

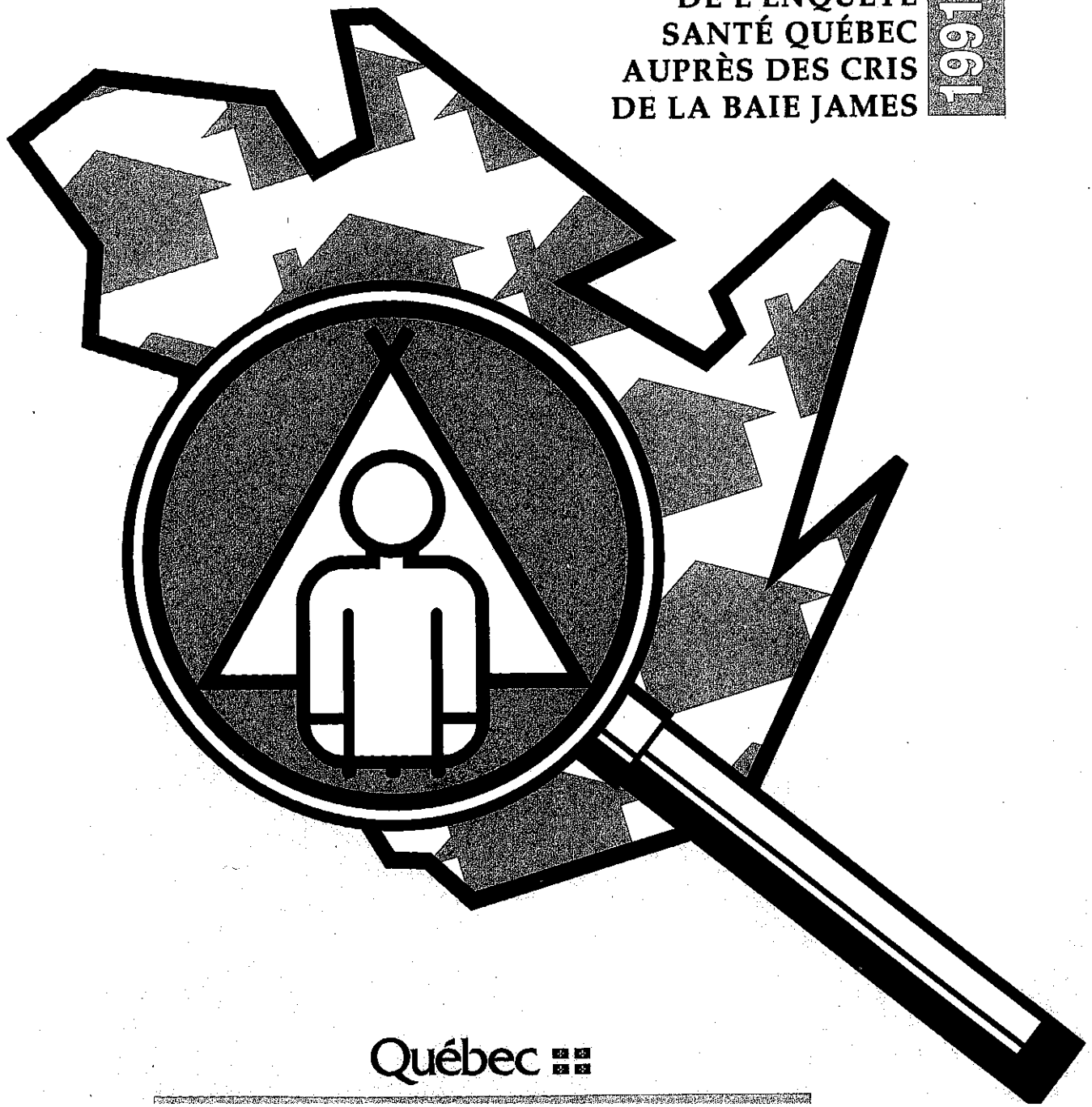
# SANTÉ QUÉBEC

ET LA SANTÉ DES CRIS,  
ÇA VA ?

RAPPORT

DE L'ENQUÊTE  
SANTÉ QUÉBEC  
AUPRÈS DES CRIS  
DE LA BAIE JAMES

1991



# **ET LA SANTÉ DES CRIS, ÇA VA ?**

**RAPPORT DE L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC  
AUPRÈS DES CRIS DE LA BAIE JAMES 1991**

*Publié sous la direction de  
Carole Daveluy, Claudette Lavallée,  
May Clarkson et Elizabeth Robinson*



Gouvernement du Québec  
Santé Québec

# **SANTÉ QUÉBEC**

## **ET LA SANTÉ DES CRIS, ÇA VA ?**

---

### **Rapport de l'enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991**

Cette enquête a été réalisée par Santé Québec grâce à des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux et du Programme national de recherche et de développement en matière de santé, en collaboration avec le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et le Module du Nord québécois de l'Hôpital général de Montréal.

**COORDINATION DE L'ENQUÊTE :** Louise Guyon, Santé Québec  
Carole Daveluy, Santé Québec  
Mireille Jetté, Santé Québec

**RAPPORT PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE :** Carole Daveluy, Santé Québec  
Claudette Lavallée, Module du Nord québécois, HGM  
May Clarkson, Direction de la planification, MSSS  
Elizabeth Robinson, Module du Nord québécois, HGM

Les commentaires et les demandes de renseignements sur la présente publication peuvent être adressés à :

**SANTÉ QUÉBEC**  
600, boul. René-Lévesque Ouest  
10e étage  
Montréal (Québec)  
H3B 1N4

*Téléphone : (514) 873-4749*  
*Télécopieur : (514) 864-9919*

Ils peuvent également être adressés aux auteurs des chapitres dont les noms apparaissent dans le volume.

Des exemplaires additionnels du présent rapport peuvent être obtenus au coût de 30 \$ plus taxes en s'adressant à Santé Québec. [Also available in English under the title *A Health Profile of the Cree, Report of the Santé Québec Health Survey of the James Bay Cree 1991*]

Dépôt légal — 1994  
Bibliothèque nationale du Québec  
Bibliothèque nationale du Canada  
Tous droits réservés  
© Santé Québec

ISBN 2-551-13350-5

Citation suggérée : Santé Québec, Daveluy, C., Lavallée, C., Clarkson, M. et Robinson, E. (sous la direction de) *Et la santé des Cris, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec, 1994.

## PRÉFACE

Les enquêtes de santé apportent une contribution majeure à la connaissance nécessaire à la planification de programmes de santé si on entend promouvoir une politique globale de santé au Québec. Toutefois, ce n'est que très récemment que le Québec s'est avancé dans cette voie puisque, lors des travaux de la commission Rochon réalisés en 1986-1987, on déplorait la faiblesse d'indicateurs de prévalence ou de distribution des problèmes au sein de la population, tant pour les problèmes de santé que pour les services sociaux<sup>(1)</sup>.

La réalisation, à intervalles réguliers, d'enquêtes provinciales visant à déterminer la fréquence et la nature des problèmes de santé tant physique que mentale, aigus ou chroniques, telle que suggérée dans le rapport Lalonde<sup>(2)</sup>, a été reconnue comme une nécessité au Québec. Depuis 1987, les travaux de Santé Québec sont devenus des éléments de base pour tout exercice de planification tant provinciale que régionale. Jusqu'alors, la plupart des informations provenaient, pour l'essentiel, de données recueillies à des fins administratives ou d'études menées à l'extérieur du Québec.

La première enquête de Santé Québec, effectuée en 1987, était représentative de l'ensemble de la population québécoise, à l'exclusion des régions nordiques, des considérations techniques et financières ne permettant pas d'étudier toutes les parties du Québec et tous les sous-groupes en un même temps et avec le même niveau de précision.

La population du Nouveau-Québec, composée essentiellement d'autochtones cris et inuits, nécessitait aussi qu'on développe avec elle un processus de connaissance en matière de santé faisant appel aux enquêtes. Cette région bien particulière, tant sur le plan géographique que culturel, présente un profil sociosanitaire fort différent de celui de la population québécoise localisée plus au sud. Différentes informations, dont les taux de mortalité infantile qui sont de deux à trois fois supérieurs à ceux des autres Québécois, laissaient présager que le portrait de l'état de santé se révélerait très instructif.

L'importance des coûts liés à la santé pour le territoire cri justifiait qu'on tente d'obtenir des données sur les risques particuliers auxquels sont soumises ces communautés, risques à la fois sociaux et environnementaux, individuels et collectifs. Il était aussi important d'identifier la perception qu'ont les résidents des conséquences de leur condition sanitaire sur leur vie de tous les jours.

---

<sup>(1)</sup> *Rapport de la Commission d'enquête sur les services de santé et les services sociaux* (1988). Publications du Québec, pp. 92-137.

<sup>(2)</sup> LALONDE, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, Ottawa.

Les données de l'enquête susciteront, on l'espère, la mise en place de programmes de prévention et de promotion, de correctifs environnementaux et d'interventions de première ligne encore mieux adaptés à la population crie. Une plus grande visibilité des problèmes sociaux vécus dans les communautés devrait favoriser des initiatives et une prise en charge par des actions communautaires supportées par les différents partenaires sociosanitaires. Enfin, si des problèmes d'équité entre les citoyens du Québec se posent encore, cette étude pourrait permettre de les identifier.

Cette enquête, comme toute investigation du même type, ne peut remplacer les autres systèmes d'information. Elle constitue un complément à d'autres sources de données et doit être analysée dans un processus plus global par les planificateurs locaux. Malgré cette mise en garde, il faut reconnaître que l'enquête auprès des communautés crie dévoile des caractéristiques uniques et inédites qui, en soi, devront faire l'objet de discussions tant au niveau de la communauté, des intervenants et des administrateurs de la santé, des services sociaux, de l'éducation et de l'environnement, que parmi les responsables ministériels.

Ce rapport quoique succinct soulève, par ses comparaisons avec les données recueillies auprès des autres Québécois, des interrogations auxquelles ni les responsables locaux, ni les responsables régionaux, ni les autorités provinciales ne pourront se soustraire. Des analyses subséquentes menées par des équipes de professionnels et de chercheurs devraient venir compléter le portrait de cette région afin d'éclairer les éléments présentant la plus grande valeur explicative et le plus fort potentiel d'amélioration de la santé.

Cette étude doit d'abord permettre aux Crie de mieux connaître la situation sanitaire qui prévaut chez eux. La répétition de cette enquête devra aussi rendre possible la mesure des acquis ou des changements qui seront apportés et de l'évolution comparative avec le reste du Québec.

Aline Émond  
Directeure lors de la réalisation de l'enquête

Daniel Tremblay  
Directeur actuel

## REMERCIEMENTS

En premier lieu, nos remerciements s'adressent aux 354 ménages des communautés criques qui ont accepté de participer à l'enquête et qui ont si généreusement donné de leur temps.

Nous remercions aussi les nombreux partenaires sans lesquels l'enquête n'aurait pas été réalisée ni le rapport mené à terme:

- Le ministère de la Santé et des Services sociaux, principal organisme de subvention de l'enquête;
- Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé, pour le financement de l'analyse des lipides;
- M. Richard Lessard, investigateur principal au Québec de l'Initiative fédérale-provinciale pour la prévention des maladies cardiovasculaires, pour son appui à la demande de financement des analyses sanguines;
- M. André Nadeau, de l'Unité de recherche sur le diabète du Centre hospitalier universitaire de Laval, pour l'analyse des glycémies;
- MM. James Bobbish et Steven Bearskin, respectivement présent et ancien directeur général du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James;
- Les membres du Comité d'orientation (annexe 1) qui ont établi le contenu du protocole et recommandé les volets à étudier;
- Mmes Françoise Tarte et Manon Rouleau ainsi que MM. Marcel Godbout et Robert Courtemanche, de la Direction de la méthodologie du Bureau de la statistique du Québec;
- Le service du logement (housing department) de chacun des Conseils de bande des neuf communautés qui a fourni les listes de ménages;
- Mmes Louise Guyon et Mireille Jetté, de Santé Québec, Claudette Lavallée et Caroline Oblin, du Module du Nord québécois de l'Hôpital général de Montréal, Sylvie Bériault du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, et Monsieur Gilles Légaré, du DSC de l'Hôpital de Rimouski pour leur collaboration à la formation des interviewers;
- Mmes Lorraine Paquette, du DSC de l'Hôpital du Lakeshore, Lise Bertrand, du DSC de l'Hôpital du Sacré-Coeur, Danielle Brûlé, du Bureau des sciences de la nutrition de Santé et Bien-être social Canada, Sylvie Bériault, du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, pour leur collaboration à la formation des infirmières;
- Mmes Louise Carrier et Louise Cormier, respectivement coordonnatrices des CLSC de la Côte et de l'Intérieur, pour l'organisation du terrain;

## Remerciements

---

- Mme Nicole Turcotte, pour la coordination du terrain dans les communautés cries;
- Les infirmières et les interviewers (annexe 1), pour le travail considérable et de grande qualité car sans elles/eux l'enquête n'aurait pas eu lieu;
- Le personnel des cliniques de chacune des communautés pour avoir aimablement reçu les équipes lors de la collecte des données;
- Les auteurs des différents chapitres, pour leur collaboration de longue haleine;
- Les consultants et les lecteurs (annexe 1), pour la pertinence de leurs commentaires et suggestions;
- Mmes Janne Lavallière, Anne Vallières et Danielle Gladu, de la Direction des communications du MSSS, pour leur collaboration au plan de communication de l'enquête et à l'édition des Faits saillants;
- Le Cree Language Department, du Conseil de bande de Mistissini et Mme Emily Rondeau, de Radio-Canada Nord, pour la traduction en langue crie;
- Mme Aline Émond, directrice de Santé Québec lors de la réalisation de l'enquête, sans qui cette enquête serait restée à l'état de projet;
- Mme Louise Guyon, qui a assumé la coordination des différentes étapes de l'enquête, de la conception du projet jusqu'à la mise en place des groupes d'analyse, en passant par la formation des infirmières et des interviewers, la réalisation du prétest et la collecte des données dans les communautés cries;
- Mme Mireille Jetté, de Santé Québec, pour la coordination des groupes d'analyse de janvier à septembre 1992;
- Mme May Clarkson, de la Direction de la planification du MSSS et Mmes Claudette Lavallée et Elizabeth Robinson, du Module du Nord québécois de l'Hôpital général de Montréal, pour leur collaboration soutenue à la relecture, à la rédaction, à l'intégration et à la vérification des textes et du rapport final;

Merci à toute l'équipe de Santé Québec et, en particulier, à France Lacoursière, Martin Lamer, Claude Lamarre, Lise Ménard-Godin, Josette Thibault, Thérèse Cloutier et France Lozeau pour leur grande disponibilité et la qualité de leur travail, qu'il s'agisse des aspects administratifs, logistiques ou informatiques relatifs à l'enquête, pour le suivi et la relance de nos collaborateurs tout au long de ce projet ou pour la mise en page du présent rapport. Merci à Daniel Tremblay, directeur de Santé Québec, pour l'appui apporté à l'achèvement de ce projet. Merci à Nathalie Audet et Suzanne Messier, pour le soutien technique de la dernière heure. Merci à Lucille Pica pour son aide précieuse à l'édition finale du rapport et pour la révision de la version anglaise.

# TABLE DES MATIÈRES

<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
0.1 L'histoire de l'enquête .....	3
0.2 Les objectifs de l'enquête .....	5
0.3 Une gestion assistée .....	6
0.4 Une série de défis .....	6
0.5 Un parfum d'aventure .....	9
0.6 Le rapport : mode d'emploi .....	9
0.7 Références .....	10
<b>CHAPITRE 1 - MÉTHODES</b> .....	<b>11</b>
1.0 Introduction .....	13
1.1 Modèle de l'enquête et thèmes retenus .....	13
1.2 Instruments de collecte des données .....	13
1.2.1 Questionnaires .....	14
1.2.2 Mesures cliniques .....	15
1.3 Population visée .....	15
1.3.1 Base de sondage .....	15
1.3.2 Plan d'échantillonnage .....	15
1.3.3 Taux de réponse .....	16
1.3.4 Pondération .....	16
1.4 Qualité des données .....	18
1.4.1 Enquête pilote .....	18
1.4.2 Formation des interviewers et des infirmières .....	18
1.4.3 Validation des données .....	19
1.4.4 Calcul de la marge d'erreur .....	19
1.4.5 Présentation des résultats .....	20
1.5 Limites de l'enquête .....	20
1.5.1 Compréhension des questions .....	20
1.5.2 Petits nombres .....	21
1.6 Références .....	21
<b>CHAPITRE 2 - INFORMATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE</b> .....	<b>23</b>
2.0 Introduction .....	25
2.1 Portée et limites des données .....	25
2.2 Résultats .....	25



2.2.1	Situation géographique	26
2.2.2	Structure par âge	27
2.2.3	Structure des ménages privés	29
2.2.3.1	Ménages selon le nombre de personnes	29
2.2.3.2	État matrimonial	31
2.2.3.3	Structure des ménages	31
2.2.3.4	Description des familles avec enfants à charge	32
2.2.4	Caractéristiques culturelles	34
2.2.4.1	Langue maternelle et langue d'usage	34
2.2.4.2	Connaissance des langues	34
2.2.4.3	Religion	35
2.2.5	Scolarité	37
2.2.6	Travail et main d'oeuvre	38
2.2.6.1	Statut d'activité	38
2.2.6.2	Type d'occupation	39
2.2.6.3	Secteur d'activité	40
2.2.6.4	Durée des séjours dans le bois	41
2.2.7	Revenu	42
2.3	Discussion et conclusion	43
2.4	Références	44
<b>CHAPITRE 3 - HABITUDES DE VIE</b>		<b>47</b>
3.0	Introduction	49
3.1	Tabagisme	49
3.1.1	Portée et limites des données	50
3.1.2	Résultats	50
3.2	Consommation d'alcool et de drogue	52
3.2.1	Portée et limites des données	52
3.2.2	Résultats	53
3.2.2.1	Consommation d'alcool	53
3.2.2.2	Problèmes liés à la consommation d'alcool	56
3.2.2.3	Consommation de drogue	59
3.3	Activité physique	61
3.3.1	Portée et limites des données	62
3.3.2	Résultats	63
3.4	Alimentation	64
3.4.1	Portée et limites des données	65
3.4.2	Résultats	66
3.4.2.1	Préparation des repas	66
3.4.2.2	Habitudes alimentaires individuelles	67

<b>3.5 Excès de poids</b> .....	71
3.5.1 Portée et limites des données .....	72
3.5.2 Résultats .....	73
3.5.2.1 Indice de masse corporelle rapporté et réel .....	73
3.5.2.2 Prévalence de l'obésité .....	73
3.5.2.3 Rapport taille-hanches .....	75
3.5.2.4 Poids désiré .....	75
<b>3.6 Comportements préventifs féminins</b> .....	76
3.6.1 Portée et limites des données .....	77
3.6.2 Résultats .....	77
<b>3.7 Conclusion</b> .....	79
3.7.1 Synthèse, pistes de recherche et d'intervention .....	79
<b>3.8 Références</b> .....	81
<b>CHAPITRE 4 - ENVIRONNEMENT SOCIAL ET PROBLÈMES SOCIAUX</b> .....	<b>85</b>
4.0 Introduction .....	87
4.1 Intégration sociale et soutien social .....	87
4.1.1 Portée et limites des données .....	87
4.1.2 Résultats .....	88
4.2 Événements stressants .....	92
4.2.1 Portée et limites des données .....	92
4.2.2 Résultats .....	93
4.3 Problèmes sociaux perçus dans la communauté .....	94
4.3.1 Portée et limites des données .....	94
4.3.2 Résultats .....	95
4.4 Conclusion .....	98
4.4.1 Synthèse .....	98
4.4.2 Pistes de recherche .....	99
4.4.3 Implications pour la prise de décision .....	99
4.5 Références .....	99
<b>CHAPITRE 5- CERTAINS DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE : HYPERTENSION ARTÉRIELLE, HYPERCHOLESTÉROLÉMIE ET DIABÈTE</b> .....	<b>101</b>
5.0 Introduction .....	103
5.1 Hypertension artérielle .....	104
5.1.1 Portée et limites des données .....	104
5.1.2 Résultats .....	106
5.2 Cholestérol et lipides sériques .....	108

---

5.2.1	Portée et limites des données	108
5.2.2	Résultats	109
5.3	Facteurs de risque combinés	112
5.4	Diabète	112
5.4.1	Portée et limites des données	112
5.4.2	Résultats	113
5.5	Connaissance des causes possibles des maladies cardiaques	115
5.6	Conclusion	116
5.6.1	Synthèse	116
5.6.2	Pistes de recherche et d'intervention	117
5.7	Références	117
<b>CHAPITRE 6 - ÉTAT DE SANTÉ ET CONSÉQUENCES</b>		<b>121</b>
6.0	Introduction	123
6.1	Perception de l'état de santé	123
6.1.1	Portée et limites des données	123
6.1.2	Résultats	123
6.2	Problèmes de santé	125
6.2.1	Portée et limites des données	125
6.2.2	Résultats	126
6.3	Indice de santé globale	133
6.3.1	Portée et limites des données	134
6.3.2	Résultats	136
6.4	Incapacité	138
6.4.1	Portée et limites des données	139
6.4.2	Résultats	139
6.5	Recours aux services sociosanitaires	141
6.5.1	Portée et limites des données	141
6.5.2	Résultats	141
6.6	Consommation de médicaments	144
6.6.1	Portée et limites des données	145
6.6.2	Résultats	145
6.7	Conclusion	148
6.7.1	Synthèse	148
6.7.2	Pistes de recherche et d'intervention	149
6.8	Références	150
<b>CHAPITRE 7 - TRAUMATISMES ET FACTEURS DE RISQUE</b>		<b>153</b>
7.0	Introduction	155
7.1	Facteurs de risque de traumatismes	156

---

7.1.1	Portée et limites des données	156
7.1.2	Résultats	158
7.1.2.1	Transport par bateau	159
7.1.2.2	Transport par automobile ou fourgonnette	161
7.1.2.3	Transport par véhicule tout terrain	161
7.1.2.4	Transport par motoneige	163
7.1.2.5	Armes à feu	163
7.1.2.6	Présence de chiens dans les villages	164
7.2	Traumatismes et conséquences	164
7.2.1	Portée et limites des données	164
7.2.2	Résultats	165
7.3	Conclusion	167
7.3.1	Synthèse et implications pour la planification	167
7.3.2	Pistes de recherche	168
7.4	Références	169
<b>CHAPITRE 8</b>	<b>- SANTÉ MENTALE</b>	<b>171</b>
8.0	Introduction	173
8.1	Portée et limites des données	173
8.2	Résultats	176
8.2.1	Facteurs associés à la détresse psychologique	176
8.2.2	Idéations suicidaires et parasuicides	177
8.3	Conclusion	182
8.3.1	Synthèse	182
8.3.2	Pistes de recherche	183
8.3.3	Implications pour la planification	183
8.4	Références	184
<b>CONCLUSION GÉNÉRALE</b>		<b>185</b>
9.0	Synthèse des résultats	187
9.1	Implications pour la prise de décision	189
<b>LISTE DES ANNEXES</b>		<b>191</b>
	ANNEXE 1 : Liste des collaborateurs à l'enquête	
	ANNEXE 2 : Fiche d'identification	
	ANNEXE 3 : Questionnaire du ménage	
	ANNEXE 4 : Questionnaire individuel	
	ANNEXE 5 : Questionnaire confidentiel	
	ANNEXE 6 : Formulaire de visite en clinique	

## LISTE DES TABLEAUX

<b>TABLEAU 1.1</b>	Thèmes retenus - Enquête crie, 1991 .....	14
<b>TABLEAU 2.1</b>	Participants à l'enquête selon la communauté et la sous-région (%), population crie, 1991 .....	27
<b>TABLEAU 2.2</b>	Répartition des ménages privés selon le nombre de personnes et la sous-région de résidence (%), population crie, 1991 .....	29
<b>TABLEAU 2.3</b>	Répartition des ménages selon leur structure (%), population crie, 1991 .....	32
<b>TABLEAU 2.4</b>	Répartition des ménages comptant des enfants de moins de 18 ans selon les types de familles (%), population crie, 1991 .....	33
<b>TABLEAU 2.5</b>	Connaissance des langues officielles selon l'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	35
<b>TABLEAU 2.6</b>	Assiduité religieuse selon la religion d'appartenance (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	37
<b>TABLEAU 2.7</b>	Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon le plus haut niveau de scolarité atteint et le groupe d'âge (%), 1991 .....	38
<b>TABLEAU 2.8</b>	Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon le type d'occupation et le sexe (%), 1991 .....	39
<b>TABLEAU 2.9</b>	Secteur d'activité des emplois salariés selon la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	40
<b>TABLEAU 2.10</b>	Durée des séjours dans le bois selon l'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	41
<b>TABLEAU 2.11</b>	Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon le revenu individuel et le sexe (%), 1991 .....	42

<b>TABLEAU 2.12</b>	Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon le revenu individuel et le groupe d'âge (%), 1991 .....	43
<b>TABLEAU 3.1</b>	Type de fumeurs par groupe d'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	51
<b>TABLEAU 3.2</b>	Proportion de fumeurs réguliers selon le sexe et le groupe d'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987 .....	51
<b>TABLEAU 3.3</b>	Type de buveurs selon la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987 .....	54
<b>TABLEAU 3.4</b>	Problèmes liés à la consommation d'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	57
<b>TABLEAU 3.5</b>	Proportion de buveurs à risque selon les indices CAGE, IDA et IDA modifié selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	58
<b>TABLEAU 3.6</b>	Consommation de différents types de drogue au cours de la vie selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	59
<b>TABLEAU 3.7</b>	Consommation de drogue dans les 12 mois précédant l'enquête selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	60
<b>TABLEAU 3.8</b>	Fréquence de la consommation chez les personnes cries de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe (%), 1991 .....	61
<b>TABLEAU 3.9</b>	Activité physique de loisir selon le sexe et l'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	63
<b>TABLEAU 3.10</b>	Activité physique dans la vie quotidienne et indice global d'activité selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	64

<b>TABLEAU 3.11</b>	Proportion des cuisinières crie qui utilisent différentes matières grasses selon le mode de cuisson (%), population crie, 1991 .....	67
<b>TABLEAU 3.12</b>	Proportion des femmes crie qui achètent les légumes suivants de façon régulière (%), population crie, 1991 .....	68
<b>TABLEAU 3.13</b>	Proportion des individus qui se disent d'accord avec les énoncés suivants selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	70
<b>TABLEAU 3.14</b>	Distribution de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir des mesures rapportées et mesurées en clinique selon le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	74
<b>TABLEAU 3.15</b>	Indice de masse corporelle (IMC) mesuré selon l'âge (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	74
<b>TABLEAU 3.16</b>	Proportion des individus ayant un rapport taille-hanches acceptable ou élevé selon l'âge (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	75
<b>TABLEAU 3.17</b>	Proportion des individus désirant diminuer leur poids de façon radicale selon le sexe et l'IMC rapporté (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	76
<b>TABLEAU 3.18</b>	Proportion des femmes ayant déclaré avoir eu au moins un test de Pap, un auto-examen des seins ou un examen des seins par un professionnel au cours de leur vie selon l'âge (%), femmes crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987 .....	78
<b>TABLEAU 3.19</b>	Délai depuis le dernier test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) (%), femmes crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987 .....	79
<b>TABLEAU 4.1</b>	Proportion des individus disant avoir beaucoup d'amis selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	89

<b>TABLEAU 4.2</b>	Nombre de personnes de l'entourage sur lesquelles on estime pouvoir compter lorsqu'on a besoin d'aide selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	89
<b>TABLEAU 4.3</b>	Nombre de personnes de l'entourage sur lesquelles on estime pouvoir compter lorsqu'on a besoin d'aide selon l'âge et la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	90
<b>TABLEAU 4.4</b>	Importance accordée à la religion et à la prière selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	90
<b>TABLEAU 4.5</b>	Proportion des personnes se disant «très satisfaites» de leurs relations avec les autres personnes dans la communauté selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	91
<b>TABLEAU 4.6</b>	Proportion des personnes se disant «très satisfaites» de leurs relations avec les autres personnes dans la communauté selon l'âge et la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	91
<b>TABLEAU 4.7</b>	Présence d'événements stressants avant l'âge de 12 ans selon l'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	93
<b>TABLEAU 4.8</b>	Présence d'événements stressants au cours des 12 mois précédant l'enquête et proportion de ceux qui, ayant vécu un de ces événements, l'ont jugé «extrêmement stressant» (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	94
<b>TABLEAU 4.9</b>	Importance perçue de divers problèmes sociaux dans la communauté selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	95
<b>TABLEAU 4.10</b>	Importance perçue de divers problèmes sociaux dans la communauté selon l'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	96



<b>TABLEAU 4.11</b>	Importance perçue de divers problèmes sociaux dans la communauté selon la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	97
<b>TABLEAU 5.1</b>	Valeurs moyennes de la tension artérielle et prévalence de l'hypertension artérielle, selon l'âge et le sexe, population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	106
<b>TABLEAU 5.2</b>	Connaissance d'une hypertension artérielle selon le statut de traitement ou de contrôle selon le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	107
<b>TABLEAU 5.3</b>	Proportion des personnes ayant déclaré avoir eu leur tension artérielle mesurée selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	108
<b>TABLEAU 5.4</b>	Valeurs moyennes du cholestérol total, du cholestérol HDL, du cholestérol LDL et des triglycérides selon l'âge et le sexe, population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	110
<b>TABLEAU 5.5</b>	Prévalence des taux de cholestérol total par niveau de risque selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	111
<b>TABLEAU 5.6</b>	Distribution des ratios cholestérol total/cholestérol HDL par niveau de risque selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	111
<b>TABLEAU 5.7</b>	Proportion des personnes ayant 0, 1, 2 ou 3 facteurs de risque parmi les plus importants selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	112
<b>TABLEAU 5.8</b>	Valeurs moyennes de la glycémie, prévalence des glycémies par niveau de risque et prévalence du diabète selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	114
<b>TABLEAU 5.9</b>	Fréquence des causes possibles rapportées de maladies cardiaques selon le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991 .....	115

<b>TABLEAU 6.1</b>	Perception de l'état de santé selon l'âge et le sexe (%) , population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	124
<b>TABLEAU 6.2</b>	Prévalence des problèmes de santé selon le sexe (%) , population crie, 1991 .....	128
<b>TABLEAU 6.3</b>	Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les enfants de moins de 15 ans selon le sexe (%) , population crie, 1991 et Québec, 1987 .....	129
<b>TABLEAU 6.4</b>	Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les personnes de 15 à 24 ans selon le sexe (%) , population crie, 1991 et Québec, 1987 .....	130
<b>TABLEAU 6.5</b>	Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les personnes de 25 à 44 ans selon le sexe (%) , population crie, 1991 et Québec, 1987 .....	131
<b>TABLEAU 6.6</b>	Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les personnes de 45 à 64 ans selon le sexe (%) , population crie, 1991 et Québec, 1987 .....	132
<b>TABLEAU 6.7</b>	Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les personnes de 65 ans et plus selon le sexe (%) , population crie, 1991 et Québec, 1987 .....	133
<b>TABLEAU 6.8</b>	Catégories de l'indice de santé globale .....	135
<b>TABLEAU 6.9</b>	Moyenne annuelle des jours d'incapacité par personne selon la gravité (jours), proportion des jours d'incapacité de longue durée chez les personnes avec une incapacité à long terme (%) et proportion due à une origine externe (%) , selon le sexe, population crie, 1991. ....	140
<b>TABLEAU 7.1</b>	Comparaison du taux brut de traumatismes ayant causé une restriction d'activités pour 1 000 habitants par année selon le sexe, population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987 .....	165
<b>TABLEAU 7.2</b>	Traumatismes ayant causé une restriction d'activités au cours des 12 derniers mois pour 1 000 habitants par année selon les circonstances, population crie, 1991 .....	166

<b>TABLEAU 8.1</b>	Proportion de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe et l'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	176
<b>TABLEAU 8.2</b>	Proportion de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon diverses caractéristiques sociodémographiques (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	177
<b>TABLEAU 8.3</b>	Prévalence des idéations suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le niveau de détresse psychologique (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	180
<b>TABLEAU 8.4</b>	Prévalence des parasuicides au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'âge et le niveau de détresse psychologique (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	180
<b>TABLEAU 8.5</b>	Prévalence des idéations suicidaires au cours de la vie selon le niveau de stress et le niveau de détresse psychologique (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	181
<b>TABLEAU 8.6</b>	Prévalence des parasuicides au cours de la vie selon l'âge, le statut matrimonial, la scolarité, le niveau de détresse psychologique et la consommation d'alcool (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	182

## LISTE DES GRAPHIQUES

<b>GRAPHIQUE 1.1</b>	Nombre de participants et taux de réponses aux différents instruments de l'enquête (%), population crie, 1991 .....	17
<b>GRAPHIQUE 2.1</b>	Pyramides des âges, population crie estimée et population de l'ensemble du Québec, 1991 .....	28
<b>GRAPHIQUE 2.2</b>	Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon l'état matrimonial (%), et ensemble du Québec, 1991 .....	30
<b>GRAPHIQUE 2.3</b>	Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon l'état matrimonial et le sexe (%), 1991 .....	30
<b>GRAPHIQUE 2.4</b>	Appartenance religieuse selon la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	36
<b>GRAPHIQUE 3.1</b>	Proportion des buveurs (occasionnels et habituels) selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	55
<b>GRAPHIQUE 3.2</b>	Proportion des buveurs déclarant cinq consommations et plus par jour où ils boivent selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	56
<b>GRAPHIQUE 5.1</b>	Processus de classification des individus selon qu'ils sont hypertendus*, traités et contrôlés ou non .....	105
<b>GRAPHIQUE 6.1</b>	Proportion de personnes déclarant ou non des problèmes de santé selon le sexe (%), population crie, 1991 .....	126

<b>GRAPHIQUE 6.2</b>	Proportion de personnes déclarant au moins un problème de santé selon l'âge et le sexe (%), population crie, 1991 .....	127
<b>GRAPHIQUE 6.3</b>	Perception de l'état de santé, et absence ou présence de problèmes de santé déclarés (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	134
<b>GRAPHIQUE 6.4</b>	Proportion de personnes dans chacune des catégories de l'indice de santé globale selon l'âge et le sexe (%), population crie, 1991 .....	137
<b>GRAPHIQUE 6.5</b>	Indice de santé globale, selon le sexe et le groupe d'âge (score moyen), population crie, 1991 .....	138
<b>GRAPHIQUE 6.6</b>	Proportion de personnes déclarant avoir consulté au cours des deux dernières semaines selon l'âge et le sexe (%), population crie, 1991 .....	142
<b>GRAPHIQUE 6.7</b>	Répartition des consultations* des deux dernières semaines selon la raison et le sexe (%), population crie, 1991 .....	143
<b>GRAPHIQUE 6.8</b>	Proportion de personnes déclarant avoir consommé au moins un médicament* selon l'âge et le sexe (%), population crie, 1991 .....	146
<b>GRAPHIQUE 6.9</b>	Proportion de personnes déclarant avoir consommé des médicaments* selon la classe de médicaments et le sexe (%), population crie, 1991 .....	147
<b>GRAPHIQUE 7.1</b>	Utilisation quotidienne et hebdomadaire de véhicules selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	158
<b>GRAPHIQUE 7.2</b>	Port des dispositifs de sécurité* liés au transport selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	159
<b>GRAPHIQUE 7.3</b>	Utilisation quotidienne des véhicules selon l'isolement du village (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	160

---

<b>GRAPHIQUE 7.4</b>	Port des dispositifs de sécurité* liés au transport selon l'isolement du village (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 .....	162
<b>GRAPHIQUE 8.1</b>	Prévalence des idéations suicidaires et des parasuicides aux cours des 12 mois précédant l'enquête (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987 .....	178
<b>GRAPHIQUE 8.2</b>	Prévalence des idéations suicidaires et des parasuicides à vie (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987 .....	179

## **LISTE DES SIGLES**

- BSQ** : Bureau de la statistique du Québec
- CCSSBJ** : Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
- DSC** : Département de santé communautaire
- MNQ/HGM** : Module du Nord québécois de l'hôpital général de Montréal
- MSSS** : Ministère de la Santé et des Services sociaux
- Pe** : Population estimée

## AVANT-PROPOS HISTORIQUE

On peut interpréter les résultats d'une enquête de plusieurs façons, selon les questions qu'on se pose sur les sujets traités. Évidemment, on est automatiquement porté à comparer les chiffres sur les divers problèmes de santé des Cris de la Baie James aux résultats d'enquêtes réalisées ailleurs au Québec et à l'échelle du Canada. Puisque les statistiques indiquent que l'incidence de telle ou telle maladie est plus forte chez les Cris, il semblerait que notre objectif doit être d'intervenir afin de rendre nos indicateurs comparables à ceux des autres. Par contre, si la population à laquelle nous nous comparons estime que ses indicateurs pour telle ou telle affection sont trop élevés, nous ferions fausse route en faisant de cette affection la cible de nos services.

Si les Cris étaient en mesure de comparer leur état de santé actuel et celui dont ils jouissaient avant l'introduction des commodités modernes, des aliments achetés au magasin et autres bouleversements de leur vie sociale et culturelle, la comparaison montrerait que, malgré des taux élevés de mortalité infantile, leur état de santé était meilleur que l'état de santé actuel des Québécois.

Historiquement, les Cris ont accepté ces changements et sont demeurés stables en tant que peuple malgré de nombreuses influences néfastes. Il suffit de penser aux effets dévastateurs des nouvelles maladies causées par les phénomènes invisibles. Ces types de maladie (grippe, rougeole, tuberculose, varicelle...) ont pour la plupart été maîtrisés et ne se manifestent plus que rarement, ou dans certains cas, plus du tout. Aujourd'hui, les problèmes de santé les plus répandus chez les Cris sont liés avant tout aux habitudes alimentaires et aux habitudes de vie. Comme les gens n'ont pas de connaissance historique des problèmes de santé causés par leurs habitudes alimentaires et leur style de vie, ils ont tendance à accepter la situation comme telle.

Le défi que le Conseil cri de la santé et des services sociaux et la population crie auront désormais à relever est de mieux se renseigner sur les maladies qu'on peut prévenir afin que les gens puissent faire des choix éclairés et prendre les mesures qui leur permettront de vivre en meilleure santé.

La fonction actuelle et future d'enquêtes comme celle-ci est de présenter des portraits et des statistiques sur l'état de santé générale de notre peuple et de faire les liens pertinents afin que le Conseil puisse, en tant qu'organisme chargé de favoriser la santé et le bien-être, poursuivre les mêmes objectifs dans son travail auprès de sa clientèle.

Il faut à tout programme de services de santé et de services sociaux de nombreux éléments pour réussir. Voici ce qui me semble être les éléments clés :



- une organisation qui répond aux besoins sanitaires et sociaux tels que les gens les vivent;
- un dialogue réel entre cette organisation et ses clients, ce qui suppose des conditions qui permettent de faire de l'éducation sur un problème de santé ou une situation sociale donnée;
- et une volonté de la part des gens de prendre la responsabilité de leur propre santé à partir du moment où ils ont acquis une certaine compréhension des enjeux.

Si les gens sont sensibilisés aux divers problèmes de santé, les chiffres et les descriptions de telle ou telle situation recueillis grâce à une enquête comme celle-ci auront un sens. Ces enquêtes orientent les professionnels en les aidant à appliquer une approche donnée; elles constituent en même temps un cadre dans lequel clients et professionnels peuvent travailler ensemble à des changements concrets.

Les indicateurs décrits dans le présent rapport d'enquête nous permettent aussi de mettre les choses en perspective et de déterminer les ressources qui correspondraient aux critères du ministère de la Santé et des Services sociaux et d'autres fournisseurs de ressources éventuels.

Par le passé, notre organisation, le Conseil cri de la santé et des services sociaux, et nos collègues du Module du Nord ont fait du bon travail pour identifier les problèmes de santé. Or, c'est la première fois qu'on étudie un éventail aussi large d'indicateurs.

Je tiens donc, au nom du Conseil, à profiter de cette occasion pour remercier la population de sa participation à cette enquête particulièrement importante.

James Bobbish  
Directeur général  
Conseil cri de la santé et des services  
sociaux de la Baie James

# **INTRODUCTION**

**LOUISE GUYON\***  
**RECHERCHE ET INTERVENTION**  
**SUR LES SUBSTANCES PSYCHOACTIVES - QUÉBEC**

---

\* Madame Louise Guyon a assumé la coordination de l'enquête jusqu'en décembre 1991.

Ce rapport d'analyse des données de l'enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James est le résultat d'une aventure sans précédent dans l'histoire des enquêtes générales de santé au Québec, celle d'une concertation entre des cultures et des modes de fonctionnement différents autour d'un projet qui, au départ, paraissait utopique. Il faut dire que l'acharnement du réseau des établissements de santé et de services sociaux de la région, la collaboration de la population et l'enthousiasme de l'équipe de Santé Québec se sont joints à une volonté politique d'assurer la survie du projet.

L'opération a été préparée et menée dans la suite de l'enquête générale de santé auprès des Québécois et des Québécoises de 1987. Celle-ci avait touché l'ensemble du territoire québécois (Santé Québec, 1988), sauf les régions nordiques et les réserves indiennes qui avaient été exclues de l'enquête provinciale pour des raisons économiques et méthodologiques; on avait toutefois prévu la répéter auprès des populations crie et inuit, dans une phase ultérieure. En 1989, à l'instigation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la demande du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ), il a été décidé qu'une enquête générale de santé serait menée auprès des communautés cries et qu'elle reprendrait le modèle de Santé Québec 1987, tout en s'adaptant aux particularités socioculturelles des populations de la région. De plus, à cette enquête générale, on décidait de greffer une enquête sur la santé cardiovasculaire et la nutrition, modelée sur l'enquête menée par Santé Québec en 1990 sur ces mêmes thématiques, dans le sud de la province.

La réalisation de ce projet a été confiée à Santé Québec qui a mis sur pied un comité d'orientation composé de représentants du CCSSSBJ, du Module du Nord québécois du département de santé communautaire de l'Hôpital général de Montréal (DSC-HGM), du MSSS et du Bureau de la statistique du Québec (BSQ). Sous la coordination de Santé Québec, ce comité a planifié et suivi la réalisation des différentes opérations de l'enquête. Le ministère de la Santé et des Services sociaux en assurait le financement.

## **0.1 L'HISTOIRE DE L'ENQUÊTE**

Le tout a commencé en juin 1989, alors que Santé Québec convoquait une première rencontre en vue de la mise en place d'une enquête générale de santé auprès des populations nordiques du Québec. Cette rencontre réunissait des représentants du MSSS, du CCSSSBJ, du CRSSS Kativik, du DSC du Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL) et du Module du Nord québécois. Deux experts en enquêtes épidémiologiques auprès des populations autochtones avaient également été conviés : Peter Foggin, de l'Université de Montréal qui avait mené une enquête de santé chez les Cris et les Inuits du Québec en 1983-1984<sup>(1)</sup> et Robert Imrie, de

---

<sup>(1)</sup> Santé Québec a préparé et publié un document sur les Faits saillants de cette enquête (Clarkson et Foggin, 1991). Cette publication a permis aux intervenants et à la population de la région de la Baie James de connaître les principaux résultats d'une enquête antérieure en même temps qu'elle les assurait de l'intention de l'équipe de Santé Québec de diffuser les résultats de l'enquête qu'elle s'appropriait à mener.

Santé et Bien-être social Canada, qui avait participé à l'enquête Promotion de la santé auprès de la population des Territoires du Nord-Ouest.

Cette rencontre a fait ressortir l'intérêt de mener des enquêtes de santé auprès des populations nordiques, mais également l'importance de préparer deux enquêtes séparées, l'une auprès des Cris de la Baie James et l'autre chez les Inuits de la région Kativik. Ces enquêtes devaient être adaptées aux situations culturelles et géographiques de ces deux régions, tout en comportant des éléments essentiels à l'évaluation de la situation sociosanitaire de leurs populations à des fins d'amélioration des services et de planification des ressources. Les Conseils de la santé et des services sociaux de ces régions, étant les mandataires pour leurs régions respectives, devaient travailler en étroite collaboration avec Santé Québec à la réalisation des enquêtes.

À l'automne 1989, le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James demandait officiellement à Santé Québec de mener une enquête générale de santé auprès de la population crie de sa région et les deux organismes faisaient parvenir une demande de financement au MSSS. Sous la coordination de Santé Québec, le comité d'orientation a été formé et s'est donné le mandat de définir les objectifs et le contenu de l'enquête, de suivre toutes les étapes du projet et de collaborer à sa réalisation.

Suivant en cela la tradition de Santé Québec, des groupes de travail furent mis sur pied afin d'assurer la finalisation des questionnaires et des autres outils de cueillette de données; ils étaient composés de personnes prêtées par le CCSSSBJ, le Module du Nord québécois, le MSSS, les Conseils de bande de Chisasibi et de Mistissini et le réseau des DSC. Santé Québec avait pris soin d'intégrer dans ces équipes des personnes qui avaient participé aux enquêtes précédentes, afin d'assurer l'expertise méthodologique et la continuité avec les autres enquêtes. La participation des Cris au cours de certaines étapes de ce processus (particulièrement sur les questions de détresse psychologique, d'accidents et de santé des femmes) a été extrêmement utile tant au plan de la pertinence qu'à celui de la faisabilité.

