hospitalisations pour tuberculose ont aussi été considérées étant donné l'importance de ce problème dans la région.

Pour plus de détails sur la santé respiratoire des Nunavimmiut, le rapport *Respiratory Health de Qanuillirpitaa ? 2017* aborde l'asthme, les MPOC, les symptômes de détresse respiratoire (toux chronique, expectorations chroniques, bronchite chronique, sifflement, dyspnée) ainsi que les antécédents consignés au dossier médical (tuberculose active et hospitalisation durant la petite enfance causée par une infection respiratoire; [Robert et al., 2020](#)). De plus, comme le tabagisme fait partie des facteurs de risque important aux MAR, le rapport *Substance use de Qanuillirpitaa ? 2017* aborde l'âge d'initiation au tabac, la prévalence, le nombre de cigarettes moyen par jour, la fumée secondaire et les tentatives d'arrêt de consommation tabagique ([Bélanger et al., 2020](#)).

Rappelons d'abord que les MAR constituent la deuxième cause de mortalité la plus fréquente chez les 55 ans et plus. Comme indiqué ci-dessous (figure 35), la mortalité par MAR présente un écart significatif avec les autres populations du Québec, même si cet écart s'est réduit au cours des dernières années.

Figure 35 Taux ajustés de mortalité (/100 000) par MAR, Nunavik, Nord-du-Québec, Terres-Cries-de-la-Baie-James et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

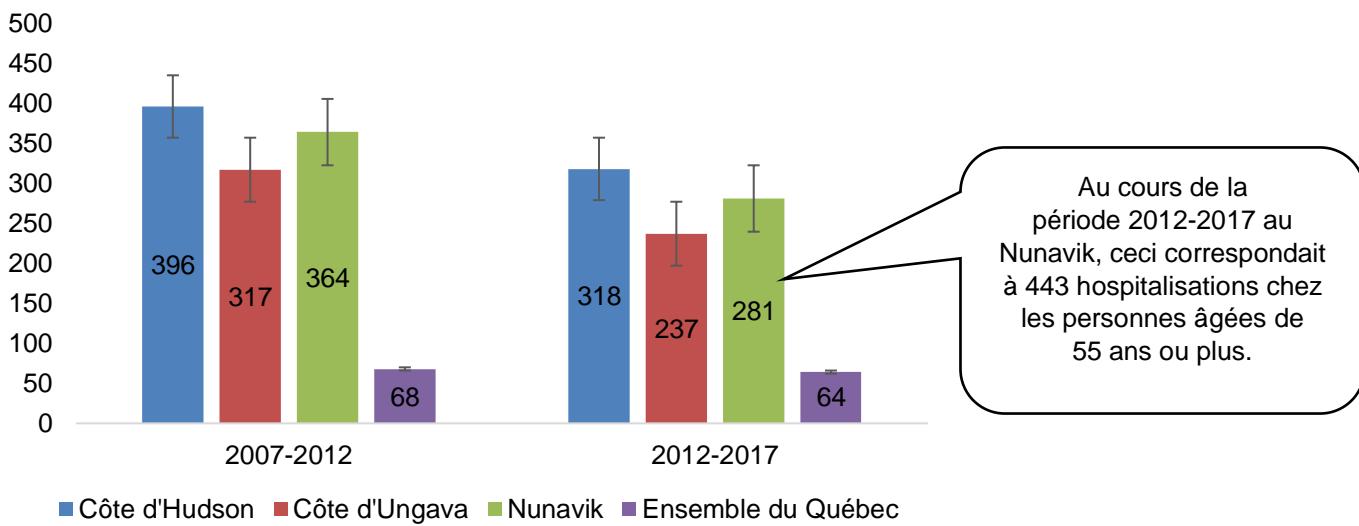
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

²⁸ Les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC) sont des maladies chroniques caractérisées par l'essoufflement, la toux chronique et la production accrue de crachat (Agence de la santé publique du Canada, 2004).

Les taux d'hospitalisation en raison des MAR présentent des baisses significatives, et ce, pour les populations des deux côtes. Les taux de la côte d'Hudson demeurent toutefois significativement plus élevés que ceux de la côte d'Ungava²⁹ (figure 36).

Figure 36 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour les MAR, Nunavik, côtes du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