À partir des instruments de cueillette de Santé Québec 1987 et de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition de 1990, un nouveau questionnaire a été préparé; on pourra en consulter les différentes sections ainsi que les autres instruments de l'enquête (annexes 2, 3, 4, 5 et 6). L'enquête proprement dite a eu lieu au cours de l'été 1991; elle a rejoint 354 ménages, soit près de 2 000 personnes. Le lecteur pourra consulter les cahiers techniques (Guyon et coll., 1994) pour la description détaillée des différentes étapes de l'enquête.

## 0.2 LES OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'objectif principal était de recueillir des informations pertinentes sur la santé physique, psychologique et sociale de la population crie; informations qui se situeraient en complémentarité avec les autres sources de données existantes, telles les données sur la mortalité, la morbidité, la consommation de services sociaux et de santé ou sur d'autres enquêtes antérieures. De façon plus opérationnelle, elles se devaient d'être utiles autant aux responsables de santé publique régionaux et sous-régionaux qu'aux planificateurs ministériels, aux politiciens et à la population crie. Les concepteurs avaient pour mission de fournir des résultats qui permettraient :

- d'établir des prévalences de problèmes de santé déclarés et de facteurs de risque;
- d'identifier des priorités;
- d'assurer le suivi de l'état de santé;
- d'aider à l'élaboration et à l'application des programmes de santé et de services sociaux;
- d'évaluer la pertinence des mesures préventives et correctives;
- de fournir des éléments utiles à la prise de décision;
- de prévoir des mesures afin de diffuser l'information sur l'enquête et ses résultats aux membres des communautés cries.

En outre, l'enquête devait :

- adopter un modèle de santé globale qui tienne compte à la fois des différents aspects de la santé des individus, des déterminants qui influencent l'état de santé (habitudes de vie, facteurs socioculturels, biologiques ou environnementaux) et des conséquences de la situation de santé (restriction des activités, utilisation des services de santé, médication);
- apporter des données qui soient comparables à celles de l'enquête Santé Québec 1987 et de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition de 1990, ce qui implique la reprise, autant que possible, du modèle et des instruments de ces enquêtes;
- tenir compte des réalités socioculturelles et environnementales de la population crie;
- inclure chacune des communautés cries : Whapmagoostui, Chisasibi, Wemindji, Eastmain, Waskaganish, Nemaska, Mistissini, Waswanipi et Oujé-Bougoumou;
- inclure des éléments de santé positive;
- s'assurer de la participation de personnes des communautés cries dans toutes les phases du processus;
- établir les bases d'un processus de cueillette de données appelé à se répéter.

### **0.3 UNE GESTION ASSISTÉE**

La planification, l'administration et la réalisation de l'enquête ont été confiées à Santé Québec; le comité d'orientation l'assistait dans l'élaboration et le suivi du projet (voir le diagramme sur le processus de l'enquête). Santé Québec, tel qu'il en a déjà été fait mention, a fait systématiquement appel à de petits comités d'experts, ou groupes de travail, en vue de l'élaboration de certaines étapes de l'enquête telles que la préparation des instruments de cueillette et l'analyse des résultats.

Les aspects touchant l'échantillonnage et la pondération des données étaient sous la supervision du Bureau de la statistique du Québec. Les opérations de validation des données et de création des fichiers informatiques ont été réalisées à Santé Québec; les indices ont été créés par les équipes d'analyse et vérifiés par Santé Québec.

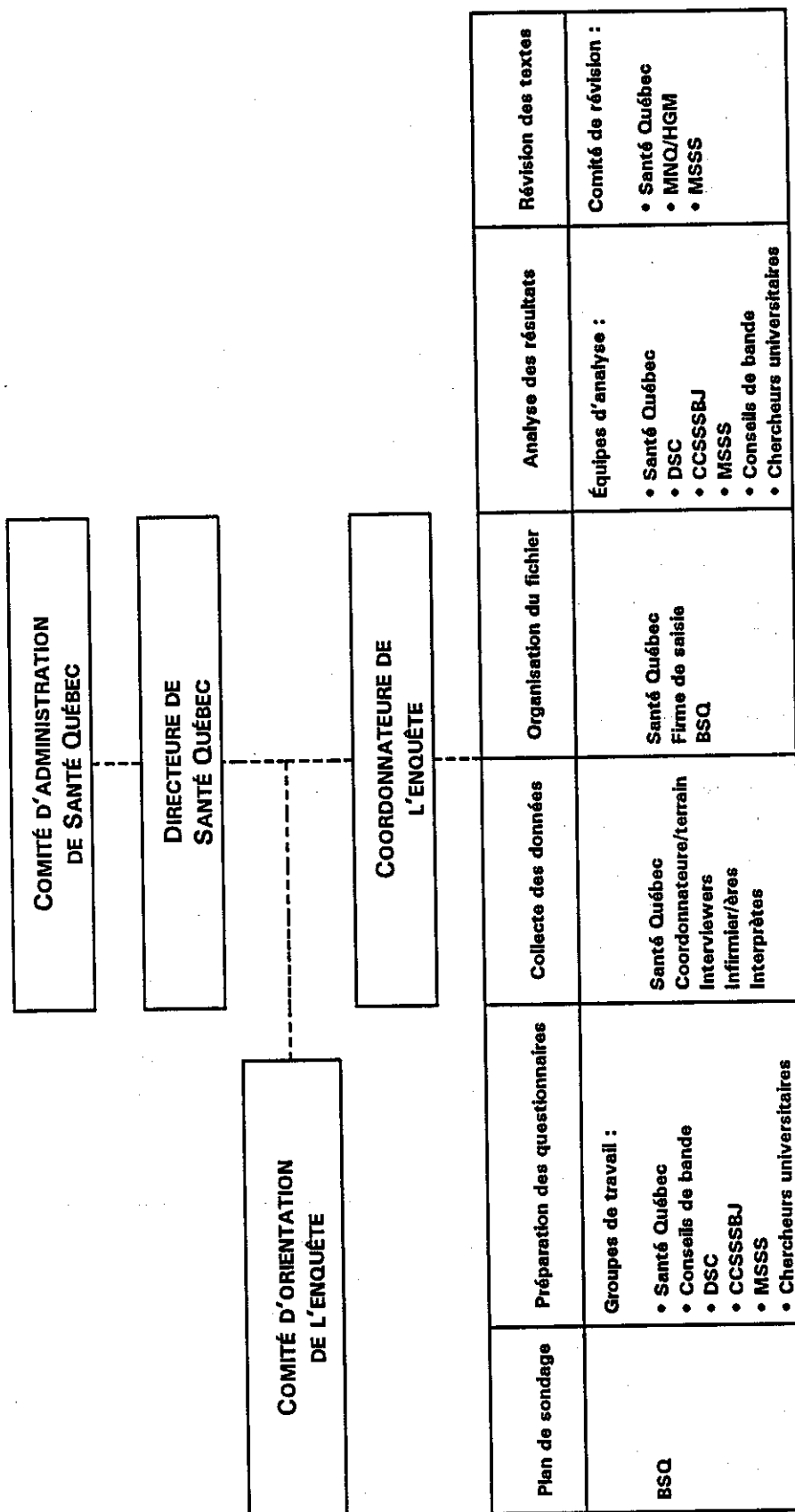
La diffusion de l'information sur le déroulement de l'enquête auprès des communautés cibles était assumée par Santé Québec et les différents Conseils de bande en collaboration avec le CCSSBJ et le Module du Nord québécois. La direction des Communications du MSSS assurait l'édition des Faits saillants de l'enquête et du matériel d'information.

### **0.4 UNE SÉRIE DE DÉFIS**

La réalisation de l'enquête a été ponctuée par toute une série de défis qui en ont fait une expérience inédite. Le premier était de taille : il fallait adapter, dans un contexte nouveau et passablement différent, une méthodologie qui avait fait ses preuves dans le sud du Québec. Au Nord, tout était à repenser, les instruments, les approches, la langue, la logistique du terrain, le respect de la confidentialité et de l'anonymat dans un contexte où tout le monde se connaît, et ainsi de suite. À un style axé sur la performance et le respect des échéances, il fallait ajouter un mode de fonctionnement plus souple et plus imaginatif. Le défi consistait à marier tout cela avec des objectifs de comparabilité (l'enquête devait permettre la comparaison avec les enquêtes précédentes de Santé Québec) et de validité, ce qui limitait quelque peu les possibilités d'adaptation.

Chaque étape de l'enquête a nécessité une adaptation particulière : la préparation des instruments et la formation des interviewers (tous des Cris) se sont faites en fonction des interprétations linguistiques et culturelles. Lors du travail sur le terrain, on a tenu compte des cycles annuels d'activité de la population. Ainsi, la cueillette des données s'est faite à l'été, entre deux périodes de chasse. Le choix des interviewers a été soigneusement planifié en collaboration avec les Conseils de bande des différents villages. Enfin, les solutions face aux difficultés liées aux distances, au transport et à la recherche de locaux ont nécessité des trésors d'imagination tout au long de l'opération.

# Processus de l'enquête



Le second défi était tout aussi important : l'enquête devait faire ressortir la spécificité culturelle de la population crie et mettre en évidence ce qui lui est propre quant à ses attitudes et ses comportements de santé. Cela s'est traduit par des changements apportés aux questionnaires : des questions ont été ajoutées, par exemple, sur les activités dans le bois ou sur l'allaitement, d'autres ont été formulées différemment, comme il a été fait sur les problèmes liés à l'alcool, tandis que certaines questions qui perdaient tout leur sens en milieu cri ont dû être retirées, par exemple, les questions sur les diverses activités sportives de l'enquête Santé Québec 1987.

La nature du défi reposait sur la nécessité de rendre l'enquête comparable aux précédentes tout en assurant sa faisabilité; en effet, la liste des ajouts était limitée par la nécessité de rendre l'enquête acceptable, au point de vue du temps (durée de la passation des instruments) et des thèmes abordés (certains sujets plus tabous, tels la consommation de substances psychoactives, ont nécessité une méthodologie particulière). La participation des Cris aux différentes étapes de l'enquête a permis de relever ce défi. Les exploitations futures de la banque de données devront nécessairement tenir compte de cette spécificité, particulièrement lors d'analyses comparatives avec les autres enquêtes de Santé Québec<sup>(1)</sup>.

D'autres défis sont venus s'ajouter à ceux-ci, telle la nécessité de mener une enquête «raisonnable» sur le plan financier, en dépit des coûts importants générés par l'éloignement géographique et la rareté des moyens de transport, et la nécessité d'intégrer toutes les composantes de l'enquête. On se rappellera que l'enquête générale de santé était assortie d'une enquête sur la santé cardiovasculaire et la nutrition.

Malgré ces défis et peut-être à cause d'eux, l'enquête aura été source d'enseignement et de changement pour les personnes qui s'y sont risquées. Les chercheurs ont appris à se questionner sur les méthodes plus traditionnelles dans le domaine des enquêtes; dans l'étude de la réalité, il peut y avoir place pour l'intuition et la création et ce, tout en respectant la qualité scientifique de la démarche. Parallèlement, on a pu assister à la chute d'un mythe : celui qu'il est facile et relativement peu coûteux de mener de telles enquêtes. Non, les enquêtes de santé ne se font pas toutes seules, elles demandent beaucoup d'énergie, elles prennent de la place, elles dérangent mais c'est à ce prix seulement qu'elles peuvent être réussies. Cette double prise de conscience aura été, en quelque sorte, la résultante inattendue mais positive de cette expérience.

---

<sup>(1)</sup> Les lecteurs désireux de connaître la méthodologie détaillée de l'enquête peuvent consulter le chapitre 1 de ce rapport et les Cahiers techniques (Guyon et coll., 1994).



## 0.5 UN PARFUM D'AVENTURE

L'enquête générale de santé auprès des Cris de la Baie James aura également fourni son quota d'aventure. Aventure dans le fait de réunir et de faire travailler ensemble un grand nombre de personnes de milieux, de formations et d'objectifs différents; aventure aussi de mener cette barque dans une ambiance de «choc de cultures» continu. Tout au cours de l'enquête, trois langues ont été utilisées, le français, l'anglais et le cri, et la majorité des rencontres se sont faites dans une langue qui n'était pas la langue habituelle des participants.

La taille et la diversité du territoire, son éloignement, n'ont pas représenté que des difficultés sur le plan logistique; ils sont devenus des occasions d'accroître nos connaissances et de mieux connaître nos capacités d'adaptation. Le Nord et le Sud se sont régulièrement visités pendant cette période, avec tout ce que cela implique de transformations. Une telle aventure supposait une bonne dose de complicité entre les personnes concernées; elle impliquait des gens «de bonne volonté» certes, mais qui étaient en même temps prêts à courir les risques que cela impliquait.

## 0.6 LE RAPPORT : MODE D'EMPLOI

Le rapport que vous vous apprêtez à lire présente les principaux résultats de cette enquête; son approche est descriptive et permet de visualiser, en une seule fois, l'ensemble des grands thèmes qui y sont traités. À cause de cette globalisation, mais aussi faute d'espace, certaines analyses plus poussées ont dû en être soustraites; elles feront l'objet de publications ultérieures, à partir des travaux des utilisateurs de la banque de données. Nous souhaitons qu'ils soient nombreux et prolifiques. Santé Québec, pour sa part, a déjà publié les faits saillants de l'enquête et s'apprête à rendre publics deux cahiers techniques contenant toutes les informations sur son déroulement et son utilisation.

Avec ce rapport et l'accès à la banque de données<sup>(1)</sup>, le rôle principal de Santé Québec se termine<sup>(2)</sup>; les données de l'enquête sont à présent entre les mains des intervenants, des planificateurs, des administrateurs et des chercheurs, intéressés à en connaître plus sur la santé des Cris du Québec et à travailler à son amélioration. C'est avant tout à eux que cette publication est destinée, elle leur fournira une première analyse des résultats et leur proposera

---

(1) La banque de données de cette enquête ainsi que la documentation qui l'accompagne peuvent être obtenues, sur demande, auprès de Santé Québec.

(2) Santé Québec souhaite cependant continuer à jouer un rôle de soutien scientifique et technique auprès des utilisateurs de cette banque de données.

des pistes de recherche supplémentaires intéressantes tout en indiquant, au passage, les embûches inhérentes à certaines parties. Le rapport est divisé en huit chapitres : méthodes, information sociodémographique, habitudes de vie, environnement social et problèmes sociaux, déterminants de la santé cardiovasculaire, état de santé et conséquences, traumatismes et facteurs de risque et, finalement, santé mentale. À l'exception de la partie méthodologique, chaque section présente une introduction thématique, la portée et les limites des données, les principaux résultats, les conclusions, les pistes de recherche et d'intervention ainsi qu'une courte bibliographie. Afin de mieux situer les résultats, des comparaisons ont été faites entre les sous-régions, soit les villages de l'intérieur et ceux de la côte; ou encore, entre l'ensemble des communautés criées et le reste du Québec (enquête Santé Québec de 1987) lorsque la nature des données le permettait. Enfin, les instruments de l'enquête sont présentés en annexe.

## **0.7 RÉFÉRENCES**

GUYON, L., CLARKSON, M., LAVALLÉE, C. ET COLL. (1994). *Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James*, Cahier technique, Tomes I et II, Montréal, Santé Québec, gouvernement du Québec (à paraître).

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va? : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les Publications du Québec.

# **CHAPITRE 1**

## **MÉTHODES**

### **AUTEURS**

**MARCEL GODBOUT**  
**DIRECTION DE LA MÉTHODOLOGIE**  
**BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC**

**CLAUDETTE LAVALLÉE**  
**MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS**  
**HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL**

### **LECTEUR**

**ROBERT COURTEMANCHE**  
**DIRECTION DE LA MÉTHODOLOGIE**  
**BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC**

## **1.0 INTRODUCTION**

Ce premier chapitre traite des grandes lignes des différents aspects méthodologiques reliés à l'enquête : le modèle retenu, les instruments de collecte de données utilisés, la population visée et le plan d'échantillonnage, la qualité des données et les procédures appliquées pour la maximiser et, finalement, les limites de l'enquête. Le lecteur intéressé pourra se référer aux cahiers techniques (Guyon et coll., 1994), publiés séparément, pour une présentation du processus de gestion de l'enquête et une description plus approfondie des méthodes utilisées.

### **1.1 MODÈLE DE L'ENQUÊTE ET THÈMES RETENUS**

La présente enquête reprend, en une seule collecte de données, l'essentiel de l'enquête Santé Québec 1987 (1988) et de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition de 1990 (Santé Québec, 1991; Santé Québec et coll., 1994). Elle emprunte le modèle de la première en tenant compte des particularités culturelles de la population crie. Son contenu se situe dans un modèle de santé globale et décrit les déterminants de la santé, l'état de santé tant physique que psychologique ainsi que ses conséquences sur la consommation de services et sur la fonctionnalité. Les différents thèmes traités sont présentés au tableau 1.1. Ces thèmes ainsi que les indicateurs devant en rendre compte ont été évalués par le comité d'orientation. De plus, certaines équipes d'analyse ont organisé des discussions de groupe avec des Crie ou des intervenants travaillant dans les communautés afin de valider le choix et la formulation de certaines questions.

### **1.2 INSTRUMENTS DE COLLECTE DES DONNÉES**

Plusieurs instruments ont été développés ou adaptés pour l'enquête crie<sup>(1)</sup>. Leur contenu a été basé principalement sur les outils de l'enquête Santé Québec 1987 (Levasseur, 1988; Guyon et Levasseur, 1992) et de l'enquête sur la santé cardiovasculaire et la nutrition de 1990 (Levasseur et coll., 1994). Quand c'était possible, la formulation intégrale des questions était conservée pour favoriser la comparaison avec d'autres populations. La pertinence de chacun des sujets traités de même que la formulation des questions ont fait l'objet de discussions avec des personnes-ressources du milieu. Des retraits, des ajouts et des adaptations, qui ont contribué à la spécificité de cette enquête par rapport aux enquêtes précédentes, ont par la suite été effectués. Le lecteur peut consulter les cahiers techniques pour une description détaillée des questions utilisées et de leur provenance (Guyon et coll., 1994).

---

<sup>(1)</sup> Seule une version anglaise des instruments a été utilisée pour la collecte des données. La version française n'a été réalisée que pour les fins de l'analyse et de la présente édition.

## TABLEAU 1.1

Thèmes retenus - Enquête crie, 1991

<b>DÉTERMINANTS</b>		
<b>Habitudes de vie</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Tabagisme</li> <li>• Usage d'alcool et de drogue</li> <li>• Activité physique</li> <li>• Nutrition</li> <li>• Modes de transport</li> <li>• Mesures préventives féminines</li> </ul>	<b>Facteurs biologiques</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Histoire familiale</li> <li>• Tension artérielle</li> <li>• Anthropométrie</li> <li>• Lipides sanguins</li> <li>• Glucose sanguin</li> </ul>	<b>Facteurs environnementaux</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Caractéristiques sociodémographiques</li> <li>• Soutien social</li> <li>• Événements stressants</li> <li>• Emploi</li> </ul>
<b>ÉTAT DE SANTÉ</b>		
<b>Santé physique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Traumatismes</li> <li>• Maladies chroniques</li> <li>• Problèmes d'audition</li> </ul>	<b>Santé psychologique</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Détresse psychologique</li> <li>• Idéations et tentatives suicidaires</li> </ul>	<b>Santé sociale</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes sociaux</li> </ul>
<b>CONSÉQUENCES</b>		
<b>Utilisation des services</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Consultations médicales</li> <li>• Services sociaux</li> <li>• Usage de médicaments</li> </ul>	<b>Conséquences sur la fonctionnalité</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Journées d'incapacité</li> <li>• Restrictions d'activité</li> </ul>	

### 1.2.1 Questionnaires

Une fiche d'identification et trois questionnaires ont été utilisés pour la collecte des données (annexes 2, 3, 4 et 5).

- 1) Une fiche d'identification a permis d'établir la liste des membres du ménage, résidant dans le foyer au moment de l'enquête, ainsi que leurs caractéristiques d'âge, de sexe et de lien de parenté.
- 2) Un questionnaire du ménage a été élaboré à partir de l'instrument correspondant de l'enquête Santé Québec 1987 (QRI). Celui-ci a été administré par un interviewer auprès d'un informateur-clé qui répondait au nom de tous les membres du ménage. Cette procédure a été utilisée pour les questions portant sur les problèmes de santé, les accidents, les incapacités, le recours aux services et la préparation des aliments.
- 3) Les questionnaires individuel et confidentiel, administrés également par un interviewer, remplacent le questionnaire auto-administré (QAA) utilisé lors de l'enquête de 1987. La culture crie ayant une tradition orale, cette forme d'entrevue en face à face s'avérait plus adéquate. Cet instrument destiné aux répondants de 15 ans et plus comportait les questions sur les habitudes de vie, le travail, les problèmes sociaux et les comportements préventifs.

Pour un certain nombre de questions portant sur des sujets plus délicats (consommation de drogues ou d'alcool, tentatives de suicide), il importait de préserver le caractère confidentiel de l'information. Ces questions ont donc été regroupées dans un cahier séparé (le questionnaire confidentiel) sur lequel le répondant inscrivait lui-même son choix de réponse s'il le désirait, après que l'interviewer lui ait lu la question. Il déposait par la suite le questionnaire dans une enveloppe qu'il scellait lui-même.

### **1.2.2 Mesures cliniques**

Un formulaire a été développé à partir de l'instrument utilisé lors de l'enquête sur la santé cardiovasculaire et la nutrition de 1990 (annexe 6). Les informations sur les différentes mesures physiques, soit la tension artérielle, le poids, la taille, le tour de taille et le tour de hanches, les prélèvements sanguins et le pouls y ont été enregistrés par une infirmière. Ces mesures ont été prises chez les individus de 18 à 74 ans lors de leur visite à la clinique.

Un rappel de la consommation alimentaire des dernières 24 heures a également été effectué par l'infirmière lors d'une seconde entrevue à domicile. Ces résultats feront l'objet d'une publication séparée.

## **1.3 POPULATION VISÉE**

La population visée était constituée de l'ensemble des ménages privés autochtones résidant à l'intérieur des neuf communautés cries de la Baie James. Un ménage autochtone est défini comme comptant au moins une personne autochtone, et un ménage privé comme comptant la ou les personnes qui occupent un logement privé et qui n'ont pas de lieu de résidence habituelle ailleurs que dans les localités cries. Les logements collectifs et les commerces ne font pas partie de la population visée.

### **1.3.1 Base de sondage**

La base de sondage a été constituée de l'ensemble des neuf listes obtenues au service du logement (*housing department*) de chacun des Conseils de bande des neuf communautés cries. Ces listes contenaient initialement de nombreuses imprécisions. Elles ont donc été vérifiées afin de ne conserver que les logements abritant des ménages privés correspondant à la population visée. Elles révèlent que la population crie compte 1 716 ménages privés répartis à travers ses neuf localités.

### **1.3.2 Plan d'échantillonnage**

Plusieurs scénarios d'échantillonnage ont été envisagés. Le scénario retenu par le Bureau de la statistique du Québec visait à obtenir une précision (coefficient de variation) acceptable pour

toute prévalence supérieure ou égale à 10 % au niveau de l'ensemble des localités (Cochran, 1977; Desu et Raghavamo, 1991).

Afin de s'assurer que les résultats soient représentatifs de l'ensemble de la population crie, celle-ci a été stratifiée selon les neuf localités cries. L'échantillon a ensuite été réparti de façon proportionnelle au nombre de ménages dans chacune de ces strates.

La taille de l'échantillon a été fixée à 400 ménages en tenant compte des paramètres suivants : estimation du nombre moyen de personnes par ménage cri (5,43), effet de plan prévu, taux de réponses attendus. Un échantillonnage systématique a été réalisé suite à un tri préalable de la base de sondage en fonction de l'adresse de résidence du ménage.

### 1.3.3 Taux de réponse

Les taux de réponse observés pour les différents instruments de cette étude sont généralement du même ordre que ceux attendus; ils ont été calculés en estimant que les ménages non-répondants avaient les mêmes caractéristiques que les répondants. Ainsi, sur les 400 ménages faisant partie de l'échantillon initial, 354 ont consenti à répondre au questionnaire du ménage. Ces 354 ménages répondants comptent 1 288 individus de 15 ans et plus, admissibles aux questionnaires individuel et confidentiel. De ce nombre, 1 161 ont accepté de répondre au questionnaire individuel et 1 136 ont répondu au questionnaire confidentiel. Parmi les ménages répondants, on dénombre 1 115 individus de 18 à 74 ans admissibles à la visite en clinique. De ce nombre, 943 individus ont participé aux mesures physiques et aux tests sanguins. Les taux de réponse, illustrés au graphique 1.1, ont été calculés sur l'échantillon global et non seulement sur l'échantillon éligible à chaque instrument.

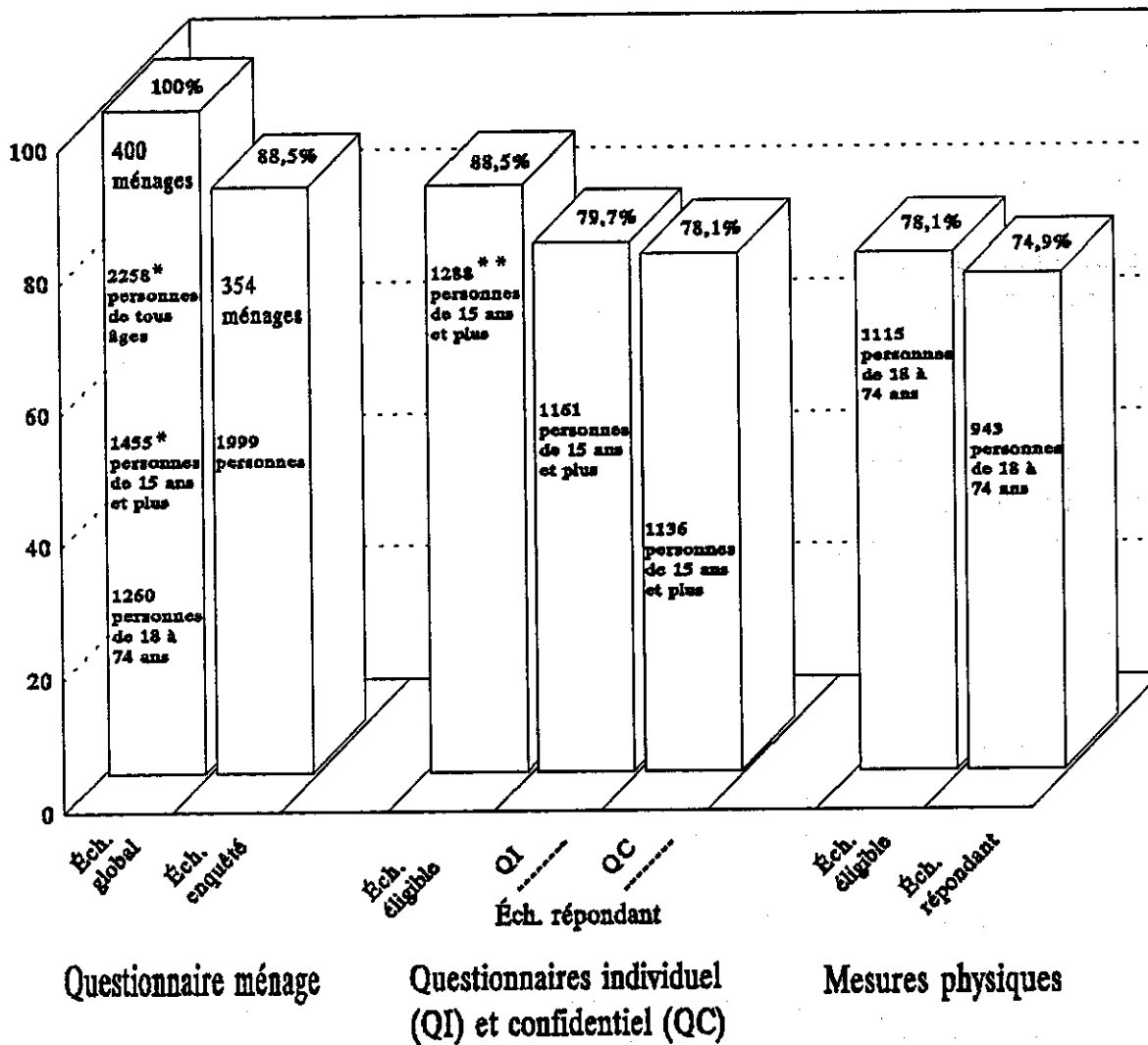
### 1.3.4 Pondération

Étant donné que le plan d'échantillonnage n'accorde pas à chaque individu de la population visée la même chance d'être sélectionné et que la non-réponse varie en fonction de l'âge, du sexe et de la sous-région, les données ont dû être pondérées.

La pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur (un poids) correspondant au nombre de personnes qu'il représente dans la population. Les facteurs de pondération choisis sont les communautés pour le questionnaire du ménage et un croisement des groupes âge/sexe/sous-région (côtière ou intérieure) pour les questionnaires individuel et confidentiel et les mesures cliniques. Les données présentées dans les chapitres suivants ont donc été pondérées de façon à représenter l'ensemble de la population crie. La pondération populationnelle a permis d'estimer les nombres correspondant aux résultats présentés en tableaux ( $P_e$  pour population estimée), tandis qu'une pondération ramenée à la taille de l'échantillon a été utilisée pour effectuer les tests statistiques.

## GRAPHIQUE 1.1

Nombre de participants et taux de réponses aux différents instruments de l'enquête (%), population crie, 1991



\* Nombres estimés à partir des données du recensement.

\*\* Personnes pour lesquelles de l'information a été recueillie lors du questionnaire du ménage.



## 1.4 QUALITÉ DES DONNÉES

Dans le cadre d'une enquête, les estimations sont sujettes à deux types d'erreur : l'erreur échantillonnale et l'erreur d'observation. Une estimation de l'erreur échantillonnale est présentée dans la section 1.4.4 (calcul de la marge d'erreur). L'erreur liée à l'observation est, quant à elle, plus difficile à mesurer car elle peut survenir à toutes les étapes de l'enquête. Différentes mesures ont donc été appliquées afin de la réduire et d'assurer la qualité des données.

### 1.4.1 Enquête pilote

Une enquête pilote a été effectuée dans le but de valider les divers instruments d'enquête et de vérifier la méthodologie, le matériel et la faisabilité des diverses procédures. Elle s'est déroulée du 17 au 21 septembre 1990 dans les communautés de Chisasibi et de Mistissini. Deux coordonnatrices, deux infirmières et deux interviewers crie y ont participé. Elle a été précédée d'une semaine de préparation sur le terrain axée principalement sur la formation des deux interviewers.

L'enquête pilote a été effectuée auprès de dix ménages, soit cinq dans chacune des deux communautés. La procédure de prise de contact avec les ménages a été testée ainsi que les méthodes permettant d'identifier les membres du ménage, de sélectionner les répondants visés par chacun des instruments et d'établir les rendez-vous d'entrevue. Les questionnaires du ménage et individuel ont été administrés afin de vérifier la compréhension des questions et l'enchaînement en fonction des questions filtres. Les questions mal comprises ont été modifiées et des changements mineurs ont été effectués.

Les entrevues nutritionnelles et les visites en clinique ont été effectuées et les mesures physiologiques prises. Toutes les procédures ont été réévaluées et ajustées en fonction des difficultés rencontrées lors de ce prétest.

### 1.4.2 Formation des interviewers et des infirmières

Afin d'optimiser la qualité des informations recueillies, Santé Québec a procédé à une formation intensive de huit jours pour les 23 interviewers et les 10 infirmières de l'enquête. La formation a permis aux participants de se familiariser avec les objectifs de l'enquête, ses règles d'éthique et surtout ses instruments. Des cahiers de formation avaient été préparés à cet effet pour chacun des deux groupes. La formation des interviewers, d'origine crie, a été donnée en langue anglaise et une version crie des questionnaires était disponible sur cassette afin de standardiser la traduction des questions. Elle a été abondamment utilisée au cours de

jeux de rôles. Les infirmières, non d'origine crie, ont reçu la formation en anglais ou en français, selon les sujets abordés.

### **1.4.3 Validation des données**

Chacune des opérations de collecte donnait lieu à des vérifications faites le jour même de la collecte des données. Les interviewers remettaient les questionnaires complétés à l'infirmière, qui procédait à des vérifications sommaires, après quoi ils étaient transmis à la coordonnatrice du terrain, à Chisasibi. Celle-ci procédait à de nouvelles vérifications sur chacun des questionnaires. Dix pour cent des personnes échantillonnées se voyaient administrer un questionnaire de contrôle lors de l'entrevue nutritionnelle par l'infirmière. On a par ailleurs répété les mesures physiques et les prélèvements sanguins pour 10 % de l'échantillon.

Une fois par semaine, les questionnaires étaient envoyés à Santé Québec où une équipe de spécialistes procédait à des vérifications et aux opérations de codage habituelles. Une procédure de rétroaction permettait de retourner aux interviewers dans les cas d'erreurs ou d'oublis dans les questionnaires. Une fois la collecte terminée, les questionnaires complétés ont subi des tests logiques et la banque de données a été soumise à des procédures de validation similaires à celles utilisées lors des autres enquêtes menées par Santé Québec : validation des codes admissibles et des filtres et validation de sens.

La congruence multivariée des réponses a également été vérifiée par les équipes d'analyse et toutes les données et tableaux qu'elles ont fournis à Santé Québec ont été vérifiés par les informaticiens. Des indices synthétiques ont été construits par les chercheurs qui se sont basés sur les méthodes déjà validées lors d'enquêtes précédentes ou sur les résultats de discussions de groupe organisées avec des Cris ou des intervenants travaillant avec eux. Leur construction est décrite dans les cahiers techniques et, dans tous les cas, a été vérifiée par Santé Québec (Guyon et coll., 1994; Levasseur et coll., 1994). Les indices ayant fait l'objet de comparaisons avec l'enquête de 1987 ont été redéfinis en fonction de la programmation utilisée pour la présente enquête. Les textes ont été soumis au comité de rédaction qui a consulté des experts du milieu au besoin. Les résultats ont été vérifiés à la lumière du contexte culturel et historique dans la mesure du possible.

### **1.4.4 Calcul de la marge d'erreur**

Une marge d'erreur a été estimée pour chacun des instruments de mesure (des tableaux détaillés sont présentés dans les cahiers techniques de l'enquête). Elle tient compte de l'effet du plan de sondage utilisé et est évaluée pour l'ensemble de la population, pour chaque groupe d'âge et de sexe et selon la sous-région pour chacun des instruments de mesure. Ces marges d'erreur ont été estimées pour une prévalence de 50 %. Ainsi, quand les statistiques sont

produites pour l'ensemble de la population crie, elles sont généralement précises à plus ou moins 3 % avec un degré de confiance à 95 %; la proportion réelle se situe donc à l'intérieur de la proportion observée plus ou moins la marge d'erreur. Les résultats sont légèrement plus précis pour les communautés de la côte (entre 3 % et 4 %) que pour les communautés de l'intérieur (entre 4 % et 5 %). La précision des résultats varie également selon l'âge. Elle est d'environ 5 % pour les jeunes de 0-14 ans (questionnaire du ménage) et ceux de 15-34 ans (selon le questionnaire) alors que, pour les adultes de 35 à 64 ans, elle est d'environ 7 % (selon le questionnaire). Dans le cas des personnes de 65 ans et plus, leur petit nombre rend les résultats très instables avec une marge d'erreur pouvant aller jusqu'à 20 % (selon le questionnaire).

#### 1.4.5 Présentation des résultats

A moins d'indication contraire, les valeurs manquantes ont été exclues des analyses. L'erreur alpha acceptable a été fixée à ,01 pour toutes les analyses statistiques (niveau de signification à 99 %). Les différences entre les sous-groupes, mentionnées dans le texte, sont significatives à ce seuil et les intervalles de confiance ont été calculés à partir du même seuil (Fleiss, 1981). Quand la comparaison des prévalences exigeait une standardisation des données pour contrôler l'effet de l'âge, la méthode indirecte a été utilisée. Elle consiste à appliquer les taux ou prévalences observées dans chacun des groupes d'âge de la population de référence au nombre de personnes dans les groupes d'âge correspondants de la population crie et à calculer des indices comparatifs (*standardized morbidity* ou *mortality ratios* ou *SMR*).

Les pourcentages ont été arrondis à l'unité quand ils sont mentionnés dans le texte et à une décimale près dans chacun des tableaux.

### 1.5 LIMITES DE L'ENQUÊTE

#### 1.5.1 Compréhension des questions

Malgré toutes les précautions prises pour assurer la qualité des données, il est impossible de mesurer l'exactitude des réponses fournies par les répondants. Cette limite est particulièrement importante quand la population cible est d'une culture différente, peu habituée à des questions directes et dans bien des cas, unilingue crie. Un effort de standardisation a été fait sur le plan de la traduction orale des questions; cependant, plusieurs concepts liés à la santé ou à la maladie n'existent pas dans la langue crie, on ne peut donc être assuré que tous les répondants ont compris chacune des questions et qu'ils les ont tous comprises de la même façon.

D'autre part, les résultats ont été interprétés par des professionnels qui, dans certains cas, n'étaient pas familiers avec la culture et l'environnement propres à la population étudiée. Pour remédier à cette limite, les manuscrits ont été soumis à des lecteurs qui connaissent le milieu ainsi que la documentation portant sur la santé des Cris et sur les sujets connexes.

### 1.5.2 Petits nombres

Nous avons vu précédemment que certains des résultats de l'enquête exprimés en prévalence (%) pouvaient être très instables. Il faut se montrer particulièrement prudents dans l'interprétation des résultats concernant les personnes de 65 ans et plus. Par ailleurs, les mêmes précautions s'appliquent quand il s'agit d'interpréter des événements, des prévalences ou des opinions se produisant rarement et parmi des sous-groupes de la population. On peut au moment de la lecture se demander : «Combien de personnes ce pourcentage représente-t-il ?»

Il faut donc tenir compte de ces contraintes au moment de la lecture des chapitres suivants.

## 1.6 RÉFÉRENCES

COCHRAN, W.G. (1977). *Sampling Techniques*, John Wiley & Sons, 3rd edition.

DESU, M.M., RAGHAVAMO, D. (1991). *Sample Size Methodology*, Academic Press Inc.

FLEISS, J.L. (1981). *Statistical Methods for Rates and Proportions*, New York, John Wiley and Sons, 321 p.

GUYON, L., CLARKSON, M., LAVALLÉE, C. ET COLL. (1994). *Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James*, Cahier technique, Tomes I et II, Montréal, Santé Québec, gouvernement du Québec (à paraître).

GUYON, L., LEVASSEUR, M. (1992). *Les variables : catégorisations, indicateurs et indices de Santé Québec*, Cahier technique 87-08, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, Québec.

LEVASSEUR, M. (1988). *Sources et justification des questions utilisées dans l'enquête Santé Québec*, Cahier technique no 87-03, ministère de la Santé et des Services sociaux, Direction des communications, Québec.

LEVASSEUR, M., DAVELUY, C., ÉMOND, A. (1994). *Cahier technique de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Montréal, Santé Québec, gouvernement du Québec (à paraître).

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va ? : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Tome I, Les Publications du Québec, Québec.

SANTÉ QUÉBEC (1991). *Faits saillants de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

**Méthodes**

---

SANTÉ QUÉBEC, DAVELUY, C., CHÉNARD, L., LEVASSEUR, M., ÉMOND, A. (sous la direction de) (1994) *Et votre coeur, ça va ? Rapport de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

## **CHAPITRE 2**

# **INFORMATION SOCIODÉMOGRAPHIQUE**

### **AUTEURS**

**CLAUDETTE LAVALLÉE**  
MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

**ROBERT CHOINIÈRE**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

**PIERRE LAFONTAINE**  
DIRECTION DE LA PLANIFICATION  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

### **LECTEURS**

**SERGE CHEVALIER**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL SAINT-LUC

**NORBERT ROBITAILLE**  
DÉPARTEMENT DE DÉMOGRAPHIE  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

### **CONSULTANTE**

**EMMA SAGANASH**  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET  
DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

## **2.0 INTRODUCTION**

La Politique québécoise de la santé et du bien-être fait état de l'importance des conditions de vie (structure des ménages, scolarité, emploi, revenu) et des caractéristiques culturelles (langue, religion) parmi les facteurs à l'origine des problèmes de santé et des problèmes sociaux. De plus en plus, on met en évidence les liens multiples que ces facteurs entretiennent avec les autres déterminants de la santé (Gouvernement du Québec, 1992).

Les variables sociodémographiques couvertes par l'enquête Santé Québec chez les Cris sont susceptibles de mieux nous éclairer sur le contexte social, économique et démographique spécifique de cette population et de l'associer à l'état de santé. À cette description se juxtapose une information d'autant plus complète que l'enquête comprend certaines questions que l'on ne retrouve pas au recensement et qui documenteront des problématiques propres à ce milieu.

### **2.1 PORTÉE ET LIMITES DES DONNÉES**

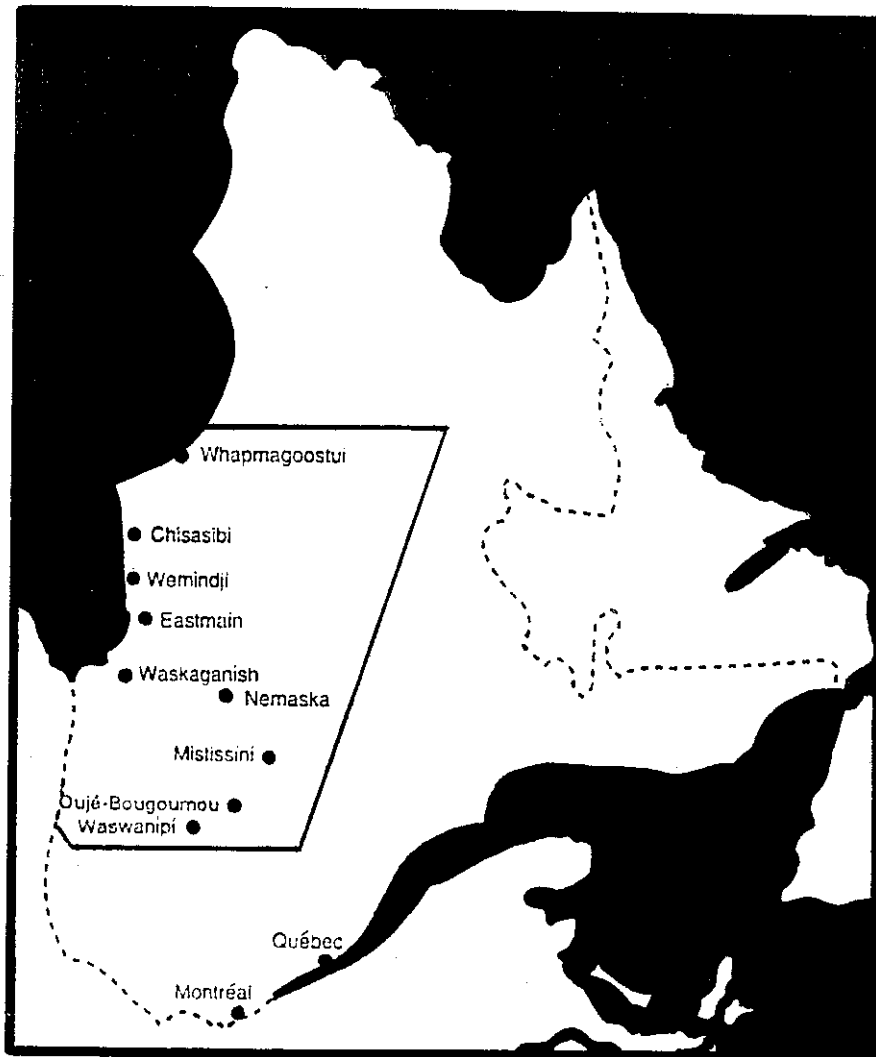
Afin de pouvoir effectuer des comparaisons avec les autres Québécois, les questions sociodémographiques utilisées dans le cadre de l'enquête crie ont été empruntées à l'enquête Santé Québec de 1987. Certaines ont été reformulées ou ont vu leur contenu modifié de manière à les adapter à la réalité culturelle des Cris. Ainsi, les questions concernant l'emploi ont fait l'objet de quelques modifications. Notons également que ces questions ont été intégrées au questionnaire individuel, contrairement à ce qui avait été fait lors de l'enquête de 1987. Certaines autres questions ont été ajoutées, compte tenu des caractéristiques spécifiques de la population crie. La question sur les séjours dans le bois en est un bel exemple. Finalement, des variables utilisées en 1987 ont dû être abandonnées; ainsi, l'indice de scolarité relative n'a pu être retenu à cause de son incapacité à discriminer un phénomène lié trop étroitement à l'âge ou encore, l'indice de niveau de revenu à cause d'un taux de réponse insuffisant. Les questions utilisées pour ce chapitre se retrouvent à la section IX du questionnaire du ménage et aux sections XIII et XIV du questionnaire individuel.

### **2.2 RÉSULTATS**

Les résultats présentés dans les pages qui suivent se rapportent aux 354 ménages au sein desquels on a recensé 1999 personnes. Un total de 1161 personnes de 15 ans et plus dont 582 hommes et 579 femmes ont répondu au questionnaire individuel et 943 personnes, parmi lesquelles autant d'hommes que de femmes, ont été soumises aux examens cliniques.

## 2.2.1 Situation géographique

La population crie habitant dans les communautés a été estimée, au 31 décembre 1989, à 9 300 personnes. Comme l'illustre la carte ci-jointe, elles sont dispersées sur un vaste territoire de 300 000 kilomètres carrés situé au nord du Québec entre les 49e et 55e parallèles; elles sont regroupées en neuf bandes dont les effectifs varient entre 400 et 2 500 habitants. La distribution géographique des participants à l'enquête est indiquée au tableau 2.1. On y remarque que 65 % des individus font partie des communautés de la côte de la baie James et de la baie d'Hudson, tandis que 36 % résident dans les villages situés à l'intérieur des terres.





## TABLEAU 2.1

Participants à l'enquête selon la communauté et la sous-région (%),  
population crie, 1991

SOUS-RÉGION ET COMMUNAUTÉ	%	NOMBRE DE PARTICIPANTS*
<b>CÔTIÈRE</b>	64,4	1 288
• WHAPMAGOOSTUI	5,6	113
• CHISASIBI	30,7	613
• WEMINDJI	9,5	191
• EASTMAIN	4,6	91
• WASKAGANISH	14,0	280
<b>INTÉRIEURE</b>	35,6	711
• NEMASKA	3,3	66
• MISTISSINI	20,7	413
• WASWANAPI	6,9	139
• Oujé-Bougoumou	4,7	93
<b>TOTAL</b>	100,0	1 999

\* Données non pondérées

Une fois les données pondérées en vue de l'analyse, les communautés crie ont également été divisées en fonction de leur niveau d'isolement. Les villages isolés sont ceux n'ayant aucun accès à la route sauf, dans certains cas, à une route d'hiver. Trente-deux pour cent (32 %) des participants font ainsi partie des communautés isolées de Whapmagoostui, Wemindji, Eastmain et Waskaganish. Les autres, soit 68 %, vivent dans des villages reliés au reste du Québec par une route ouverte à l'année; ce sont : Chisasibi, Nemaska, Waswanipi, Mistissini et Oujé-Bougoumou.

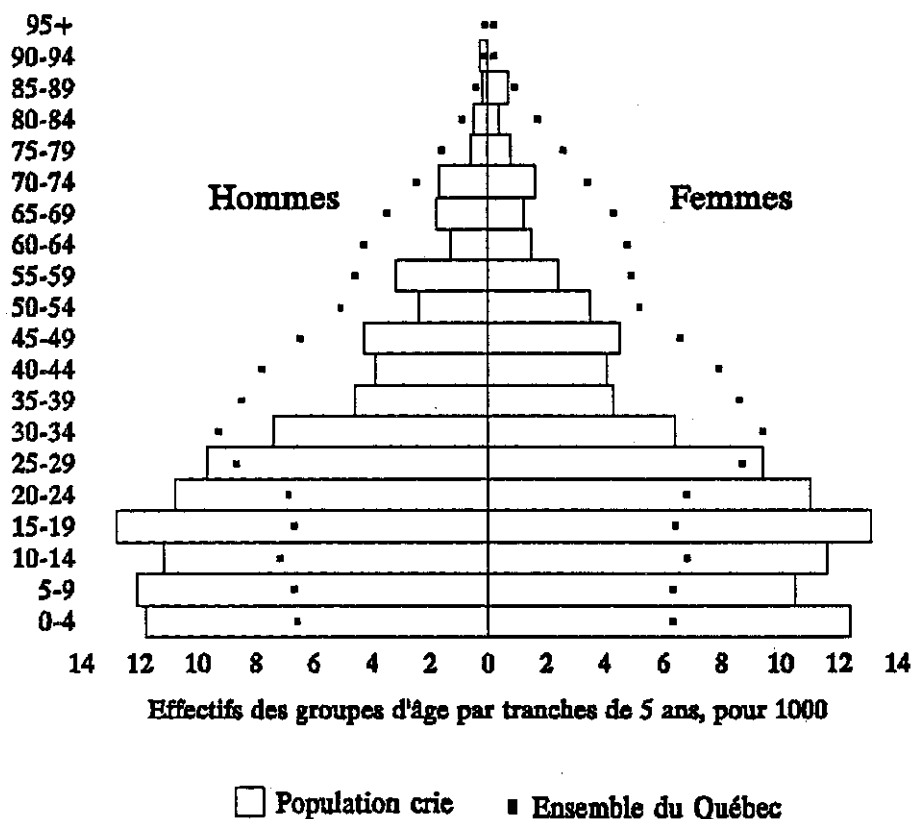
### 2.2.2 Structure par âge

La structure par âge de la population crie, estimée à partir des données de l'enquête, montre une population beaucoup plus jeune que celle de l'ensemble du Québec (incluant les régions nordiques). L'âge médian chez les Cris est de 20,8 ans comparativement à 34,2 ans pour l'ensemble du Québec. Par rapport à l'ensemble du Québec, les Cris sont sur-représentés dans les groupes d'âge allant de 0-4 ans à 25-29 ans et sous-représentés à partir de 30 ans

(graphique 2.1). Les enfants de moins de 15 ans forment 35 % de la population cri, mais seulement 16 % de la population du Québec. À l'inverse, l'importance relative des personnes âgées de 65 ans et plus n'est que de 5 % chez les Cris alors qu'elle atteint 11 % à l'échelle du Québec. Étant donné la proportion élevée d'enfants chez les Cris, cette population enregistre un rapport de dépendance<sup>(1)</sup> (65,9) beaucoup plus élevé que celui de l'ensemble du Québec (36,6).

## GRAPHIQUE 2.1

Pyramides des âges, population cri estimée et population de l'ensemble du Québec, 1991



Sources : Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991, Statistique Canada, recensement de 1991.

<sup>(1)</sup> Le rapport de dépendance est obtenu en divisant la somme des effectifs de la population de moins de 15 ans et de la population de 65 ans et plus (la population dépendante) par l'effectif des personnes de 15 à 64 ans (la population active). Par la suite, le rapport est multiplié par 100.

La forme de la pyramide des âges de la population crie laisse entrevoir une baisse de la fécondité à partir de la fin des années soixante-dix; en effet, l'importance en nombre du groupe des 10-14 ans est plus faible que celle du groupe des 15-19 ans. Si l'on observe le graphique, pour l'ensemble du Québec, la baisse de la fécondité aurait débuté au début des années soixante. La fécondité des femmes cries reste cependant bien supérieure à celle de l'ensemble des Québécoises; la proportion des enfants de 0-4 ans par rapport aux femmes de 15 à 44 ans est de 50 enfants pour 100 femmes chez les premières comparativement à 27 enfants pour 100 femmes chez les secondes.

## 2.2.3 Structure des ménages privés

### 2.2.3.1 Ménages selon le nombre de personnes

Dans la population crie, estimée à partir des données de l'enquête, près de la moitié des ménages comprennent six personnes ou plus (tableau 2.2). La proportion des ménages de 10 personnes et plus y est également importante (7 %). À l'inverse, il n'existe aucun ménage d'une seule personne. Le nombre moyen de personnes par ménage est de 5,6. Cette situation diffère grandement de celle observée à l'échelle du Québec, où la proportion des ménages de six personnes ou plus est de seulement 2 %, et celle des ménages d'une seule personne atteint 25 % (Statistique Canada, 1992a). Le nombre moyen de personnes par ménage pour l'ensemble du Québec est de 2,6.

## TABLEAU 2.2

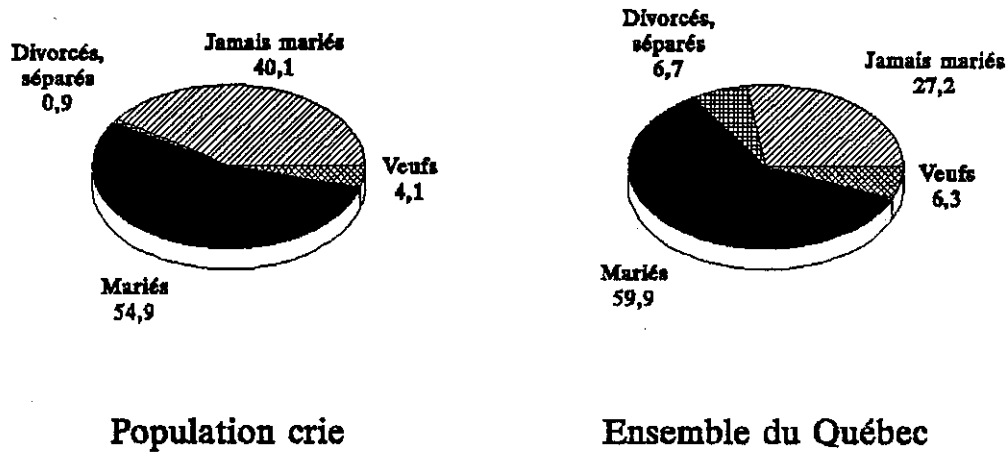
Répartition des ménages privés selon le nombre de personnes et la sous-région de résidence (%), population crie, 1991

NOMBRE DE PERSONNES	SOUS-RÉGION		TOTAL*	
	CÔTIÈRE	INTÉRIEURE	%	NOMBRE DE MÉNAGES
1	0,0	0,0	0,0	0
2	4,6	12,4	7,6	27
3	8,3	15,3	11,0	39
4-5	34,6	35,0	34,7	123
6-9	44,7	31,4	39,5	140
10 OU PLUS	7,8	5,8	7,1	25
<b>TOTAL MÉNAGES</b>	100,0	100,0	100,0	354

\* Données non pondérées

## GRAPHIQUE 2.2

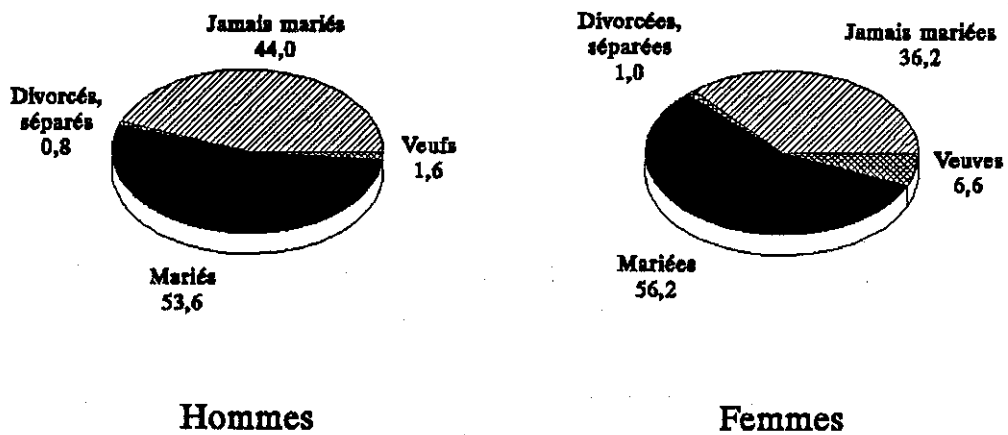
Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon l'état matrimonial (%),  
et ensemble du Québec, 1991



Sources : Statistique Canada, recensement de 1991

## GRAPHIQUE 2.3

Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon l'état matrimonial  
et le sexe (%), 1991



La proportion de ménages de deux ou de trois personnes est plus élevée dans les villages de l'intérieur. À l'opposé, le pourcentage de ménages comptant six personnes et plus est beaucoup plus élevé sur la côte.

### **2.2.3.2 État matrimonial**

Sont considérés comme mariés les individus légalement mariés ou vivant présentement en union libre. Le graphique 2.2 indique que la proportion de personnes qui n'ont jamais été mariées (40 %), parmi la population âgée de 15 ans et plus, est beaucoup plus élevée chez les Cris que dans l'ensemble du Québec (27 %) (Statistique Canada, 1992a). Cette différence illustre bien la structure par âge beaucoup plus jeune de la population crie. D'autre part, la population crie présente des pourcentages beaucoup plus faibles de personnes divorcées, séparées ou veuves.

La répartition de la population crie selon l'état matrimonial varie selon le sexe (graphique 2.3). Les hommes montrent une proportion plus élevée de célibataires que les femmes. D'autre part, plus de la moitié des femmes de 65 ans et plus sont veuves, comparativement à 18 % chez les hommes.

### **2.2.3.3 Structure des ménages**

Parmi les 354 ménages de l'échantillon, la très grande majorité (353, soit 99,7 %) constituent des familles économiques telles que définies par Statistique Canada (1992b), c'est-à-dire des «groupes de deux personnes ou plus qui vivent dans le même logement et qui sont apparentées par le sang, par alliance, par union libre ou par adoption». Un seul des ménages de l'échantillon se compose, outre la personne répondante principale, de chambreurs non apparentés à cette personne.

Le tableau 2.3 décrit de façon plus détaillée la composition des ménages cris. Pour les deux tiers, ces ménages correspondent à ce que Statistique Canada définit comme une famille de recensement, soit : «couple actuellement marié (avec ou sans fils et/ou filles jamais mariés des deux conjoints ou de l'un d'eux), couple vivant en union libre (avec ou sans fils et/ou filles jamais mariés des deux partenaires ou de l'un d'eux) ou parent seul (peu importe son état matrimonial) demeurant avec au moins un fils ou une fille jamais marié». Toutefois, 34 % des ménages de l'échantillon correspondent à ce que l'on pourrait appeler la famille étendue sous différentes formes (par exemple, parents vivant avec leurs enfants non mariés, un enfant marié, son (sa) conjoint(e) et les enfants de ces derniers; couple hébergeant un parent âgé, un neveu et une nièce; couple vivant avec ses enfants non mariés, y inclus une fille qui aurait elle-même un enfant; et ainsi de suite). Ces familles étendues peuvent compter une seule famille de recensement telle que définie plus haut, ou en compter plus d'une. Ce portrait diffère de ce qu'on observe dans le reste du Québec, où 1 % seulement des ménages compteraient plus d'une famille, selon les données du recensement de 1991.

## TABLEAU 2.3

Répartition des ménages selon leur structure (%), population crie, 1991

	%	NOMBRE DE MÉNAGES*
COUPLE VIVANT SEUL	5,6	20
COUPLE OU PARENT SEUL VIVANT AVEC AU MOINS UN ENFANT NON MARIÉ	59,9	212
FAMILLE ÉTENDUE	34,2	121
RÉPONDANT + CHAMBREURS	0,3	1
<b>TOTAL MÉNAGES</b>	<b>100,0</b>	<b>354</b>

\* Données non pondérées

D'autre part, une question portant sur l'arrivée de nouveaux membres dans le ménage permet d'évaluer la mobilité entre les ménages et d'une communauté à l'autre. Environ 5 % des ménages ont accueilli un nouveau membre au cours de la dernière année et la très grande majorité de ces nouveaux membres viennent d'une autre communauté crie. Cette mobilité peut être due à des mariages.

### 2.2.3.4 Description des familles avec enfants à charge

Lors de l'enquête Santé Québec 1987, les concepts de «famille biparentale» et «famille monoparentale» avaient été définis selon les critères suivants : «parent(s) avec enfant(s) à charge vivant dans le même logement : soit deux conjoints mariés ou vivant en union libre, soit un parent seul, sans substitut du parent absent. Dans le premier cas, on parle de famille biparentale, dans l'autre de famille monoparentale. La présence d'au moins un enfant âgé de moins de 18 ans, relié biologiquement ou par adoption ou provenant d'unions précédentes, est jugée essentielle dans les deux types de famille» (Bellerose et coll., 1989). Les mêmes critères ont été appliqués chez les Cris. Comme lors de l'enquête de 1987, les types de familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans ont été définis à l'aide de la fiche d'identification, qui dénombre les membres du ménage, leur âge et leur lien avec le répondant principal.

Selon les données de la présente enquête, 294 ménages (soit 83 %, comparativement à 42 % pour le sud du Québec en 1987) comptent au moins un enfant de moins de 18 ans. Toutefois, on a vu que la structure des ménages cris diffère de celle que l'on trouve dans le sud du

Québec. Comme on peut le constater au tableau 2.4, 60 % de ces ménages correspondent à la famille biparentale telle que définie ci-dessus, et 4 % seulement des ménages constituent des familles monoparentales où un parent vit seul avec un ou des enfants. Parmi ces dernières (11 cas), on trouve une seule famille où ce parent est de sexe masculin. Les autres 37 % correspondent à divers modèles de «famille étendue». Bon nombre de familles monoparentales sont intégrées à ces ménages.

## TABLEAU 2.4

Répartition des ménages comptant des enfants de moins de 18 ans selon les types de familles (%), population crie, 1991

	%	NOMBRE DE MÉNAGES*
1 FAMILLE BIPARENTALE	59,5	175
1 FAMILLE MONOPARENTALE	3,8	11
1 BIPAR. + DIVERS	10,5	31
2 FAMILLES BIPARENTALES	6,1	18
1 BIPAR. + 1 MONOPAR.	9,2	27
1 MONOPAR. + DIVERS	7,5	22
2 FAMILLES MONOPARENTALES	0,7	2
INCLASSIFIABLE	2,7	8
<b>TOTAL MÉNAGES</b>	<b>100,0</b>	<b>294</b>

\* Données non pondérées

On retrouve, dans ces 294 ménages, 341 familles comptant au moins un enfant de moins de 18 ans, dont 79 % sont biparentales, 19 % sont monoparentales et 2 % n'ont pu être classifiées. Le taux de familles monoparentales observé dans l'échantillon est comparable à celui qu'on trouve dans le sud du Québec soit 18 % selon les données du recensement de 1991 (Statistique Canada, 1992a); toutefois, on peut présumer que la problématique est fort différente chez les Cris et que l'isolement de ces familles est moins grand puisque quatre familles monoparentales crie sur cinq vivent avec la famille étendue.

## 2.2.4 Caractéristiques culturelles

La culture influence les croyances, les valeurs, les attitudes et les comportements des individus, de même que leur état de santé (Dufresne et coll., 1985). À cause de l'importance de ce lien, il est maintenant courant d'inclure les caractéristiques culturelles d'une population dans l'analyse et dans l'interprétation de son état de santé (Cousineau, 1989). Cet usage prend une importance particulière dans l'étude d'une société traversant une période d'acculturation, c'est-à-dire de changement rapide résultant d'un contact direct et continu entre deux groupes culturels distincts (Berry, 1990).

### 2.2.4.1 Langue maternelle et langue d'usage

Dans cette enquête, nous mesurons d'abord l'appartenance à la communauté culturelle crie par la langue maternelle, définie comme la première langue apprise et encore parlée. Toutes les personnes de 65 ans et plus et la presque totalité (96 %) de la population rejointe par l'enquête ont identifié le cri comme langue maternelle; les autres langues déclarées sont, par ordre d'importance, l'anglais et le français. La langue d'usage représente un autre indicateur important de l'appartenance culturelle. Quatre-vingt-onze pour cent de la population déclare parler seulement le cri à la maison alors que 5 % parle l'anglais et que 2 % parle ces deux langues. L'importance des autres langues mentionnées est minime.

À l'heure actuelle, dans le contexte d'une prise de conscience d'une identité autochtone spécifique et d'une volonté de prise en charge de l'avenir, le maintien d'une identité culturelle constitue une priorité pour les Cris. Le croisement des variables langue maternelle et langue d'usage à la maison permet de mesurer la survivance de la langue (Siggner, 1986). Cette nouvelle variable, appelée «transfert linguistique», peut être considérée comme un indicateur du niveau d'acculturation des individus; elle ne pourra toutefois être utilisée en association avec des déterminants et des indicateurs de leur santé physique, sociale et mentale, car la très grande majorité de ceux dont la langue maternelle est le cri le parlent encore à la maison (97 %), enlevant toute valeur discriminante à cette variable. La plus faible proportion de personnes de langue maternelle crie utilisant cette langue à la maison est observée dans le groupe des 25 à 44 ans (94 %). Elle atteint 100 % chez les gens de 65 ans et plus.

### 2.2.4.2 Connaissance des langues

La connaissance d'une ou de plusieurs autres langues peut être un déterminant du niveau socio-économique de l'individu et peut également représenter un facteur d'acculturation. Une personne sur cinq utilisant le cri à la maison ne connaît pas d'autre langue et, comme l'indique le tableau 2.5, cette proportion augmente avec l'âge, passant d'environ 6 % chez les 15 à 44 ans à 93 % chez les personnes âgées. Ce phénomène se retrouve dans toutes les



communautés. Près des deux tiers (63 %) des Cris connaissent une des deux langues officielles, qui s'avère être vingt fois plus souvent l'anglais que le français. Ce phénomène est dû à des raisons historiques puisque, dès le 17<sup>e</sup> siècle, les Cris ont été en contact fréquent avec la compagnie de la Baie d'Hudson; par la suite, certains services de santé leur étaient fournis, en anglais, par le gouvernement fédéral (Bobbish-Atkinson et Magonet, 1990). D'autre part, 15 % de la population connaît aussi les deux langues; ce résultat est inversement proportionnel à l'âge et atteint 23 % chez les jeunes de 15-24 ans. La disponibilité de l'enseignement en français dans les écoles du territoire favorise maintenant l'apprentissage de cette langue au sein de la jeune génération. Deux pour cent seulement de la population ne connaît pas la langue crie.

**TABLEAU 2.5**

Connaissance des langues officielles selon l'âge (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991

CONNAISSANCE DES LANGUES	GROUPE D'ÂGE				TOTAL	
	15-24	25-44	45-64	65 +	%	Pe
CRI SEULEMENT	6,1	5,1	52,9	93,3	20,2	1 206
CRI ET UNE LANGUE OFFICIELLE	69,0	76,4	42,2	6,7	62,6	3 736
CRI ET LES DEUX LANGUES OFFICIELLES	22,8	15,0	3,7	-	14,8	882
LANGUE(S) OFFICIELLE(S) SEULEMENT	2,1	3,5	1,2	-	2,3	140
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>5 963</b>

#### 2.2.4.3 Religion

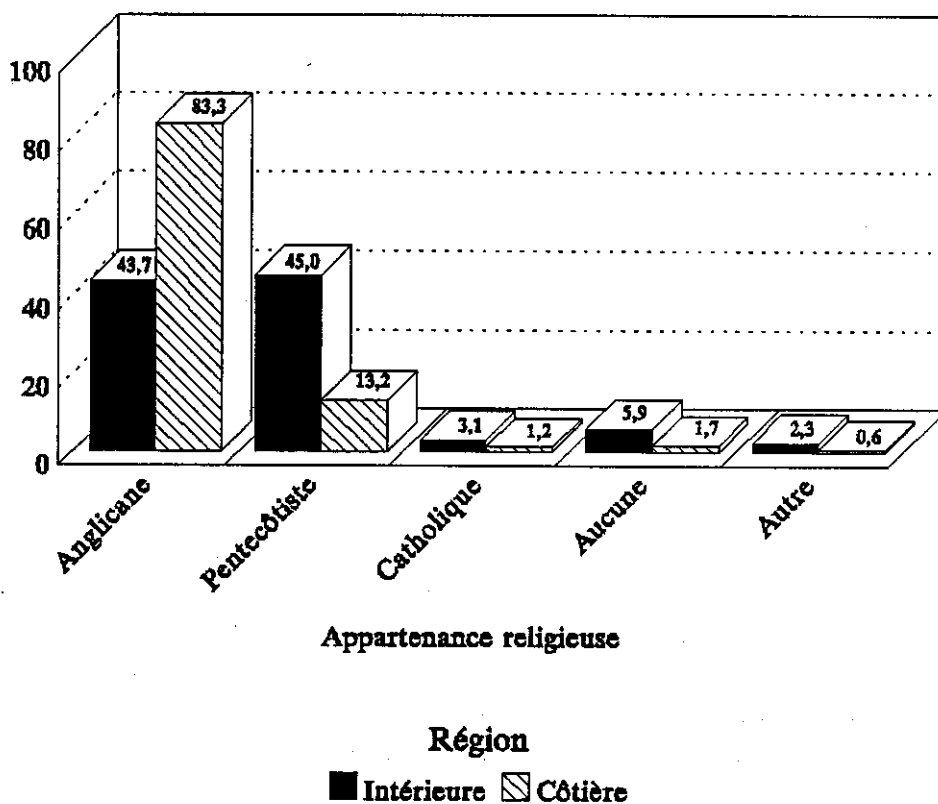
La spiritualité revêt une importance capitale dans la vision holistique que les autochtones ont de leur santé (OMS, 1978; Adair, 1988). Selon les données de l'enquête Plasannouq effectuée en 1983-1984, 85 % des participants cris croyaient que la prière et la religion étaient importantes pour leur bien-être (Clarkson et Foggin, 1990). La religion est sans doute un facteur influençant fortement certaines habitudes de vie (tabagisme, consommation d'alcool et de drogue), l'environnement social, la santé mentale et les problèmes sociaux. Les deux tiers des Cris considèrent que les prières et la religion sont très importantes; leur assiduité religieuse vient préciser la valeur qu'ils y accordent. Plus du tiers (35 %) fréquentent les lieux du culte une fois par semaine ou plus, cette assiduité augmentant régulièrement avec l'âge,

passant de 16 % chez les individus de 15-24 ans à 60 % parmi les 45 ans et plus. La fréquentation religieuse hebdomadaire est également plus fréquente chez les femmes que chez les hommes.

Un peu plus des deux tiers des Cris de tous âges sont d'appartenance anglicane et le graphique 2.4 illustre que cette religion est presque deux fois plus répandue parmi les communautés de la côte (83 %) que dans la région intérieure (44 %). La religion pentecôtiste est par ailleurs le choix de 26 % des personnes qui se retrouvent surtout dans les villages de l'intérieur, chez les gens plus âgés et un peu plus souvent parmi les femmes. Le tableau 2.6 illustre le fait que l'assiduité aux services religieux est beaucoup plus importante chez les pentecôtistes, qui fréquentent, dans près de 60 % des cas, les lieux du culte une fois ou plus par semaine.

## GRAPHIQUE 2.4

Appartenance religieuse selon la sous-région (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991



## TABLEAU 2.6

Assiduité religieuse selon la religion d'appartenance (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991

ASSIDUITÉ	RELIGION					TOTAL	
	CATHOLIQUE	ANGLICANE	PENTECÔTISTE	AUTRE	AUCUNE	%	Pe
AU MOINS 1 FOIS/SEM	-	27,2	59,2	34,2	5,7	34,5	2 013
AU MOINS 1 FOIS/MOIS	25,0	22,7	16,7	7,6	3,2	20,3	1 187
QUELQUES FOIS/ANNÉE	17,8	35,1	17,0	32,6	53,8	30,6	1 789
1 FOIS/AN OU MOINS	31,1	11,8	6,7	11,7	13,8	10,9	638
JAMAIS	26,1	3,2	0,4	13,9	23,5	3,7	216
<b>TOTAL</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	5 843

## 2.2.5 Scolarité

Dans bon nombre de sociétés, la scolarité est un des principaux indicateurs du statut socio-économique et de l'état de santé (Arnoti, 1987; Colin et coll., 1989; Wilkins et coll., 1989; Mori et Burke, 1989).

L'instruction a été mesurée à partir d'une question portant sur le plus haut niveau de scolarité atteint. Seulement 7 % de la population crie de 15 ans et plus a suivi des études post-secondaires (tableau 2.7). Pour l'ensemble du Québec, cette proportion était de 41 % en 1986. Pour près de 60 % des Cris, les études se sont terminées au niveau secondaire et un peu plus du tiers se sont limités à des études primaires. On ne dénote pas de différence entre les hommes et les femmes.

La scolarité varie cependant beaucoup selon l'âge et on note une amélioration de la situation dans le temps. Chez les personnes de 45-64 ans et de 65 ans et plus, plus de 80 % de la population crie n'a pas dépassé le niveau primaire, tandis que dans le groupe des 15-24 ans, cette proportion baisse à 10 %. C'est chez les Cris de 25 à 44 ans que l'on retrouve le plus haut pourcentage de personnes ayant suivi des études post-secondaires (12 %). Il faut noter cependant qu'une partie de la population de 15 à 24 ans est encore aux études et n'a pas atteint le niveau post-secondaire. La proportion relative des personnes n'ayant pas dépassé le niveau primaire est plus élevée dans les villages intérieurs (44 %) que dans ceux situés sur la côte (29 %).

**TABLEAU 2.7**

Répartition de la population crie de 15 ans et plus  
selon le plus haut niveau de scolarité atteint et le groupe d'âge (%), 1991

NIVEAU DE SCOLARITÉ	GROUPE D'ÂGE				TOTAL	
	15-24	25-44	45-64	65 ET +	%	Pe
PRIMAIRE COMPLÉTÉ OU NON	9,9	24,4	83,9	98,1	35,1	2 129
SECONDAIRE COMPLÉTÉ OU NON	86,4	63,3	12,0	-	57,9	3 517
POST-SECONDAIRE NON UNIVERSITAIRE	3,4	8,0	2,3	1,9	4,9	295
UNIVERSITAIRE COMPLÉTÉ OU NON	0,3	4,3	1,8	-	2,1	127
<b>TOTAL</b>	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	6 068

Dans la population ne parlant que le cri, le pourcentage de ceux qui n'ont pas dépassé le primaire (87 %) est huit fois plus élevé que dans le groupe connaissant à la fois le cri, l'anglais et le français (11 %). On retrouve chez les moins de 45 ans, un plus haut degré de scolarité et une connaissance plus répandue de l'anglais et du français que chez les personnes de 45 ans et plus. Ces différences montrent que la connaissance d'une autre langue va de pair avec l'instruction et l'âge.

## 2.2.6 Travail et main d'oeuvre

Le statut d'activité et le type d'occupation représentent des indicateurs du niveau socio-économique. En général, un chômage élevé et certains types de professions sont associés à des conditions de vie précaires, à un niveau socio-économique faible et à une fréquence plus élevée de problèmes sociaux et sanitaires (Roy et coll., 1988; Lesemann, 1987).

### 2.2.6.1 Statut d'activité

Le statut d'activité, mesuré à partir de la question 67b du questionnaire individuel (voir l'énoncé à l'annexe 4), permet d'identifier la proportion de la population crie ayant un emploi salarié ou non salarié au moment de l'enquête. Parmi la population, 30 % des individus déclarent travailler à plein temps, 12 % occupant un travail à temps partiel et 3 % un travail occasionnel; donc 45 % de l'ensemble des Cris ont un emploi salarié. Les trappeurs ne sont pas considérés comme salariés, bien qu'ils bénéficient d'un programme de sécurité de revenu.

### 2.2.6.2 Type d'occupation

Le type d'occupation est mesuré à l'aide de la même question 67b à laquelle s'ajoute la classification de la profession des personnes ayant un travail salarié, obtenue à partir de la question 71. Chez les Cris, les trappeurs (22 %) forment avec les cols blancs (21 %) les deux principales catégories de travailleurs. Cette répartition n'est pas uniforme selon le sexe (tableau 2.8). Chez les hommes, les cols bleus ou travailleurs manuels (28 %) et les trappeurs (27 %) regroupent plus de la moitié de la population de 15 ans et plus tandis que les femmes se concentrent dans la catégorie des cols blancs (28 %), par exemple les employés de bureau, et dans celle du travail à la maison (23 %).

## TABLEAU 2.8

Répartition de la population crie de 15 ans et plus selon le type d'occupation et le sexe (%), 1991

TYPE D'OCCUPATION	SEXE		TOTAL	
	HOMMES	FEMMES	%	Pe
<b>SALARIÉS</b>				
• PROFESSIONNELS-CADRES	8,6	9,3	8,9	540
• COLS BLANCS	14,6	27,8	21,2	1 278
• COLS BLEUS	28,3	1,8	15,1	910
<b>NON-SALARIÉS</b>				
• TRAPPEURS	26,7	17,5	22,1	1 334
• TRAVAIL À LA MAISON	2,4	22,9	12,6	761
• RETRAITÉS/BIEN-ÊTRE SOCIAL	6,4	12,5	9,5	572
• ASSURANCE-CHÔMAGE	3,4	1,6	2,5	151
• AUTRES	9,6	6,6	8,1	492
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>6 038</b>

Les cols blancs forment, dans les groupes des 15-24 ans et des 25-44 ans, la première catégorie d'emploi, tandis que chez les personnes de 45 ans et plus, les trappeurs regroupent près de la moitié de la population. La répartition de la population selon l'occupation ne présente pas de différence importante entre les villages intérieurs et côtiers. Le seul point d'intérêt concerne la proportion de trappeurs qui est sensiblement plus élevée à l'intérieur (26 %) que sur la côte (19 %).

**TABLEAU 2.9**

**Secteur d'activité des emplois salariés selon la sous-région (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991**

SECTEUR D'ACTIVITÉ*	SOUS-RÉGION		TOTAL	
	INTÉRIEURE	CÔTIÈRE	%	Pe
<b>SECTEUR PRIMAIRE</b>	<b>7,5</b>	<b>0,7</b>	<b>3,3</b>	<b>89</b>
• AGRICULTURE	0,5	0,3	0,4	10
• PÊCHE ET PIÉGEAGE	1,3	0,4	0,8	21
• EXPLOITATION FORESTIÈRE	3,7	-	1,4	38
• MINES	2,0	-	0,7	20
<b>SECTEUR SECONDAIRE</b>	<b>15,3</b>	<b>21,4</b>	<b>19,1</b>	<b>520</b>
• INDUSTRIE MANUFACTURIÈRE	-	0,8	0,5	14
• CONSTRUCTION	10,8	15,0	13,4	364
• TRANSPORT	-	2,4	1,5	42
• COMMUNICATIONS	4,5	3,2	3,7	100
<b>SECTEUR TERTIAIRE</b>	<b>77,2</b>	<b>77,9</b>	<b>77,6</b>	<b>2 112</b>
• COMMERCE (GROS & DÉTAIL)	6,5	13,4	10,8	294
• FINANCES	1,5	1,0	1,2	32
• SERVICES AUX ENTRETIENS	0,5	0,6	0,6	16
• SERVICES GOUVERNEMENTAUX	38,5	35,6	36,7	999
• ENSEIGNEMENT	10,9	10,3	10,5	287
• SANTÉ ET SERVICES SOCIAUX	11,2	9,1	9,9	268
• HÉBERGEMENT	3,1	3,5	3,3	90
• AUTRES SERVICES	5,0	4,4	4,6	126
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>2 721</b>

\* Codé selon la classification des activités économiques du Québec, Bureau de la statistique du Québec, 1989.

### 2.2.6.3 Secteur d'activité

Le secteur d'activité vient, d'une part, compléter l'information individuelle obtenue à partir du type d'occupation et permet, d'autre part, de présenter une typologie des secteurs d'activité économique et leur importance respective sur le territoire cri. Il est mesuré par la question « À quel secteur d'entreprise, d'industrie ou de service votre emploi est-il relié ? » Le tableau 2.9

indique que les trois quarts (78 %) de la population ayant un emploi salarié en a un relié au secteur tertiaire : services gouvernementaux dans 37 % des cas, commerce de gros ou de détail (11 %), enseignement (11 %), 10 % dans le domaine de la santé, 3 % dans celui de l'hébergement et 5 % dans d'autres secteurs moins importants. Près de 20 % des emplois sont reliés au secteur secondaire, ce sont ceux de la construction (13 %), du transport (2 %), du secteur des communications (4 %) et de l'industrie manufacturière (0,5 %). Trois pour cent seulement des emplois salariés sont reliés au secteur primaire (pêche, piégeage, mines, exploitation forestière). Cette proportion est sous-estimée par le fait que les trappeurs, qui représentent 22 % de la population adulte, n'avaient pas à répondre à cette question réservée aux personnes salariées.

Le secteur primaire est plus développé dans les communautés de l'intérieur, principalement à cause de l'exploitation forestière et des mines, alors que la côte fournit davantage d'emplois dans le secteur secondaire, particulièrement dans la construction et les transports. En ce qui concerne le secteur tertiaire, deux fois plus de salariés des communautés de la côte travaillent dans des commerces. Ajoutons que 90 % des femmes sont employées par le secteur tertiaire par rapport à 68 % des hommes, alors que ces derniers sont beaucoup plus nombreux dans les secteurs primaire et secondaire.

#### 2.2.6.4 Durée des séjours dans le bois

La durée et le nombre des séjours dans le bois représentent un ajout à la liste de variables sociodémographiques habituellement incluses dans une enquête. Leur pertinence vient du fait que 32 % de la population de tous âges effectue un ou des séjours d'au moins 120 jours dans le bois chaque année (Office de la sécurité du revenu des chasseurs et piégeurs cris, 1990).

### TABLEAU 2.10

Durée des séjours dans le bois selon l'âge (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991

DURÉE DES SÉJOURS	GROUPE D'ÂGE				TOTAL	
	15-24	25-44	45-64	65 +	%	Pe
JAMAIS	13,3	13,6	5,4	18,0	12,3	691
1 MOIS OU MOINS	51,8	51,4	34,4	12,8	45,6	2 551
> 1 MOIS < 4 MOIS	20,7	16,6	16,4	13,8	17,8	998
4 MOIS ET PLUS	14,2	18,4	43,8	55,4	24,3	1 363
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	5 603

Le quart (24 %) de la population de 15 ans et plus séjourne dans le bois plus de quatre mois par année. Comme l'indique le tableau 2.10, cette proportion augmente systématiquement avec l'âge. Elle atteint 32 % dans les communautés de l'intérieur par rapport à 19 % dans les villages de la côte.

## 2.2.7 Revenu

Près de 25 % des personnes interrogées n'ont pas répondu à la question portant sur le revenu personnel avant retenues pour l'année précédant l'enquête. Ce taux élevé peut s'expliquer en partie par les valeurs traditionnelles des Cris orientées davantage vers le présent (pourquoi se préoccuper de connaître son revenu annuel ?) et prisant la confiance dans ses proches (on fait compléter son formulaire d'impôt par une personne de son entourage) (Bobbish-Atkinson et Magonet, 1990).

Comme l'indique le tableau 2.11, parmi les personnes âgées de 15 ans et plus ayant déclaré un revenu, 45 % présentent un revenu supérieur à 12 000 \$ et 25 % un revenu dépassant les 20 000 \$. En proportion, presque deux fois plus d'hommes (33 %) que de femmes (17 %) déclarent un revenu supérieur à 20 000 \$. Une femme sur cinq a un revenu inférieur à 1 000 \$.

### TABLEAU 2.11

Répartition de la population cri de 15 ans et plus  
selon le revenu individuel et le sexe (%), 1991

REVENU	SEXE		TOTAL	
	HOMMES	FEMMES	%	Pe
MOINS DE 1 000 \$	11,5	19,5	15,3	710
1 000 \$ à 5 999 \$	11,8	21,9	16,6	769
6 000 \$ à 11 999 \$	23,7	21,6	22,7	1 052
12 000 \$ à 19 999 \$	20,2	20,1	20,2	934
20 000 \$ à 29 999 \$	18,0	9,9	14,1	654
30 000 \$ à 39 999 \$	10,1	5,7	8,0	370
40 000 \$ ET PLUS	4,7	1,3	3,1	144
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>4 633</b>

Note : Le taux de non-réponse s'établit à près de 25 %.



Le tableau 2.12 indique que le plus haut pourcentage de salariés déclarant plus de 20 000 \$ se retrouve dans le groupe des 25-44 ans (39 %) et le plus faible dans celui des 65 ans et plus (6 %). L'importance relative des individus gagnant moins de 6 000 \$ diminue avec l'âge. Elle varie de 62 % chez les 15-24 ans à 9 % dans le groupe des 65 ans et plus.

## TABLEAU 2.12

Répartition de la population cri de 15 ans et plus selon le revenu individuel et le groupe d'âge (%), 1991

REVENU	GROUPE D'ÂGE				TOTAL	
	15-24	25-44	45-64	65 +	%	Pe
MOINS DE 6 000 \$	62,3	17,8	14,5	9,3	31,9	1 479
6 000 \$ à 11 999 \$	17,8	20,6	28,7	43,8	22,7	1 053
12 000 \$ à 19 999 \$	12,1	22,2	22,9	40,6	20,2	934
20 000 \$ ET PLUS	7,8	39,4	33,9	6,3	25,2	1 168
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4 634

Note : Le taux de non-réponse s'établit à près de 25 %.

La fréquence des salaires supérieurs ou égaux à 20 000 \$ augmente en fonction du niveau de scolarité atteint. Elle passe de 18 % chez les personnes ayant terminé leurs études au niveau primaire à 80 % chez celles ayant suivi un cours universitaire. On retrouve plus de salariés de 20 000 \$ et plus dans les villages non isolés (28 %) que dans ceux isolés (20 %).

### 2.3 DISCUSSION ET CONCLUSION

Les résultats qui précèdent fournissent aux analyses présentées dans les chapitres suivants des variables indépendantes pouvant discriminer les résultats. Ainsi, la situation géographique (côtière, intérieure; isolée, non-isolée), l'âge et le sexe, l'état matrimonial, certaines caractéristiques culturelles (langue et religion) et la fréquence des séjours dans le bois seront utilisés pour expliquer les résultats observés. Cependant, les variables scolarité et revenu ne pourront guère être utiles aux analyses subséquentes; la première parce qu'elle est trop étroitement liée à l'âge pour apporter un supplément d'information et la seconde parce que les taux de réponses sont trop faibles.

## 2.4 RÉFÉRENCES

ADAIR, J., DEUSCHLE, K.W., BARNETT, C.R. (1988). *The People's Health; Medicine and Anthropology in a Navajo Community*, University of New Mexico Press.

ARNOTI, B. (1987). "Low Education in Canada, 1975-1985", *Canadian Social Trends*, Statistics Canada, Ottawa, pp. 28-32.

BELLEROSE, C., CADIEUX, E., JOHNSON, E. (1989). *Et la santé, ça va ? : Les familles monoparentales*, Monographie no.4, Les Publications du Québec, Québec, 77 p.

BERRY, J.W. (1990). "Acculturation and Adaptation : Health Consequences of Culture Contact among Circumpolar Peoples", *Arctic Medical Research*, No. 49.

BOBBISH-ATKINSON, H.G., MAGONET, G. (1990). *L'expérience de la Baie James : Guide pour les professionnels de la santé qui travaillent parmi les Cris du Nord québécois*, gouvernement du Québec, MSSS.

BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC (1989). *Classification des activités économiques du Québec*, Québec, 456 p.

CLARKSON, M., FOGGIN, P.M. (1991). *Faits saillants de l'enquête sur la santé des Cris (1983-1984)*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 78 p.

COLIN, C., LAVOIE, J.P., POULIN, C. (1989). *Et la santé, ça va ? : Les personnes défavorisées*, Monographie no.3, Les Publications du Québec, Québec, pp. 3-4.

COUSINEAU, D. (1989). *Et la santé, ça va ? : Les Communautés culturelles*, Monographie no.5, Les Publications du Québec, Québec, 54 p.

DUFRESNE, J., DUMONT, F., MARTIN, Y. (1985). *Traité d'anthropologie médicale : L'Institution de la santé et de la maladie*, Presses de l'Université du Québec, Institut québécois de recherche sur la culture, Presses Universitaires de Lyon.

GOUVERNEMENT DU QUÉBEC (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*, ministère de la santé et des services sociaux, 192 p.

LESEMANN, F. (1987). *Synthèse critique, Numéro 4, les nouvelles pauvretés, l'environnement économique et les services de santé et les services sociaux*, Les Publications du Québec, Québec, 31 p.

MORI, G.A., BURKE, B. (1989). *Niveau de scolarité des Canadiens, Recensement du Canada 1986*, Le Canada à l'étude, Statistique Canada, Ottawa, 50 p.

OFFICE DE LA SÉCURITÉ DU REVENU DES CHASSEURS ET PIÉGEURS CRIS (1990). *Rapport annuel 1989-1990*, Québec.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1978). *Promotion et développement de la médecine traditionnelle*, Série de rapports techniques 622.

ROY, P.M., MAYER, F., ÉMOND, A., PINEAULT, R., BODSON, P. (1988). *La relation chômage-santé : une étude prospective*, Conseil québécois de la recherche sociale, Québec, p. 19.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va ? : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Tome 1. Les Publications du Québec.

SIGGNER, A.J. (1986). "The Socio-Demographic Conditions of Registered Indians", *Canadian Social Trends*, Statistics Canada, Ottawa, pp. 2-9.

STATISTIQUE CANADA (1992a). *Le pays : résultats du recensement de 1991*, No. de catalogue 93-312F.

STATISTIQUE CANADA (1992b). *Dictionnaire du recensement de 1991*, No. de catalogue 92-301F.

WILKINS, R., ADAMS, O., BRANCKER, A. (1989). «Evolution de la mortalité selon le revenu dans les régions urbaines du Canada entre 1971 et 1986». *Rapports sur la santé*, 1 (2) : 137-174.