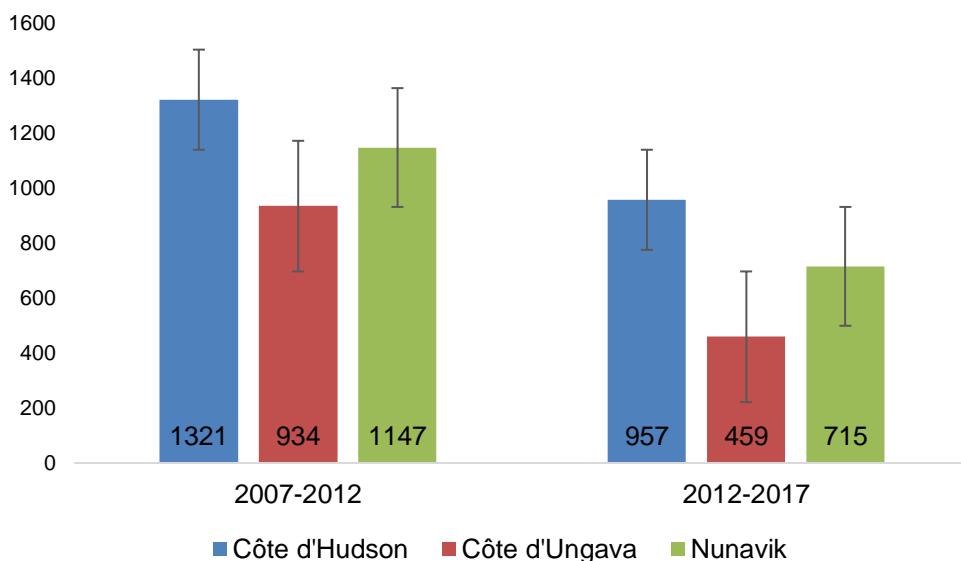
Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

À la figure 37, on observe une réduction significative pour les deux côtes des taux d'hospitalisation chez les 55 ans et plus. Les taux pour la population de la côte d'Hudson demeurent significativement plus élevés que ceux de la population de la côte d'Ungava³⁰.

²⁹ Malgré le biais d'information lié aux critères de saisie des hospitalisations du CSTU.

³⁰ Malgré le biais d'information lié aux critères de saisie des hospitalisations du CSTU.

Figure 37 Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour les MAR, 55 ans et plus, Nunavik, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

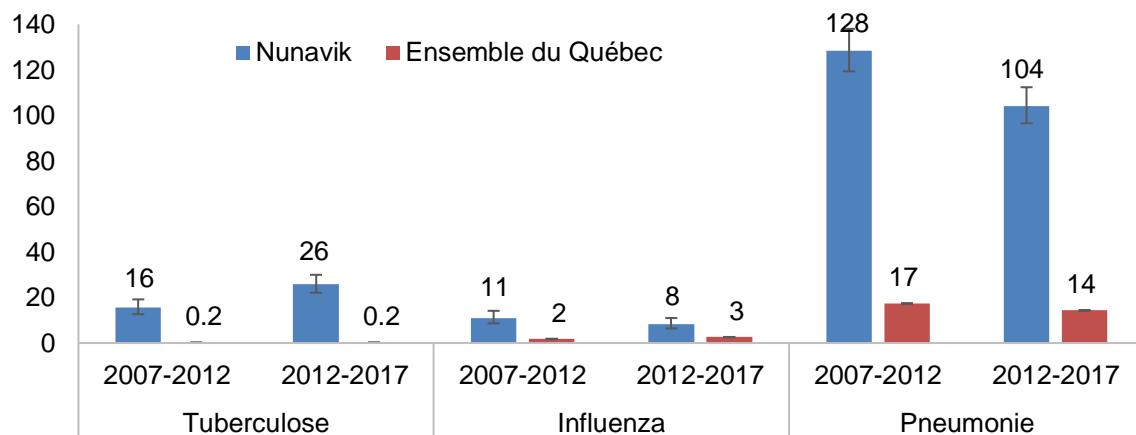
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : L'interprétation de la tendance temporelle entre les périodes 2007-2012 et 2012-2017 est à effectuer avec prudence en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU.

Tel qu'illustré à la figure 38, on remarque que les éclosions de tuberculose dans la région pour la période 2012-2017 ont eu pour conséquence d'accroître significativement les taux d'hospitalisation pour cette infection. La tuberculose constitue la seule infection respiratoire à présenter une augmentation des hospitalisations au cours de cette période.

Figure 38 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour les infections respiratoires ciblées, Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

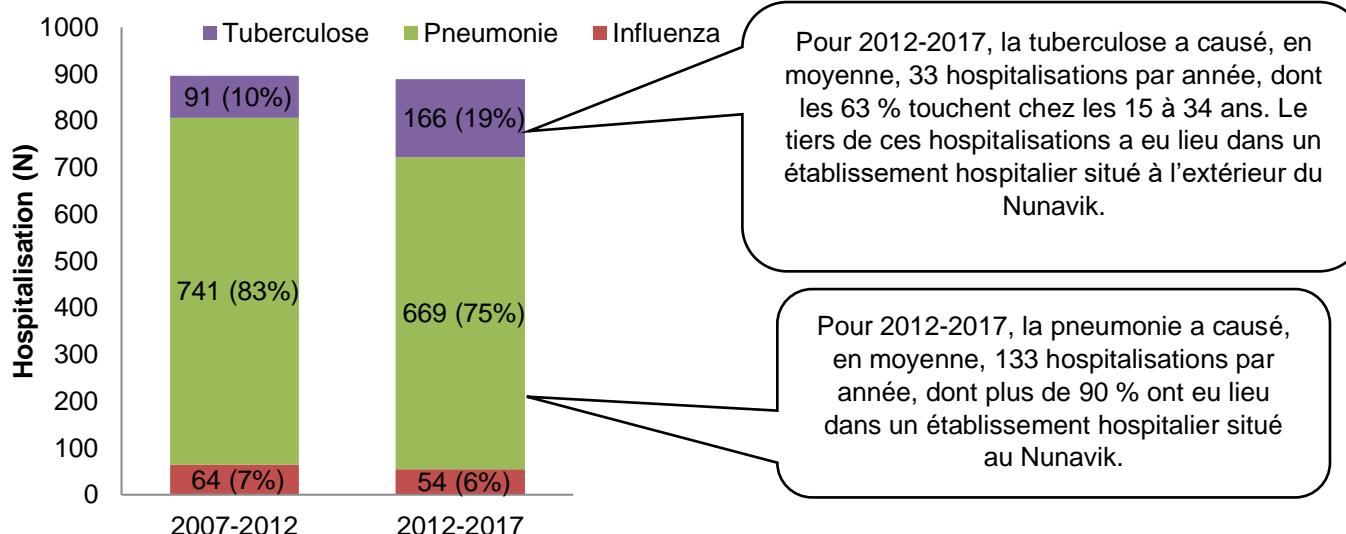
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Toutefois, les pneumonies occasionnaient quatre fois plus d'hospitalisation que la tuberculose et l'influenza combinées pour la période 2012-2017 (figure 39). Les hospitalisations pour la tuberculose

touchent par ailleurs surtout les jeunes adultes âgés de 15 à 34 ans (non illustré). Ces derniers requièrent souvent une hospitalisation hors Nunavik pour avoir accès aux chambres à pression négative requise pour l'isolement des cas de tuberculose active pendant la période de contagiosité.

Figure 39 Nombre total et proportion d'hospitalisation (%) pour les infections respiratoires ciblées, Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Compilation Nathalie Gravel.

Sources primaires :

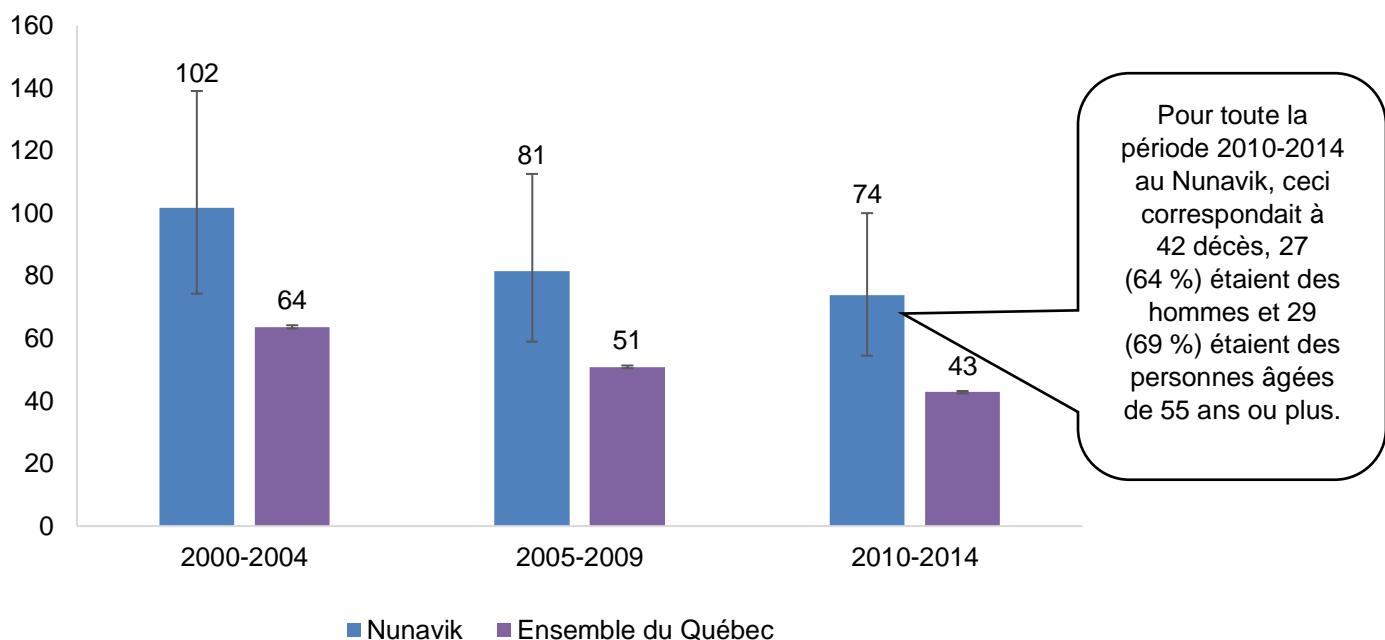
- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017.