# **CHAPITRE 3**

## **HABITUDES DE VIE**

### **AUTEURS**

**CLAUDETTE LAVALLÉE**  
MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

**MAY CLARKSON**  
DIRECTION DE LA PLANIFICATION  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

**BRIGITTE LACHANCE**  
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

**GILLES PARADIS**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

**HUGUES TÉTREULT**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL SAINTE-CROIX

### **LECTEURS**

**SYLVIE BÉRIault**  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

**FRANÇOISE BOUCHARD**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL RÉGIONAL DE L'OUTAOUAIS

**HÉLÈNE DELISLE**  
DÉPARTEMENT DE NUTRITION  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**JOYCE PICKERING**  
MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

### **CONSULTANTS**

**DANIEL COUSINEAU**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔTEL-DIEU DE SAINT-JÉROME

**PETER FOGGIN**  
DÉPARTEMENT DE GÉOGRAPHIE  
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL

**SYLVIE BÉRIault**  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET  
DES SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

### 3.0 INTRODUCTION

Les habitudes de vie sont des déterminants majeurs de l'état de santé. La capacité de les modifier par des activités de promotion et de prévention offre la possibilité de gains importants en nombre d'années et en qualité de vie de la population. La plupart des maladies chroniques, des incapacités et des décès prématurés présentent une étiologie multifactorielle mettant en cause des facteurs biologiques non-modifiables mais aussi des facteurs environnementaux et comportementaux qui sont potentiellement modifiables (Lalonde, 1974). Quelques habitudes de vie constituent à elles seules la majeure partie des facteurs de risque pour la plupart des maladies chroniques et des incapacités sévères. Parmi les plus importantes, auxquelles ce chapitre est consacré, notons le tabagisme, la consommation d'alcool et d'autres drogues, l'alimentation, la sédentarité et les comportements préventifs féminins. L'excès de poids, considéré également comme un facteur de risque (Andres, 1980), est aussi présenté ici.

### 3.1 TABAGISME

Le tabagisme est certes l'habitude de vie causant le plus de décès et d'incapacité. Le tabagisme cause près de 50,000 décès par année au Canada dont la moitié par maladies cardiaques ischémiques et de 80 % à 85 % de tous les cancers du poumon y sont attribuables (Wigle et coll., 1986). Chez les Cris, 20 % des décès survenus au cours de la période de 1982 à 1986 étaient dus à des problèmes circulatoires et 17 % à des cancers (Courteau, 1989). L'auteur a pu observer toutefois que la proportion des décès dus à ces deux types de problèmes était plus basse chez les Cris que pour l'ensemble des Canadiens au cours de cette période (rapports standardisés de mortalité (RSM) de 0.8 pour les cancers et de 0.6 pour les affections circulatoires).

L'abandon du tabac est un processus long et difficile pour la plupart des fumeurs. Malgré tout, parmi les fumeurs canadiens, quatre sur dix (43 %) essaient de cesser de fumer au cours d'une année donnée (Millar, 1992), entraînant une diminution régulière de la proportion de la population totale qui fume. Ainsi, par exemple, la proportion de fumeurs canadiens est passée de 61 % à 31 % chez les hommes et de 38 % à 28 % chez les femmes de 1965 à 1990 (Santé et Bien-être social Canada, 1993). La même tendance a pu être observée au Québec où le pourcentage de fumeurs réguliers de 15 ans et plus est passé de 42 % en 1975 à 34 % en 1986 (Millar, 1983 et 1988). Les fumeurs qui abandonnent le tabac connaissent une amélioration graduelle de leur risque de maladie cardiovasculaire de sorte qu'après un an ce risque est diminué de moitié et qu'après quinze ans celui-ci est équivalent à celui d'un non-fumeur (U.S. Department of Health and Human Services, 1990).

Dans de nombreux pays incluant le Canada, les jeunes femmes fument maintenant plus que les jeunes hommes (Santé et Bien-être social Canada, 1992). Cette tendance a également été

observée au Québec où 29 % des jeunes hommes de 15-24 ans et 35 % des jeunes femmes du même groupe d'âge ont déclaré fumer régulièrement (Santé Québec, 1988). Aux États-Unis, on commence à fumer de plus en plus jeune (particulièrement chez les filles) et la période d'expérimentation du tabac débute maintenant entre 10 et 12 ans (U.S. Department of Health and Human Services, 1989).

Les taux nationaux de consommation du tabac cachent de fortes variations d'un groupe ethnique à l'autre et les taux les plus élevés sont observés chez les autochtones puisque 59 % d'entre eux fument régulièrement (Millar, 1992); ces taux n'ont toutefois pas été standardisés pour l'âge. Chez les Cris, l'enquête Plasannouq, réalisée en 1983-1984, rapporte une prévalence de 52,7 % de fumeurs (Foggin et Lauzon, 1987) et une enquête plus récente, une prévalence de 40 % (Lavallée, 1990). Néanmoins, cette dernière étude rapporte que seulement 18 % des fumeurs consomment 25 cigarettes et plus par jour. Les Cris commencent à fumer jeunes puisque Pickering et ses collaborateurs (1989) ont observé que 51 % des écoliers de 11 à 18 ans fument.

### **3.1.1 Portée et limites des données**

Sept questions de l'enquête portaient sur le tabagisme. Toutes ces questions ont été empruntées à l'enquête Santé Québec 1987. Un indice a été construit afin de reproduire la typologie utilisée fréquemment dans le passé et présentant quatre catégories de fumeurs soit : fumeur régulier (qui fume au moins une cigarette par jour), fumeur occasionnel, ancien fumeur et non-fumeur.

### **3.1.2 Résultats**

Un peu plus de 41 % des Cris déclarent fumer la cigarette tous les jours. Le tableau 3.1 montre que, malgré le fait que 47 % de la population affirment ne pas fumer, seulement 9 % n'ont jamais fumé et ceux-ci se retrouvent surtout parmi les personnes de 45 ans et plus. Le pourcentage de fumeurs tant occasionnels que réguliers est inversement proportionnel à l'âge, passant de 23 % chez les 65 ans et plus à 77 % chez les 15-24 ans. Cette dernière proportion semble avoir peu évolué depuis l'enquête Plasannouq (Foggin et Lauzon, 1987).

Plus d'hommes que de femmes sont des fumeurs réguliers (46 % vs 37 %), mais cette différence est moins évidente chez les jeunes (tableau 3.2). D'ailleurs, la prévalence du tabagisme est particulièrement marquée chez les plus jeunes, puisque 61 % d'entre eux fument régulièrement la cigarette. Ces taux sont deux fois plus élevés que parmi l'ensemble des Québécois du même âge (Roy et coll., 1988). Par contre, les personnes crées de 45 à 64 ans sont proportionnellement moins nombreuses à fumer que les Québécois du même âge.

### TABLEAU 3.1

Type de fumeurs par groupe d'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

TYPE DE FUMEURS	GROUPE D'ÂGE				TOTAL	
	15-24	25-44	45-64	65 et +	%	Pe
JAMAIS FUMÉ	8,7	5,5	14,9	17,8	9,2	558
ANCIENS FUMEURS	14,5	44,0	61,2	59,0	37,4	2 262
FUMEURS OCCASIONNELS	15,6	13,2	6,7	1,9	12,0	726
FUMEURS RÉGULIERS	61,2	37,3	17,2	21,3	41,4	2 502
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>6 048</b>

### TABLEAU 3.2

Proportion de fumeurs réguliers selon le sexe et le groupe d'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987

	GROUPE D'ÂGE				TOTAL	
	15-24	25-44	45-64	65 ET +	%	Pe
<b>CRIS 1991</b>						
HOMMES	64,6	42,0	21,6	28,3	45,7	1 386
FEMMES	57,8	32,4	13,3	13,8	37,0	1 116
<b>QUÉBEC 1987</b>						
HOMMES	28,4	40,8	37,1	26,0	35,8	865 397
FEMMES	34,5	37,5	28,5	16,0	31,9	822 215

Contrairement à ce qui a été observé au cours de l'enquête Plasannouq où la proportion de fumeurs était plus élevée sur la côte (57 %) que dans les communautés continentales (43 %) (Clarkson et Foggin, 1991), aucune différence significative n'a été observée dans le pourcentage de fumeurs entre les deux sous-régions. Enfin, 49 % des Cris ont commencé à fumer entre 7 et 15 ans. Chez les jeunes de 15 à 24 ans, 73 % ont commencé à fumer à cet âge. Les résidants des communautés côtières commencent à fumer plus tard que ceux des communautés continentales puisque 44 % des habitants de ces communautés ont commencé à fumer entre 7 et 15 ans contre 55 % de ceux des villages de l'intérieur.

Malgré la forte prévalence du tabagisme, le nombre quotidien de cigarettes fumées est plus faible au sein des communautés crie que dans le reste du Québec où 20 % des hommes et

13 % des femmes fument plus de 25 cigarettes par jour (Roy et coll., 1988). Chez les Cris, soixante-trois pour cent des fumeurs réguliers (femmes : 80 %, hommes : 49 %) consomment dix cigarettes par jour ou moins. Trente-six pour cent (femmes : 19 %; hommes : 49 %) consomment de 11 à 25 cigarettes par jour et seulement un pour cent fument plus de 25 cigarettes par jour.

Trente-sept pour cent des Cris sont d'anciens fumeurs. Parmi ceux-ci, 42 % ont abandonné la cigarette entre 20 et 30 ans et les femmes ont cessé de fumer plus tôt que les hommes.

### **3.2 CONSOMMATION D'ALCOOL ET DE DROGUE**

L'abus d'alcool est associé à de nombreux problèmes de santé dont la cirrhose hépatique, le cancer des voies digestives supérieures et les traumatismes par véhicules moteurs (Roy, 1985). On l'associe également à certains problèmes sociaux et particulièrement à la violence. La consommation d'alcool per capita a connu une augmentation importante après la deuxième guerre jusqu'aux années 70 en Amérique du Nord (250 %) et une légère diminution depuis (près de 6 %) (Rankin et Ashley, 1992). Au Canada, le Québec et l'Ontario sont les deux provinces ayant la consommation la plus forte, telle que mesurée par le nombre moyen de consommations au cours de la semaine précédant l'enquête (Santé et Bien-être social Canada, 1993).

Quant à la consommation de drogue, il semble que depuis plus de 10 ans, on observe une lente diminution de la consommation, tant au Québec que dans le reste du Canada (Adlaf et Smart, 1991). Il n'en demeure pas moins que, pour une minorité importante d'adolescents et de jeunes adultes, l'abus de ces substances demeure un problème sérieux, fréquemment associé à d'autres comportements à risque, comme par exemple l'abus d'alcool ou les relations sexuelles non protégées (Santé Québec, 1992).

#### **3.2.1 Portée et limites des données**

Comme dans toute enquête de santé, on doit se préoccuper ici de l'exactitude des réponses fournies à cause du phénomène de désirabilité sociale. En effet, les répondants peuvent avoir tendance à refuser de répondre ou à sous-estimer leur consommation (Santé et Bien-être social Canada, 1988) surtout en présence d'un interviewer. Afin de minimiser ces effets, nous avons utilisé des questions types, communes dans ce genre d'enquête; d'autre part, nous avons adopté une procédure permettant de respecter le caractère confidentiel de l'information recueillie (questionnaire confidentiel complété par le répondant lui-même et déposé dans une enveloppe scellée). Même si une sous-estimation de la fréquence et de la quantité d'alcool ou de drogue consommée demeure probable, elle ne nous empêche pas d'établir des comparaisons entre différents groupes sociodémographiques.



Les questions permettant d'établir quels sont les types de buveurs, soit abstinents, anciens buveurs, buveurs occasionnels et buveurs habituels, parmi la population crie adulte ont été empruntées à l'enquête Santé Québec 1987. La quantité consommée a été évaluée en fonction du nombre moyen de consommations par jour où le répondant boit. Étant donné les différences individuelles et culturelles dans les réactions à l'alcool, une définition du seuil à partir duquel la consommation d'alcool présente des risques est difficile à définir. Selon Eliany (1989), dans la majorité des populations, l'absorption de cinq consommations ou plus par jour où le répondant boit est source de problèmes. Ce seuil semble un indicateur suffisamment sensible pour différencier les individus à risque de problèmes liés à l'alcool de ceux qui ne le sont pas.

Pour mesurer les problèmes liés à l'alcool, on a repris quatre questions utilisées telles quelles dans l'enquête Santé Québec 1987 et servant à la construction de l'indice CAGE (acronyme composé de la première lettre du thème principal de chacune de ces questions : Cut down, Annoyed, Guilty, et Eye opener). Cet indice, développé et validé en 1974 (Mayfield et coll., 1974), a surtout été utilisé pour identifier les buveurs à risque dans des populations vues en clinique, avant d'être repris et validé dans des enquêtes auprès de la population générale (Roy et coll., 1988; Smart et coll., 1991). Une autre question comportant neuf items sur les problèmes liés à la consommation d'alcool a également été reprise de l'enquête Santé Québec 1987. Trois des neuf items ont été légèrement modifiés suite à un pré-test en entrevue de groupe avec des personnes crie, afin de les adapter au contexte culturel. Cette question ainsi que les quatre questions du CAGE permettent de construire un autre indice, déjà utilisé dans Santé Québec 1987. Cet indice inspiré du DSM-III-R (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Third Edition de l'American Psychiatric Association, 1989) est appelé IDA (indice de dépendance alcoolique), bien que l'on tende actuellement à le considérer plutôt comme un indicateur de problèmes liés à une consommation excessive, sans préjuger de l'existence d'une dépendance (Guyon et Nadeau, 1992).

Les questions sur la consommation de drogue dans l'enquête Santé Québec chez les Cris diffèrent des questions utilisées lors de l'enquête Santé Québec 1987; par contre, elles sont reprises sous la même forme que dans l'enquête nationale sur la promotion de la santé de 1990 (Santé et Bien-être social Canada, 1993).

### **3.2.2 Résultats**

#### **3.2.2.1 Consommation d'alcool**

Près du quart (23 %) des personnes de 15 ans et plus, parmi lesquelles presque deux fois plus de femmes que d'hommes, sont abstinents, déclarant n'avoir jamais consommé d'alcool. Au tableau 3.3, on trouve plus d'abstinents dans les communautés de la côte que dans celles de

l'intérieur (28 % vs 16 %). Vingt-huit pour cent des Cris sont d'anciens buveurs qui n'ont pas consommé d'alcool au cours des 12 derniers mois; ils se recrutent autant parmi les hommes que parmi les femmes et également dans les deux sous-régions. Deux personnes sur dix (22 %) sont des buveurs occasionnels qui ont consommé moins d'une fois par mois au cours de la dernière année. Les buveurs habituels, qui consomment de l'alcool au moins une fois par mois, représentent 27 % des Cris parmi lesquels on trouve plus d'hommes (33 %) que de femmes (20 %) et plus d'individus venant des communautés de l'intérieur (35 % vs 21 %).

### TABLEAU 3.3

Type de buveurs selon la sous-région (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987

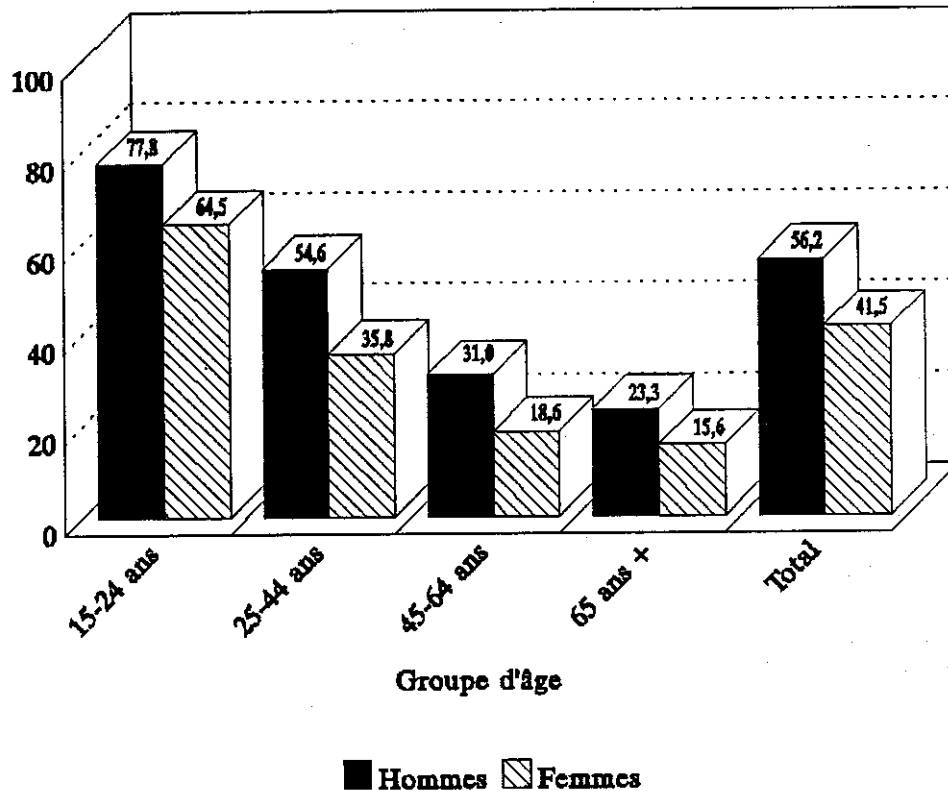
TYPE DE BUVEURS	SOUS-RÉGION		TOTAL, CRIS		QUÉBEC
	INTÉRIEURE	CÔTIÈRE	%	Pe	%
ABSTINENTS	16,2	27,6	22,9	1 365	14,8
ANCIENS BUVEURS	29,5	27,3	28,2	1 679	5,5
BUVEURS OCCASIONNELS	19,8	23,7	22,2	1 319	19,6
BUVEURS HABITUELS	34,5	21,4	26,7	1 592	60,1
TOTAL	100,0	100,0	100,0	5 955	100,0

On note par ailleurs des différences marquées dans les habitudes de consommation des Cris avec celles de l'ensemble du Québec où l'on trouve presque deux fois plus de buveurs habituels. Cinq fois plus de Cris que de Québécois du sud ont cessé de boire et presque deux fois plus n'ont jamais bu.

Comme l'indique également le graphique 3.1, la répartition des buveurs en fonction de l'âge révèle une diminution régulière de la proportion de buveurs occasionnels ou habituels parmi les groupes plus âgés et ce phénomène est observé surtout chez les femmes. Alors que 71 % des jeunes de 15-24 ans consomment, 23 % des hommes et 16 % seulement des femmes de 65 ans et plus déclarent le faire. À l'opposé, 16 % seulement des jeunes de 15-24 ans n'ont jamais bu, alors que 29 % des hommes et 53 % des femmes de 65 ans et plus ont toujours été abstinents. La consommation d'alcool semble donc être un phénomène relativement nouveau dans les communautés cries.

### GRAPHIQUE 3.1

Proportion des buveurs (occasionnels et habituels) selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991



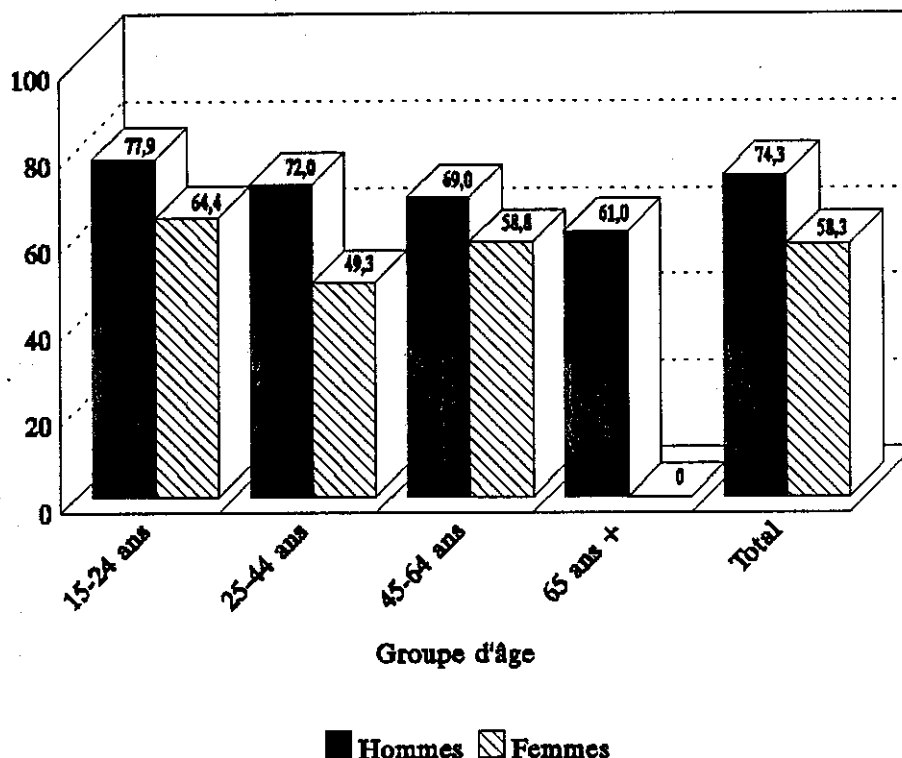
L'enquête de santé effectuée chez les Cris en 1983-1984 avait révélé le même phénomène avec 74 % des hommes et 41 % des femmes de 20-24 ans qui déclaraient avoir consommé de l'alcool durant le mois précédant l'enquête, contre 24 % des hommes et aucune femme de 65 ans et plus (Clarkson et Foggin, 1991).

La consommation d'alcool semble aller de pair avec le tabagisme puisque 70 % des buveurs habituels sont également des fumeurs réguliers; ce phénomène est étroitement lié à l'âge. Fait à noter, la moitié des personnes ayant cessé de fumer ont également arrêté de boire.

Comme l'illustre le graphique 3.2, plus d'hommes que de femmes (74 % vs 58 %) ont déclaré boire cinq consommations ou plus par jour où ils boivent et cette proportion diminue légèrement avec l'âge. D'autre part, on observe une plus grande proportion de ces gros buveurs dans les communautés de l'intérieur (83 %) par rapport à la région côtière (55 %).

## GRAPHIQUE 3.2

Proportion des buveurs déclarant cinq consommations et plus par jour où ils boivent selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991



Parmi les personnes consommant de l'alcool, environ les deux-tiers (68 %) déclarent avoir diminué leur consommation au cours des 12 mois précédant l'enquête et 6 % l'avoir augmentée tandis que les autres (26 %) n'ont fait aucun changement. Ces proportions sont sensiblement les mêmes parmi les différents sous-groupes sociodémographiques. Par opposition aux buveurs occasionnels, les buveurs habituels sont significativement moins nombreux à avoir diminué leur consommation.

### 3.2.2.2 Problèmes liés à la consommation d'alcool

On a vu que chez les Cris on trouve peu de buveurs habituels (27 %). Ceci s'explique en partie du fait que la plupart des communautés crie sont en principe des «communautés sèches», c'est-à-dire que la vente et la consommation d'alcool y sont interdites par des règlements des Conseils de bande. Par ailleurs, la majorité des buveurs, tant occasionnels qu'habituels, ont déclaré boire cinq consommations ou plus les jours où ils boivent. Ce type

de consommation (peu fréquente mais abondante, et pouvant entraîner l'ivresse) correspond à ce qu'on appelle généralement le mode de consommation nordique (*binge drinking*) (Reynolds et coll., 1992) qui diffère des modes de consommation observés dans le sud du Québec.

Les problèmes liés à l'alcool, présentés au tableau 3.4, sont de deux à trois fois plus fréquents chez les hommes que chez les femmes, ce qui semble aller de pair avec leurs modes de consommation respectifs. En effet, le nombre de consommateurs, ainsi que la fréquence de consommation et la quantité consommée à chaque occasion, sont proportionnellement plus élevés chez les hommes.

**TABLEAU 3.4**

Problèmes liés à la consommation d'alcool au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	SEXE		TOTAL	
	HOMMES	FEMMES	%	Pe
S'EST BLESSÉ OU A BLESSÉ QUELQU'UN DANS UNE BATAILLE OU UNE CHICANE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ	17,2	6,9	12,1	713
A EU DES DIFFICULTÉS AU TRAVAIL OU AUX ÉTUDES À CAUSE DE L'ALCOOL	13,0	6,5	9,8	576
A REÇU UN AVERTISSEMENT POUR CONDUITE EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ*	12,8	5,2	9,0	529
A EU DES PROBLÈMES DE SANTÉ DUS À L'ALCOOL	11,6	5,2	8,4	494
A ÉTÉ RENVOYÉ CHEZ SOI POUR IVRESSE DANS UN LIEU PUBLIC	9,8	3,3	6,5	386
S'EST BLESSÉ OU A ACCIDENTELLEMENT BLESSÉ QUELQU'UN D'AUTRE PARCE QU'EN ÉTAT D'ÉBRIÉTÉ	8,2	3,0	5,6	333
A DÛ ÊTRE HOSPITALISÉ OU SUIVRE UNE CURE POUR DES PROBLÈMES LIÉS À L'ALCOOL	6,1	1,5	3,8	225
A PERDU UN EMPLOI OU A ÉTÉ CHASSÉ DE L'ÉCOLE À CAUSE DE L'ALCOOL	3,3	1,9	2,6	153
ONT RÉPONDU « OUI » À AU MOINS UNE DE CES QUESTIONS	33,6	15,2	24,3	1 407

\* Cet énoncé devrait être interprété avec prudence parce que nous soupçonnons qu'il a été mal compris par un certain nombre de répondants.

Les indices de consommation à risque tels que le CAGE ou l'IDA, utilisés lors de l'enquête Santé Québec 1987, semblent perdre une partie de leur pouvoir discriminant lorsqu'on les applique à la population crie. Ce fait semble particulièrement marqué si l'on considère deux des composantes du CAGE. A la question «Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool ?», 80 % des consommateurs d'alcool répondaient par l'affirmative; d'autre part, 72 % des consommateurs répondaient de la même façon à la question : «Vous êtes-vous déjà senti(e) mal à l'aise ou coupable à cause de votre consommation d'alcool ?». Les taux élevés de réponses affirmatives à ces deux questions peuvent fort bien être liés au fait que la consommation d'alcool est désapprouvée par la culture et interdite dans la majorité des communautés.

Le CAGE considère comme à risque de problèmes de santé liés à l'alcool les individus qui ont répondu oui à au moins deux questions sur les quatre qui composent l'indice. Selon cet indice, 64 % des buveurs occasionnels et 76 % des buveurs habituels (soit 34 % de l'ensemble de la population crie âgée de quinze ans et plus) seraient à risque (tableau 3.5).

**TABLEAU 3.5**

**Proportion de buveurs à risque selon les indices CAGE, IDA et IDA modifié selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991**

ÂGE ET SEXE	CAGE		IDA		IDA MODIFIÉ	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
<b>15 À 19 ANS</b>						
HOMMES	39,3	232	44,0	261	16,4	97
FEMMES	46,1	267	39,7	230	18,4	106
<b>20 À 24 ANS</b>						
HOMMES	65,4	329	65,2	328	36,3	183
FEMMES	49,4	265	33,1	178	17,4	93
<b>25 À 44 ANS</b>						
HOMMES	42,9	508	36,8	436	25,1	297
FEMMES	22,2	252	12,1	138	8,1	92
<b>45 À 64 ANS</b>						
HOMMES	22,0	117	13,0	69	7,5	40
FEMMES	14,0	78	9,0	50	3,6	20
<b>65 ANS ET PLUS</b>						
HOMMES	12,3	29	8,0	19	4,2	10
FEMMES	-	-	3,3	7	-	-
<b>TOTAL</b>						
HOMMES	39,9	1 215	36,5	1 113	20,6	627
FEMMES	28,4	862	19,9	603	10,3	311
<b>LES DEUX SEXES</b>	34,2	2 077	28,2	1 716	15,4	938

L'indice IDA considère comme ayant un problème de consommation d'alcool les individus ayant répondu affirmativement à au moins une des questions du CAGE et qui ont admis avoir été confrontés à au moins un problème associé à la consommation d'alcool. Si l'on conserve dans la construction de cet indice les deux questions non discriminantes de l'indice CAGE (telles que décrites plus haut), on observe que 46 % des buveurs occasionnels et 69 % des buveurs habituels, ce qui représente 28 % de l'ensemble de la population crie adulte, auraient des problèmes liés à leur consommation d'alcool.

Le tableau 3.5 présente les résultats du CAGE, de l'IDA et d'un indice IDA modifié (excluant les deux questions non discriminantes du CAGE) pour la population crie de 15 ans et plus. A notre avis, l'indice IDA modifié devrait constituer un meilleur indicateur de la proportion de buveurs à risque dans la population crie, puisqu'il tient compte des problèmes liés à une consommation excessive, mais non d'un sentiment de culpabilité ou d'une volonté de réduire la consommation qui semblent liés étroitement au rejet, par la culture, de toute consommation d'alcool. Toutefois cet indice devra être validé.

### 3.2.2.3 Consommation de drogue

Dans un premier temps, on demandait au répondant s'il avait déjà, au cours de sa vie, fait usage de certaines drogues, soit la marijuana ou le haschich, la cocaïne ou le crack, ou divers solvants (colle, pétrole, etc.). Un homme cri sur deux, et deux femmes sur trois, disent n'avoir jamais consommé de ces drogues (tableau 3.6).

**TABLEAU 3.6**

**Consommation de différents types de drogue au cours de la vie selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991**

TYPE DE DROGUE	SEXE		TOTAL	
	HOMMES	FEMMES	%	Pe
MARIJUANA OU HASCHICH	46,0	32,1	39,1	2 329
COCAÏNE OU CRACK	11,6	4,8	8,2	484
SOLVANTS*	11,7	9,2	10,5	620
AUTRES DROGUES	12,2	6,6	9,4	555
AUCUNE	50,8	65,4	58,1	3 413

\* Colle, essence (pétrole), correcteur (liquid paper), essence à briquet, poli à ongles, etc.

Note : Le total est supérieur à 100 % car certaines personnes peuvent avoir consommé plus d'un type de drogue.

Chez les hommes cris, 46 % disent avoir déjà consommé de la marijuana ou du haschich au cours de leur vie, et cette proportion est de 32 % chez les femmes. La cocaïne ou le crack ont déjà été consommés par 12 % des hommes et près de 5 % des femmes; quant aux solvants de tous genres, 12 % des hommes et 9 % des femmes disent en avoir déjà respiré «pour obtenir un effet».

Une autre série de questions portait sur la consommation de drogue au cours des 12 mois précédant l'enquête. Le tableau 3.7 indique que la consommation de drogue est plus élevée chez les hommes que chez les femmes, et ce, pour tous les types de drogues. La marijuana ou le haschich sont particulièrement populaires chez les jeunes gens de 15 à 24 ans. Les solvants attirent surtout les jeunes de 15 à 19 ans, alors que la cocaïne ou le crack sont consommés surtout chez les 20-24 ans. On trouve très peu de consommatrices de drogue chez les femmes de 25 ans et plus. Par contre, chez les hommes de 25 à 44 ans, un homme sur cinq consomme de la drogue.

**TABLEAU 3.7**

Consommation de drogue dans les 12 mois précédant l'enquête selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

GROUPE D'ÂGE	MARIJUANA OU HASCHICH		COCAÏNE OU CRACK		SOLVANTS		AUTRES DROGUES		AUCUNE DROGUE	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
15 À 19 ANS	32,8	25,5	6,6	2,5	5,1	2,8	14,5	5,1	61,1	72,2
20 À 24 ANS	45,4	18,5	11,7	8,1	-	-	3,5	3,8	52,9	78,8
25 À 44 ANS	18,6	3,8	9,0	0,8	0,4	-	0,4	-	78,7	95,7
45 À 64 ANS	-	0,9	-	-	-	-	-	-	100,0	99,1
65 ET PLUS	-	-	-	-	-	-	-	-	100,0	100,0
<b>TOUS LES ÂGES</b>										
<b>%</b>	21,0	9,8	6,7	2,2	1,1	0,5	3,5	1,7	76,6	89,1
<b>PE</b>	619	286	200	65	33	16	104	49	2 188	2 561

Comme on peut le constater au tableau 3.8, la fréquence de consommation est également plus élevée chez les consommateurs de sexe masculin que chez les femmes, puisque 21 % des hommes et 10 % des femmes disent avoir recours à la drogue plus d'une fois par semaine et que, d'autre part, 38 % des femmes consommatrices de drogue et 24 % des hommes disent en prendre moins d'une fois par mois.



TABLEAU 3.8

Fréquence de la consommation chez les personnes crées de 15 ans et plus ayant consommé de la drogue au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le sexe (%), 1991

FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	HOMMES	FEMMES	TOTAL	
			%	Pe
PLUS D'UNE FOIS/SEMAINE	20,9	10,3	17,6	33
UNE FOIS/SEMAINE	10,4	12,8	11,1	21
1 À 3 FOIS/MOIS	31,2	30,6	31,0	58
MOINS DE 1 FOIS/MOIS	24,3	38,4	28,8	54
PAS DE RÉPONSE	13,2	7,9	11,5	22
<b>TOTAL</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>187</b>

Il nous a également semblé intéressant de vérifier s'il existe, chez les Cris, un lien entre la consommation de drogue et la consommation d'alcool. Nous avons constaté, tant chez les hommes que chez les femmes, une relation significative entre les deux types de consommation, en ce sens qu'un consommateur de drogue est plus susceptible d'être également consommateur d'alcool et vice-versa. Chez les hommes, 38 % des consommateurs d'alcool (comparativement à 4 % seulement des abstinents et anciens buveurs) ont également consommé de la drogue au cours des 12 mois précédant l'enquête; chez les femmes, 24 % des consommatrices d'alcool, comparativement à 1 % seulement des non-consommatrices, ont eu recours à la drogue au cours de cette même période.

### 3.3 ACTIVITÉ PHYSIQUE

De nombreuses études soulignent le caractère protecteur de la pratique régulière de l'activité physique pour les maladies cardiovasculaires (Morris et coll., 1980; Paffenbarger et coll., 1978). L'activité physique aurait des bénéfices non seulement sur la santé physique mais aussi sur la santé mentale et ce, à tout âge (Stephens, 1988). Elle est un facteur déterminant du contrôle du poids et elle ralentit la détérioration du fonctionnement musculo-squelettique, le changement des niveaux de lipides et d'insuline et la perte des minéraux osseux qui se produisent habituellement avec l'âge.

Selon l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire (Santé Québec, 1994), 60 % des Québécois affirment pratiquer l'activité physique de loisir au moins une fois par semaine. Une enquête récente auprès de la communauté crie rapporte que près de 50 % de la population est inactive durant ses moments de loisir (Lavallée, 1990); par contre, lorsqu'ils séjournent dans le bois, moins de 3 % des répondants sont sédentaires dans leurs activités quotidiennes. Nous devons souligner ici le caractère culturel associé à la perception de l'activité physique chez les Cris, c'est-à-dire l'importance des activités physiques de la vie quotidienne et la nouveauté du concept d'exercice de loisir dans ce milieu (Lavallée, 1990).

### **3.3.1 Portée et limites des données**

Deux types d'activité physique ont été mesurés : l'activité dans la vie quotidienne et celle de loisir. À cause de sa simplicité et parce qu'elle était facile à comprendre, nous avons emprunté la question portant sur l'activité physique dans la vie quotidienne à l'enquête Santé Québec de 1987 (Santé Québec, 1988). Nous l'avons posée deux fois au répondant : la première pour mesurer son niveau d'activité physique dans le village et la seconde pour évaluer son niveau d'activité quand il séjourne dans le bois. Nous faisons en effet l'hypothèse que les gens sont plus actifs quand ils sont dans le bois à cause de la nature même de ce mode de vie qui implique qu'il faut aller chercher son eau, couper son bois, transporter le gibier et accomplir des tâches plus lourdes.

Sont considérés comme sédentaires ceux qui ont répondu à l'une ou l'autre de ces questions : «Je suis habituellement assis(e) durant la journée et je n'ai pas à me déplacer souvent»; peu actifs ceux qui ont déclaré : «Je suis souvent debout ou j'ai souvent à me déplacer durant la journée, mais je n'ai pas à transporter ou à soulever des charges trop souvent»; modérément actifs ceux qui ont répondu : «Je lève ou transporte habituellement des charges légères ou je dois souvent monter l'escalier ou des pentes»; et très actifs ceux qui ont affirmé : «Je travaille dur ou transporte des charges très lourdes». Les réponses à ces deux questions furent pondérées par le pourcentage de temps passé dans le bois ou le village au cours de l'année précédant l'enquête, pour obtenir l'indice d'activité physique dans la vie quotidienne.

Même si l'enquête Promotion Santé Canada (Santé et Bien-être social Canada, 1988) déclare que l'activité physique de loisir est difficile à mesurer car elle varie dans la forme, la fréquence, l'intensité et la durée, il est possible, selon Godin et ses collaborateurs (1986) d'obtenir une mesure fiable et valide par de simples questions portant sur la fréquence et la durée d'une part et l'intensité de ces activités d'autre part. Deux questions mesuraient ce concept : une première portant sur la fréquence d'activités de loisir pour des périodes d'au moins 20 minutes et la seconde portant sur l'intensité de celles-ci. La combinaison de ces deux variables a permis la création d'un indice d'activité physique de loisir. Une personne est considérée très

active durant ses loisirs si elle pratique une activité de 20 minutes plus d'une fois par semaine et si cette activité conduit la plupart du temps à l'essoufflement ou à de la sudation. Une personne dont l'activité conduit parfois à l'essoufflement est considérée comme modérément active. Les personnes pour qui l'activité ne produit jamais d'essoufflement ou de sudation ou qui pratiquent une activité une fois par semaine sont classifiées peu actives. Une personne est classifiée inactive si elle participe à une activité une fois par mois ou moins.

Enfin, un indice global d'activité physique a été construit à partir du niveau d'activité physique du répondant dans la vie quotidienne et du niveau d'activité physique dans ses loisirs.

### 3.3.2 Résultats

Durant leurs loisirs, 6 % des Cris rapportent être très actifs, alors que 11 % affirment qu'ils sont modérément actifs, 13 % peu actifs et 70 % inactifs. Le tableau 3.9 indique que plus d'hommes que de femmes et plus de jeunes individus sont actifs durant leurs loisirs. En fait, la proportion de personnes sédentaires augmente avec l'âge pour atteindre 87 % parmi les 45 ans et plus.

**TABEAU 3.9**

Activité physique de loisir selon le sexe et l'âge (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991

ÂGE ET SEXE	NIVEAU D'ACTIVITÉ PHYSIQUE			
	TRÈS ACTIF	MODÉRÉMENT ACTIF	PEU ACTIF	INACTIF
15 À 24 ANS				
HOMMES	9,8	17,9	22,1	50,2
FEMMES	6,3	13,6	13,1	67,0
25 À 44 ANS				
HOMMES	11,7	10,8	17,2	60,3
FEMMES	3,0	7,0	11,1	78,9
45 À 64 ANS				
HOMMES	3,5	5,1	6,8	84,6
FEMMES	1,0	4,5	3,5	91,0
65 ANS ET PLUS				
HOMMES	--	11,4	8,2	80,4
FEMMES	--	3,3	3,3	93,3
TOTAL	6,2	10,6	13,2	70,0
%	372	634	790	4 180
Pe				

Cette prépondérance significative d'hommes actifs physiquement se retrouve au niveau des activités de la vie quotidienne, que ce soit dans le bois ou dans le village, et de l'indice global d'activité physique (tableau 3.10). Ce sont les individus de 45 à 64 ans qui rapportent le plus souvent être très actifs dans la vie quotidienne (22 %). Par ailleurs, si on considère l'indice global comportant à la fois l'activité de loisir et l'activité physique dans la vie quotidienne, les jeunes de 15 à 24 ans sont plus nombreux à être très actifs (25 %) que leurs aînés (environ 20 % des 25 à 64 ans et 8 % des 65 ans et plus).

**TABLEAU 3.10**

**Activité physique dans la vie quotidienne et indice global d'activité selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991**

INDICE / SEXE		TRÈS ACTIF	MODÉRÉMENT ACTIF	PEU ACTIF	INACTIF
<b>VIE QUOTIDIENNE</b>					
FEMMES		10,5	28,4	48,8	12,3
HOMMES		21,6	29,5	40,0	8,9
<b>TOTAL</b>	<b>%</b>	16,1	29,0	44,3	10,6
	<b>Pe</b>	889	1 591	2 432	581
<b>GLOBAL</b>					
FEMMES		12,2	17,2	28,3	42,3
HOMMES		29,1	17,9	29,0	24,0
<b>TOTAL</b>	<b>%</b>	20,8	17,6	28,7	32,9
	<b>Pe</b>	1 138	959	1 566	1 797

### 3.4 ALIMENTATION

L'importance d'une saine alimentation pour le maintien d'une santé optimale est aujourd'hui largement reconnue. Un régime alimentaire insuffisant ou excessif est associé à de multiples problèmes de santé : obésité, diabète, hypertension artérielle, maladies cardiovasculaires, maladies intestinales et cancers (M.S.S.S., 1989). Ainsi, «une mauvaise alimentation serait à l'origine de 30 % des cas d'obésité, de cancer et de maladie cardiovasculaire» (M.S.S.S., 1992).

Tout comme les autres habitudes de vie, les habitudes alimentaires peuvent être modifiées en vue de prévenir certaines maladies chroniques. Divers facteurs peuvent influencer le

changement ou l'adoption de comportements, soit des facteurs sociaux (culture et influence des pairs, par exemple), des facteurs émotionnels, l'accès aux services de santé, les croyances et les connaissances en matière de santé et la perception de l'individu quant à sa capacité à réaliser le comportement (Avis et coll., 1990).

L'alimentation des Cris a beaucoup évolué dans le temps. Avant leur contact avec les Européens, la diète des Cris se composait presque exclusivement de viande, de poisson et de gras. Les Cris consommaient aussi des fruits sauvages et d'autres plantes comme le thé du Labrador et le lichen. Ces substances végétales constituaient une source importante de vitamines et de minéraux dans leur alimentation. La préférence des Cris pour les parties grasses des animaux, telles la moelle de caribou et les queues de castor, peut être interprétée comme étant une adaptation écologique. La viande maigre étant une source relativement pauvre en calories, il faudrait alors en ingérer d'énormes quantités pour obtenir un apport calorique suffisant. L'introduction d'aliments comme la farine, le sucre et le saindoux a entraîné des avantages en palliant à la famine mais aussi des problèmes tels que la carie dentaire et l'apparition de certaines maladies chroniques (Berkes et Farkas, 1978).

L'alimentation revêt une symbolique particulière chez les Cris. Il existe chez eux un consensus général à l'effet que la nourriture traditionnelle (*Cree food, bush food*) soit un prérequis de base à la santé ("*being alive well*") (Adelson, 1991). Bien manger signifie, pour eux, consommer des aliments traditionnels. Selon Adelson, la valeur nutritive accordée par les Cris de Whapmagoostui aux aliments, en particulier la viande, est en parallèle avec la force ou l'esprit de l'animal. Les oiseaux auraient donc moins de valeur nutritive que le caribou ou l'ours. Elle rapporte aussi que le mode de cuisson le plus courant dans cette communauté pour cuire la viande et le poisson est «bouilli dans l'eau», le bouillon étant considéré comme un breuvage exceptionnellement nutritif. Le sang et le gras de l'animal sont aussi perçus comme hautement nutritifs et, donc, des aliments importants. De ce fait, les Cris estiment que la nourriture des «blancs» affaiblit une personne. Les jeunes d'aujourd'hui sont perçus par leurs aînés comme faibles et incapables de réaliser plusieurs des activités traditionnelles des Cris car ils ne mangent pas les bons aliments.

D'autres auteurs mentionnent que l'alimentation actuelle des Cris est largement responsable de la carie dentaire, de l'anémie et de l'émergence de maladies inconnues jusqu'à présent parmi ces populations, comme le diabète (Thouez et coll., 1989).

### 3.4.1 Portée et limites des données

Les données utilisées dans cette section proviennent des questions comprises dans les sections portant sur la nutrition du questionnaire individuel et du questionnaire ménage. Ces données nous fournissent des renseignements sur la préparation des repas, sur les habitudes

alimentaires individuelles, sur les modifications des habitudes alimentaires ainsi que sur des facteurs pouvant influencer les comportements alimentaires. Plusieurs questions utilisées dans l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition et reprises dans la présente enquête ont dû être modifiées pour tenir compte de certains facteurs reliés au contexte particulier du Nord (population captive, disponibilité alimentaire limitée, habitudes alimentaires propres aux Cries...). Par ailleurs, les renseignements obtenus permettent une évaluation qualitative et non quantitative des habitudes alimentaires de la population crie. L'évaluation quantitative relève de l'analyse des données du rappel alimentaire de 24 heures qui fera l'objet d'une publication ultérieure.

### **3.4.2 Résultats**

#### **3.4.2.1 Préparation des repas**

Cette série de questions était destinée à la personne qui prépare le plus souvent les repas pour la maisonnée, une femme la plupart du temps. Nous utiliserons donc le féminin dans la suite de cette section.