3.4.3 MALADIES DE L'APPAREIL CIRCULATOIRE (MAC)

Les MAC comprennent toute forme de maladie du cœur ou des vaisseaux sanguins, incluant les cardiopathies rhumatismales aigües et chroniques, les maladies hypertensives (dont l'hypertension) et cérébro-vasculaires (tels les accidents vasculo-cérébraux ou AVC), ainsi que les cardiopathies ischémiques (incluant l'angine et l'infarctus du myocarde). Les taux de mortalité et d'hospitalisation associés y sont présentés dans cette section.

Tout comme les taux de mortalité par MAR, ceux par MAC présentent une tendance non significative à la baisse, réduisant ainsi l'écart entre les taux du Nunavik et du Québec (figure 40). L'écart entre le Nunavik et le Québec demeure toutefois significatif.

Figure 40 Taux ajustés de mortalité (/100 000) pour les MAC, Nunavik et ensemble du Québec, 2000-2004, 2005-2009 et 2010-2014



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

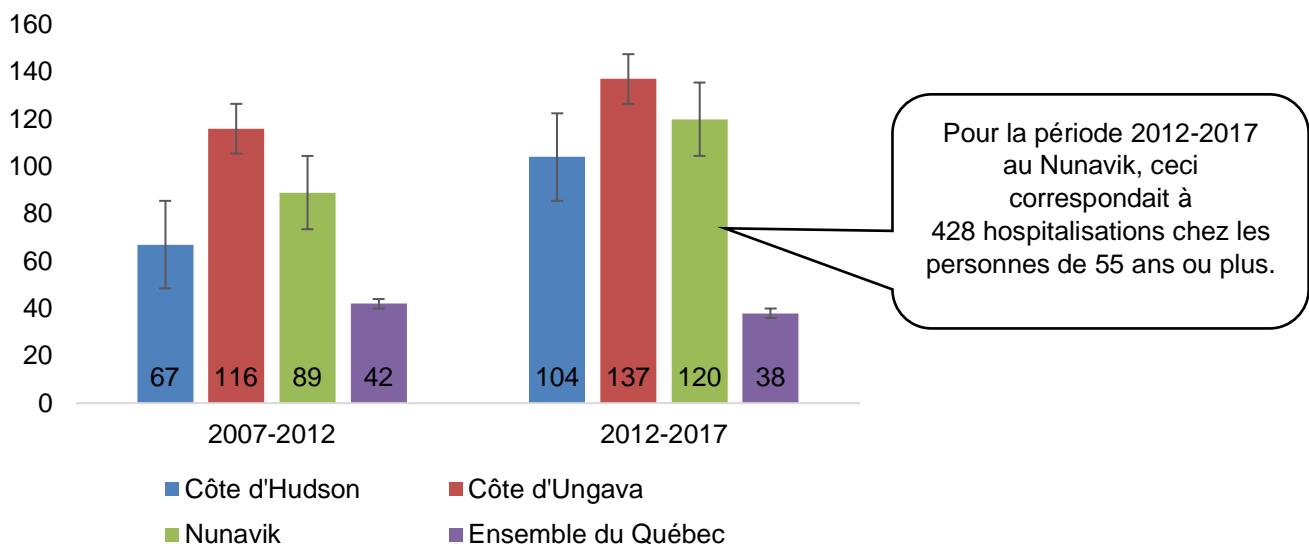
Sources primaires :

- MSSS, Fichier des décès (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Les hospitalisations pour les MAC sont en augmentation significative au Nunavik contrairement à la tendance québécoise (figure 41). Ainsi, l'écart entre les taux des populations du Nunavik et ceux du Québec s'est accentué.

Contrairement à ce qui a été observé pour les MAR (section 3.4.2), la population de la côte d'Ungava présente les taux les plus élevés d'hospitalisation pour les MAC. Ceci est vrai pour les deux périodes étudiées, et non seulement pour la période de 2012-2017 affectée par la modification des critères de saisie des hospitalisations au CSTU.

Figure 41 Taux ajustés d'hospitalisation (/10 000) pour les MAC, Nunavik, du Nunavik et ensemble du Québec, 2007-2012 et 2012-2017



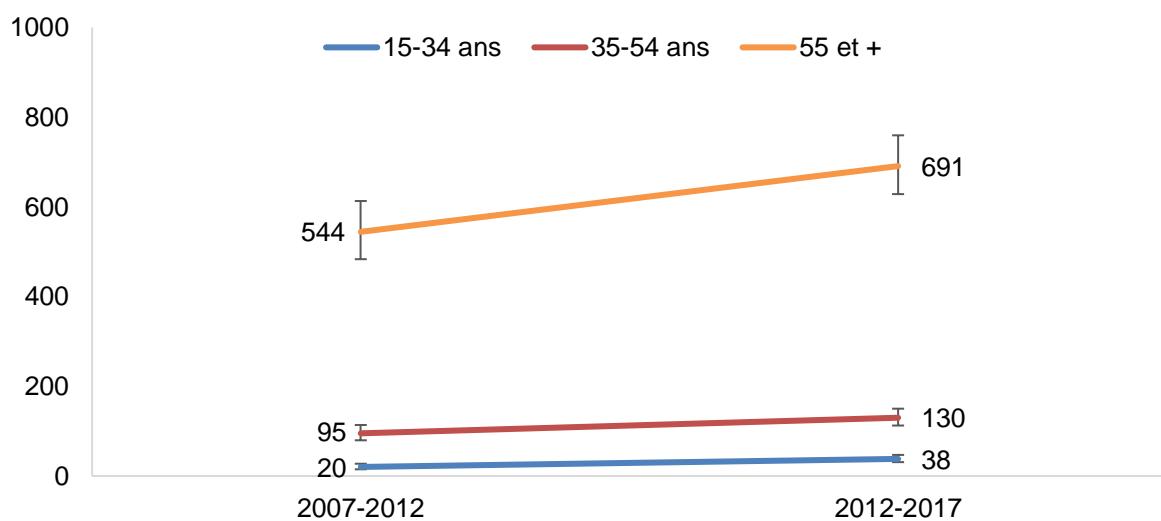
Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- Base de données sur les congés des patients, Institut canadien d'information sur la santé, actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

On observe une hausse des hospitalisations pour les MAC chez les personnes de 55 ans et plus entre les deux périodes étudiées (figure 42). Les taux bruts d'hospitalisation causés par les MAC sont présentés par côte à la figure 43 à titre informatif³¹.

Figure 42 Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour les MAC, par groupes d'âge, Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



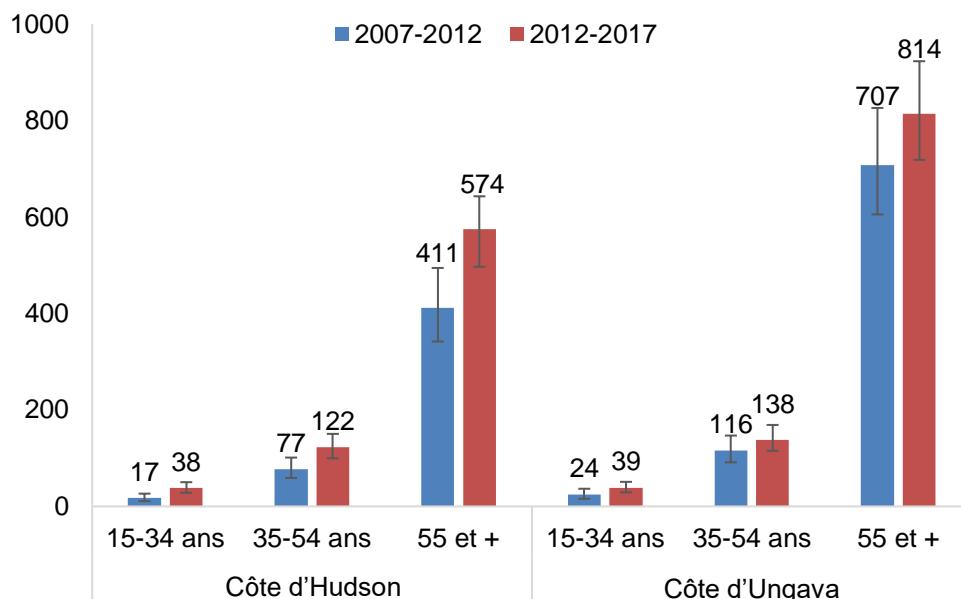
Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

³¹ Il n'est pas recommandé de comparer les données entre les côtes dues au changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU en 2012.

Figure 43 Taux bruts d'hospitalisation (/10 000) pour les MAC, par groupes d'âge, Nunavik, côtes du Nunavik, 2007-2012 et 2012-2017



Source secondaire : Infocentre de santé publique du Québec. Mise à jour de l'indicateur le 12 février 2018.

Sources primaires :

- MSSS, Fichier des hospitalisations MED-ÉCHO (produit électronique), actualisation découpage territorial version M34-2017;
- MSSS, Estimations et projections démographiques, produit électronique (1981-1995 : version avril 2012, 1996-2036 : version mai 2017).

Note : Il n'est pas recommandé de comparer les données entre les côtes en raison du changement de critères de saisie qui définissent les hospitalisations au CSTU en 2012.

3.4.4 EN SOMME

1. Avec l'accroissement de la proportion des personnes âgées au Nunavik, la fréquence et la proportion des maladies chroniques sont appelées à augmenter au cours des prochaines années, particulièrement celle des cancers, des maladies de l'appareil respiratoire et des maladies de l'appareil circulatoire³².