Pour faire frire de la viande dans une poêle, la moitié des cuisinières cries (51 %) utilisent le plus fréquemment le saindoux ou le shortening et un peu plus du quart (26 %) d'entre elles utilisent de l'huile (tableau 3.11). La majorité des cuisinières (76 %) jettent la graisse de cuisson alors que 8 % d'entre elles la mangent et que 15 % disent faire l'un ou l'autre indifféremment. Une cuisinière sur deux (51 %) a déclaré que l'huile représente la matière grasse qu'elle utilise le plus souvent pour la grande friture alors que 39 % accordent leur préférence au saindoux ou au shortening. Pour la cuisson au four, la majorité des Cries (60 %) utilisent de préférence le saindoux ou le shortening.

Près de la moitié des cuisinières (46 %) ont déclaré qu'elles faisaient, le plus souvent, frire la viande et le poisson alors que 33 % ont déclaré les faire bouillir. En ce qui concerne la préparation de la bannique, la proportion d'entre elles qui ont déclaré la faire cuire au four s'établit à 71 %, les autres la cuisent à feu vif ou la font frire.

Quatre personnes sur dix (40 %) ont déclaré qu'elles ajoutent souvent du sel aux aliments lorsqu'elles cuisinent, 35 % en ajoutent quelquefois alors que 14 % ont déclaré n'en ajouter presque jamais ou jamais.

À la question portant sur l'achat de plats cuisinés, 5 % des Cries ont déclaré en acheter souvent comparativement à 38 % quelquefois, 25 % occasionnellement et 32 % presque jamais ou jamais. Le manque de temps (63 %) et la facilité (20 %) constituent les deux plus importantes raisons invoquées par celles qui achètent des plats cuisinés.

TABLEAU 3.11

Proportion des cuisinières crie qui utilisent différentes matières grasses selon le mode de cuisson (%), population crie, 1991

MATIÈRES GRASSES	DANS LA POËLE		GRANDE FRITURE		AU FOUR	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
SAINDOUX OU SHORTENING	50,5	850	38,7	656	59,9	1 015
HUILE	26,3	443	51,0	865	12,5	212
BEURRE	13,2	223	--	--	9,6	164
MARGARINE MOLLE	9,5	160	--	--	7,1	120
GRAISSE D'OIE OU DE BACON	--	--	0,9	15	0,3	5
PAM OU AUCUN	0,5	9	--	--	6,3	107
NE PRATIQUE PAS CE MODE DE CUISSON	--	--	9,4	159	4,3	73
TOTAL	% Pe	100,0 1 685	100,0	1 695	100,0	1 696

Les légumes faisant le plus fréquemment l'objet d'un achat régulier sont, en ordre décroissant : les pommes de terre, les oignons, les tomates, les carottes, la laitue et les pois (tableau 3.12). Les raisons pour lesquelles les Cries n'achètent pas davantage de légumes sont liées au goût, à la disponibilité et au coût. Les raisons plus fréquemment mentionnées sont : la famille ne les aime pas (39 %), la cuisinière n'aime pas le goût (28 %), les légumes ne sont pas disponibles dans sa communauté (22 %) ou la personne considère les légumes trop dispendieux (14 %).

#### 3.4.2.2 Habitudes alimentaires individuelles

Alors que les questions analysées dans la section précédente étaient adressées à la cuisinière du ménage, les données qui suivent proviennent du questionnaire individuel.

En ce qui concerne la consommation de gras, la majorité des Cris ajoutent du saindoux, du beurre ou de la margarine sur le pain (89 %), sur les pommes de terre (71 %) ainsi que sur la bannique (58 %); 35 % en mettent sur les autres légumes. Par ailleurs, plus de sept Cris sur dix (73 %) consomment des matières grasses avec leur viande ou leur poisson. Cette proportion est légèrement plus faible chez les 15-24 ans (70 %) que chez les Cris plus âgés (75 %). Elle est aussi plus faible chez les femmes (68 %) que chez les hommes (78 %).

**TABLEAU 3.12**

**Proportion des femmes crie qui achètent les légumes suivants de façon régulière (%), population crie, 1991**

LÉGUMES	RÉPONDANTES DU MÉNAGE	
	%	Pe
POMMES DE TERRE	98,2	1 672
OIGNONS	88,6	1 504
TOMATES	87,2	1 470
CAROTTES	85,1	1 444
LAITUE	84,6	1 414
POIS	81,6	1 365
CHAMPIGNONS	65,8	1 086
POIVRON VERT	56,2	924
CONCOMBRE	53,9	874
BROCOLI	22,9	373
CHOUX-FLEURS	16,6	265
POIREAUX	8,7	139
CHOUX DE BRUXELLES	5,8	93
COURGETTE	4,9	78

Les matières grasses les plus fréquemment consommées avec la viande ou le poisson sont le saindoux ou le shortening (37 %) et la graisse d'oie (32 %). Seulement 27 % des individus disent ne consommer aucun corps gras avec la viande ou le poisson.

Plus du tiers (38 %) des Crie ont déclaré ajouter souvent du sel à leurs aliments et 11 % n'en ajoutent jamais ou presque jamais.

Par ailleurs, quatre personnes sur dix (44 %) considèrent qu'elles mangent trop sucré pour leur santé et à peu près la même proportion considère manger trop gras.

Un peu plus de quatre Crie sur dix (44 %) ont déclaré avoir essayé de changer quelque chose dans leur alimentation au cours de la dernière année et ce, à l'exclusion de diètes spéciales.



Cette proportion est plus élevée chez les femmes (49 %) que chez les hommes (39 %). Parmi ceux qui ont fait ces tentatives, les changements consistaient principalement à consommer moins de gras (85 %), moins d'aliments-camelote ou «junk food» (84 %), moins de pâtisseries et de friandises (81 %), plus de fruits (80 %), plus de légumes (76 %), moins de sel (73 %), moins de sucre (74 %) et moins de viande (58 %).

Les connaissances, les croyances, les valeurs et les perceptions constituent des facteurs qui peuvent influencer les habitudes alimentaires. Ces facteurs ont été évalués à partir d'énoncés avec lesquels les répondants devaient dire s'ils étaient en accord, en désaccord ou ni en accord, ni en désaccord; ceux qui ont répondu ne pas le savoir ont été inclus dans cette dernière catégorie.

Les résultats présentés au tableau 3.13 montrent que la plupart des Cris sont d'avis que l'alimentation peut influencer la santé. Selon la majorité d'entre eux, le fait de manger sucré, la quantité de sel consommée, le taux de cholestérol sanguin et l'obésité peuvent influencer, voire même nuire à leur santé. Ils considèrent aussi que la quantité de gras consommée augmente le risque d'avoir une maladie cardiaque et que les aliments achetés au magasin ne sont pas aussi sains ni aussi nourrissants que les aliments du bois. Ils se disent prêts à changer leurs habitudes alimentaires pour maintenir ou améliorer leur santé. Une minorité (30 %) des individus croient qu'une femme qui présente de l'embonpoint est plus forte et résistante. Cette opinion se retrouve surtout chez les personnes de 45 ans et plus (43 %) et chez les hommes (36 %).

Pour plusieurs énoncés, les avis sont plus partagés. Par exemple, les personnes âgées de 45 ans ou plus considèrent majoritairement que sauter un repas est un moyen efficace pour contrôler ou réduire son poids, qu'une personne a besoin d'une épaisse couche de graisse pour se protéger du froid, et que le gras est la seule nourriture qui puisse améliorer la fonction intestinale tandis que les plus jeunes ne sont majoritairement pas d'accord.

Parmi les facteurs qui peuvent influencer les habitudes alimentaires des Cris, retenons deux énoncés permettant d'établir un parallèle avec l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition de 1990 (Santé Québec, 1991). Ainsi, parmi la population de 18 à 74 ans, autant de Cris que de Québécois considèrent que la quantité de cholestérol dans leur sang peut nuire à leur santé (83 % vs 85 %). Par ailleurs, les Cris sont aussi sensibilisés que les Québécois sur le fait que la quantité de sel consommée peut nuire à la santé (81 % vs 76 %).

**TABLEAU 3.13**

Proportion des individus qui se disent d'accord avec les énoncés suivants selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

ÉNONCÉ	ÂGE				SEXE		TOTAL	
	15-24	25-44	45-64	65 +	H	F	%	Pe
LA QUANTITÉ DE SEL QUE VOUS MANGEZ PEUT NUIRE À VOTRE SANTÉ (1)	75,0	84,9	79,2	73,0	76,1	82,7	79,4	4 809
LA QUANTITÉ DE CHOLESTÉROL DANS VOTRE SANG PEUT NUIRE À VOTRE SANTÉ (1)	76,1	85,6	86,0	72,4	78,8	83,7	81,2	4 920
QUELQU'UN QUI MANGE GRAS RISQUE PLUS QUE LES AUTRES D'AVOIR UNE MALADIE CARDIAQUE (1,2)	74,4	83,5	90,6	81,1	77,8	84,7	81,2	4 918
LES PERSONNES AYANT DE L'EMBOPOINT RISQUENT PLUS DE CONTRACTER CERTAINES MALADIES QUE LES PERSONNES DE POIDS NORMAL (1)	63,6	77,3	87,8	79,2	72,9	75,7	74,3	4 498
SAUTER UN REPAS EST UN MOYEN EFFICACE POUR MAINTENIR SON POIDS OU POUR MAIGRIR (1,2)	39,9	39,3	60,5	68,0	50,6	40,3	45,4	2 744
LES ALIMENTS ACHETÉS AU MAGASIN NE SONT PAS AUSSI SAINS NI AUSSI NOURRISSANTS QUE LES ALIMENTS DU BOIS (1)	53,2	66,0	80,9	88,9	65,9	65,4	65,6	3 963
JE CROIS QUE LE FAIT DE MANGER SUCRÉ INFLUENCE MA SANTÉ (1)	76,5	87,4	86,7	76,0	79,1	85,8	82,5	4 997
SI JE MANGEAIS MIEUX, JE POURRAIS VIVRE PLUS VIEUX (VIEILLE)	67,3	68,0	69,8	61,6	71,1	64,0	67,6	4 095
POUR RESTER EN SANTÉ OU AMÉLIORER MON ÉTAT DE SANTÉ, JE SERAIS PRÊTE(E) À CHANGER MES HABITUDES ALIMENTAIRES (1)	75,0	85,6	83,1	65,7	77,3	82,4	79,8	4 834
IL EST NATUREL DE MANGER CE QU'ON AIME MÊME SI CE N'EST PAS TROP BON POUR LA SANTÉ (1)	44,4	49,9	63,4	48,7	51,0	49,4	50,2	3 027
J'AIME MIEUX FAIRE DE L'EMBOPOINT QUE ME PRIVER DE PLUSIEURS ALIMENTS QUE J'AIME (1)	18,7	14,3	28,7	12,5	19,4	17,2	18,3	1 106

... suite du tableau à la page suivante ...

ÉNONCÉ	ÂGE				SEXE		TOTAL	
	15-24	25-44	45-64	65 +	H	F	%	Pe
UNE FEMME EST PLUS ATTRAYANTE LORSQU'ELLE FAIT DE L'EMBOPOINT (1,2)	9,4	7,9	23,9	33,3	16,6	9,8	13,2	796
UNE FEMME EST PLUS FORTE ET RÉSISTANTE LORSQU'ELLE FAIT DE L'EMBOPOINT (1,2)	31,7	19,9	43,1	42,6	36,3	23,5	29,9	1 811
UNE PERSONNE A BESOIN D'UNE ÉPAISSE COUCHE DE GRAISSE POUR SE PROTÉGER DU FROID (1,2)	29,9	22,6	57,1	59,0	41,3	26,8	34,1	2 059
IL EXISTE UN LIEN ENTRE LES ALIMENTS QUE NOUS MANGEONS ET LE BON FONCTIONNEMENT DES INTESTINS (1)	48,4	64,4	80,6	78,8	64,0	61,1	62,5	3 785
LES CORPS GRAS SONT LE SEUL TYPE D'ALIMENT QUI PEUVENT AMÉLIORER LE FONCTIONNEMENT DES INTESTINS (1,2)	30,6	29,6	57,9	71,4	41,5	34,6	38,1	2 306

(1) Différence statistiquement significative ( $p < 0.01$ ) observée selon l'âge.

(2) Différence statistiquement significative ( $p < 0.01$ ) observée selon le sexe.

### 3.5 EXCÈS DE POIDS

Les données actuarielles et celles de plusieurs études suggèrent que l'excès de poids est associé à une augmentation des taux de mortalité reliés particulièrement à l'hypertension, au diabète et aux maladies cardiovasculaires (Andres, 1980). L'excès de poids est associé à l'augmentation de la tension artérielle et à l'augmentation du ratio cholestérol total / cholestérol HDL (Dawber, 1980).

Selon l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire, 13 % de la population serait obèse; le ratio taille/hanches serait supérieur à la valeur souhaitable chez 49 % des hommes et 34 % des femmes québécoises (Santé Québec, 1994). Le problème de l'obésité est particulièrement marqué parmi la population autochtone. Young et Sevenhuysen (1989) ont observé que deux fois plus d'hommes et cinq fois plus de femmes autochtones du Nord canadien présentaient un surpoids ( $IMC \geq 26$ ) que l'ensemble des Canadiens.

Au sein de la population crie, Clarkson et Foggin (1991) observent qu'en 1983-1984, 53 % des femmes et 25 % des hommes présentaient un indice de masse corporelle supérieur à 27, les situant à risque élevé de conséquences néfastes. Les données recueillies en 1988 par

Lavallée (1990) indiquent par ailleurs que 50 % des femmes et 33 % des hommes présentaient une obésité franche (IMC  $\geq$  30).

### **3.5.1 Portée et limites des données**

Nous avons utilisé l'indice de Quetelet ou Indice de Masse Corporelle (IMC) déjà employé dans les grandes enquêtes (Santé Québec, 1988; Enquête Promotion Santé Canada, 1988) comme étant la mesure la plus appropriée pour déterminer l'excès de poids associé à divers risques pour la santé (Canadian Dietetic Association, 1988). Il est le résultat de la division du poids exprimé en kilogrammes par la taille en mètres élevée au carré (IMC = poids (kg)/taille (m)<sup>2</sup>). Les valeurs limites retenues pour établir les catégories de poids ont déjà été utilisées pour des populations adultes non-autochtones (Millar et Stephen, 1987) et pour une population indienne comparable (Young, 1987); elles sont les suivantes, tant chez les femmes que chez les hommes :

- un IMC < 20; (poids insuffisant) peut être un indice de problèmes de santé chez certaines personnes;
- un IMC de 20,0 à 24,99 est un poids acceptable pour la plupart des gens;
- un IMC de 25,0 à 29,99 représente un excès de poids et peut entraîner des problèmes de santé chez certaines personnes;
- un IMC  $\geq$  30,0 est un indicateur d'obésité et indique des risques sérieux pour la santé.

L'information sur le poids et la taille fut obtenue par questionnaire et, dans un deuxième temps, par un examinateur selon un protocole standardisé. Les deux mesures d'IMC calculées («rapportées» et «réelles») ont été comparées. La documentation scientifique fait état du fait que les mesures de poids et de taille sont subjectives et moins précises quand elles sont rapportées par les répondants eux-mêmes (Stewart et coll., 1987). Nous pourrions donc mesurer ce phénomène et comparer son importance au sein d'une population amérindienne dont la perception de l'image corporelle peut être bien différente, étant fortement influencée par ses perceptions culturelles spécifiques (White et Pereira, 1987).

L'enquête chez les Cris a également permis la mesure du tour de taille et du tour de hanches. Ces deux mesures sont utiles pour le calcul du rapport taille/hanches qui mesure indirectement l'excès de graisse abdominale. La présence d'excès de graisse abdominale est associée à plusieurs anomalies métaboliques (hauts niveaux d'insuline, intolérance au glucose, hypertension, hypertriglycémie) qui sont reliées à l'étiologie de la maladie cardiaque

ischémique. Un rapport taille-hanches élevé prédirait mieux les complications métaboliques et les risques cardiovasculaires que d'autres mesures de l'adiposité (Santé et Bien-être social Canada, 1988; Kissebah et Peiris, 1989; Reeder et coll., 1992). Le risque croît avec l'augmentation du rapport taille-hanches et l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire (Santé Québec, 1994) propose un rapport supérieur à 0,9 chez l'homme et à 0,8 chez la femme comme indicateurs d'un risque accru.

Une grande prudence est de mise dans l'utilisation de ces indices. Ces catégories sont le plus souvent basées sur des populations caucasiennes et ne représentent pas nécessairement la réalité amérindienne. Il est connu en effet que les formes et proportions anthropométriques varient d'une race à l'autre (Wright et Whitehead, 1987). Ces indices nous permettront toutefois de faire des comparaisons.

La plupart des questions utilisées dans la section portant sur le poids sont issues du questionnaire de l'enquête Santé Québec de 1987. Toutefois, étant donné l'importance du problème de l'obésité au sein de la population crie (Foggin et Lauzon, 1987; Lavallée, 1990), nous avons ajouté quelques questions permettant de mesurer la volonté de perdre du poids. Ces dernières questions ont été puisées dans l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition de 1990.

### **3.5.2 Résultats**

#### **3.5.2.1 Indice de masse corporelle rapporté et réel**

Lors d'enquêtes auprès d'autres populations, l'indice de masse corporelle (IMC) auto-rapporté sous-estimait souvent l'IMC mesuré (Millar, 1986). Afin d'évaluer l'ampleur de ce phénomène chez les Cris, nous présentons l'IMC calculé à partir des mesures rapportées et mesurées en clinique. Comme on peut l'observer au tableau 3.14, on retrouve cette tendance parmi la population crie de 18 à 74 ans et ce, tant chez les hommes que chez les femmes.

#### **3.5.2.2 Prévalence de l'obésité**

Le tableau 3.14 indique aussi que les femmes sont plus souvent obèses que les hommes. Ainsi, 57 % de celles-ci présentent un IMC mesuré de 30 et plus parmi lesquelles 28 % ont un IMC de 35 et plus. Chez les hommes, ces pourcentages sont de 38 % et 10 % respectivement. Par contre, plus d'hommes que de femmes présentent un surpoids (IMC de 25 à 29). D'après l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire de 1990, 13 % de l'ensemble des Québécois seraient obèses, tant chez les hommes que chez les femmes.

**TABLEAU 3.14**

Distribution de l'indice de masse corporelle (IMC) calculé à partir des mesures rapportées et mesurées en clinique selon le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991

SEXE	IMC					
	< 25		25 À 29,99 (SURPOIDS)		30 ET PLUS (OBÉSITÉ)	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
<b>FEMMES</b>						
<b>RAPPORTÉ</b>	19,3	298	31,0	478	49,7	766
<b>MESURÉ</b>	13,3	330	29,8	738	56,9	1 409
<b>HOMMES</b>						
<b>RAPPORTÉ</b>	26,8	546	41,0	836	32,2	656
<b>MESURÉ</b>	23,5	599	38,1	970	38,4	979
<b>TOTAL</b>						
<b>RAPPORTÉ*</b>	23,6	844	36,7	1 314	39,7	1 422
<b>MESURÉ</b>	18,5	929	34,0	1 708	47,5	2 388

\* Environ le quart des personnes rejointes ont répondu qu'elles ignoraient leur poids.

**TABLEAU 3.15**

Indice de masse corporelle (IMC) mesuré selon l'âge (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991

GROUPE D'ÂGE	IMC		
	< 25	25 À 29,99 (SURPOIDS)	30 ET PLUS (OBÉSITÉ)
18 À 24 ANS	30,1	36,8	33,1
25 À 44 ANS	18,4	34,3	47,3
45 À 64 ANS	5,9	32,1	62,0
65 À 74 ANS	11,8	25,7	62,5
<b>TOTAL</b>			
<b>%</b>	100,0	100,0	100,0
<b>Pe</b>	929	1 708	2 388

Le tableau 3.15 indique que la prévalence d'obésité franche (IMC de 30 et plus) augmente avec l'âge pour atteindre 62 % chez les personnes de 45 à 74 ans. Près de 40 % des individus de ce dernier groupe d'âge et plus de 25 % des personnes de 45 à 64 ans présentent un IMC de 35 et plus.

Une proportion plus élevée d'obésité se retrouve chez les individus mariés ou veufs. Comme dans le cas du tabagisme, cette association est possiblement confondue par la distribution de l'âge selon l'état matrimonial. Enfin, il n'y a pas de différences d'IMC entre les communautés continentales et côtières.

### 3.5.2.3 Rapport taille-hanches

Le rapport taille-hanches est obtenu en divisant la mesure du tour de la taille par celle du tour des hanches. Tel qu'indiqué plus haut, un rapport  $\geq 0.9$  chez les hommes et  $\geq 0.8$  chez les femmes indique un excès de graisse abdominale parmi les autres populations étudiées. Le tableau 3.16 indique que plus de quatre personnes crie sur cinq (84 %) présentent un indice élevé; cette prévalence est plus élevée chez les femmes que chez les hommes (92 % vs 77 %) et augmente avec l'âge; elle ne varie pas selon la sous-région.

## TABLEAU 3.16

Proportion des individus ayant un rapport taille-hanches acceptable ou élevé selon l'âge (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991

GROUPE D'ÂGE	RAPPORT TAILLE - HANCHES	
	ACCEPTABLE	ÉLEVÉ
18 À 24 ANS	30,7	69,3
25 À 44 ANS	15,3	84,7
45 À 64 ANS	1,1	98,9
65 À 74 ANS	2,5	97,5
TOTAL	15,7	84,3
% Pe	785	4 226

### 3.5.2.4 Poids désiré

A la question leur demandant s'ils essaient de modifier leur poids, 38 % des personnes de 15 ans et plus ont déclaré qu'elles essaient de perdre du poids. Les hommes sont moins

nombreux à essayer de perdre du poids que les femmes (29 % vs 47 %) de même que les personnes de 65 ans et plus sont moins nombreuses à essayer de perdre du poids que les plus jeunes. D'autre part, plus les individus ont un IMC rapporté élevé, plus souvent ils déclarent essayer de perdre du poids; cette proportion passe de 17 %, chez ceux dont l'IMC est inférieur à 25, à 66 % de ceux dont l'IMC atteint ou dépasse 35.

Par ailleurs, l'indice du poids désiré, emprunté à Santé Québec 1987, est obtenu en divisant le poids qu'une personne déclare par le poids qu'elle désire avoir. Si ce rapport dépasse 1, c'est que l'individu désire diminuer son poids; s'il atteint 1.1, c'est qu'il désire maigrir de façon radicale. Ce désir de maigrir de façon radicale est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes (74 % vs 45 %); cette proportion dépasse 54 % parmi tous les groupes d'âge à l'exception des 65 ans et plus (38 %). Cette proportion augmente avec l'IMC rapporté (tableau 3.17). Enfin, 68 % des Cris dont le rapport taille-hanches est élevé présentent un indice de poids désiré de 1.1 et plus, alors que 19 % seulement de ceux dont le ratio taille-hanches est acceptable présentent un tel indice.

**TABLEAU 3.17**

**Proportion des individus désirant diminuer leur poids de façon radicale selon le sexe et l'IMC rapporté (%), population crise de 15 ans et plus, 1991**

SEXE	IMC RAPPORTÉ			TOTAL	
	< 25	25 A 29,99	30 ET PLUS	%	Pe
HOMMES	8,2	41,4	86,4	46,6	933
FEMMES	33,1	79,1	93,0	76,1	1 150

### 3.6 COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS FÉMININS

Tout comme lors de l'enquête Santé Québec 1987, on entend ici par comportements préventifs féminins les précautions que prennent les femmes afin de prévenir certains problèmes de santé et plus spécifiquement, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus.

Comme l'a constaté Courteau (1989), chez les Cris, les taux standardisés de mortalité (1982-1986) selon divers types de cancer sont inférieurs à ceux que l'on trouve dans l'ensemble de la population canadienne, et ce, pour les deux sexes. Selon le même auteur, la mortalité liée au cancer de l'utérus serait pratiquement inexistante. On croit toutefois que l'incidence de diverses formes de cancer tendrait à s'accroître, possiblement en lien avec les modifications apportées au mode de vie (alimentation, tabagisme...) ou à l'environnement.



### 3.6.1 Portée et limites des données

Une question portant sur le délai depuis le dernier test de dépistage du cancer du col utérin, a été reprise telle quelle de l'enquête Santé Québec 1987. Quant aux questions portant sur l'examen des seins par un professionnel et l'auto-examen des seins, elles diffèrent de celles de Santé Québec 1987 puisque chez les femmes cries, plutôt que de demander quand a eu lieu le dernier examen de ce type, on a demandé : «Avez-vous déjà (have you ever...) eu un examen des seins fait par un médecin ou une infirmière», et «Avez-vous déjà fait vous-même l'examen de vos seins ?» En outre, on a demandé aux femmes qui disaient n'avoir jamais eu recours à l'un ou l'autre de ces examens préventifs de dire pourquoi; ceci constitue un ajout par rapport à l'enquête Santé Québec 1987 et peut fournir des informations intéressantes à ceux qui s'occupent d'élaborer des programmes de prévention.

Dans la même section, des questions portant sur l'utilisation de contraceptifs oraux ainsi que sur l'allaitement maternel proviennent également de l'enquête Santé Québec 1987. Toutefois, on a demandé aux femmes qui n'ont pas allaité leur dernier bébé pourquoi elles ne l'avaient pas fait; cette question n'avait pas été posée dans l'enquête de 1987.

### 3.6.2 Résultats

Le tableau 3.18 indique que, chez les Cries comme chez les autres Québécoises (Croteau et coll., 1988), c'est parmi les 25-64 ans que l'on trouve la plus forte proportion de femmes ayant eu, au cours de leur vie, au moins un examen de dépistage du cancer du col de l'utérus (test de Pap) ou du cancer du sein (auto-examen ou examen par un professionnel de la santé). En ce qui concerne le test de Pap, tant chez les Cries que chez les Québécoises du sud, une proportion relativement élevée des aînées (13 % versus 14 %) n'a pas été en mesure de répondre à la question, ce qui laisse supposer que bon nombre de ces femmes ne connaissent pas ce test de dépistage.

Alors que la proportion de femmes cries qui ont déjà subi un test de Pap est relativement comparable à celle des autres femmes québécoises, et ce, pour tous les groupes d'âge, on remarque que tant l'auto-examen des seins que l'examen des seins par un professionnel sont beaucoup moins pratiqués chez les Cries. D'autre part, comme on pourra le constater au tableau 3.19, parmi les femmes cries qui ont déjà subi un test de Pap, la proportion de celles qui ont subi un tel examen au cours des 12 mois précédant l'enquête est beaucoup moins élevée parmi les Cries que parmi les Québécoises du sud, et ce, pour tous les groupes d'âge.

Chez les femmes qui affirment n'avoir jamais eu de test de Pap, 83 % disent que c'est parce que le test ne leur a pas été offert, et 84 % des femmes qui n'ont jamais eu d'examen des seins par un médecin ou une infirmière donnent la même raison. D'autre part, 85 % des

femmes qui n'ont jamais pratiqué l'auto-examen des seins mentionnent comme raison qu'elles ne savent pas comment le faire.

**TABLEAU 3.18**

**Proportion des femmes ayant déclaré avoir eu au moins un test de Pap, un auto-examen des seins ou un examen des seins par un professionnel au cours de leur vie selon l'âge (%), femmes cries de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987**

GROUPE D'ÂGE	TYPE D'EXAMEN DE DÉPISTAGE		
	TEST DE PAP	AUTO-EXAMEN DES SEINS	EXAMEN DES SEINS PAR UN PROFESSIONNEL
<b>15 À 24 ANS</b>			
CRIES	54,5	26,9	21,9
QUÉBEC	62,8	54,8	63,4
<b>25 À 44 ANS</b>			
CRIES	85,1	50,5	43,1
QUÉBEC	93,2	71,5	90,7
<b>45 À 64 ANS</b>			
CRIES	73,9	45,0	42,5
QUÉBEC	86,1	74,4	85,9
<b>65 ANS ET PLUS</b>			
CRIES	48,4	32,2	37,8
QUÉBEC	57,9	56,3	65,6
<b>TOUS LES ÂGES</b>			
CRIES	%	69,2	34,8
PE		2 088	1 051
QUÉBEC	%	81,2	81,1

\* Le calcul de ces proportions tient compte des réponses

Au moment de l'enquête, 9 % des femmes cries affirmaient prendre des anovulants oraux comme mode de contraception ou de régulation hormonale, soit 11 % des femmes de 15-24 ans, 12 % des 25-44 ans et 3 % des femmes de 45-64 ans.

Enfin, 69 % des femmes cries de 15 ans et plus avaient déjà eu des enfants, et parmi celles-ci, 65 % affirmaient avoir nourri leur dernier bébé au sein. Pour celles qui n'ont pas pratiqué l'allaitement maternel, les principales raisons invoquées ont été l'avis du médecin ou le fait que la mère travaillait à l'extérieur.

**TABLEAU 3.19**

Délai depuis le dernier test de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) (%),  
femmes cries de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987

GROUPE D'ÂGE	DÉLAI DEPUIS LE DERNIER TEST DE PÂP				
	≤ 12 MOIS	1 À 2 ANS	2 ANS +	JAMAIS	NSP/NR
15 À 24 ANS					
CRIES	27,9	19,1	7,2	40,0	5,8
QUÉBEC	49,5	9,0	3,2	34,4	3,9
25 À 44 ANS					
CRIES	34,2	23,3	27,6	10,6	4,3
QUÉBEC	56,5	20,8	15,0	4,9	2,7
45 À 64 ANS					
CRIES	9,9	13,6	50,4	25,2	0,9
QUÉBEC	37,8	18,9	27,3	7,7	8,3
65 ANS ET PLUS					
CRIES	-	15,8	31,1	37,1	16,0
QUÉBEC	13,3	10,0	28,0	24,8	23,9
TOUTES LES FEMMES CRIES					
%	25,0	19,4	24,5	26,0	5,1
Pe	757	589	742	789	155

\* Les proportions pour l'ensemble des femmes québécoises ne sont pas présentées ici parce que la structure par âge est différente.

### 3.7 CONCLUSION

Les habitudes de vie constituent des déterminants de l'état de santé des individus et des groupes. Les résultats présentés dans ce chapitre permettent d'identifier des groupes cibles qui pourraient faire l'objet d'interventions préventives.

#### 3.7.1 Synthèse, pistes de recherche et d'intervention

Le tabagisme, même s'il a perdu du terrain au cours de la dernière décennie demeure un problème majeur chez les Cris, particulièrement parmi les jeunes de 15-24 ans. Même si deux personnes cries sur cinq ont cessé de fumer, l'initiation à la cigarette semble se produire de plus en plus jeune. Les écoliers seraient donc une cible tout indiquée pour la prévention du tabagisme qui devrait faire partie des programmes de santé scolaire dès le niveau primaire. Il est toutefois possible que le fait de fumer soit un comportement à la mode présentement

parmi les jeunes et qu'on les verra cesser spontanément dans la vingtaine; comme il est possible que cette cohorte continue de fumer en grande proportion. Une piste de recherche est ici clairement indiquée pour vérifier ces hypothèses.

Même si la consommation d'alcool est moins fréquente chez les Cris que parmi les autres Québécois, elle apparaît comme un problème majeur particulièrement chez les hommes et chez les 15-24 ans des deux sexes. Ce phénomène est exacerbé par le fait que la majorité des buveurs boivent cinq consommations et plus en moyenne les jours où ils boivent et dépassent, de ce fait, le seuil à partir duquel la consommation d'alcool risque de causer des problèmes individuels, familiaux et sociaux. La consommation semble être plus élevée dans les communautés de l'intérieur. La kyrielle de problèmes liés à une consommation excessive d'alcool et le nombre élevé de personnes cries pouvant être considérées comme buveurs à risque souligne encore davantage l'importance d'intervenir auprès de la population et particulièrement auprès des jeunes hommes.

Les difficultés rencontrées dans l'interprétation des indices de consommation à risque et de dépendance à l'alcool, construits pour des populations différentes, mettent en lumière la nécessité de mieux documenter les schèmes de consommation d'alcool chez les Cris ainsi que les valeurs culturelles qui y sont rattachées.

Même si la majorité des Cris disent n'avoir jamais consommé de **drogue** illicite, environ le tiers des jeunes hommes ont fumé de la marijuana ou du haschich au cours des 12 mois précédant l'enquête et il y a suffisamment de consommateurs de cocaïne pour confirmer la disponibilité de cette drogue dans les communautés cries. La fréquence de l'inhalation de solvants est élevée chez les jeunes hommes de 15 à 19 ans et laisse soupçonner l'importance du problème chez les enfants de moins de 15 ans pour lesquels nous n'avons pas d'information. Cette hypothèse mérite d'être vérifiée.

Les deux tiers de la population crie est **sédentaire** dans ses moments de loisir; les femmes et les personnes de 45 ans et plus le sont plus souvent que les hommes et les plus jeunes; il faudrait donc chercher des moyens de leur faciliter l'accès à des activités physiques de loisir.

Compte tenu de leur régime ancestral constitué presque exclusivement de poisson, de viande et de gras (Berkes et Farkas, 1978), il n'est pas surprenant de constater que les Cris font encore un usage abondant de matières grasses tant pour la cuisson que sur leurs aliments. Les légumes les plus fréquemment achetés sont les pommes de terre, les oignons et les tomates. L'absence de disponibilité, le coût et le fait que la famille n'en aime pas le goût mettent un frein à l'achat plus régulier de légumes variés. Il sera important de vérifier ces données de façon quantitative à l'aide de celles obtenues lors du rappel alimentaire de 24 heures. Des associations entre les connaissances, les perceptions et attitudes et les

comportements alimentaires pourraient également être explorées, de même que le lien entre nutrition et obésité.

De façon générale, l'ensemble des facteurs considérés laisse croire que les Cris accepteraient d'apporter certains changements dans leur alimentation afin de bénéficier d'une meilleure santé. Les planificateurs et les intervenants en matière d'alimentation et de nutrition devront tenir compte de l'importance de la nourriture traditionnelle pour la population crie.

Les résultats ont confirmé l'importance du problème de l'obésité au sein de cette population, particulièrement chez les femmes, dont la moitié présentent une obésité franche (indice de masse corporelle de 30 et plus). Des recherches plus approfondies seraient toutefois utiles pour confirmer la validité des indices d'obésité parmi les populations autochtones dont la charpente corporelle semble différer de la population caucasienne. Une partie de la population serait réceptive à des interventions visant la perte de poids puisque plus du tiers est désireuse d'en perdre.

L'analyse des données portant sur les comportements préventifs féminins a montré que les examens de dépistage du cancer du col utérin et du sein étaient moins fréquents chez les Cries que chez les Québécoises du sud et cette différence est particulièrement marquée pour l'examen des seins. On peut penser que parmi les femmes plus jeunes (15-24 ans), plusieurs n'ont jamais eu d'examen gynécologique et n'ont pas encore été sensibilisées à l'importance de la prévention dans ce domaine. Quant aux femmes de 65 ans et plus, elles peuvent également avoir vécu leur vie sexuelle active à une époque où la sensibilisation à la prévention était relativement faible. Les résultats suggèrent le besoin d'augmenter la pratique de ces examens préventifs chez les femmes cries.

### 3.8 RÉFÉRENCES

ADELSON, N. (1991). "Being Alive Well" : The Praxis of Cree Health, *Circumpolar Health 90*, University of Manitoba Press, Winnipeg, 230-232

ADLAF, E.M., SMART, R.G. (1991). "Drug Use among Adolescent Students in Canada and Ontario : The Past, Present and Future", *The Journal of Drug Issues*, 21 : 1 : 059-072.

ANDRES, R. (1980). "Effect of Obesity on Total Mortality", *International Journal of Obesity*, 4 : 381-386.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989). *DSM-III-R : Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 624 p.

AVIS, N.E., MCKINLAY, J.B., SMITH, K.W. (1990). "Is Cardiovascular Risk Factor Knowledge Sufficient to Influence Behavior ?", *American Journal of Preventive Medicine*, 6 : 3 : 137.

- BERKES, F., FARKAS, C.S. (1978). "Eastern James Bay Cree Indians : Changing Patterns of Wild Food Use and Nutrition", *Ecology of Food and Nutrition*, 7 : 156.
- CANADIAN DIETETIC ASSOCIATION (1988). "Obesity : A Case for Prevention, Official Position of the Canadian Dietetic Association", *Journal of the Canadian Dietetic Association*, 49 : 1.
- CLARKSON, M., FOGGIN, P.M. (1991). *Faits saillants de l'enquête sur la santé des Cris 1983-1984*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 66 p.
- COURTEAU, J.P. (1989). *Mortality among the James Bay Cree of Northern Quebec : 1982-1986*. Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill University, 121 p.
- CROTEAU, N., LACHANCE, C., O'LOUGHLIN, J., SERGERIE, D., ROY, L. (1988). «Les comportements préventifs», dans : *Et la santé ça va ? : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les Publications du Québec, Québec, 50-66.
- DAWBER, T.R. (1980). *The Framingham Study : The Epidemiology of Atherosclerotic Disease*, Harvard University Press, Cambridge, MA.
- ELIANY, M. (1989). *L'alcool au Canada*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa.
- FOGGIN, P.M., LAUZON, H. (1987). *Etat de santé et facteurs de risque : Les Cris du nord québécois*, Département de géographie, Université de Montréal, Montréal.
- GODIN, G., JOBIN, J., BOUILLON, J. (1986). "Assessment of Leisure Time Exercise Behavior by Self-Report : A Concurrent Validity Study", *Canadian Journal of Public Health*, 77 : 359-61.
- GUYON, L., NADEAU, L. (1992). *La dépendance à l'alcool, comparaison des buveurs de la population générale et de sujets dépendants issus d'échantillons cliniques* (document de travail), RISQ, Montréal.
- KISSEBAH, A.H., PEIRIS, A.N. (1989). "Biology of Regional Body Fat Distribution : Relationship to Non-Insulin-Dependent Diabetes Mellitus", *Diabetes Metabolism Reviews*, 5 : 83-109.
- LALONDE, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, ministère des approvisionnements et services, Ottawa.
- LAVALLÉE, C. (1990). *Habitudes de vie et d'activité physique chez les Cris de la Baie James : enquête préliminaire*, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, Montréal.
- MAYFIELD, D., MCLEOD, G., HALL, P. (1974). "The CAGE Questionnaire : Validation of a New Alcoholism Screening Instrument", *American Journal of Psychiatry*, 131 : 1121-23.
- MILLAR, W.J. (1983). *L'usage du tabac chez les Canadiens en 1981*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 78 p.
- MILLAR, W.J. (1986). "Distribution of Body Weight and Height : Comparison of Estimates Based on Self-Reported and Observed Measures", *Journal of Epidemiology and Community Health*, 40 : 319-23.
- MILLAR, W.J., STEPHEN, T. (1987). "The Prevalence of Overweight and Obesity in Britain, Canada and United States", *American Journal of Public Health*, 77 : 1 : 38-41.

- MILLAR, W.J. (1988). *L'usage du tabac chez les Canadiens en 1986*, Santé et Bien-être social Canada, Ottawa, 71 p.
- MILLAR, W.J. (1992). *Lieu de naissance et appartenance ethnique : facteurs associés à l'usage du tabac chez les Canadiens, Rapport sur la santé*, Statistique Canada, Ottawa.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1989). *Pour améliorer la santé et le bien-être au Québec*, Document d'orientation, gouvernement du Québec, 147 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1992). *La Politique de la santé et du bien-être*, gouvernement du Québec, 192 p.
- MORRIS, J.N., POLLARD, R., EVERITT, M.D. ET COLL., (1980). "Vigorous Exercise in Leisure-Time : Protection against Coronary Heart Disease", *The Lancet*, 2 : 1207-1210.
- PAFFENBARGER, R.S., WING, A.L., HYDE, R.T. (1978). "Physical Activity as an Index of Heart Attack Risk in College Alumni", *American Journal of Epidemiology*, 108 : 161-175.
- PICKERING, J., LAVALLÉE, C., HANLEY, J. (1989). "Cigarette Smoking in Cree Indian School Children of the James Bay Region", *Arctic Medical Research*, 48 : 6-11.
- RANKIN, J.G., ASHLEY, M.J. (1992). "Alcohol-Related Health Problems", Chap 43, in : Last JM, Wallace RB (eds) Maxy-Rosenau-Last, *Public Health and Preventive Medicine*, 13th edition, Appleton & Lange, Norwalk, Connecticut.
- REEDER, B.A., ANGER, A., LEDOUX, M. ET COLL. (1992). "Obesity and its Relation to Cardiovascular Disease Risk Factors in Canadian Adults", *Canadian Medical Association Journal*, 146 : 2009-19.
- REYNOLDS, D.L., CHAMBERS, L.W., DE VILLAER, M.R. (1992). "Measuring Alcohol Abuse in the Community : Consumption, Binge-Drinking, and Alcohol-Related Consequences ("Alcoholism")", *Canadian Journal of Public Health*, 83 : 6 : 441-47.
- ROY, L. (1985). *Le point sur les habitudes de vie : L'alcool, données québécoises*, Le Conseil des affaires sociales et de la famille, 85 p.
- ROY, L., GRATTON, J., BERNIER, S., COUTURE, R., GAGNON, G. (1988). Habitudes de vie, dans : *Et la santé ça va ? : Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987*, Chapitre 1, Les Publications du Québec, Québec, 15-47
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Enquête Promotion Santé Canada : Rapport technique*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada (No. de catalogue : H39-119/1988F).
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1992). *Nos jeunes, leur santé; opinions et comportements des 11,13 et 15 ans au Canada et dans 10 autres pays*, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, No de cat. H39-239/1992F.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête Promotion de la santé Canada, 1990 : Rapport technique*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, (No. de catalogue : H39-263/2-1990F)
- SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va ? : Rapport de l'Enquête Santé Québec 1987*, Tome 1, Les Publications du Québec, Québec.
-

SANTÉ QUÉBEC (1991). *Faits saillants de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, gouvernement du Québec, ministère de la santé et des services sociaux.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Consommation d'alcool et de drogue chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans*, gouvernement du Québec, ministère de la santé et des services sociaux.

SANTÉ QUÉBEC (1994). Daveluy, C., Chénard, L., Lavasseur, M., Émond, A. (sous la direction de). *Et votre coeur, ça va ? : Rapport de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

SMART, R.G., ADLAF, E.M., KNOKE, D. (1991). "Use of the CAGE Scale in a Population Survey of Drinking", *Journal of Studies on Alcohol*, 52 : 8 : 593-96.

STEPHENS, T. (1988). "Physical Activity and Mental Health in the United States and Canada : Evidence from Four Population Surveys", *American Journal of Preventive Medicine*, 17 : 35-47.

STEWART, A.W., JACKSON, R.T., FORD, M.A., BEAGLEHOLE, R. (1987). "Underestimation of Relative Weight by Use of Self-Reported Height and Weight", *American Journal of Epidemiology*, 125, 1.

THOUEZ, J.P., RANNOU, A., FOGGIN, P. (1989). "The Other Face of Development : Native Populations, Health Status and Indicators of Malnutrition - The Case of the Cree and Inuit of Northern Quebec", *Social Science and Medicine*, 29 : 8 : 965-74.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (1989). *Reducing the Health Consequences of Smoking : A Report of the Surgeon General*, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, DHHS Publication No. (CDC) 89-8411.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. (1990). *The Health Benefits of Smoking Cessation : A report of the Surgeon General*, Public Health Service, Centers for Disease Control, Center for Chronic Disease Prevention and Health Promotion, Office on Smoking and Health, DHHS Publication No. (CDC) 90-8416.

WHITE, F., PEREIRA, L. (1987). "In Search of the Ideal Body Weight", *Annals of the Royal College of Physicians and Surgeons of Canada*, 20 : 2 : 129-32.

WIGLE, D.T., MAO, Y., SEMENCIW, R., MORRISON, H.I. (1986). "Cancer Patterns in Canada", *Canadian Medical Association Journal*, 134 : 231-35.

WRIGHT, E.J., WHITEHEAD, T.L. (1987). "Perceptions of Body Size and Obesity : A Selected Review of the Literature", *Journal of Community Health*, 12 : 2-3.

YOUNG, T.K., SEVENHUYSEN, G. (1989). "Obesity in Northern Canadian Indians : Patterns, Determinants and Consequences", *American Journal of Clinical Nutrition*, 49 : 786-93.

YOUNG, T.K. (1987). *Northern Indians Chronic Disease Study*, Department of Community Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg.



**CHAPITRE 4**

**ENVIRONNEMENT SOCIAL ET  
PROBLÈMES SOCIAUX**

**AUTEURS**

**MAY CLARKSON**  
DIRECTION DE LA PLANIFICATION  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

**GILLES LÉGARÉ**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL RÉGIONAL DE RIMOUSKI

**LECTEURS**

**JOSÉE QUESNEL**  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX  
DE LA BAIE JAMES (CLSC DE L'INTÉRIEUR)

**JEAN-JACQUES SIMARD**  
GÉTIC  
UNIVERSITÉ LAVAL

**GENEVIÈVE TURCOTTE**  
SERVICE DE LA RECHERCHE  
LES CENTRES JEUNESSE DE MONTRÉAL

**CONSULTANTE**

**CAROLINE OBLIN**  
MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

## 4.0 INTRODUCTION

Depuis quelques décennies, l'épidémiologie attache de plus en plus d'importance à l'environnement social en tant que déterminant de l'état de santé (Cassel, 1976). Dans ce domaine, une attention toute particulière a été accordée au réseau de soutien social et à son rôle dans le maintien de l'état de santé des individus.