Concernant les cancers :

2. Les cancers du système respiratoire et du système digestif occasionnent le plus grand nombre de décès au Nunavik chez les aînés (77 %).
3. Les taux d'hospitalisation pour cancer sont en baisse significative au Nunavik, rattrapant ainsi les taux du Québec.
4. Les taux de mortalité par cancer demeurent significativement plus élevés pour la population du Nunavik que pour celles du Québec, et ce, principalement à cause de la plus grande part des cancers des systèmes respiratoires et digestifs.
5. La population de la côte d'Hudson présente des taux plus élevés d'hospitalisation par cancer que celle de l'Ungava.

Concernant les maladies de l'appareil respiratoire :

6. Les taux de mortalité et d'hospitalisation causés par les maladies de l'appareil respiratoire ont diminué significativement au Nunavik, même si ces taux sont élevés comparés à ceux du Québec.
7. Les hospitalisations pour tuberculose sont en hausse au Nunavik ces dernières années et celles-ci touchent particulièrement les jeunes de 15 à 34 ans. Les hospitalisations pour les autres

³² Rappel de la considération du biais d'information potentiel lié aux critères de saisie des hospitalisations du CSTU.

maladies de l'appareil respiratoire, pour leur part, touchent davantage les personnes âgées de 55 ans et plus.

Concernant les maladies de l'appareil circulatoire :

8. Le taux de mortalité associé aux maladies de l'appareil circulatoire au Nunavik présente une tendance non significative à la baisse.
9. Les hospitalisations sont en hausse, creusant ainsi davantage l'écart avec celles du Québec.

4 Conclusion

Le présent profil visait à présenter des indicateurs de morbidité hospitalière, de mortalité ainsi que des données sociodémographiques de la population âgée de 15 ans et plus au Nunavik. La proportion des personnes âgées de 35 ans et plus prend de plus en plus d'ampleur au sein de la région. À elles seules, les personnes d'âge adulte seront ainsi appelées à dépasser le cap des 10 000 d'ici une quinzaine d'années. Cette augmentation aura nécessairement un impact sur les besoins de la population en matière de santé et le développement des services requis pour bien y répondre.

Rappelons que la modification des critères de saisie des hospitalisations au Centre de santé *Tulattavik* de l'Ungava (CSTU) en 2012 a possiblement eu pour conséquence une hausse des taux d'hospitalisation pour la population de la côte d'Ungava. Cette modification touche particulièrement les causes d'hospitalisation associées aux TNI puisque ce sont des causes qui mènent habituellement à une hospitalisation de moins de 24 heures.

4.1 Retour sur les résultats

Bien que l'espérance de vie des hommes ait augmenté au Nunavik, celle des femmes est demeurée stable au cours des dernières décennies. Avec une espérance de vie de 66 ans pour les hommes et de 69 ans pour les femmes, la population du Nunavik présente une espérance de vie d'une quinzaine d'années inférieure à celle de la population du Québec.

En ce qui a trait à la mortalité liée à tous types de causes, celle-ci présente une tendance à la baisse dans la région alors que les hospitalisations semblent pour leur part avoir connu une importante hausse. Toutefois, cette hausse peut être expliquée par la modification des critères de saisie au CSTU au cours de la période étudiée.

Les causes de mortalité et de morbidité hospitalière les plus fréquentes chez les personnes âgées entre 15 et 54 ans sont liées aux TNI et aux TI. Concernant les taux de mortalité causés par les TNI, on remarque une tendance non significative à la baisse au Nunavik. Par contre, ces taux demeurent encore très élevés en comparaison à d'autres populations nordiques au Québec. Les hospitalisations en raison d'un TNI semblent par ailleurs avoir significativement augmenté au Nunavik, mais cette hausse pourrait être en partie expliquée par la modification dans la saisie des hospitalisations au CSTU à partir de 2012.

Les causes principales des TNI varient selon les groupes d'âge. Les accidents de VHR et de VAM viennent au premier et second rang chez les 15 à 34 ans, alors que les chutes constituent la cause principale des TNI chez les 35 ans et plus. Quant aux TI, les taux d'hospitalisation pour une tentative de suicide et les agressions ont significativement augmenté dans la population du Nunavik au cours de la période étudiée. C'est parmi les jeunes adultes de 15 à 34 ans que ces hausses sont les plus prononcées. Les taux de mortalité par homicide et par suicide sont beaucoup plus élevés que ceux des autres populations au Québec. Les hommes présentent un taux de mortalité deux fois plus élevé que les femmes et inversement, les femmes présentent un taux d'hospitalisation pour une tentative de suicide deux fois plus élevé que celui des hommes.

La proportion des personnes âgées au Nunavik est en croissance, entraînant une hausse des maladies chroniques, notamment des cancers, des MAR et des MAC. Les cancers les plus fréquents au Nunavik sont les cancers du SR et du SD, et contrairement au Québec, les cancers du sein et de la prostate sont encore rares dans la région. Bien que les taux d'hospitalisation pour cancer soient en baisse au Nunavik, les taux de mortalité demeurent élevés en comparaison aux populations d'autres régions du Québec. Ceci semble plutôt associé au fait que les cancers les plus fréquents au Nunavik sont également ceux qui présentent les taux de survie les plus faibles, soient les cancers du SR et SD. Rappelons aussi que l'incidence légèrement plus élevée des cancers est cohérente avec le fait que la région présente les taux de tabagisme les plus élevés de la province ([Bélanger et al., 2020](#)).