L'environnement social cri diffère par bien des points de celui des Québécois du sud. À titre d'exemple, rappelons que la taille moyenne des ménages cris est d'environ six personnes, ce qui représente le double de ce qu'on trouve en moyenne dans les ménages du sud (trois personnes). En outre, comme le souligne Prince (1993), les Cris vivent dans de petites communautés où tous se connaissent et où la plupart sont apparentés. La famille étendue joue un rôle important chez les Cris, tant sur le plan de l'entraide que sur celui du partage de la nourriture et des ressources (Bobbish-Atkinson et Magonet, 1990). Comme toute médaille a son revers, il se peut que cette vie communautaire où la sanction sociale est très forte devienne parfois elle-même un facteur de stress.

Dans ce chapitre, on traitera de quelques aspects de l'intégration sociale chez les Cris, du réseau de soutien social, des événements stressants et enfin, de la perception qu'ont les Cris de l'importance de divers problèmes sociaux dans leur communauté. Ces derniers ont été retenus en fonction de la fréquence du recours aux services sociaux observée par Niezen et Saint-Jean (1988) et de l'importance que leur accordent les personnes cris consultées. À des thèmes tels l'alcool et la drogue, la violence conjugale, les enfants négligés, le vol et le vandalisme chez les jeunes, on a pu ajouter un autre sujet de préoccupation grandissante qui est le manque de respect envers les aînés.

## 4.1 INTÉGRATION SOCIALE ET SOUTIEN SOCIAL

Bozzini et Tessier (1985) définissent le réseau de soutien social comme un «répertoire de liens, autour d'un individu, susceptible de lui procurer diverses formes d'aide, c'est-à-dire une variété de ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie». D'autres aspects de l'intégration sociale, que les mêmes auteurs définissent comme «le degré auquel l'individu s'identifie aux valeurs et aux normes de la société et le degré atteint par sa participation aux institutions sociales et aux produits sociaux», contribueraient également à la prévention des problèmes de santé physique et mentale, en atténuant les effets des événements stressants de la vie sur l'état de santé (Brunelle et Tremblay, 1988).

### 4.1.1 Portée et limites des données

Les questions portant sur l'intégration sociale et le soutien social se retrouvent dans la section VI du questionnaire individuel et s'adressent aux informateurs âgés de quinze ans et plus. Ces

questions sont légèrement différentes de celles de l'enquête Santé Québec 1987. Les deux premières questions, dont la formulation se rapproche davantage de celle utilisée dans l'enquête fédérale sur la promotion de la santé de 1985 (Santé et Bien-être social Canada, 1988), visent à nous donner une idée de la taille du réseau de soutien social chez les Cris. Les deux questions suivantes portent sur l'importance de la religion et la fréquentation des lieux de culte. Les données de l'enquête Plasannouq réalisée en 1983-1984 par Foggin nous apprennent que selon la majorité des Cris, «les prières et la religion sont importantes pour se sentir bien» (Clarkson et Foggin, 1990). Selon Brunelle et coll. (1991), la croyance religieuse, plus encore que la pratique, contribuerait à l'effet «tampon» ou immunitaire que l'on attribue au soutien social et à l'intégration sociale. C'est pourquoi nous ne parlerons pas ici de la fréquentation de l'église, dont on a traité dans le chapitre portant sur les données sociodémographiques, mais plutôt de l'importance accordée à la prière et à la religion.

La question «Comment trouvez-vous votre vie sociale ?» était considérée lors de l'enquête de 1987 comme un excellent indicateur du soutien social tel que perçu par l'informateur. Elle comportait quatre catégories de réponse, de «très satisfaisante» à «très insatisfaisante». Cette question a été modifiée suite aux commentaires d'une dizaine de Cris, hommes et femmes, rencontrés en entrevue de groupe, qui en trouvaient la formulation difficile à comprendre. On a adopté la forme suivante : «Comment décririez-vous vos relations avec les autres membres de votre village ?», et conservé les mêmes catégories de réponse.

#### **4.1.2 Résultats**

Pour chacun des cinq indicateurs considérés, un premier examen des données, par groupes d'âge décennaux, a permis de constater que les personnes de 15 à 44 ans et les personnes de 45 ans et plus formaient deux groupes relativement homogènes sur le plan des résultats; ce sont donc ces groupes d'âge «élargis» qui ont été retenus pour l'analyse. On trouvera au tableau 4.1 la proportion des individus disant avoir «beaucoup d'amis», selon le groupe d'âge et le sexe. Cette proportion semble plus élevée chez les hommes que chez les femmes; elle est également plus élevée chez les personnes de 45 ans et plus que chez leurs cadets.

Le tableau 4.2 indique le nombre de personnes de l'entourage sur lesquelles on estime pouvoir compter lorsqu'on a besoin d'aide ou lorsqu'on a des problèmes, selon l'âge et le sexe. La taille de ce réseau de support perçu apparaît plus élevée chez les jeunes que chez les personnes de 45 ans et plus, et plus élevée chez les hommes que chez les femmes.

**TABLEAU 4.1**

Proportion des individus disant avoir beaucoup d'amis selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	15-44 ANS	45 ANS ET PLUS	TOTAL	
			%	Pe
HOMMES	51,9	65,7	55,3	1 678
FEMMES	42,9	55,4	46,1	1 381
<b>TOTAL</b>	<b>47,5</b>	<b>60,5</b>	<b>50,8</b>	<b>3 059</b>

**TABLEAU 4.2**

Nombre de personnes de l'entourage sur lesquelles on estime pouvoir compter lorsqu'on a besoin d'aide selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	15-44 ANS	45 ANS ET PLUS	TOTAL	
			%	Pe
<b>HOMMES</b>				
0-4 PERSONNES	40,7	51,7	43,3	1 298
5 PERS. ET PLUS	48,3	39,5	46,2	1 383
NE SAVENT PAS	11,0	8,8	10,5	315
<b>FEMMES</b>				
0-4 PERSONNES	53,9	63,0	56,2	1 694
5 PERS. ET PLUS	36,3	30,5	34,8	1 050
NE SAVENT PAS	9,8	6,5	9,0	270
<b>TOTAL</b>				
0-4 PERSONNES	47,3	57,5	49,8	2 992
5 PERS. ET PLUS	42,3	34,9	40,5	2 433
NE SAVENT PAS	10,4	7,6	9,7	585

On remarque également une différence significative dans la taille du réseau de soutien perçu entre les villages de la côte et ceux de l'intérieur des terres (tableau 4.3). En effet, les personnes de la côte sont proportionnellement plus nombreuses que celles de l'intérieur à évaluer à cinq ou plus le nombre de personnes sur qui elles peuvent compter quand elles ont besoin d'aide. C'est chez les personnes de 45 ans et plus des villages de l'intérieur que l'on obtient la plus faible proportion de gens (20 %) qui évaluent leur réseau de soutien à 5 personnes et plus.

**TABLEAU 4.3**

Nombre de personnes de l'entourage sur lesquelles on estime pouvoir compter lorsqu'on a besoin d'aide selon l'âge et la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	15-44 ANS	45 ANS ET PLUS	TOTAL	
			%	Pe
<b>CÔTIÈRE</b>				
0-4 PERSONNES	42,9	47,8	44,1	1 577
5 PERS. ET PLUS	44,4	44,6	44,5	1 590
NE SAVENT PAS	12,7	7,6	11,4	409
<b>INTÉRIEURE</b>				
0-4 PERSONNES	53,6	72,3	58,1	1 415
5 PERS. ET PLUS	39,3	20,1	34,6	843
NE SAVENT PAS	7,1	7,6	7,3	176

Le tableau 4.4 décrit l'importance accordée à la religion et à la prière, selon le groupe d'âge et le sexe. Chez les Cris de 45 ans et plus, hommes ou femmes, neuf personnes sur dix disent accorder une très grande importance à la religion; cette proportion baisse à 60 % chez les Cris de 15 à 44 ans. En outre, chez ces derniers, on remarque que les femmes sont proportionnellement plus nombreuses (66 %) que les hommes (53 %) à considérer cette dimension comme très importante. Par ailleurs, comme on l'a vu au chapitre 2, la fréquentation religieuse suit à peu près le même schéma.

**TABLEAU 4.4**

Importance accordée à la religion et à la prière selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	15-44 ANS	45 ANS ET PLUS	TOTAL	
			%	Pe
<b>HOMMES</b>				
TRÈS IMPORTANTE	53,4	91,6	63,3	1 830
PEU OU PAS IMP.	46,6	8,4	36,7	1 063
<b>FEMMES</b>				
TRÈS IMPORTANTE	65,6	92,5	72,6	2 133
PEU OU PAS IMP.	34,4	7,5	27,4	806
<b>TOTAL</b>				
TRÈS IMPORTANTE	59,6	92,0	68,0	3 963
PEU OU PAS IMP.	40,4	8,0	32,0	1 869

Le tableau 4.5 montre la proportion des individus qui se disent «très satisfaits» de leurs relations avec les autres personnes dans la communauté, selon l'âge et le sexe. Les personnes de 45 ans et plus sont beaucoup plus nombreuses que leurs cadettes à déclarer être satisfaites sur ce point. D'autre part, toujours chez les 45 ans et plus, les hommes sont significativement plus nombreux que les femmes (74 % comparativement à 62 %) à se dire très satisfaits de leurs relations avec les autres personnes de la communauté. Enfin, comme on pourra le voir au tableau 4.6, la proportion des personnes se disant «très satisfaites» de leurs relations avec les autres membres de la communauté est significativement plus élevée dans les villages de la côte (53 %) que dans ceux de l'intérieur (41 %).

**TABLEAU 4.5**

Proportion des personnes se disant «très satisfaites» de leurs relations avec les autres personnes dans la communauté selon l'âge et le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	15-44 ANS	45 ANS ET PLUS	TOTAL	
			%	Pe
HOMMES	42,7	74,2	50,5	1 498
FEMMES	39,1	62,2	45,3	1 306
<b>TOTAL</b>	<b>40,9</b>	<b>68,1</b>	<b>48,0</b>	<b>2 804</b>

**TABLEAU 4.6**

Proportion des personnes se disant «très satisfaites» de leurs relations avec les autres personnes dans la communauté selon l'âge et la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	15-44 ANS	45 ANS ET PLUS	TOTAL	
			%	Pe
CÔTIÈRE	46,1	70,7	52,5	1 832
INTÉRIEURE	33,5	64,1	41,2	972
<b>TOTAL</b>	<b>40,9</b>	<b>68,1</b>	<b>48,0</b>	<b>2 804</b>

## **4.2 ÉVÉNEMENTS STRESSANTS**

La présence d'événements stressants est souvent associée à un risque accru de détresse psychologique, de dépression (Kaplan et coll., 1987, Dooley et coll., 1986), d'idées suicidaires et de tentatives de suicide (Santé Québec, 1988). Les événements stressants sont considérés comme un facteur déterminant pour plusieurs problèmes de santé physique et mentale. Comme l'ont démontré les résultats de l'enquête Santé Québec 1987, les événements stressants et leur intensité perçue ne se distribuent pas de façon uniforme au sein de la population. Certains événements, tels le décès du conjoint ou une grave maladie du répondant ou d'une autre personne du ménage, semblent générer des niveaux de stress plus élevés.

Deux types d'événements sont considérés dans cette section : les événements stressants anciens, survenus avant l'âge de 12 ans, et les événements stressants récents. Parmi ces derniers, la catégorie «rejet par la communauté» constitue un ajout par rapport à Santé Québec 1987; de l'avis de nos consultants cris, un tel rejet pourrait en effet constituer une source de stress (et de détresse). Par contre, l'échelle ne tient pas compte d'autres sources potentielles de stress qui pourraient être spécifiques aux populations autochtones, plus particulièrement aux jeunes (par exemple, le tiraillement entre deux cultures et deux modes de vie diamétralement opposés).

### **4.2.1 Portée et limites des données**

Toutes les questions se rapportant aux événements stressants se retrouvent à la section VIII du questionnaire individuel et s'adressent aux personnes de 15 ans et plus. Trois questions mesurent les événements de vie avant l'âge de 12 ans. Il s'agit du décès du père, du décès de la mère ou du décès d'un proche. Les sept événements stressants récents, mesurés au cours de la dernière année, comprennent le déménagement loin de sa famille, la perte d'un emploi, le rejet ou la désapprobation de la communauté, une maladie grave du répondant, une maladie grave chez un autre membre du ménage, le décès du conjoint et le décès d'un proche autre que le conjoint. Les questions portent sur la présence ou l'absence de ces événements au cours des 12 mois précédant l'enquête. Une sous-question estime le niveau de stress perçu sur une échelle de quatre items, variant de «extrêmement stressant» à «pas du tout stressant». Ces questions sont inspirées d'une échelle de mesure du stress mise au point par Holmes et Rahe (1967). Elles sont semblables à celles utilisées lors de l'enquête Santé Québec 1987, mais contrairement à ces dernières, la période de référence (au cours des 12 derniers mois) a été répétée à chacune des questions dans le cas de l'enquête crie.

## 4.2.2 Résultats

En ce qui concerne les événements stressants survenus avant l'âge de 12 ans (tableau 4.7), on observe encore une fois une dichotomie entre les 15-44 ans et les 45 ans et plus, ces derniers étant significativement plus nombreux à mentionner avoir vécu, avant l'âge de 12 ans, le décès de leur mère, de leur père ou d'un autre proche.

### TABLEAU 4.7

Présence d'événements stressants avant l'âge de 12 ans selon l'âge (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991

	DÉCÈS DE LA MÈRE	DÉCÈS DU PÈRE	DÉCÈS D'UN PROCHE
ÂGE			
15-24 ANS	2,7	4,8	51,9
25-44 ANS	4,5	6,3	50,2
45-64 ANS	20,0	20,6	72,5
65 ANS ET PLUS	15,5	19,1	59,4
<b>TOUS LES ÂGES %</b>	<b>7,4</b>	<b>9,2</b>	<b>55,5</b>
Pe	448	553	3 148

Le tableau 4.8 porte sur la présence de certains événements stressants au cours des 12 mois précédant l'enquête et sur la proportion de ceux qui ont vécu l'un de ces événements et qui l'ont jugé «extrêmement stressant». Parmi ces événements, les plus fréquents ont été, dans l'ordre : le décès d'un proche, un déménagement loin de la famille et une maladie grave d'un membre du ménage. L'événement perçu comme le plus stressant (bien que plutôt rare au cours de l'année précédant l'enquête) était le décès du conjoint, puisque tous ceux qui ont vécu cet événement le décrivent comme «extrêmement stressant». Les autres événements perçus comme les plus stressants seraient, dans l'ordre : une grave maladie personnelle, le décès d'un proche, une maladie grave dans le foyer et le rejet par la communauté.

Parmi l'ensemble des Cris, 52 % disent n'avoir vécu aucun de ces événements au cours des 12 mois précédant l'enquête, 33 % ont subi un seul événement de ce type et 15 % disent en avoir vécu deux ou plus. Sur ce plan, il ne semble y avoir aucune différence statistiquement significative selon les diverses variables sociodémographiques.



## TABLEAU 4.8

Présence d'événements stressants au cours des 12 mois précédant l'enquête et proportion de ceux qui, ayant vécu un de ces événements, l'ont jugé «extrêmement stressant» (%), population cri de 15 ans et plus, 1991

	PRÉSENCE DE L'ÉVÉNEMENT		NIVEAU ÉLEVÉ DE STRESS	
	%	Pe	%	Pe
DÉMÉNAGEMENT LOIN DE LA FAMILLE	14,2	859	17,4	142
PERTE D'EMPLOI	3,3	200	23,7	40
REJET PAR LA COMMUNAUTÉ	7,9	475	40,9	175
GRAVE MALADIE PERSONNELLE	6,3	383	53,5	203
MALADIE GRAVE DANS LE FOYER	10,1	609	41,4	236
DÉCÈS DU CONJOINT	0,8	47	100,0	42
DÉCÈS D'UN PROCHE	26,8	1 625	50,5	771

### 4.3 PROBLÈMES SOCIAUX PERÇUS DANS LA COMMUNAUTÉ

#### 4.3.1 Portée et limites des données

Les questions portant sur les problèmes sociaux chez les Cris se retrouvent dans la section VII du questionnaire individuel et s'adressent donc aux personnes âgées de 15 ans et plus. La question 34 du questionnaire individuel, dans laquelle on demande à l'informateur de donner son opinion sur l'importance de divers problèmes sociaux dans la communauté, remplace l'approche par les tiers utilisée dans l'enquête Santé Québec 1987 (Clarkson, 1989). La formulation de la question est reprise de l'enquête fédérale sur la promotion de la santé de 1990 (Santé et Bien-être social Canada, 1993). Toutefois, dans cette enquête, la question ne traitait que de l'abus d'alcool ou de drogues, alors que dans l'enquête chez les Cris, comme on le verra plus loin, elle porte sur sept problèmes sociaux.

Encore une fois, on traite de sujets tabous ou délicats pour lesquels il est difficile d'obtenir une prévalence. La formulation adoptée demande au répondant quelle importance prend, selon lui, tel ou tel problème dans sa communauté. La question 34 ne nous permet pas d'établir la prévalence des problèmes sociaux, mais nous permet d'évaluer l'importance relative perçue des différents problèmes les uns par rapport aux autres dans la communauté.

### 4.3.2 Résultats

Le tableau 4.9 donne l'importance perçue de divers problèmes sociaux dans la communauté, pour l'ensemble des Cris selon le sexe. La catégorie «problème mineur» regroupe les catégories de réponses suivantes : «pas du tout un problème» et «problème relativement mineur», alors qu'on entend par «problème sérieux», les réponses : «problème important» et «problème extrêmement grave». La catégorie «ne savent pas» regroupe les gens qui ont affirmé ne pas pouvoir juger de l'importance de l'un ou l'autre phénomène dans leur communauté.

### TABLEAU 4.9

Importance perçue de divers problèmes sociaux dans la communauté selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	SEXE	PROBLÈME MINEUR		PROBLÈME SÉRIEUX		NE SAVENT	
		%	Pe	%	Pe	%	Pe
VIOLENCE CONJUGALE	HOMMES	33,6		61,5		4,9	
	FEMMES	25,0		66,3		8,7	
	TOTAL	29,3	1 773	63,9	3 867	6,8	410
BATAILLES PUBLIQUES	HOMMES	29,5		67,1		3,4	
	FEMMES	20,9		73,0		6,1	
	TOTAL	25,2	1 526	70,0	4 240	4,8	290
CONSOMMATION DE DROGUES	HOMMES	19,1		75,2		5,7	
	FEMMES	11,8		78,9		9,3	
	TOTAL	15,4	935	77,1	4 672	7,5	455
ABUS D'ALCOOL	HOMMES	16,8		80,9		2,3	
	FEMMES	13,0		83,1		3,9	
	TOTAL	14,9	900	82,0	4 967	3,1	188
ENFANTS NÉGLIGÉS	HOMMES	28,2		66,0		5,8	
	FEMMES	20,9		69,7		9,4	
	TOTAL	24,5	1 484	67,9	4 108	7,6	462
JEUNES DÉLINQUANTS	HOMMES	15,3		81,7		3,0	
	FEMMES	13,5		80,1		6,4	
	TOTAL	14,4	871	80,9	4 903	4,7	286
MANQUE DE RESPECT ENVERS LES AÎNÉS	HOMMES	22,7		73,7		3,6	
	FEMMES	13,6		80,0		6,4	
	TOTAL	18,2	1 101	76,8	4 651	5,0	304

Parmi l'ensemble des individus, 82 % considèrent l'abus d'alcool comme un problème sérieux dans leur communauté, et 81 % considèrent comme un problème sérieux la délinquance chez les jeunes (vandalisme ou vols). La consommation de drogues illégales constitue un problème

sérieux selon 77 % de la population, soit à peu près la même proportion qu'en ce qui concerne le manque de respect des jeunes envers les aînés. Par ailleurs, les Cris sont proportionnellement moins nombreux à considérer comme un «problème sérieux» les batailles publiques (70 %), les enfants négligés par leurs parents (68 %) et la violence physique ou verbale entre mari et femme (64 %). Rappelons qu'il s'agit ici de l'importance «perçue» des problèmes et que divers facteurs (campagnes de sensibilisation, visibilité du problème...) peuvent influencer l'opinion publique à ce sujet.

**TABLEAU 4.10**

Importance perçue de divers problèmes sociaux dans la communauté selon l'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	GRUPE D'ÂGE	PROBLÈME MINEUR	PROBLÈME SÉRIEUX	NE SAVENT PAS
VIOLENCE CONJUGALE	15-24	33,7	58,8	7,5
	25-44	28,6	63,1	8,3
	45-64	24,9	71,2	3,9
	65 ET PLUS	22,0	76,2	1,8
BATAILLES PUBLIQUES	15-24	29,2	65,7	5,1
	25-44	25,5	69,6	4,9
	45-64	17,8	77,5	4,7
	65 ET PLUS	21,4	75,2	3,4
CONSOMMATION DE DROGUES	15-24	19,1	74,9	6,0
	25-44	13,8	79,3	6,9
	45-64	13,7	78,9	7,4
	65 ET PLUS	10,1	71,8	18,1
ABUS D'ALCOOL	15-24	16,2	79,5	4,3
	25-44	13,8	83,4	2,8
	45-64	13,5	84,6	1,9
	65 ET PLUS	17,2	81,1	1,7
ENFANTS NÉGLIGÉS	15-24	27,1	64,5	8,5
	25-44	22,5	69,2	8,3
	45-64	23,1	71,5	5,4
	65 ET PLUS	25,5	69,0	5,5
JEUNES DÉLINQUANTS	15-24	19,4	74,9	5,7
	25-44	11,8	83,0	5,2
	45-64	11,0	87,0	2,0
	65 ET PLUS	11,1	85,2	3,7
MANQUE DE RESPECT ENVERS LES AÎNÉS	15-24	22,8	72,1	5,1
	25-44	16,7	77,5	5,8
	45-64	13,6	82,6	3,8
	65 ET PLUS	13,7	82,8	3,5

\* Pour chacun des problèmes sociaux, la population estimée pour le total des groupes d'âge est sensiblement la même que pour le tableau 4.9.

Selon le tableau 4.9, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à considérer les batailles publiques, ainsi que le manque de respect envers les aînés, comme des problèmes sérieux.

Le tableau 4.10 fait état de l'importance perçue des problèmes sociaux selon l'âge. Les jeunes de 15 à 24 ans sont moins nombreux à attacher de l'importance à des problèmes tels que la violence conjugale, les batailles publiques, le vol et le vandalisme chez les jeunes, et le manque de respect envers les aînés. En ce qui concerne l'abus d'alcool et les enfants négligés par leurs parents, on n'observe pas de différence statistiquement significative dans l'importance accordée au problème selon l'âge. D'autre part, en ce qui concerne la consommation de drogues illégales, on trouve chez les 65 ans et plus une proportion élevée (18 %) de personnes qui disent ne pas savoir si ce problème est important ou non dans leur communauté.

### TABLEAU 4.11

Importance perçue de divers problèmes sociaux dans la communauté selon la sous-région (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	SOUS-RÉGION	PROBLÈME MINEUR	PROBLÈME SÉRIEUR	NE SAVENT PAS
VIOLENCE CONJUGALE	CÔTIÈRE	31,3	59,7	9,0
	INTÉRIEURE	26,4	70,1	3,5
BATAILLES PUBLIQUES	CÔTIÈRE	28,4	65,2	6,4
	INTÉRIEURE	20,5	77,1	2,4
CONSOMMATION DE DROGUES	CÔTIÈRE	20,0	70,9	9,1
	INTÉRIEURE	8,8	86,1	5,1
ABUS D'ALCOOL	CÔTIÈRE	17,9	78,0	4,1
	INTÉRIEURE	10,3	88,0	1,7
ENFANTS NÉGLIGÉS	CÔTIÈRE	25,5	65,8	8,7
	INTÉRIEURE	23,1	70,8	6,1
JEUNES DÉLINQUANTS	CÔTIÈRE	16,7	77,3	6,0
	INTÉRIEURE	10,9	86,3	2,8
MANQUE DE RESPECT ENVERS LES AÎNÉS	CÔTIÈRE	19,2	74,3	6,5
	INTÉRIEURE	16,7	80,4	2,9

\* Pour chacun des problèmes sociaux, la population estimée pour le total des régions est la même que pour le tableau 4.9.

Le tableau 4.11 reprend les mêmes problèmes sociaux, en comparant cette fois les villages de l'intérieur aux villages de la côte. Pour chacun des problèmes énumérés, on trouve dans les villages de l'intérieur une proportion plus élevée de personnes jugeant qu'il s'agit d'un problème sérieux dans leur communauté. Avec les données disponibles, nous ne pouvons dire

si cette perception reflète nécessairement une prévalence plus élevée des problèmes dans les communautés de l'intérieur, ou tout simplement une plus grande sensibilisation à ces problèmes. Toutefois, deux indicateurs présents dans l'enquête, soit la consommation d'alcool et la consommation de drogue (chapitre 3), permettent de croire qu'il existe une certaine convergence entre la situation perçue et la prévalence réelle. En effet, pour ces deux indicateurs, on observe dans les communautés de l'intérieur une consommation significativement plus élevée que dans les villages côtiers.

## **4.4 CONCLUSION**

### **4.4.1 Synthèse**

Malgré le nombre restreint d'indicateurs portant sur l'environnement social dans cette enquête, l'analyse descriptive nous permet de dégager certains faits intéressants. Par exemple, les personnes qui disent avoir « beaucoup d'amis » sont proportionnellement plus nombreuses chez les hommes et chez les 45 ans et plus. D'autre part, lorsqu'il s'agit d'estimer le nombre de personnes sur qui on peut compter lorsqu'on a besoin d'aide, la taille de ce réseau de support perçu apparaît plus élevée chez les hommes et chez les personnes de moins de 45 ans. Enfin, les informateurs de la côte sont plus nombreux que ceux de l'intérieur des terres à évaluer ce réseau de soutien à cinq personnes ou plus.

Chez les Cris de 45 ans ou plus, neuf personnes sur dix disent accorder une très grande importance à la religion. Cette proportion baisse à 60 % chez leurs cadets; en outre, chez ces derniers, on remarque que les femmes sont plus nombreuses que les hommes à considérer cette dimension comme très importante.

On trouve la plus grande proportion de personnes qui se disent « très satisfaites » de leurs relations avec les autres personnes de la communauté chez les 45 ans et plus, chez les hommes et dans les villages de la côte.

Les personnes de 45 ans et plus sont significativement plus nombreuses que leurs cadettes à mentionner avoir vécu, avant l'âge de 12 ans, le décès de leur mère, de leur père ou d'un autre proche. Il est probable que l'accroissement de l'espérance de vie au cours des dernières décennies contribue à diminuer la fréquence de tels événements.

En ce qui concerne la présence de certains événements stressants au cours des 12 mois précédant l'enquête, les plus fréquents ont été le décès d'un proche, un déménagement loin de la famille et une maladie grave d'un membre du ménage. L'événement perçu comme le plus stressant était le décès du conjoint, suivi par : une grave maladie personnelle, le décès d'un proche, une maladie grave dans le foyer et le rejet par la communauté.

Voyons maintenant l'importance perçue de divers problèmes sociaux dans la communauté. Parmi l'ensemble des Cris, 82 % considèrent l'abus d'alcool comme un problème sérieux dans leur communauté et 81 % considèrent comme un problème sérieux la délinquance chez les jeunes. La consommation de drogues illégales, ainsi que le manque de respect des jeunes envers leurs aînés, constituent des problèmes sérieux selon 77 % de la population. Pour chacun des problèmes énumérés, on trouve dans les villages de l'intérieur une proportion plus élevée de personnes jugeant qu'il s'agit d'un problème sérieux dans leur communauté.

#### 4.4.2 Pistes de recherche

Les quelques données disponibles par le biais de cette enquête suggèrent que l'environnement social tel que perçu par les Cris diffère selon l'âge, le sexe et la sous-région; elles suggèrent également que la population crie s'inquiète de l'ampleur de certains problèmes sociaux dans les communautés. Il semble donc pertinent que l'on poursuive, en dehors du cadre forcément limité d'une enquête de santé, les recherches portant sur l'environnement social chez les Cris, ainsi que sur les causes des problèmes sociaux et les solutions possibles. On peut en particulier s'interroger sur les causes de la dichotomie observée sur le plan de l'intégration sociale et du support perçu, entre les moins de 45 ans et leurs aînés. Il faudra aussi étudier davantage les relations entre les événements stressants et l'état de santé physique ou mentale, en accordant une attention particulière aux sources de stress plus spécifiques aux Cris, et aux modes d'adaptation développés par ces derniers. Sur ce plan, l'étude de Berry et coll. (1982) sur le stress lié aux changements culturels apporte déjà certaines pistes intéressantes.

#### 4.4.3 Implications pour la prise de décision

La conscience qu'ont les Cris de l'importance de certains problèmes sociaux dans leur communauté peut constituer un levier important pour mobiliser la population. Par exemple, les interventions visant à contrer les abus d'alcool pourraient utiliser le fait que 82 % des répondants à cette enquête considèrent l'abus d'alcool comme un problème sérieux dans leur communauté. Par ailleurs, il y aurait peut-être lieu de rechercher des programmes efficaces pour contrer certains problèmes parfois moins «visibles» mais qui peuvent avoir un impact important et souvent à très long terme (violence conjugale, enfants négligés...). Dans ce contexte, il demeure évidemment essentiel de respecter la spécificité culturelle crie, et de développer des méthodes d'approche et d'intervention culturellement acceptables.

### 4.5 RÉFÉRENCES

BERRY, J.W., WINTROB, R.M., SINDELL, P.S., MAWHINNEY, T.A. (1982). "Psychological Adaptation to Culture Change among the James Bay Cree", *Le naturaliste canadien*, 109, p. 965-985.

BOBBISH-ATKINSON, H., MAGONET, G. ÉD. (1990). *L'expérience de la Baie James : guide pour les professionnels de la santé qui travaillent parmi les Cris du Nord québécois*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 166 p.

BOZZINI, L., TESSIER, R. (1985). «Soutien social et santé», Chapitre 45, dans : *Traité d'anthropologie médicale : l'institution de la santé et de la maladie*, Dufresne, J., Dumont, F., Martin, Y. éd. Institut québécois de recherche sur la culture, Presses de l'université du Québec et Presses universitaires de Lyon, p. 905-939.

BRUNELLE, Y., TREMBLAY, D. (1988). «Environnement social», Chapitre 3, dans : *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les publications du Québec, p. 67-86.

BRUNELLE, Y., LAROSE, L., TREMBLAY, D. (1991). *Soutien social et événements stressants : aspects théoriques et propositions de questions pour Santé Québec 1992-1993*, Document de travail, Santé Québec, 24 p.

CASSEL, J.C. (1978). "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance", *American Journal of Epidemiology*, 104, p. 107-123.

CLARKSON, M. (1989). *Problèmes sociaux rapportés par un tiers : méthodologie et premiers résultats*, Enquête Santé Québec 1987, Les cahiers de recherche, no. 1, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 64 p.

CLARKSON, M., FOGGIN, P. (1990). *Faits saillants de l'enquête sur la santé des Cris (1983-1984)*, MSSS, Gouvernement du Québec, 78 p.

DOOLEY, D., CATALANO, R., BROWNELL, A. (1986). "The Relation of Economic Conditions, Social Support and Life Events to Depression", *Journal of Community Psychology*, 14, p. 103-109.

HOLMES, TH., RAHE, R.H. (1967). "The Social Readjustment Rating Scale", *Journal of Psychosomatic Research*, 11, p. 213-218.

KAPLAN, G.A. ET COLL. (1987). "Psychological Predictors of Depression : Prospective Evidence from the Human Population Laboratory Studies", *American Journal of Epidemiology*, 125 : 2, p. 206-220.

NIEZEN, R.W., ST-JEAN, R. (1988). *Clientele and Social Services in Region 10-b (1986-1987)*, Cree Board of Health and Social Services of James Bay, 138 p.

PRINCE, R.H. (1993). "Psychiatry among the James Bay Cree : A Focus on Pathological Grief Reactions", *Transcultural Psychiatric Research Review*, 30, p. 3-50.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Enquête Promotion de la Santé : Rapport technique*, Ottawa, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, (No. de catalogue H39-119/1988F).

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête Promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ministre des Approvisionnements et Services Canada, (No. de catalogue H39-263/2-1990F), 360 p.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va ? : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les Publications du Québec, 337 p.

## **CHAPITRE 5**

# **CERTAINS DÉTERMINANTS DE L'ÉTAT DE SANTÉ CARDIOVASCULAIRE : HYPERTENSION ARTÉRIELLE, HYPERCHOLESTÉROLÉMIE ET DIABÈTE**

### **AUTEURS**

**BRIGITTE LACHANCE**  
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE  
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

**HUGUES TÉTREULT**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL SAINTE-CROIX

**JOCELYNE MOISAN**  
ÉCOLE DE PHARMACIE  
UNIVERSITÉ LAVAL

**SUZANNE LESSARD**  
DÉPARTEMENT DE MÉDECINE SOCIALE ET PRÉVENTIVE  
UNIVERSITÉ LAVAL

**ANDRÉ NADEAU**  
UNITÉ DE RECHERCHE SUR LE DIABÈTE  
CENTRE HOSPITALIER UNIVERSITAIRE DE LAVAL

### **LECTEURS**

**CHARLES DUMONT**  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

**JOYCE PICKERING**  
MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL



## 5.0 INTRODUCTION

Des études épidémiologiques, cliniques et en laboratoire ont identifié l'usage de la cigarette, l'hypertension artérielle et le taux de cholestérol sanguin élevé comme principaux facteurs de risque modifiables des maladies cardiovasculaires. Ces facteurs de risque peuvent être prévenus ou contrôlés (Kaplan et Stamler, 1983). Récemment, l'inactivité physique a été reconnue comme facteur de risque indépendant pour les maladies cardiaques (Berlin et Colditz., 1990; Paffenbarger et coll., 1993). D'autres facteurs, soit l'obésité, le diabète et la consommation élevée d'alcool contribuent aussi au développement de la maladie cardiovasculaire.

Au Québec, les maladies cardiovasculaires constituent la principale cause de décès et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (MSSS, 1990), pour lesquels respectivement 40 % et 45 % des décès survenus en 1990 ont été attribués aux maladies de l'appareil circulatoire (Lachance et Lafontaine, 1992).

Chez les Cris, les maladies cardiovasculaires représentent environ 20 % des décès, pour la période de 1975-1986 (Robinson, 1985; Courteau, 1989). Courteau rapporte que, pour la période 1982-1986, l'indice comparatif de mortalité se situait à 60 % de celui de la population canadienne. Cette différence pourrait être attribuable, du moins en partie, au mode de vie traditionnel qui protégerait les Cris contre les maladies cardiovasculaires (Courteau, 1989). On constate aussi que l'incidence des maladies cardiovasculaires pour les hommes cris est inférieure à celle de l'ensemble des hommes du Québec (Robinson, 1988), bien que les taux de mortalité de même que les taux d'hospitalisation démontrent que l'incidence de ces maladies chez les femmes cries soit similaire, voire supérieure, à celle observée pour l'ensemble des femmes au Québec.

L'enquête Plasannouq (Foggin et Lauzon, 1987) renseigne sur la prévalence de l'hypertension artérielle et du cholestérol sérique en 1983-1984. Cette enquête rapporte une prévalence globale de 15 % d'hypertendus chez les Cris, considérant comme critère de classification une tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 95mm Hg ou systolique supérieure ou égale à 160 mm Hg. En ce qui a trait au cholestérol sérique, l'enquête Plasannouq a révélé que les Cris seraient moins affectés par des taux élevés de cholestérol que ne l'étaient les Algonquins et l'ensemble des Canadiens lors de l'enquête Nutrition Canada (Foggin et coll., 1988).

L'enquête Plasannouq a aussi permis de recueillir de l'information sur la prévalence du diabète dans la population crie (Ékoé et coll., 1990; Thouez et coll., 1990), bien que la mesure de la glycémie et les seuils utilisés soient différents de ceux de la présente étude. Brassard et ses collaborateurs (1993) ont pour leur part mesuré la prévalence du diabète en consultant les registres de maladies chroniques et les listes des cas de diabète conservées dans chaque clinique des communautés cries.

Bien que le tabagisme, l'obésité, la sédentarité et la consommation d'alcool constituent des facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, ils sont traités dans le chapitre portant sur les habitudes de vie. Afin de pouvoir comparer les données avec celles de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire (Santé Québec, 1991; 1994), l'analyse porte sur la population de 18 à 74 ans, contrairement au reste du rapport qui étudie soit l'ensemble de la population, soit les 15 ans et plus. Les données présentées dans ce chapitre ont été recueillies auprès des 943 personnes qui se sont présentées à la clinique pour les mesures de tension artérielle et les prélèvements sanguins (cholestérol total, fractions lipidiques, triglycérides et glycémie). Quelques indices, utilisés pour l'analyse de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire, ont aussi été recréés dans le but de comparer les résultats obtenus.

## **5.1 HYPERTENSION ARTÉRIELLE**

### **5.1.1 Portée et limites des données**

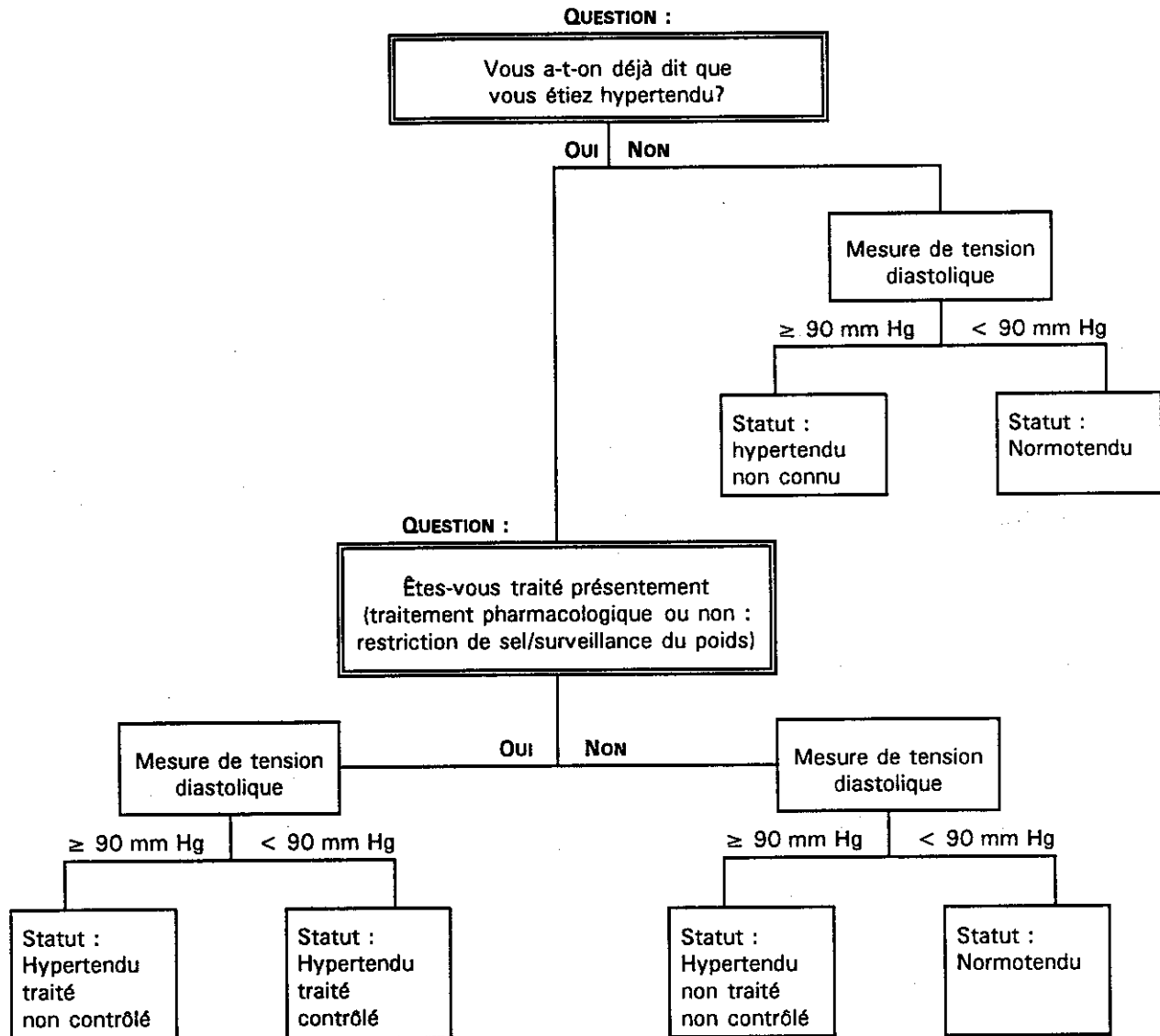
Les données utilisées dans cette section proviennent du questionnaire individuel et des mesures de la tension artérielle<sup>(1)</sup> prises en clinique et lors du rappel alimentaire de 24 heures. L'hypertension artérielle est définie par une moyenne des mesures de la tension artérielle diastolique supérieure ou égale à 90 mm Hg, ou par une tension artérielle en traitement pharmacologique ou non-pharmacologique (restriction de sel et/ou surveillance du poids). Les personnes ayant déjà été informées que leur tension artérielle était élevée et dont la tension artérielle n'était, au moment de l'enquête, ni traitée, ni élevée, ne sont donc pas incluses parmi les personnes hypertendues. Cette définition est conforme à celle qui a été utilisée lors de l'Étude sur l'hypertension artérielle au Canada (Santé et Bien-être social Canada, 1989), reprise dans le cadre des enquêtes sur la santé cardiovasculaire réalisées par les dix provinces canadiennes. Un algorithme, similaire à celui utilisé pour l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire, a permis de mesurer la prévalence de l'hypertension artérielle chez un individu en fonction de la connaissance de son état d'hypertendu (la personne est au courant ou non que sa tension artérielle est élevée), et en fonction du traitement et du contrôle de l'hypertension artérielle (graphique 5.1).

---

<sup>(1)</sup> Un brassard de grande dimension a été utilisé pour mesurer la tension artérielle chez les personnes obèses.

## GRAPHIQUE 5.1

Processus de classification des individus selon qu'ils sont hypertendus\*, traités et contrôlés ou non



\* Hypertension artérielle : Tension artérielle diastolique  $\geq 90$  mm Hg et/ou sous traitement [pharmacologique ou non pharmacologique : restriction de sel / surveillance du poids].

Adapté de : Pica, L. et Petrasovits, A. Atelier de travail sur l'épidémiologie de l'hypertension artérielle au Canada, Montréal, 1<sup>er</sup> et 2 mars 1989.

## 5.1.2 Résultats

Comme l'indique le tableau 5.1., chez les Cris, la tension artérielle systolique moyenne augmente en fonction de l'âge et elle est plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Le même phénomène a été observé dans le reste du Québec (Santé Québec, 1991). La tension artérielle diastolique moyenne, quant à elle, est plus élevée chez les 35 à 64 ans et chez les hommes.

La prévalence de l'hypertension artérielle dans la population adulte crie s'établit à 13 %, autant chez les hommes que chez les femmes. Chez les femmes, cette prévalence augmente avec l'âge, alors que chez les hommes, elle atteint son sommet chez les 35 à 64 ans. Après ajustement selon l'âge, on remarque que la prévalence de l'hypertension artérielle est presque 50 % plus élevée chez les femmes crie que chez les autres Québécoises (indice comparatif = 1.45). La prévalence est particulièrement élevée chez les femmes crie de 35 à 64 ans (24 %) comparativement aux autres Québécoises du même âge (15 %).

### TABLEAU 5.1

Valeurs moyennes de la tension artérielle et prévalence de l'hypertension artérielle selon l'âge et le sexe, population crie de 18 à 74 ans, 1991

SEXE	HOMMES				FEMMES				TOTAL
	18-34	35-64	65-74	TOTAL	18-34	35-64	65-74	TOTAL	
ÂGE									
TENSION ARTÉRIELLE SYSTOLIQUE MOYENNE (MM Hg) <sup>(a)</sup>	121	125	135	123	112	129	148	120	122
TENSION ARTÉRIELLE DIASTOLIQUE MOYENNE (MM Hg) <sup>(a)</sup>	75	81	78	77	70	79	74	74	76
Pe	1 496	910	150	2 556	1 458	948	146	2 552	5 108
PRÉVALENCE DE HTA <sup>(b)</sup>									
%	8,4	21,6	6,1	13,0	2,9	24,4	37,9	12,8	12,9
Pe	124	193	8	325	41	230	50	321	646

(a) Basées sur la moyenne des mesures de la tension artérielle.

(b) L'hypertension artérielle est définie comme la tension artérielle diastolique  $\geq 90$  mm·Hg et/ou en traitement (pharmacologique ou non : contrôle du poids et/ou restriction de sel). Les personnes qui n'ont pas participé à l'entrevue individuelle, mais dont la tension artérielle a été mesurée, sont exclues du nombre de répondants.

Un peu plus de la moitié (53 %) des hypertendus sont au courant de leur état (tableau 5.2). Près de la moitié (47 %) des personnes au courant de leur hypertension ont un niveau de tension artérielle trop élevé, qu'elles suivent un traitement ou non. Les femmes hypertendues sont plus fréquemment au courant de leur hypertension artérielle que ne le sont les hommes hypertendus (79 % vs 27 %). Lorsqu'on tient compte de l'âge, il appert que les hypertendus au courant de leur tension artérielle sont deux fois moins nombreux chez les Cris que chez les Québécois du sud (indice comparatif = 0.45).

**TABLEAU 5.2**

**Connaissance d'une hypertension artérielle selon le statut de traitement ou de contrôle selon le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991**

STATUT <sup>(a)</sup>	HOMMES	FEMMES	TOTAL	
			%	Pe
<b>AU COURANT :</b>	27,4	78,9	52,9	342
• TRAITÉS ET CONTRÔLÉS <sup>(b)</sup>	14,2	42,1	28,0	181
• TRAITÉS ET NON CONTRÔLÉS <sup>(c)</sup>	6,5	18,3	12,3	80
• NON TRAITÉS ET NON CONTRÔLÉS <sup>(d)</sup>	6,7	18,5	12,6	81
<b>PAS AU COURANT<sup>(e)</sup> :</b>	72,6	21,1	47,1	304
<b>TOTAL</b>	100,0	100,0	100,0	646

(a) Parmi la population ayant été informée qu'elle faisait de l'hypertension artérielle (Pe = 764). A ce nombre s'ajoutent 304 personnes n'ayant jamais été informées qu'elles faisaient de l'hypertension artérielle mais dont la moyenne de tension diastolique était  $\geq 90$  mm Hg. Les personnes (Pe = 422) à qui on a fait savoir qu'elles faisaient de l'hypertension artérielle, mais qui n'étaient pas sous traitement et pour qui la tension diastolique était  $< 90$  mm Hg au moment de l'enquête, furent exclues de ce tableau car on les considère comme normotendues (Pe = (764 + 304) - 422 = 646).

(b) Personnes ayant été informées qu'elles faisaient de l'hypertension artérielle, qui étaient traitées et dont la moyenne de tension diastolique était  $< 90$  mm Hg (Pe = 181).

(c) Idem à (b) avec une moyenne de tension diastolique  $\geq 90$  mm Hg (Pe = 80).

(d) Personnes informées qu'elles faisaient de l'hypertension artérielle, qui n'étaient pas traitées et qui avaient une moyenne de tension diastolique  $\geq 90$  mm Hg (Pe = 81).

(e) Personnes qui n'avaient jamais été informées qu'elles faisaient de l'hypertension artérielle et qui avaient une moyenne de tension diastolique  $\geq 90$  mm Hg (Pe = 304).

Près de sept personnes sur dix (68 %) disent avoir déjà eu leur tension artérielle mesurée par une infirmière ou un médecin (tableau 5.3). Cette proportion augmente avec l'âge et elle est plus élevée chez les femmes (73 %) que chez les hommes (63 %). Au Québec, comme dans les autres provinces canadiennes, cette proportion est égale ou supérieure à 96 %. Moins de la moitié (47 %) des Cris ont fait mesurer leur tension artérielle au cours de la dernière année. Cette proportion est plus élevée chez les femmes (55 %) que chez les hommes (39 %).

**TABLEAU 5.3**

**Proportion des personnes ayant déclaré avoir eu leur tension artérielle mesurée selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991**

SEXE	HOMMES				FEMMES				TOTAL
	ÂGE	18-34	35-64	65-74	TOTAL	18-34	35-64	65-74	
<b>AYANT DÉJÀ EU LEUR TENSION ARTÉRIELLE MESURÉE</b>									
%	55,1	69,8	100,0	63,2	67,0	81,1	84,1	72,9	68,1
PE	832	632	169	1 633	1 053	768	111	1 932	3 565
<b>AYANT EU LEUR TENSION ARTÉRIELLE MESURÉE AU COURS DE LA DERNIÈRE ANNÉE</b>									
%	32,4	43,5	71,5	38,9	46,9	67,2	66,3	55,2	47,2
PE	478	390	121	989	724	637	83	1 444	2 433

Parmi les personnes de 18 à 74 ans, 15 % ont déjà été informées par un professionnel de la santé qu'elles faisaient de l'hypertension artérielle (tableau non présenté). Cette proportion est plus élevée chez les femmes (21 %) que chez les hommes (8 %). Plus de la moitié (59 %) des gens ayant été informés qu'ils faisaient de l'hypertension se sont vu suggérer un traitement. Parmi ces derniers, 51 % ont dit être actuellement sous médication. La médication constitue d'ailleurs le traitement le plus fréquemment suggéré pour abaisser la tension artérielle.

## **5.2 CHOLESTÉROL ET LIPIDES SÉRIQUES**

### **5.2.1 Portée et limites des données**

Les données de cette section proviennent des analyses sanguines du cholestérol et des lipides sériques qui ont été faites selon des procédures similaires à celles utilisées dans l'enquête

québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition. Bien qu'on ait demandé à tous les participants de s'abstenir de manger pour une période d'au moins 12 heures avant leur prélèvement sanguin, tous ne respectèrent pas cette consigne. Concernant l'analyse du cholestérol total, les résultats de tous les participants ont été inclus, que ces derniers soient à jeun ou non. Par contre, pour les HDL, LDL et triglycérides, seuls les résultats des individus qui avaient jeûné au moins huit heures ont été analysés. De plus amples renseignements sont disponibles dans le cahier technique (Guyon et coll., 1994).

Les catégories utilisées pour le cholestérol total et les fractions lipidiques correspondent à celles utilisées dans les autres enquêtes de santé. Dans cette enquête, trois classes ont été formées sur la base du taux de cholestérol total : au-dessous de 5,2 mmol/L; entre 5,2 et 6,2 mmol/L, correspondant à une augmentation modérée du risque de cardiopathies ischémiques; et égal ou supérieur à 6,2 mmol/L, correspondant à une augmentation plus importante du risque de cardiopathies ischémiques.

Le cholestérol total se divise en fractions lipidiques dont le cholestérol lié aux lipoprotéines de basse densité (LDL) et le cholestérol lié aux lipoprotéines de haute densité (HDL), aussi appelé le « bon cholestérol ». En ce qui concerne les fractions lipidiques, un taux de cholestérol LDL supérieur à 3,4 mmol/L est associé à une augmentation modérée du risque de cardiopathies ischémiques alors qu'un taux de cholestérol HDL inférieur à 0,9 mmol/L correspond à une augmentation plus importante du risque de cardiopathies ischémiques. Le rapport cholestérol total sur la fraction HDL est de plus en plus utilisé comme indicateur du risque coronarien. Un rapport égal ou supérieur à 5,0 indique un risque accru de cardiopathies ischémiques.

### 5.2.2 Résultats

Le taux moyen de cholestérol total de la population crie se situe à 4,8 mmol/L (tableau 5.4). Chez les Cris, ce taux est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. Il est plus élevé chez les 35-74 ans que chez les 18-34 ans. Ce taux est inférieur à celui observé dans la population québécoise (5,2 mmol/L) et ce, pour tous les groupes d'âge et de sexe.

Le taux moyen de cholestérol HDL se situe à 1,3 mmol/L. Aucune différence n'a été observée en fonction de l'âge. Ce taux est moins élevé chez les femmes crie (1,3 mmol) que chez les autres Québécoises (1,4 mmol/L).

Le taux moyen de cholestérol LDL est de 2,9 mmol/L. Il est plus élevé chez les hommes que chez les femmes, ainsi que chez les 35-74 ans comparativement aux 18-34 ans. Le taux moyen de cholestérol LDL de la population crie est inférieur à celui de la population québécoise (3,2 mmol/L) et ce, pour tous les groupes d'âge et de sexe.

Le taux moyen des triglycérides est de 1,4 mmol/L. Ce taux est plus élevé chez les 35-64 ans que parmi les autres groupes d'âge considérés et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Ce taux est plus élevé chez les hommes québécois (1,8 mmol/L) que chez les hommes cris (1,4 mmol/L).

## TABLEAU 5.4

Valeurs moyennes du cholestérol total, du cholestérol HDL, du cholestérol LDL et des triglycérides selon l'âge et le sexe, population cri de 18 à 74 ans, 1991

SEXE	HOMMES				FEMMES				TOTAL
	18-34	35-64	65-74	TOTAL	18-34	35-64	65-74	TOTAL	
CHOLESTÉROL TOTAL (MMOL/L) <sup>(a)</sup> MOYENNE	4,7	5,3	5,1	5,0	4,4	5,0	5,2	4,7	4,8
CHOLESTÉROL HDL (MMOL/L) <sup>(b)</sup> MOYENNE	1,3	1,2	1,3	1,2	1,2	1,3	1,5	1,3	1,3
CHOLESTÉROL LDL (MMOL/L) <sup>(b)</sup> MOYENNE	2,9	3,4	3,3	3,1	2,6	3,0	3,2	2,8	2,9
TRIGLYCÉRIDES (MMOL/L) <sup>(b)</sup> MOYENNE	1,2	1,6	1,2	1,4	1,3	1,4	1,2	1,4	1,4

<sup>(a)</sup> Résultats de tous les participants, indépendamment qu'ils soient à jeun ou non.

<sup>(b)</sup> Résultats des participants qui ont jeûné au moins huit heures.

La prévalence du taux de cholestérol total égal ou supérieur à 5,2 mmol/L s'établit à 31 % (tableau 5.5). Elle augmente avec l'âge et ce, pour les deux sexes tout en étant plus élevée chez les hommes que chez les femmes. Cette prévalence est plus élevée dans la population québécoise (48 %) pour tous les groupes d'âge et de sexe. De fait, après ajustement pour l'âge, cette prévalence est de 25 % inférieure chez les Cris à celle observée dans le reste du Québec (indice comparatif = 0.75). Cet écart est plus marqué chez les femmes pour lesquelles l'indice comparatif se situe à 0.59.

Environ 6 % des Cris de 18 à 74 ans ont un cholestérol sérique supérieur ou égal à 6,2 mmol/L. Au Québec, cette prévalence se situe à 19 %. Après ajustement pour l'âge, la prévalence demeure nettement inférieure à celle de la population québécoise.



## TABLEAU 5.5

Prévalence des taux de cholestérol total par niveau de risque selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991

SEXE	HOMMES				FEMMES				TOTAL		
	ÂGE	18-34	35-64	65-74	TOTAL	18-34	35-64	65-74	TOTAL	%	Pe
<b>NIVEAU DE CHOLESTÉROL TOTAL</b>											
< 5,2 MMOL/L		72,1	45,4	53,9	61,5	86,0	66,5	47,4	76,5	69,0	3 507
≥ 5,2 ET < 6,2 MMOL/L		24,7	41,0	34,5	31,1	11,8	24,6	42,6	18,4	24,8	1 258
≥ 6,2 MMOL/L		3,2	13,6	11,6	7,4	2,2	8,9	10,0	5,1	6,3	319
<b>TOTAL</b>		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	5 084

Près de deux personnes sur dix (19 %) ont un rapport du cholestérol total sur le cholestérol HDL égal ou supérieur à 5,0, ce qui représente un niveau de risque élevé (tableau 5.6). Ce profil lipidique est particulièrement marqué chez les hommes et ce, dans tous les groupes d'âge, mais surtout chez les 35-64 ans. Cette prévalence est plus faible chez les Cris que chez les autres Québécois (indice comparatif = 0.79).

## TABLEAU 5.6

Distribution des ratios cholestérol total/cholestérol HDL par niveau de risque selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991

SEXE	HOMMES				FEMMES				TOTAL		
	ÂGE	18-34	35-64	65-74	TOTAL	18-34	35-64	65-74	TOTAL	%	Pe
<b>CHOLESTÉROL TOTAL/CHOLESTÉROL HDL</b>											
< 3,5		39,8	19,6	27,1	31,9	46,7	32,4	45,5	41,2	36,6	1 834
3,5 - 4,9		40,0	46,3	57,1	43,2	40,4	54,8	43,9	46,0	44,6	2 237
≥ 5,0		20,2	34,1	15,8	24,9	12,9	12,8	10,6	12,8	18,8	945
<b>TOTAL</b>		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	5 016

### 5.3 FACTEURS DE RISQUE COMBINÉS

Plus de deux personnes sur trois (66 %) présentent au moins un des trois facteurs de risque majeurs de cardiopathies, soit le tabagisme, un taux de cholestérol élevé et de l'hypertension artérielle (tableau 5.7). Cette proportion est plus élevée chez les hommes que chez les femmes et, chez ces dernières, la probabilité d'avoir plus d'un facteur de risque majeur augmente avec l'âge. De façon générale, 34 % des Cris n'ont aucun de ces facteurs de risque, 49 % en ont un seul, 16 % en ont deux et 1 % en ont trois.

**TABLEAU 5.7**

Proportion des personnes ayant 0, 1, 2 ou 3 facteurs de risque parmi les plus importants selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991

SEXE	HOMMES				FEMMES				TOTAL		
	ÂGE	18-34	35-64	65-74	TOTAL	18-34	35-64	65-74	TOTAL	%	Pe
<b>NOMBRE DE FACTEURS DE RISQUE<sup>(a)</sup></b>											
• AUCUN		26,4	25,0	27,7	25,9	44,3	41,3	22,8	42,1	34,0	1 687
• UN		53,0	52,2	55,5	52,9	48,2	40,3	50,5	45,3	49,1	2 436
• DEUX		18,8	20,9	20,9	19,4	7,5	18,4	26,7	12,6	16,0	794
• TROIS		1,8	1,9	---	1,8	---	---	---	---	0,9	43
<b>TOTAL</b>		100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	4 960

(a) On définit les facteurs de risque comme suit :

Taux de cholestérol élevé :  $\geq 5,2$  mmol/L (200 mg/dl)

Hypertension artérielle : diastolique  $\geq 90$  mm Hg et/ou en traitement

Fumeur régulier de cigarettes : au moins une cigarette par jour tous les jours

### 5.4 DIABÈTE

#### 5.4.1 Portée et limites des données

Les données sur le diabète présentées dans ce chapitre ont été obtenues de deux façons. Lors de l'entrevue individuelle, on a demandé à chaque participant si un professionnel de la santé lui avait déjà dit qu'il faisait du diabète mais sans faire la distinction entre le diabète gestationnel et les autres types de diabète. De plus, on a mesuré la glycémie des sujets s'étant présentés à la clinique pour les prélèvements sanguins. Les glycémies ont été mesurées à partir de plasma veineux.

L'interprétation des résultats a été faite en utilisant les critères du National Diabetes Data Group (1979) : les valeurs de glycémie inférieures à 6,4 mmol/L sont considérées comme normales, alors que les valeurs supérieures ou égales à 7,8 mmol/L indiquent la possibilité de diabète; les valeurs égales ou supérieures à 6,4 et inférieures à 7,8 mmol/L sont considérées suspectes. Un indice a permis de mesurer la prévalence du diabète en tenant compte à la fois de la glycémie et du traitement suivi. Dans le calcul de cet indice, le diabète est défini par un taux de glycémie égal ou supérieur à 7,8 mmol/L ou par un diabète en traitement pharmacologique avec de l'insuline ou un hypoglycémiant oral. Cet indice n'a pu être établi que chez les participants ayant une mesure de la glycémie.

La glycémie est influencée par la consommation d'aliments. Tel que mentionné précédemment, les participants à l'enquête devaient être à jeun depuis 12 heures lors du prélèvement sanguin. Cependant, la période de jeûne n'a pas été respectée par tous. Les moyennes et les proportions par catégorie de glycémie pour les participants à jeun depuis moins de 12 heures ont été comparées à ces moyennes et proportions chez les participants à jeun depuis 12 heures ou plus. Les moyennes et les proportions n'étaient pas différentes d'un groupe à l'autre. De plus, trois sujets ont affirmé être à jeun depuis moins de six heures. Ils avaient tous une glycémie inférieure à 6,4 mmol/L. Tous les résultats des participants ayant une mesure de la glycémie ont donc été inclus dans la présente analyse, à l'exception des femmes enceintes.

#### 5.4.2 Résultats

Environ 10 % des Cris de 18 à 74 ans auraient déjà été avisés par un professionnel de la santé qu'ils faisaient du diabète (tableau non présenté). Parmi eux, on trouve plus de femmes que d'hommes (15 % vs 4 %). La prévalence déclarée par les femmes crie est supérieure à celle déclarée par les autres Québécoises (5 %). De fait, après ajustement pour l'âge, cette prévalence chez les femmes crie est le triple de celle des Québécoises (indice comparatif = 3,2). Près de deux personnes sur trois (65 %) ayant eu un diagnostic de diabète en ont été avisées après l'âge de 30 ans. Aucune différence n'a été observée entre les hommes et les femmes. Près de six personnes sur dix (59 %) à qui un professionnel de la santé a déjà dit qu'elles faisaient du diabète disent suivre un traitement pour leur diabète. Cette proportion augmente avec l'âge. Les deux tiers d'entre elles (69 %) ont déclaré prendre des hypoglycémiant oraux, 54 % suivre une diète, 27 % prendre de l'insuline et 24 % essayer de diminuer leur poids.

Concernant les mesures prises en clinique, le taux moyen de glycémie pour l'ensemble de la population est de 5,2 mmol/L (tableau 5.8). Par ailleurs, 7 % des Cris auraient une glycémie compatible avec la présence de diabète (supérieure ou égale à 7,8 mmol/L) ou suivraient un traitement pharmacologique pour leur diabète. La prévalence du diabète est plus élevée chez

les femmes que chez les hommes et ce, pour tous les groupes d'âge. Pour les deux sexes, la prévalence est plus faible chez les 18-34 ans que chez leurs aînés.

**TABLEAU 5.8**

Valeurs moyennes de la glycémie, prévalence des glycémies par niveau de risque et prévalence du diabète selon l'âge et le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991

SEXE	HOMMES				FEMMES				TOTAL
	18-34	35-64	65-74	TOTAL	18-34	35-64	65-74	TOTAL	
ÂGE									
GLYCÉMIE (MMOL/L) MOYENNE	4,7	5,5	5,6	5,0	4,7	6,3	5,7	5,4	5,2
GLYCÉMIE									
< 6,4 MMOL/L									
%	98,6	91,3	83,8	95,2	96,7	74,7	83,9	87,5	91,5
Pe	1 413	817	112	2 342	1 261	663	123	2 047	4 389
≥ 6,4 ET < 7,8 MMOL/L									
%	0,8	4,2	11,6	2,6	0,9	8,9	5,1	4,2	3,4
Pe	11	37	16	64	12	79	7	98	162
≥ 7,8 MMOL/L									
%	0,6	4,5	4,5	2,2	2,4	16,5	11,0	8,3	5,1
Pe	9	40	6	55	31	146	16	193	248
DIABÈTE <sup>(a)</sup>									
%	1,3	6,4	11,1	3,7	2,1	23,8	16,1	11,1	7,4
Pe	19	58	16	93	31	225	23	279	372

<sup>(a)</sup> Le diabète est défini, chez les participants ayant eu une mesure de la glycémie, par une glycémie supérieure ou égale à 7,8 mmol/L ou par un diabète en traitement pharmacologique avec de l'insuline ou un hypoglycémiant oral et ne tient donc pas compte de ceux dont le diabète serait contrôlé uniquement par une diète.

La prévalence du diabète estimée à partir de la glycémie et du traitement est légèrement supérieure à celles observées au cours des dernières années dans la population crie. Selon l'enquête Plasannouq réalisée en 1983-1984, 4,4 % des femmes crie et 1,2 % des hommes crie avaient une glycémie compatible avec un état diabétique (Ékoé et coll., 1990; Thouez et coll., 1990). Dans l'étude de Brassard effectuée en 1989, la prévalence du diabète non insulino-dépendant était de 5,2 % chez la population de 20 ans et plus habitant dans huit communautés crie (Brassard et coll., 1993). Dans les trois études toutefois, l'enquête actuelle comprise, la prévalence du diabète est plus grande chez les femmes que chez les hommes.

## 5.5 CONNAISSANCE DES CAUSES POSSIBLES DES MALADIES CARDIAQUES

La connaissance des causes possibles des maladies cardiaques a été établie à partir de la même question que celle utilisée dans l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire et la nutrition soit : «Pouvez-vous me donner les principales causes de maladies cardiaques ou problèmes cardiaques ?» («Can you tell me the major causes of heart diseases or heart problems ?») inscrite dans le questionnaire individuel. Toutes les réponses fournies par le répondant ont été notées.

### TABLEAU 5.9

Fréquence des causes possibles rapportées de maladies cardiaques selon le sexe (%), population crie de 18 à 74 ans, 1991

CAUSES RAPPORTÉES <sup>(a)</sup>	HOMMES	FEMMES	TOTAL	
			%	Pe
EMBOINPOINT OU OBÉSITÉ	34,4	37,3	35,9	1 886
TABAGISME	32,7	33,0	32,9	1 728
NE SAIT PAS	30,3	30,9	30,6	1 607
SURCONSOMMATION DE MATIÈRES GRASSES	14,2	20,7	17,5	918
ALIMENTS RICHES EN CHOLESTÉROL	14,6	16,6	15,6	821
MANQUE D'ACTIVITÉ PHYSIQUE (SÉDENTARITÉ)	15,4	11,1	13,2	695
HYPERTENSION ARTÉRIELLE	13,5	11,9	12,7	667
SURCHARGE DE TRAVAIL, SURMENAGE OU FATIGUE	12,0	13,4	12,7	667
TAUX ÉLEVÉ DE CHOLESTÉROL SANGUIN	13,3	11,7	12,5	657
EXCÈS DE STRESS, D'INQUIÉTUDE OU DE TENSION	12,0	12,6	12,3	645
MAUVAISE ALIMENTATION	9,5	10,1	9,8	516
SURCONSOMMATION DE SEL	7,0	7,9	7,5	392
DURCISSEMENT DES ARTÈRES	4,9	4,8	4,9	255
HÉRÉDITÉ	2,2	2,0	2,1	109

(a) Réponses spontanées, plus d'une réponse acceptée.

Les deux causes de maladies cardiaques les plus fréquemment rapportées par la population crie de 18 à 74 ans sont l'embonpoint ou l'obésité (36 %) et le tabagisme (33 %) (tableau 5.9). L'hypertension artérielle n'a été mentionnée que par 13 % de la population

comparativement à 23 % pour les causes reliées au cholestérol. Près du tiers (31 %) ont déclaré ne pas savoir quelles étaient les principales causes de maladies cardiaques et ce, pour tous les groupes d'âge et de sexe.

Par ailleurs, la proportion de gens ayant mentionné le tabagisme comme cause possible de maladies ou de problèmes cardiaques est plus élevée chez les fumeurs (40 %) que chez les non-fumeurs (25 %) et ce, tant chez les hommes que chez les femmes (tableau non présenté). Ce phénomène avait aussi été observé dans la population québécoise.

## **5.6 CONCLUSION**

### **5.6.1 Synthèse**

Chez les hommes, la prévalence de l'hypertension artérielle est actuellement comparable à celle des autres Québécois alors que chez les femmes, elle demeure supérieure à celle des Québécoises du sud. En extrapolant les résultats à l'ensemble de la population crie, il y aurait environ 325 hommes hypertendus et, de ce nombre, environ 46 seraient traités et leur tension artérielle contrôlée. Par ailleurs, les hommes cris sont plus nombreux que les autres Québécois à ne pas faire évaluer leur tension artérielle et, de fait, 236 d'entre eux seraient hypertendus sans le savoir. Chez les femmes cries, la situation est très différente. Parmi les quelque 321 femmes hypertendues, 135 seraient traitées et leur tension artérielle contrôlée.

Les différents résultats concernant le cholestérol total et les fractions lipidiques incitent à croire que la fréquence de l'hypercholestérolémie est moins élevée chez les Cris que chez les autres Québécois. Il n'en demeure pas moins qu'une synergie entre les facteurs de risque constitue toujours un danger pour la santé cardiovasculaire des individus.

Les résultats de l'enquête indiquent que 7 % des adultes cris, soit environ 372 personnes, souffriraient de diabète défini par une glycémie élevée ou un traitement pharmacologique. Cette prévalence, qui semble élevée, devrait être comparée aux résultats d'une enquête semblable chez les autres Québécois.

Deux personnes sur trois présentent au moins un des trois facteurs de risque majeurs de cardiopathies ischémiques, soit : tabagisme, hypertension artérielle, cholestérol élevé. Après ajustement pour l'âge, il appert que les hommes cris sont, toute proportion gardée, plus nombreux que les autres hommes québécois à avoir au moins un de ces trois facteurs de risque.

Les données sur les connaissances des causes possibles de maladies cardiaques révèlent que les Cris sont relativement peu renseignés sur ce sujet. Un tiers des personnes ne peuvent

mentionner aucune cause de maladie cardiaque. Cette proportion n'est que de 6 % dans le reste du Québec. De plus, les facteurs de risque majeurs de maladies cardiovasculaires sont méconnus puisque seulement une personne sur trois a mentionné le tabagisme, une sur quatre le cholestérol et que cette fréquence diminue à environ une personne sur huit pour l'hypertension artérielle.

### 5.6.2 Pistes de recherche et d'intervention

On a vu que les hommes sont moins souvent au courant de leur hypertension et qu'elle est moins souvent traitée et contrôlée, comparativement aux femmes. Il y a lieu de songer à des programmes visant à sensibiliser la population masculine et les intervenants à ce problème.

Bien que le diabète soit d'apparition récente dans la population crie (Brassard et coll., 1993), le taux de cette maladie est plus élevé que celui qu'on observe ailleurs au Québec. En outre, les diabétiques cris ont moins accès à des programmes d'éducation pour diabétiques, lesquels sont disponibles dans les grands hôpitaux du sud. Il serait donc souhaitable de renforcer les services curatifs et préventifs dispensés aux Cris atteints de diabète.

Le taux moyen de cholestérol semble être plus bas chez les Cris que chez les autres Québécois; les résultats du rappel alimentaire de 24 heures (à paraître) nous indiqueront si la consommation de gras saturés est également inférieure. On pourrait aussi étudier la faisabilité de comparer les niveaux de cholestérol de cette étude avec ceux observés lors d'une étude antérieure (Foggin et Rannou, 1987) afin d'en suivre l'évolution dans le temps.

Il serait également utile d'analyser conjointement les données présentées dans ce chapitre et les habitudes de vie (tabagisme, activité physique, excès de poids, etc.) décrites au chapitre 3, ceci afin de tracer un portrait général des risques de maladies cardiovasculaires chez les Cris. Ces résultats pourraient alors être comparés à ceux de l'enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire, ainsi qu'aux données des autres provinces et groupes autochtones.

## 5.7 RÉFÉRENCES

- BERLIN, J.A., COLDITZ, G.A. (1990). "A Meta-analysis of Physical Activity in the Prevention of Coronary Heart Disease", *American Journal of Epidemiology*, vol. 132, 639-646.
- BRASSARD, P., ROBINSON, E., LAVALLÉE, C. (1993). "Prevalence of Diabetes Mellitus among the James Bay Cree of Northern Quebec", *Canadian Medical Association Journal* 149(3) : 303-307.
- COURTEAU, J.P. (1989). *Mortality among the James Bay Cree of Northern Quebec 1982-1986*, Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill University, Montréal, 121 p.

ÉKOÉ, J.M., THOUÉZ, J.P., PETITCLERC, C., FOGGIN, P.M., GHADIRIAN, P. (1990). "Epidemiology of Obesity in Relationship to some Chronic Medical Conditions among Inuit and Cree Indian Populations in New Quebec, Canada", *Diabetes Research and Clinical Practice* 10 : S17-S27.

FOGGIN, P.M., LAUZON, H. (1987). *État de santé et facteurs de risque : Les Cris du Nord québécois*, Département de géographie, Université de Montréal, 108 p.

FOGGIN, P.M., RANNOU, A. (1987). *Les indices biochimiques des populations crie et inuit du Nord québécois*, Université de Montréal, 104 p.

FOGGIN, P.M., ROBINSON, E., LAUZON, H. (1988). "Risk Factors Associated with Cardiovascular Disease among the Cree Indians of Northern Quebec", *Circumpolar Health* 87, Linderholm H. et al (eds), Nordic Council for Arctic Medical Research, Oulu (Finland) : 455-457.

GUYON, L., CLARKSON, M., LAVALLÉE, C. ET COLL. (1994). *Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James*, Cahier technique, Tome I, Montréal, Santé Québec, gouvernement du Québec (à paraître).

KAPLAN, N.M., STAMLER, J. (1983). *Prevention of Coronary Heart Disease*, W.B. Saunders, Toronto.

LACHANCE, B., LAFONTAINE, P. (1992). *Évolution de la mortalité et de la morbidité par maladies cardio-vasculaires, au Québec, entre 1975 et 1990*, Allocution prononcée dans le cadre de la Conférence internationale sur la santé cardio-vasculaire, Victoria, 9 p. et tableaux.

MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1990). Système permanent de surveillance de l'état de santé de la population. Registre de la population, *Fichier des décès*.

NATIONAL DIABETES DATA GROUP (1979). "Classification and Diagnosis of Diabetes Mellitus and other Categories of Glucose Intolerance", *Diabetes* 28 : 1039-57.

PAFFENBARGER, R.S. Jr., HYDE, R.T., WING, A.L., LEE, I.-M., JUNG, D.L., KAMPERT, J.B. (1993). "The Association of Changes in Physical Activity Level and other Lifestyle Characteristics with Mortality among Men", *The New England Journal*, vol. 328, pp. 538-545.

ROBINSON, E. (1985). "Mortality among the James Bay Cree, Quebec 1975-1982", *Circumpolar Health* 84, Fortune R. (ed), Washington Press, Seattle and London, 166-169.

ROBINSON, E. (1988). "The Health of the James Bay Cree", *Canadian Family Physician*, vol. 34, pp. 1606-1613.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1989). *Principaux résultats de l'étude sur l'hypertension artérielle au Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, No. de catalogue H39-143/1989F, Ottawa, 13 pages.

SANTÉ QUÉBEC (1991). *Faits saillants de l'enquête québécoise sur la santé cardio-vasculaire 1990*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 115 p.

SANTÉ QUÉBEC (1994). Daveluy, C., Chénard, L., Levasseur, M. et Émond, A. (sous la direction de). *Et votre coeur, ça va ? Rapport de l'Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire 1990*, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.



THOUEZ, J.P., ÉKOÉ, J.M., FOGGIN, P.M., VERDY, M., NADEAU, M., LAROCHE, P., RANNOU, A., GHADIRIAN, P. (1990). "Obesity, Hypertension, Hyperuricemia and Diabetes Mellitus among the Cree and Inuit of Northern Quebec", *Arctic Medical Research*, 49 : 180-188.

# **CHAPITRE 6**

## **ÉTAT DE SANTÉ ET CONSÉQUENCES**

### **AUTEURS**

**MADELEINE LEVASSEUR**  
**DIRECTION DE L'ÉVALUATION**  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**PIERRE FERLAND**  
**UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE**  
**HÔPITAL SAINTE-CROIX**

### **LECTEURS**

**ROBERT PAMPALON**  
**DIRECTION GÉNÉRALE DE LA PLANIFICATION ET DE L'ÉVALUATION**  
**MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX**

**CHRISTINA SMEJA**  
**MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS**  
**HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL**

### **CONSULTANT**

**RUSSELL WILKINS**  
**DIVISION DES STATISTIQUES SUR LA SANTÉ**  
**STATISTIQUE CANADA**

## **6.0 INTRODUCTION**

Ce chapitre est consacré à l'état de santé de la population crie et à ses conséquences sur la fonctionnalité des individus et le recours aux services sociosanitaires.

Les renseignements utilisés pour dresser un portrait général de l'état de santé sont basés sur des évaluations personnelles ou rapportés par un tiers. Ils permettent d'apprécier l'état de santé des Cris à l'aide de deux indicateurs, la perception de l'état de santé et la prévalence des problèmes de santé rapportée, et d'un indice global de l'état de santé.

Les conséquences de l'état de santé sur la capacité fonctionnelle sont appréhendées sous deux dimensions, soit a) la restriction des activités au cours des deux dernières semaines selon la durée, la gravité et les causes externes et b) la prévalence de l'incapacité à long terme. Sont également retenus comme conséquences de l'état de santé, le recours aux services sociosanitaires, analysé à partir des consultations, et la consommation de médicaments.

### **6.1 PERCEPTION DE L'ÉTAT DE SANTÉ**

La perception que les gens ont de leur santé, comparativement aux autres personnes de leur âge, est considérée comme un bon indicateur de leur état de santé général. Elle est associée à l'état de santé mesuré à l'aide de la déclaration de symptômes, de maladies chroniques ou de restrictions d'activité (Liang et coll., 1991; Fylkesnes et Forde, 1992). L'enquête Santé Québec de 1987 a également montré une association entre la perception que les gens ont de leur santé et l'indice de santé globale construit à partir de problèmes de santé et d'incapacité rapportés.

#### **6.1.1 Portée et limites des données**

Contrairement aux autres sections de ce chapitre, la question portant sur la perception de l'état de santé fait partie du questionnaire individuel; elle s'adresse donc aux personnes de 15 ans et plus. Par ailleurs, à cause d'une différence dans le choix des réponses, la comparaison avec l'enquête Santé Québec 1987 n'est pas possible. Dans l'enquête crie, la question comporte une échelle offrant le choix entre quatre qualificatifs pour évaluer la santé, tandis que dans l'enquête Santé Québec 1987, l'échelle comprend cinq choix.

#### **6.1.2 Résultats**

Plus des trois quarts des Cris se considèrent en très bonne (25 %) ou en bonne santé (52 %) (tableau 6.1). Les autres qualifient majoritairement leur état de santé de passable (21 %) et 2 % se disent en mauvaise santé.

**TABLEAU 6.1**

Perception de l'état de santé selon l'âge et le sexe (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991

ÂGE/SEXE	TRÈS BON		BON		PASSABLE		MAUVAIS	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
<b>15 À 24 ANS</b>								
HOMMES	26,4	284	54,9	592	17,7	191	1,0	11
FEMMES	25,4	273	55,2	592	18,1	194	1,3	14
<b>TOTAL</b>	<b>25,9</b>	<b>557</b>	<b>55,0</b>	<b>1 184</b>	<b>17,9</b>	<b>385</b>	<b>1,2</b>	<b>25</b>
<b>25 À 44 ANS</b>								
HOMMES	23,2	278	54,5	654	17,4	232	2,9	34
FEMMES	23,5	251	54,1	576	20,0	213	2,4	26
<b>TOTAL</b>	<b>23,3</b>	<b>529</b>	<b>54,4</b>	<b>1 230</b>	<b>19,7</b>	<b>445</b>	<b>2,6</b>	<b>60</b>
<b>45 À 64 ANS</b>								
HOMMES	31,9	161	43,4	219	23,7	119	1,0	5
FEMMES	30,9	165	38,6	206	28,1	150	2,4	13
<b>TOTAL</b>	<b>31,4</b>	<b>326</b>	<b>41,0</b>	<b>425</b>	<b>25,9</b>	<b>269</b>	<b>1,7</b>	<b>18</b>
<b>65 ANS ET PLUS</b>								
HOMMES	21,1	50	41,1	97	34,6	82	3,2	8
FEMMES	17,0	36	50,1	107	29,9	64	3,0	6
<b>TOTAL</b>	<b>19,1</b>	<b>86</b>	<b>45,3</b>	<b>204</b>	<b>32,5</b>	<b>146</b>	<b>3,1</b>	<b>14</b>
<b>TOTAL</b>								
HOMMES	25,6	773	51,8	1 562	20,7	625	1,9	58
FEMMES	25,1	725	51,3	1 481	21,5	622	2,0	59
<b>TOTAL</b>	<b>25,3</b>	<b>1 498</b>	<b>51,6</b>	<b>3 043</b>	<b>21,1</b>	<b>1 245</b>	<b>2,0</b>	<b>117</b>

Globalement, les hommes et les femmes crie apprécient leur état de santé de façon similaire et l'âge ne semble pas influencer de façon importante cette perception. Les Crie des villages de l'intérieur sont moins nombreux (17 %) que ceux des villages côtiers (31 %) à évaluer leur état de santé comme très bon. On a observé le même phénomène lors de l'enquête crie de 1983-1984 (Clarkson et Foggin, 1991).

Comparativement à l'appréciation que l'ensemble des Canadiens font de leur santé dans l'enquête sociale générale de 1985 (Statistique Canada, 1987), les Crie ont une perception plus négative de leur santé dans tous les groupes d'âge sauf chez les personnes de 65 ans et plus. Les écarts les plus importants s'observent chez les moins de 45 ans. La proportion de jeunes Crie de 15 à 24 ans qui se disent en « passable ou en mauvaise » santé s'élève à 19 % comparativement à 13 % chez les Canadiens du même âge. Chez les 25 à 44 ans, les pourcentages respectifs se chiffrent à 22 % et 11 %.

## 6.2 PROBLÈMES DE SANTÉ

Dans cette section, l'état de santé de la population crie est étudié à partir des problèmes de santé déclarés soit en raison de leur chronicité, soit parce qu'ils entraînent une restriction temporaire ou permanente des activités, la consultation d'un professionnel de la santé ou la consommation de médicaments. Les problèmes de santé peuvent donc être des affections aiguës ou chroniques ou des épisodes aigus de maladies chroniques.

### 6.2.1 Portée et limites des données

Les questions relatives aux problèmes de santé sont tirées du questionnaire du ménage. Elles proviennent des sections qui portent sur la restriction des activités (section I), les consultations (section II), l'usage des médicaments (section III), l'incapacité (section V), les maladies chroniques (section VI) et les problèmes de l'audition (section VII). Les différents problèmes recensés dans ces sections et comptabilisés à la section VIII servent de base au calcul de la prévalence des problèmes de santé déclarés lors de l'enquête.

Les renseignements sur les problèmes de santé sont en grande partie rapportés par une tierce personne. Les conditions signalées sont soit ressenties ou perçues par le répondant, soit connues par lui lorsqu'il s'agit des autres membres du foyer non présents lors de l'entrevue. Les problèmes de santé sont diagnostiqués ou non par un professionnel de la santé. Soulignons que l'enquête ne permet pas d'évaluer la gravité des états morbides.

Comme la plupart des questions portant sur l'état de santé proviennent de l'enquête Santé Québec 1987, la comparaison entre les deux enquêtes devient possible. Au surplus, la classification des problèmes de santé selon la neuvième révision de la Classification Internationale des Maladies (CIM-9) réalisée pour la présente enquête est compatible avec celle de l'enquête québécoise de 1987. Les troubles de l'audition ne sont toutefois pas comparables parce qu'ils sont comptabilisés différemment. Les résultats d'une étude antérieure (Foggin et Lauzon, 1987) ayant rapporté des taux élevés de déficience auditive dans la population crie, la présente enquête s'est donné pour but de mesurer l'ampleur du problème. Ainsi, le questionnaire du ménage lui consacre une section (section VII) et la section sur les maladies chroniques contient une question sur les troubles de l'ouïe.

Si la comparaison de la prévalence des problèmes de santé des deux populations demeure possible, elle n'est pas sans biais. Rappelons qu'il s'agit de populations de culture et d'environnement physique différents. L'enquête sur la santé des Cris a eu lieu durant l'été, sur une période de trois mois, tandis que l'enquête de 1987 s'est déroulée sur toute une année et quatre ans plus tôt. L'absence d'équivalent en langue crie, pour certains des problèmes mentionnés, a également pu entraîner des biais.

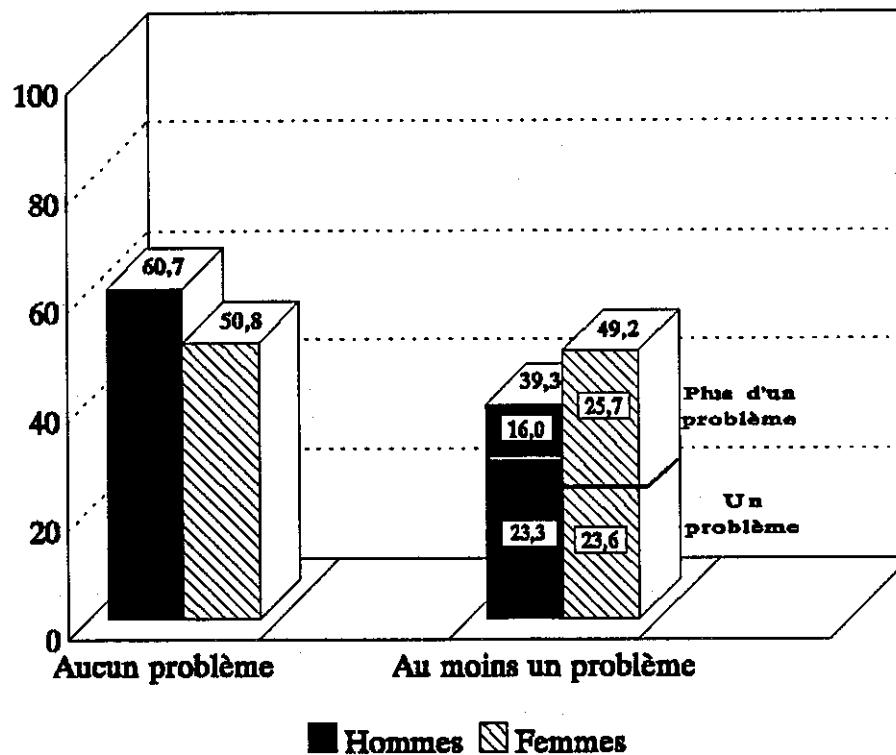
Comme la plupart des caractéristiques sociodémographiques de la population crie sont associées à l'âge (voir chapitre 2), les seules autres variables retenues pour l'analyse des problèmes de santé sont le sexe et la sous-région de résidence.

### 6.2.2 Résultats

Quarante-quatre pour cent des personnes crie ont déclaré avoir au moins un problème de santé parmi lesquelles les femmes sont proportionnellement plus nombreuses que les hommes (49 % vs 39 %). Parmi les personnes qui rapportent plus d'un problème, on retrouve 1,6 fois plus de femmes que d'hommes (graphique 6.1). Le pourcentage de personnes ayant signalé au moins un état morbide augmente avec l'âge, passant du tiers chez les moins de 25 ans à 81 % chez les personnes de 65 ans et plus (graphique 6.2). Moins de Crie que de Québécois du sud de la province rapportent des problèmes de santé (indice comparatif = 0,92), la différence étant plus importante chez les hommes que chez les femmes (indice comparatif = 0,87 versus 0,97).

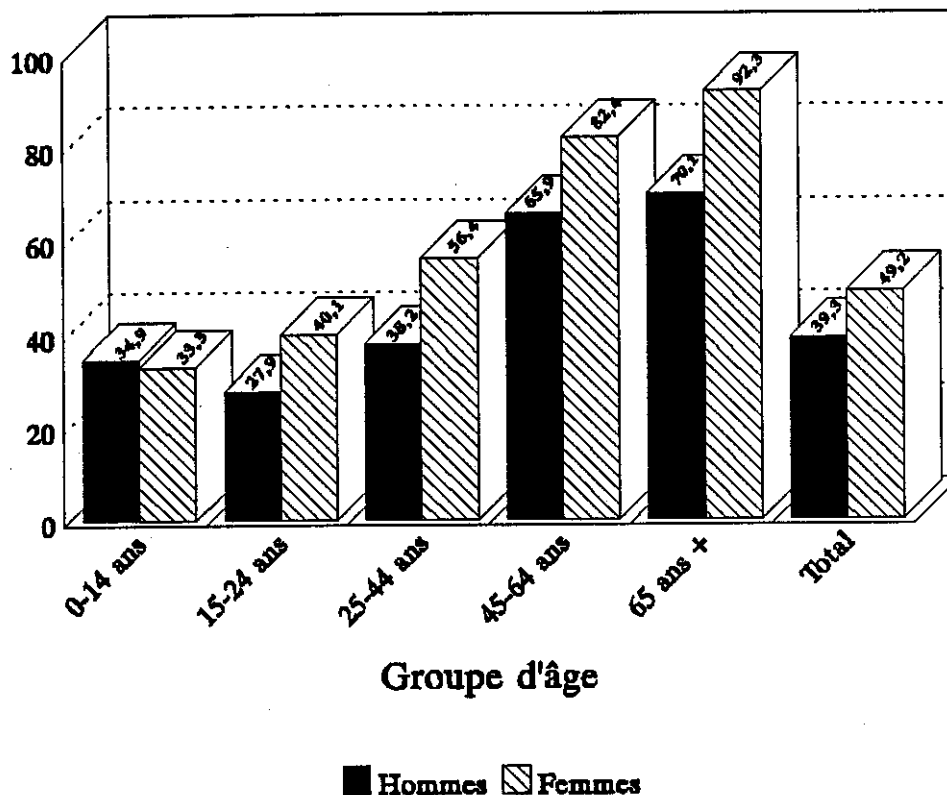
### GRAPHIQUE 6.1

Proportion de personnes déclarant ou non des problèmes de santé selon le sexe (%), population crie, 1991



## GRAPHIQUE 6.2

Proportion de personnes déclarant au moins un problème de santé selon l'âge et le sexe (%), population crie, 1991



Les troubles de l'audition sont les problèmes les plus fréquemment rapportés lors de l'enquête. Ils touchent près de 8 % de la population crie. Si l'on ajoute les autres maladies de l'oreille, qui sont le plus souvent des otites, 9 % des Cris auraient un problème relié aux organes de l'ouïe (tableau 6.2). Environ un pour cent d'entre eux portent des prothèses auditives dont presque 40 % ont déclaré avoir de la difficulté à entendre même en portant leur prothèse.