De même, les taux d'hospitalisation pour les MAR sont en baisse dans la région, sauf pour la tuberculose qui a occasionné une hausse des hospitalisations au Nunavik ces dernières années chez les 15-34 ans. D'autre part, les hospitalisations pour les MAC sont en hausse dans la région, creusant

ainsi davantage l'écart avec les indicateurs des autres régions. Malgré tout, les taux de mortalité pour les MAR et MAC sont encore élevés lorsque comparés à ceux des autres populations au Québec.

4.2 Implications pour les services destinés aux adultes 15 à 54 ans

Dans le cadre du Plan Clinique Nunavik, les données présentées devraient permettre de réviser plusieurs services offerts dans la région. Elles permettront aussi d'identifier de meilleures réponses aux besoins des personnes souffrant de troubles de santé physique et psychosociaux complexes et de nombreuses comorbidités chroniques. En effet, les systèmes de soins aigus, conçus principalement pour répondre de manière ponctuelle aux urgences et aux problématiques de courte durée, deviennent désuets lorsque les sociétés sont en transition épidémiologique et présentent un accroissement des problématiques chroniques. Or, les modèles de soins qui permettent d'améliorer la qualité, la continuité et la sécurité culturelle des soins aux populations autochtones au Canada sont connus (Association des infirmières et infirmiers du Canada, 2014; Browne et al., 2016; Greenwood et al., 2018) et peuvent être adaptés aux réalités du Nunavik, mais pas sans défi.

Devant l'ampleur des conséquences des TI et TNI sur la santé de la population des jeunes et des adultes au Nunavik, il convient d'offrir un continuum de services veillant tout autant à la prévention qu'à la prise en charge de ces conditions. Ceci devra nécessairement inclure les programmes visant à améliorer la santé mentale et la résilience des jeunes. La mise en place de programmes pilotes de soutien à la petite enfance au Nunavik ouvre donc des perspectives très encourageantes pour la population des jeunes de la région. En assurant un bon état de santé mentale et physique à un jeune âge, ces programmes contribueront à la prévention de maladies chroniques et d'habitudes de vie moins favorables à la santé.

En outre, les programmes qui mettent l'accent sur la promotion de santé mentale et le développement d'habiletés sociales dès les premières années du primaire sont également reconnus pour avoir des effets positifs sur la santé mentale à l'adolescence, notamment en rehaussant l'estime de soi. Ces programmes contribuent à long terme à prévenir la détresse, la violence et le développement de comportements moins favorables à la santé tels que le tabagisme. Les projets d'écoles compatissantes en cours sont également intéressants et prometteurs en ce sens.

La hausse importante du fardeau des maladies chroniques doit également être abordée sous l'angle de la prévention, notamment par la mise en œuvre d'initiatives de prévention et de promotion de la santé dont les messages sont relativement cohérents avec les normes sociales et culturelles de la population inuite. L'embauche de personnel inuit pour y travailler est donc essentielle, car l'application systématique de politiques provinciales sans adaptation au contexte local aura peu de chances de réussite à court et à long terme.

Le réseau devra adapter les services aux défis émergents et aux besoins de la population. Entre autres priorités, le recrutement et la formation d'employés inuits continueront d'occuper le premier rang, car l'objectif est d'atteindre un taux de 70 % de main-d'œuvre inuite au cours des 25 prochaines années (La société Makivik, 2013).

Les services de santé ont certainement contribué à améliorer la santé des Nunavimmiut au cours des dernières décennies. Néanmoins, malgré l'offre de certains services de base, surtout prodigués par des professionnels de la santé non Inuit, les indicateurs de santé montrent qu'il existe encore de nombreux obstacles à l'accès aux soins.

C'est en ce sens que le système de santé doit poursuivre les efforts en vue d'engager et de mieux soutenir le personnel Inuit. La majorité de la population du Nunavik ayant une excellente connaissance de l'Inuktitut (INSPQ, 2021a), il sera également important de s'assurer que les services soient dispensés en Inuktitut.

En plus d'interventions préventives et curatives ciblées, il importe de se pencher également sur l'ensemble des facteurs structurels historiques et contemporains qui influent sur la santé des populations inuites. L'identité inuite a subi de nombreuses blessures au cours des dernières décennies et l'avenir devra continuer à se bâtir sur des bases identitaires et culturelles solides propres aux Inuit.

À cet égard, le Nunavik a déjà démontré de nombreux éléments clés de résilience. La préservation de l'Inuktitut comme langue d'enseignement et le transfert de certaines compétences aux autorités régionales en sont des preuves indéniables. Or, les circonstances qui sous-tendent les iniquités en matière de santé au Nunavik exigent une intervention multisectorielle allant bien au-delà des services de santé pour inclure, entre autres, les politiques en termes d'accès au logement, à la sécurité alimentaire, à l'emploi et au développement économique et social. La population du Nunavik doit pouvoir vivre dans les conditions dont elle a besoin pour tracer sa propre voie vers la santé et le bien-être.

Bibliographie

Agence de la santé publique du Canada. (2004). *Maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC)* [Éducation et sensibilisation]. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies-chroniques/maladies-respiratoires-chroniques/maladie-pulmonaire-obstructive-chronique-mpoc.html>

Agence du revenu du Canada. (2005). *Types de véhicule* [Descriptions de services]. Gouvernement du Canada. <https://www.canada.ca/fr/agence-revenu/services/impot/entreprises/sujets/entreprise-individuelle-societe-personnes/dépenses-entreprise/dépenses-relatives-vehicules-a-moteur/types-vehicule.html>

Association des infirmières et infirmiers du Canada. (2014). *Les soins infirmiers adaptés à la santé autochtone et la santé des Autochtones : Fixer le cap d'une orientation stratégique pour les soins infirmiers au Canada.*

Beaulieu, E., Bélanger, R., Poliakova, N., Lavoie, M., Maurice, P., & Ayotte, P. (2020). *Unintentional Injuries. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). https://nrhbss.ca/sites/default/files/health_surveys/A11857_RESI_Unintentional_Injuries_EP7.pdf

Bélanger, R. E., Muckle, G., Courtemanche, Y., & Poliakova, N. (2020). *Substance Use. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). http://www.nrhbss.ca/sites/default/files/health_surveys/A12332_RESI_Substance_Use_EP5.pdf

Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations : Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(544). <https://doi.org/10.1186/s12913-016-1707-9>

Bureau d'information et d'études en santé des populations (BIESP), Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2020). *Années potentielles de vie perdues / Santéscope*. INSPQ. <https://www.inspq.qc.ca/santescoppe/syntheses/annees-potentielles-de-vie-perdues>

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>

Greenwood, M., Leeuw, S. de, & Lindsay, N. M. (2018). *Determinants of Indigenous Peoples' Health, Second Edition : Beyond the Social*. Canadian Scholars.

Hamel, D., Hamel, G., & Gagnon, S. (2020). *Methodological Report. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). https://nrhbss.ca/sites/default/files/health_surveys/A11991_RESI_Rapport_methodologique_EP4.pdf

Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015a). *Liens entre la prévention des traumatismes non intentionnels et intentionnels (violence)*. https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/documents/securite/liens_prevention_traumatismes_non_intentionnels_et_intentionnels.pdf

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

Institut national de santé publique du Québec. (2015c). *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.

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2016). *National Inuit Suicide Prevention Strategy*. Inuit Tapiriit Kanatami (ITK).

La société Makivik. (2013). La société Makivik. *Makivik Corporation*. <https://www.makivik.org/fr/la-societe/>

Muckle, G., Bélanger, R. E., Lafrenaye-Dugas, A., Poliakova, N., Riva, M., Fletcher, C., Moisan, C., Godbout, N., & Fraser, S. (2021). *Interpersonal Violence and Community Safety. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
https://nrhbss.ca/sites/default/files/health_surveys/Interpersonal_Violence_and_Community_Safety_report_en.pdf

Muckle, G., Fraser, S., Desrochers-Couture, M., Pepin, C., Bélanger, R. E., Fletcher, C., Poliakova, N., & Moisan, C. (2020). *Mental Health and Wellness. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).
http://www.nrhbss.ca/sites/default/files/health_surveys/A12528_RESI_Mental_Health_and_Wellness_EP5.pdf

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). *Profil de santé du Nunavik 2018 : La santé des mères et des enfants.* [Document non publié]. Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

Robert, P., Ayotte, P., Lévesque, B., Bourbeau, J., Khan, F. A., Boulet, L.-P., & Proulx, J.-F. (2020). *Respiratory Health. Nunavik Inuit Health Survey 2017 Qanuillirpitaa ? How are we now?* Nunavik Regional Board of Health and Social Services (NRBHSS) & Institut national de santé publique du Québec (INSPQ).

https://nrhbss.ca/sites/default/files/health_surveys/A12174_RESI_Respiratory_Health_EP5.pdf

Régie régionale de la Santé et des Services Sociaux (RRSSSN) en collaboration avec l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2014). *Portrait de santé du Nunavik en 2015 : Les enjeux chez les jeunes, les adultes et les personnes âgées.* (p. 90 pages et annexes.). Gouvernement du Québec.

Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik (RRSSSN) en collaboration avec l’Institut national de santé publique du Québec (INSPQ). (2015). *Portrait de santé du Nunavik 2014—Les jeunes enfants et leur famille* (90 pages). Gouvernement du Québec.

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

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

Statistique Canada, S. C. (2019). *État de santé.* https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-221-x/2017003/hs-es-fra.htm#es4_8