Parmi les autres problèmes déclarés, les maux de tête (7 %) et les allergies (7 %) sont les plus fréquents. Suivent les conditions reliées au système ostéo-articulaire (l'arthrite, le rhumatisme et les maux de dos), l'hypertension artérielle et les affections de la peau. Ces groupes de pathologies représentent la moitié des problèmes de santé recensés lors de l'enquête. Les femmes déclarent plus de problèmes de santé que les hommes pour l'ensemble et chacune des catégories d'affections sauf en ce qui concerne les troubles auditifs, les maux de dos, les traumatismes et les troubles de la vision dont la prévalence masculine est plus élevée.

**TABLEAU 6.2**

Prévalence des problèmes de santé selon le sexe (%),  
population crie, 1991

PROBLÈMES DE SANTÉ	HOMMES	FEMMES	TOTAL		IC*
			%	Pe	
TROUBLES DE L'AUDITION	8,5	6,5	7,5	698	N.C.
MAUX DE TÊTE	3,7 <sup>1</sup>	9,4 <sup>1</sup>	6,6	611	0,96
ALLERGIES	5,8	7,2	6,5	605	0,95
ARTHRITE ET RHUMATISME	5,0	7,6	6,3	587	0,99
MAUX DE DOS	5,9	4,1	5,0	470	0,89
HYPERTENSION	2,3 <sup>1</sup>	6,6 <sup>1</sup>	4,5	416	1,21
AFFECTIONS ET ALLERGIES CUTANÉES	3,8	4,4	4,1	381	0,49**
AFFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES	2,9	4,7	3,8	358	1,00
DIABÈTE	1,6 <sup>1</sup>	5,5 <sup>1</sup>	3,5	326	3,43**
ASTHME	3,1	3,4	3,3	305	1,29
TROUBLES DIGESTIFS FONCTIONNELS	1,6 <sup>1</sup>	4,5 <sup>1</sup>	3,0	282	1,02
TRAUMATISMES	3,4	1,5	2,5	229	0,51**
MALADIES CARDIAQUES	1,9	2,7	2,3	218	0,95
TROUBLES MENTAUX	1,4	2,3	1,9	175	0,35**
AUTRES MALADIES DE L'OREILLE	1,2	1,7	1,5	137	N.C.
ANÉMIE	0,7	2,1	1,4	130	1,35
TROUBLES DE LA DENTITION	1,0	1,8	1,4	127	1,12
TROUBLES DE LA THYROÏDE	0,5	2,1	1,3	123	1,58
PROBLÈMES URINAIRES	0,6	2,0	1,3	124	N.C.
RHUME DES FOINS	0,8	1,4	1,1	101	0,18**
ULCÈRES GASTRIQUES ET DUODÉNAUX	1,1	1,1	1,1	105	0,96
TROUBLES DE LA VISION	1,1	***	0,8	70	0,78
GRIPPE	0,7	0,6	0,6	57	0,17
AUTRES PROBLÈMES	7,2	11,7	9,4	881	--



- \* Indice comparatif : le nombre de cas observés dans la population crie / le nombre de cas auquel on pourrait s'attendre si on appliquait les taux québécois à la distribution de la population crie par âge.
- \*\* Différence significative entre l'enquête crie et l'enquête Santé Québec 1987 (à 99 %).
- \*\*\* Moins que 0,5 %.
- 1 : les pourcentages indexés sont significativement différents entre les hommes et les femmes pour des intervalles de confiance à 99 %.

Exception faite des troubles de l'audition, les états morbides qui prédominent dans la population crie se retrouvent également parmi les plus fréquents chez les Québécois de l'enquête Santé Québec 1987. Notons que les troubles mentaux qui figurent au second rang chez les Québécois du sud occupent la quatorzième place chez les Cris. Seulement 1,4 % des hommes et 2,3 % des femmes rapportent des problèmes liés à la santé mentale alors que dans l'enquête Santé Québec 1987 les pourcentages respectifs sont 5,1 % et 9,6 %.

### TABLEAU 6.3

**Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les enfants de moins de 15 ans selon le sexe (%), population crie, 1991 et Québec, 1987**

PROBLÈMES DE SANTÉ	HOMMES	FEMMES	TOTAL		QUÉBEC 1987
			%	Pe	
ALLERGIES	6,3	6,6	6,4	209	6,6
AFFECTIONS ET ALLERGIES CUTANÉES	5,4	6,9	6,1	199	8,4
AFFECTIONS RESPIRATOIRES AIGÜES	4,0	6,0	5,0	163	6,0
ASTHME	6,7	2,9	4,8	157	3,4
AUTRES MALADIES DE L'OREILLE	2,7	4,1	3,4	110	N.C.
TRAUMATISMES	4,4	1,6	3,0	98	3,6
TROUBLES DE L'AUDITION	2,0	2,6	2,3	75	N.C.
TROUBLES DE LA DENTITION	2,0	1,7	1,8	59	1,7
ANÉMIE	2,1	1,0	1,6	51	***
MAUX DE TÊTE	1,4	1,4	1,4	44	1,6

\*\*\* moins de 0,5%

N.C. Non comparable

Au moins un problème de santé est rapporté chez le tiers des enfants cris de moins de 15 ans (graphique 6.2). Les principales conditions dénombrées concernent les allergies, les affections de la peau, des voies respiratoires (asthme et affections aiguës), des organes de l'ouïe (troubles de l'audition, autres maladies de l'oreille), les traumatismes surtout chez les garçons, et les troubles de l'audition (tableau 6.3). La proportion des enfants qui ont au moins un problème de santé déclaré est semblable à celle de l'enquête Santé Québec 1987 et les principaux problèmes de santé des enfants cris et des enfants du sud de la province sont sensiblement les mêmes.

Près de 40 % des jeunes femmes de 15 à 24 ans et 28 % des jeunes hommes du même âge rapportent au moins un problème de santé (graphique 6.2). Les conditions qui prédominent, soit les allergies, les maux de tête et de dos, les troubles de l'audition, de même que les affections aiguës des voies respiratoires comptent pour la moitié des problèmes de santé déclarés (tableau 6.4). Comparativement à l'enquête de 1987, on observe chez les Cris une plus faible proportion d'hommes et de femmes de 15 à 24 ans déclarant au moins un problème de santé. La plupart des problèmes les plus fréquents chez les jeunes gens cris le sont également chez les 15 à 24 ans du sud de la province.

**TABLEAU 6.4**

**Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les personnes de 15 à 24 ans selon le sexe (%), population crie, 1991 et Québec, 1987**

PROBLÈMES DE SANTÉ	HOMMES	FEMMES	TOTAL		QUÉBEC 1987
			%	Pe	
ALLERGIES	5,0	8,3	6,7	148	8,8
MAUX DE TÊTE	1,1	11,8	6,5	145	7,4
TROUBLES DE L'AUDITION	4,3	5,6	5,0	111	N.C.
MAUX DE DOS	5,0	1,6	3,3	74	4,0
AFFECTIONS RESPIRATOIRES AIGUËS	3,2	3,5	3,3	74	3,3
AFFECTIONS ET ALLERGIES CUTANÉES	3,6	2,6	3,1 <sup>1</sup>	69	8,7 <sup>1</sup>
TRAUMATISMES	3,2	1,2	2,2 <sup>2</sup>	50	5,9 <sup>2</sup>
ARTHRITE ET RHUMATISME	2,1	2,3	2,1	46	2,6

N.C. Non comparable

1,2 : les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents entre l'enquête crie et l'enquête Santé Québec 1987 pour des intervalles de confiance à 99 %.

Il y a proportionnellement plus de femmes (56 %) que d'hommes (38 %) de 25 à 44 ans qui déclarent des problèmes de santé (graphique 6.2). Outre les conditions morbides qui figurent également parmi les plus fréquentes du groupe d'âge précédent (maux de tête et de dos, troubles de l'audition, allergies, arthrite et rhumatisme), s'ajoutent, chez les 25 à 44 ans, les troubles digestifs fonctionnels, l'hypertension, les problèmes urinaires et le diabète déclaré (tableau 6.5). L'hypertension et le diabète déclaré, problèmes prédominants chez les Cris de ce groupe d'âge, ne figurent qu'au 13<sup>e</sup> et au 25<sup>e</sup> rang respectivement dans la population de 25 à 44 ans de l'enquête Santé Québec 1987.

## TABLEAU 6.5

Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les personnes de 25 à 44 ans selon le sexe (%), population crie, 1991 et Québec, 1987

PROBLÈMES DE SANTÉ	HOMMES	FEMMES	TOTAL		QUÉBEC 1987
			%	Pe	
MAUX DE TÊTE	6,5	15,1	10,7	248	13,1
TROUBLES DE L'AUDITION	9,2	6,8	8,1	187	N.C.
MAUX DE DOS	9,1	6,7	7,9	184	10,4
ALLERGIES	6,8	8,1	7,4	172	7,2
ARTHRITE ET RHUMATISME	4,2	8,0	6,0	140	6,4
TROUBLES DIGESTIFS FONCTIONNELS	2,6	7,4	5,0	116	3,7
HYPERTENSION	2,0	5,8	3,8	89	2,2
AFFECTIONS ET ALLERGIES CUTANÉES	2,0	4,3	3,1 <sup>1</sup>	72	8,6 <sup>1</sup>
DIABÈTE	1,6	4,3	2,9	67	0,7
PROBLÈMES URINAIRES	***	3,8	1,9	43	N.C.

\*\*\* Moins de 0,5%.

1 : les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 99 %.

N.C. Non comparable

Les trois quarts des adultes de 45 à 64 ans ont au moins un problème de santé déclaré, soit 82 % des femmes et 66 % des hommes (graphique 6.2). En tête de liste, figurent l'hypertension, l'arthrite et le rhumatisme, les troubles auditifs, le diabète déclaré et les maux de dos, représentant plus de la moitié des problèmes (tableau 6.6). C'est dans ce groupe

d'âge que les maladies cardiaques apparaissent parmi les dix conditions les plus fréquemment signalées. La prévalence du diabète déclaré est 3,7 fois plus élevée chez les femmes que chez les hommes. Une fois de plus, on observe que la plupart des problèmes de santé prédominants chez les Cris le sont également chez les Québécois du même âge de l'enquête de 1987. La prévalence de ces problèmes est également semblable dans les deux populations de 45 à 64 ans, sauf en ce qui concerne les maux de tête qui sont plus souvent rapportés par les Cris. Enfin, il importe de souligner que le diabète déclaré, avec une prévalence de 18 %, occupe le quatrième rang chez les Cris de 45 à 64 ans, alors qu'il ne compte pas parmi les affections les plus fréquentes dans l'enquête Santé Québec 1987, pour le même groupe d'âge.

## TABLEAU 6.6

Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les personnes de 45 à 64 ans selon le sexe (%), population crie, 1991 et Québec, 1987

PROBLÈMES DE SANTÉ	HOMMES	FEMMES	TOTAL		QUÉBEC 1987
			%	Pe	
HYPERTENSION	13,7	29,7	22,0	236	14,5
ARTHRITE ET RHUMATISME	17,1	25,1	21,2	228	19,8
TROUBLES DE L'AUDITION	25,0	12,6	18,6	200	N.C.
DIABÈTE	7,7 <sup>1</sup>	28,3 <sup>1</sup>	18,4 <sup>2</sup>	197	3,5 <sup>2</sup>
MAUX DE DOS	16,5	13,2	14,8	159	12,2
MAUX DE TÊTE	10,8	16,9	14,0	150	9,8
MALADIES CARDIAQUES	7,2	7,8	7,5	81	7,6
ALLERGIES	6,1	7,1	6,6	71	4,3
TROUBLES DIGESTIFS FONCTIONNELS	6,1	6,8	6,5	69	5,2
ASTHME	1,6	9,0	5,4	58	2,3

1,2 : les pourcentages indexés du même exposant sont significativement différents pour des intervalles de confiance à 99 %.

N.C. Non comparable

Quatre personnes sur cinq de 65 ans et plus sont touchées par des problèmes de santé (graphique 6.2), et une sur deux rapporte plus d'un problème. Les conditions les plus fréquemment déclarées sont l'arthrite et le rhumatisme, les troubles de l'audition, les maladies cardiaques, l'hypertension, les maladies digestives fonctionnelles et le diabète (tableau 6.7).

Plus du tiers des femmes déclarent souffrir d'hypertension et 37 %, d'arthrite ou de rhumatisme, alors que les hommes sont surtout affectés par les troubles auditifs (33 %). Comparativement à l'enquête de 1987, on n'observe pas de différence quant à la proportion de personnes âgées qui déclarent des problèmes de santé et quant à la prévalence des problèmes.

## TABLEAU 6.7

Prévalence des problèmes de santé déclarés chez les personnes de 65 ans et plus selon le sexe (%), population crie, 1991 et Québec, 1987

PROBLÈMES DE SANTÉ	HOMMES	FEMMES	TOTAL		QUÉBEC 1987
			%	Pe	
ARTHRITE ET RHUMATISME	27,2	37,0	31,9	146	34,9
TROUBLES DE L'AUDITION	33,4	21,0	27,4	125	N.C.
MALADIES CARDIAQUES	15,5	26,2	20,7	95	21,5
HYPERTENSION	6,5	34,3	20,0	91	27,9
TROUBLES DIGESTIFS FONCTIONNELS	2,9	22,9	12,6	57	10,8
DIABÈTE	6,1	17,6	11,7	53	6,6

N.C. Non comparable

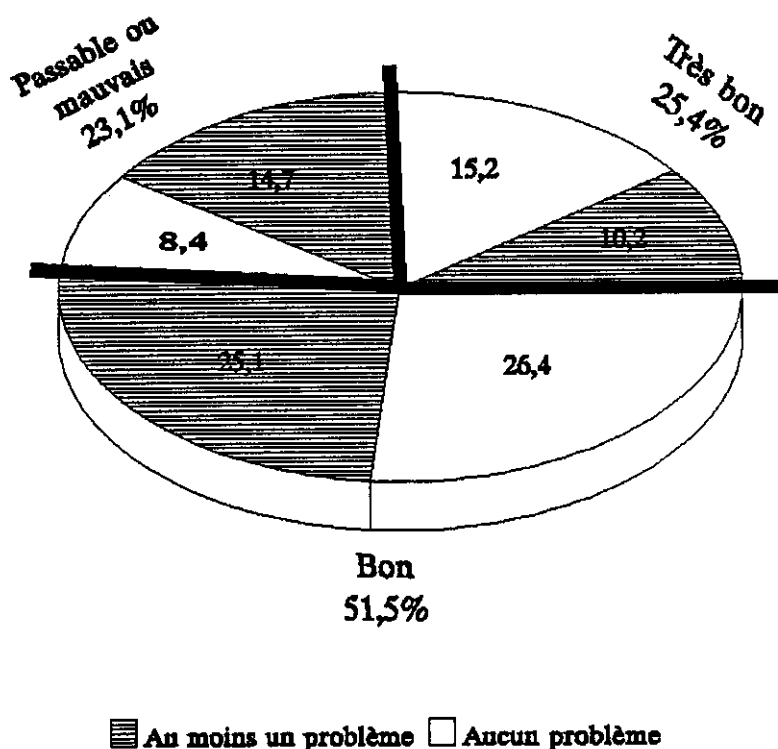
On observe une concordance entre la perception et l'état de santé déclaré (graphique 6.3). Les personnes qui estiment que leur santé est passable ou mauvaise sont proportionnellement plus nombreuses à rapporter des problèmes de santé que celles qui jugent leur état de santé bon ou très bon.

### 6.3 INDICE DE SANTÉ GLOBALE

L'indice de santé globale, repris de l'enquête Santé Québec 1987, avait été adapté à partir d'un indice développé par le Human Population Laboratory du Département de santé publique de l'état de la Californie (Belloc et coll., 1971). La santé y est vue sur un continuum pouvant être affecté par des restrictions d'activité, la présence de conditions chroniques ou de différents symptômes, et variant entre un état minimal et un état optimal. Le long de ce continuum, des catégories mutuellement exclusives sont définies et permettent de classer, selon les réponses obtenues, chacune des personnes pour lesquelles des informations ont été recueillies.

### GRAPHIQUE 6.3

Perception de l'état de santé, et absence ou présence de problèmes de santé déclarés (%), population crise de 15 ans et plus, 1991



Le tableau 6.8 illustre les six catégories utilisées pour l'enquête Santé Québec chez les Cris et les questions ou variables provenant du questionnaire ménage utilisées pour ranger les sujets dans chaque catégorie. Un calcul mathématique vient attribuer à chacune de ces six catégories un poids qui, selon la gravité de l'état de santé, se situe entre 0 et 1, soit du moins grave au plus grave. Le score moyen brut de la population est fixé à 0,5. Chaque individu obtient le score (ou le poids) de la catégorie dans laquelle il est classé. Le score est particulièrement utile lorsqu'on veut comparer des sous-groupes de la population.

#### 6.3.1 Portée et limites des données

Les résultats obtenus décrivent un état de santé subjectif. En comparant avec les résultats de l'enquête Santé Québec de 1987, il faut garder présent à l'esprit que cet état de santé peut être fortement coloré par des facteurs culturels; parmi ceux-ci, il faut principalement considérer la formulation des questions et les problèmes de traduction.

## TABLEAU 6.8

### Catégories de l'indice de santé globale

CATÉGORIES	QUESTIONS OU VARIABLES
<p>1. Incapacité sévère</p> <p>Personne ayant des difficultés à manger, s'habiller, monter des escaliers, sortir à l'extérieur ou incapable de travailler ou d'étudier depuis 6 mois ou plus</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Habituellement incapable de sortir de la maison sans aide</li> <li>• Doit habituellement rester assise ou couchée</li> <li>• Besoin d'aide pour prendre soin d'elle-même et se déplacer dans la maison</li> <li>• Incapacité de faire les travaux ménagers quotidiens depuis 6 mois ou plus au village ou dans le bois</li> <li>• Incapacité de travailler hors du foyer, d'aller dans le bois ou de poursuivre des études depuis 6 mois ou plus</li> </ul>
<p>2. Incapacité restreinte</p> <p>Personne ayant modifié le nombre d'heures ou le genre de travail, ayant cessé certaines activités, ou incapable de travailler ou d'étudier, depuis moins de 6 mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Restriction des activités à la maison mais pas dans les travaux ménagers</li> <li>• Restriction dans la capacité de travailler à l'extérieur ou de poursuivre des études sans en être incapable</li> <li>• Restriction dans d'autres activités</li> <li>• Incapacité de faire les travaux ménagers quotidiens depuis moins de 6 mois au village ou dans le bois</li> <li>• Incapacité de travailler hors du foyer ou d'aller dans le bois depuis moins de six mois</li> <li>• Incapacité de poursuivre des études depuis moins de 6 mois</li> </ul>
<p>3. Plusieurs conditions chroniques</p> <p>Personne sans incapacité mais présentant au cours des 12 derniers mois au moins deux problèmes ou conditions chroniques</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• "Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de: anémie, maladie de la peau ou autres allergies cutanées, autres allergies, rhume des foins, sérieux maux de dos ou de la colonne, arthrite ou rhumatisme, autres problèmes sérieux des os et des articulations, cancer, paralysie cérébrale, diabète, emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme, déficience mentale ou intellectuelle, dépression, épilepsie, hypertension, maladie de coeur, troubles urinaires ou maladie du rein, ulcères d'estomac, autres troubles digestifs, goitre ou troubles de la thyroïde, migraines ou maux de tête fréquents, incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre, paralysie suite à un accident, paralysie suite à une attaque ou une hémorragie cérébrale, périodes de grande nervosité ou d'irritabilité, périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes et importantes, incapacité ou handicap dû à l'obésité, période de 6 mois ou plus à avoir des visions ou entendre des voix ou avoir peur sans raison, conviction que son esprit est affecté par un sort, problèmes d'audition"</li> </ul>
<p>4. Une condition chronique</p> <p>Personne sans incapacité mais présentant au cours des 12 derniers mois un problème ou une condition chronique</p>	

... suite du tableau à la page suivante ...

CATÉGORIES	QUESTIONS OU VARIABLES
<p>5. Au moins un état symptomatique</p> <p>Personne n'ayant aucune incapacité, problème ou condition chronique mais ayant présenté au cours des 12 derniers mois au moins un état symptomatique</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Problèmes de santé rapportés qui n'ont pas entraîné d'incapacité ou de condition chronique</li> </ul>
<p>6. Aucune maladie</p> <p>Personne n'ayant rapporté aucun problème de santé au cours des 12 derniers mois</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aucune incapacité, condition chronique ou problèmes de santé.</li> </ul>

Les questions utilisées dans la compilation ayant toutes reçues une réponse, 99 % des sujets ont pu être classés dans l'une ou l'autre des catégories. Il faut noter une différence dans la construction de l'indice par rapport à l'enquête de 1987 : cette dernière présentait une liste de 28 problèmes de santé chroniques tandis que l'enquête chez les Cris en comporte deux de plus, pour un total de 30. Les deux derniers items ont été ajoutés, l'un pour des raisons culturelles, l'autre à cause de sa prévalence élevée chez les Cris.

### 6.3.2 Résultats

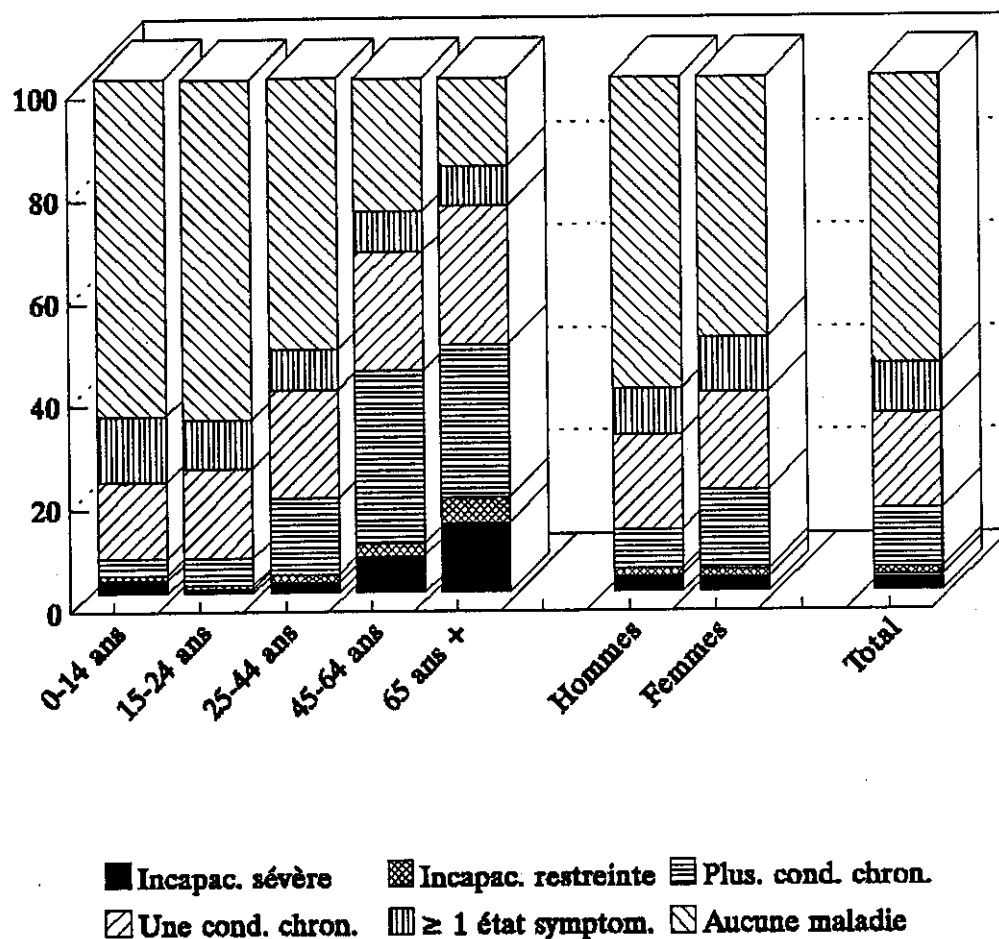
Plus de la moitié de la population crie, soit 55 % (graphique 6.4) ne rapporte aucun problème de santé, 30 % déclare au moins une condition chronique (voir la liste au tableau 6.8) tandis que très peu d'individus se classent dans les catégories avec incapacité : trois pour cent pour les incapacités sévères et un pour cent pour les incapacités restreintes. La principale différence entre les sexes concerne le fait d'avoir plus d'une affection chronique. Il y a proportionnellement deux fois plus de femmes que d'hommes qui se situent dans cette catégorie.

La proportion d'individus déclarant un état de santé plus altéré (incapacité sévère, incapacité restreinte, plusieurs conditions chroniques ou une seule condition chronique) augmente avec l'âge (graphique 6.4), tandis que la proportion de gens ne rapportant aucune maladie diminue avec l'âge. Chez les Cris, par rapport à la population du sud du Québec, un plus faible pourcentage de gens rapportent des incapacités (4 % contre 7 %) tandis que la proportion ne déclarant aucune maladie est plus élevée (55 % contre 46 %). Ce dernier résultat est surprenant dans la mesure où il existe une légère différence dans la construction de l'indice entre les deux enquêtes, susceptible de favoriser la déclaration d'un plus grand nombre de problèmes de santé chroniques chez les Cris. Il est possible que la différence soit réelle, mais elle peut aussi être induite par une composante culturelle qui incite à moins déclarer ses problèmes de santé à un observateur externe ou à considérer différemment la notion d'incapacité.



## GRAPHIQUE 6.4

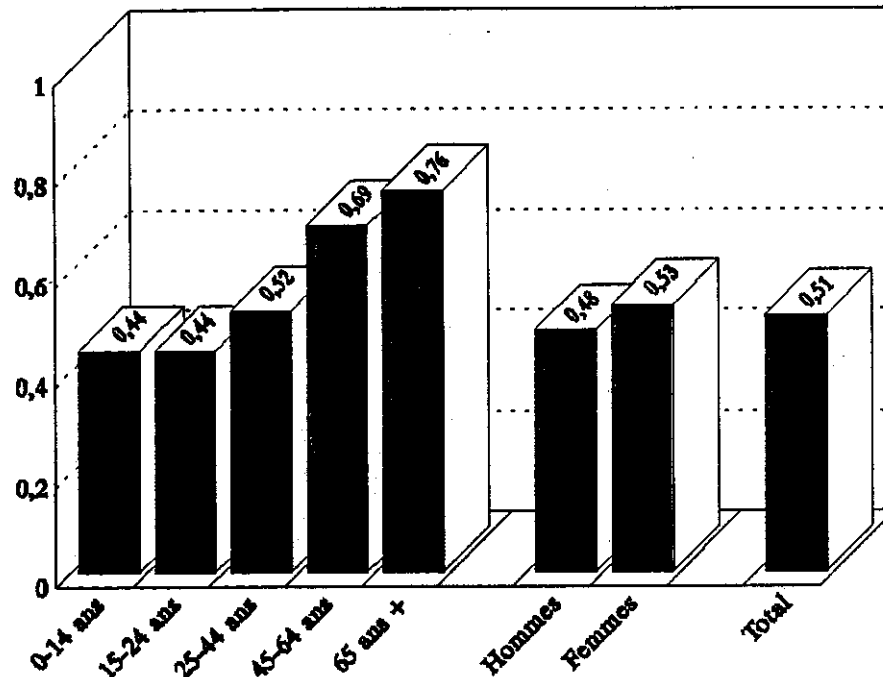
Proportion de personnes dans chacune des catégories de l'indice de santé globale selon l'âge et le sexe (%), population cri, 1991



En plus de comparer par groupes d'âge la proportion de personnes qui se situent dans chacune des six catégories de l'indice, on peut aussi apprécier globalement par un chiffre représentant la moyenne des scores individuels la position des groupes d'âge les uns par rapport aux autres (graphique 6.5).

## GRAPHIQUE 6.5

Indice de santé globale, selon l'âge et le sexe (score moyen),  
population crie, 1991



### 6.4 INCAPACITÉ

L'incapacité est causée par des maladies, des traumatismes ou des malformations congénitales. Elle se manifeste par une diminution de la capacité de subvenir à ses besoins, de travailler, d'étudier, de chasser, et aussi de suite. La mesure des incapacités donne donc un image de l'impact total des maladies et des traumatismes de diverses natures dans la population (Chamie, 1989). Les résultats des études de prévalence des incapacités dépendent des questions précises posées. Les questions à cet effet utilisées dans l'enquête crie sont très semblables à celles de l'enquête Santé Québec 1987, elles-mêmes reprises de l'enquête Santé Canada de 1978-1979 (Santé et Bien-être social Canada, Statistique Canada, 1981).

L'enquête sur la santé et les limitations d'activité (ESLA) effectuée par Statistique Canada en 1986 rapportait que 13 % de l'ensemble des Canadiens et 10 % des autochtones vivant sur une réserve avaient une incapacité quelconque (Hamilton, 1990). Ces prévalences ne sont pas comparables avec les résultats des enquêtes de Santé Québec car l'ESLA posait une batterie de questions sur toutes les incapacités (Statistique Canada, 1990).

### 6.4.1 Portée et limites des données

Les questions portant sur l'incapacité se retrouvent dans deux sections différentes du questionnaire du ménage. Dans la section I, les questions font référence à l'incapacité au cours des deux semaines précédant l'entrevue et recueillent des données sur les journées d'alitement, les journées d'incapacité sans alitement et les journées de restriction dans l'accomplissement des activités de la vie quotidienne. La section V aborde plutôt les incapacités à long terme.

Le nombre de journées d'incapacité au cours des deux dernières semaines a été multiplié par 26 pour en faire une moyenne annuelle par personne. Contrairement à l'enquête Santé Québec 1987 qui s'est déroulée durant une année complète, l'enquête auprès des Cris a été réalisée à l'été seulement, ce qui peut entraîner une estimation différente des journées d'incapacité. La comparaison avec l'ensemble du Québec doit aussi tenir compte du fait que la population crie est nettement plus jeune et que, de ce fait, on peut s'attendre à observer moins de journées d'incapacité.

L'incapacité est examinée ici selon les dimensions suivantes : sa durée (à long et à court terme), sa gravité (sévère, modérée, légère), son origine (externe ou autres). L'incapacité est dite sévère si la personne est hospitalisée ou alitée à la maison, modérée si la personne est incapable d'aller travailler ou de tenir maison, et légère si elle doit seulement modérer ses autres activités. Les incapacités d'origine externe sont celles qui sont dues à des traumatismes.

### 6.4.2 Résultats

Parmi la population, seulement 5 % rapporte des incapacités au cours des deux dernières semaines. Le nombre annuel moyen de jours d'incapacités (tableau 6.9) est de 6,5, soit de 3,3 chez les hommes et 9,8 chez les femmes; cette moyenne est inférieure aux résultats de l'enquête Santé Canada de 1978-1979 (14,6) et à ceux de l'enquête Santé Québec de 1987 (15,0), mais respecte la tendance observée dans ces deux enquêtes à présenter une moyenne plus élevée chez les femmes. L'incapacité sévère occasionne le plus de jours d'incapacité par personne (3,0); ce résultat est semblable à celui de l'enquête Santé Québec de 1987 (3,6), mais dans cette dernière ce sont les incapacités modérées et légères qui occasionnaient le plus de jours d'incapacité (11,4 comparativement à 3,6 dans l'enquête crie).

Un peu plus de la moitié (54 %) des jours d'incapacité est attribuable aux personnes affectées d'une incapacité à long terme, ce qui est comparable à l'enquête Santé Québec de 1987 qui présentait un pourcentage de 49 %. Cependant, chez les Cris, ce sont les femmes ayant une incapacité à long terme, qui présentent une plus grande proportion de journées d'incapacité,

soit 57 % contre 47 % pour les hommes. Le pourcentage de jours d'incapacité augmente avec l'âge à partir de 15 ans, passant de 21 % chez les 15 à 24 ans pour atteindre 90 % chez les 65 ans et plus.

**TABLEAU 6.9**

**Moyenne annuelle des jours d'incapacité par personne selon la gravité (jours), proportion des jours d'incapacité de longue durée chez les personnes avec une incapacité à long terme (%) et proportion due à une origine externe (%), selon le sexe, population crie, 1991.**

	SEXE		TOTAL
	HOMMES	FEMMES	
<b>MOYENNE ANNUELLE DES JOURS D'INCAPACITÉ SELON LA GRAVITÉ (JOURS)</b>			
• Sévère	1,9	4,0	3,0
• Modérée	0,6	1,7	1,2
• Légère	0,7	4,1	2,4
<b>TOTAL</b>	<b>3,3</b>	<b>9,8</b>	<b>6,5</b>
<b>PROPORTION DU TOTAL DES JOURS D'INCAPACITÉ (%)</b>			
• Chez les personnes avec une incapacité à long terme	47,4	56,6	54,3
• D'origine externe	22,7	7,4	11,2

Quant aux incapacités d'origine externe dues aux traumatismes, elles représentent 11 % des jours d'incapacité, ce qui est comparable à l'enquête Santé Québec de 1987 qui affiche 12 %. Ce sont les garçons de 0 à 14 ans (avec 35 %) et surtout ceux de 15 à 24 ans (avec 65 %) qui sont davantage touchés par les jours d'incapacité causés par les traumatismes.

A la section V du questionnaire du ménage, on demandait aux gens si quelqu'un de la maisonnée souffrait d'une limitation quelconque dans le genre ou la quantité d'activités qu'il pouvait accomplir, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale. Près de 3 % des jeunes de moins de 15 ans (population estimée à 93 personnes) et 6 % des adultes (342 personnes) sont limités de cette façon, représentant 5 % de la population crie totale. La prévalence de ces limitations dans la population du sud du Québec est de 7 %. Afin d'ajuster pour la différence dans la structure d'âge des deux populations, l'indice comparatif a été calculé. Il indique que la proportion de personnes crie déclarant souffrir d'une limitation à long terme ne représente que 82 % de celle observée chez les autres Québécois. Parmi les adultes crie ayant une limitation quelconque, un tiers sont incapables d'aller dans le bois et un sur cinq rapporte une incapacité due à un traumatisme.

## **6.5 RECOURS AUX SERVICES SOCIOSANITAIRES**

Les comportements ou les habitudes de consommation des services de santé sont influencés non seulement par l'état de santé, mais aussi par le mode d'organisation ou de distribution des soins. Tous les villages cris sont desservis par au moins deux infirmières; des médecins omnipraticiens ne sont disponibles en permanence que dans deux communautés. Quant aux spécialistes, ils ne font que des visites périodiques. On peut donc s'attendre à ce que les consultations médicales soient moins fréquentes que les consultations infirmières.

### **6.5.1 Portée et limites des données**

Les questions sur l'utilisation des services sociosanitaires font partie du questionnaire du ménage. Elles touchent l'ensemble de la population échantillonnée et portent sur la consommation au cours des deux semaines qui précèdent l'entrevue. Il s'agit donc du recours aux services pendant les mois d'été, période caractérisée par une plus forte présence de la population dans les villages. En plus de fournir des renseignements sur les personnes qui consultent, les données recueillies permettent de connaître le type de professionnel rencontré, le lieu et le motif de la consultation.

La consommation des soins et services est analysée en fonction de quelques caractéristiques sociodémographiques de la population, soit l'âge, le sexe et la sous-région. On examine aussi le lien entre l'utilisation des services et la perception de l'état de santé. Des rapprochements sont faits avec l'enquête Santé Québec 1987 lorsque les données disponibles le permettent.

### **6.5.2 Résultats**

Au cours des deux semaines précédant l'enquête, 13 % des Cris ont eu recours une fois aux services d'un professionnel de la santé et 4 % y ont eu recours plus d'une fois. L'analyse qui suit porte sur ces deux catégories regroupées, soit 17 % de la population.

Il y a deux fois plus de femmes (23 %) que d'hommes (12 %) qui ont utilisé les services de santé pendant cette période de deux semaines (graphique 6.6). La consommation masculine présente une courbe en U, les moins de 15 ans et les 65 ans et plus ayant un niveau d'utilisation similaire. Dans les autres groupes d'âge, la prévalence est plus faible. En ce qui concerne les femmes, le recours aux services, relativement stable chez les plus jeunes, double entre 45 et 64 ans et passe à 48 % chez les aînées. Il n'y a pas de différence significative sur ce point entre les résidents de la côte et ceux de l'intérieur.

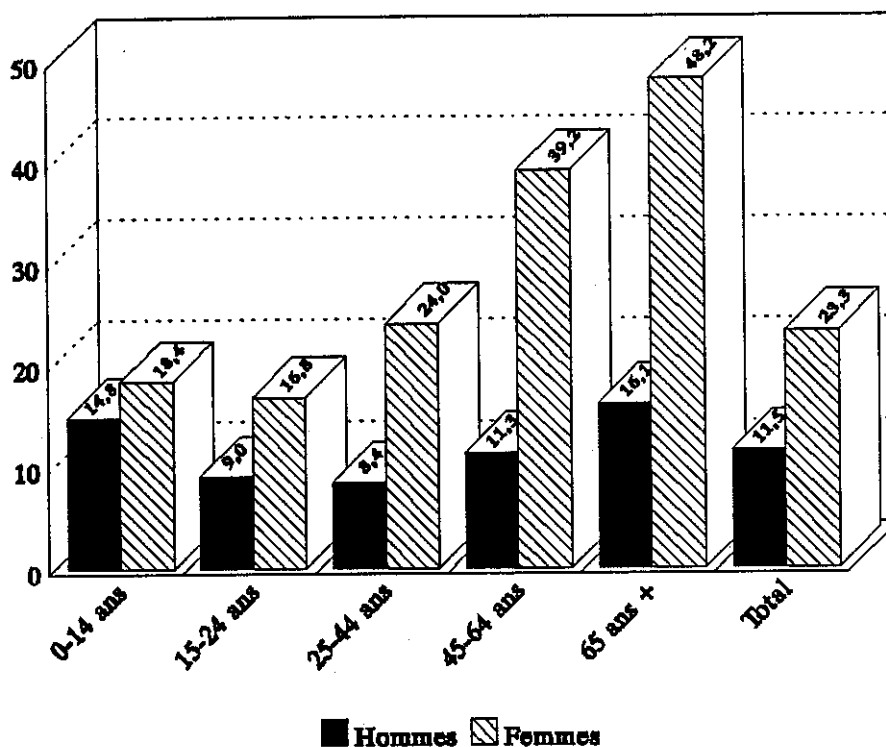
L'utilisation des services est associée à la perception de l'état de santé. Les personnes qui estiment avoir une santé passable ou mauvaise sont plus nombreuses à consulter un

professionnel (25 %) que les personnes qui déclarent être en très bonne santé (13 %).

Le taux de recours aux services sociosanitaires (au moins une consultation) de la population crie est inférieur à celui rapporté dans l'enquête Santé Québec 1987 (IC = 0,83). Comme la consommation féminine est semblable dans les deux populations, la différence s'explique par le taux de consultation des hommes qui est beaucoup plus faible chez les Cris (IC = 0,61).

### GRAPHIQUE 6.6

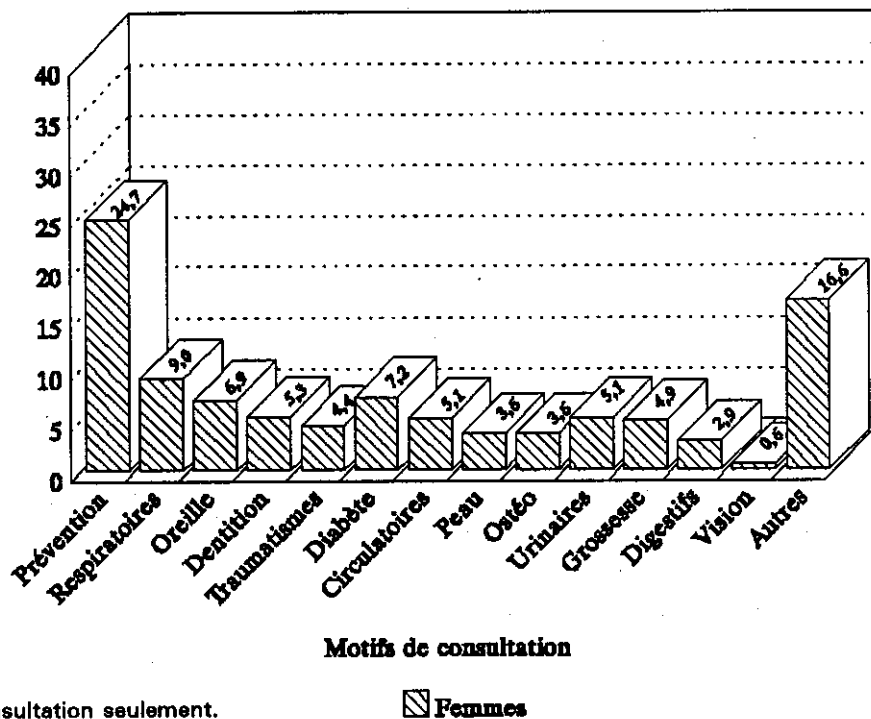
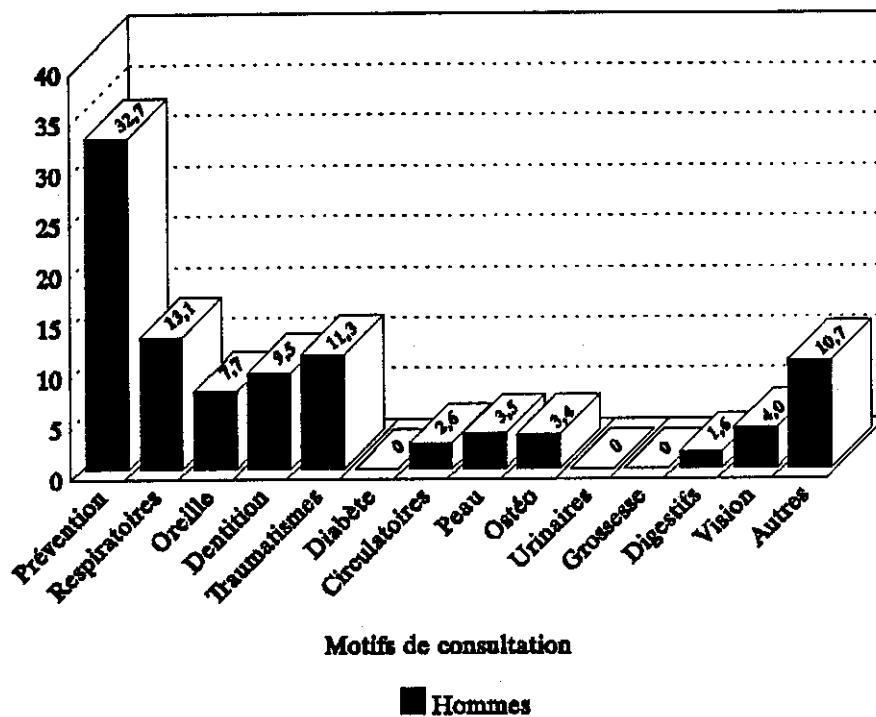
Proportion de personnes déclarant avoir consulté au cours des deux dernières semaines selon l'âge et le sexe (%), population crie, 1991



La presque totalité des consultations implique des professionnels de la santé. Les plus fréquemment rencontrés au cours des deux semaines qui ont précédé l'enquête sont, par ordre d'importance, les infirmières (consultées par 11 % de la population), les omnipraticiens (6 %), les dentistes (3 %) et les médecins spécialistes (2 %). Les consultations ont lieu surtout dans les dispensaires (72 %) ou aux cliniques externes des hôpitaux (23 %). Il y a très peu de visites à domicile.

## GRAPHIQUE 6.7

Répartition des consultations\* des deux dernières semaines selon la raison et le sexe (%), population crie, 1991



\* Dernière consultation seulement.

■ Femmes

Plus du quart de ces consultations (27 %) sont reliées à un motif qu'on appellera ici «prévention et examens» qui comprend aussi des consultations à caractère administratif (certificats, renouvellement d'ordonnances...) et psychosocial. Parmi les autres raisons de consultation, les plus fréquentes sont les maladies respiratoires (10 %); suivent les problèmes de l'oreille (7 %), de la dentition (7 %), les traumatismes (7 %), le diabète (5 %), les problèmes liés aux systèmes circulatoire (4 %) et ostéo-articulaire (4 %), les affections cutanées (4 %) et les troubles urinaires (3 %).

Chez les hommes, les deux tiers des consultations se concentrent dans quatre catégories de motifs, soit par ordre d'importance : «prévention et examens» (33 %), affections respiratoires (13 %), traumatismes (11 %) et problèmes de la dentition (10 %) (graphique 6.7).

La consommation de services des deux dernières semaines est plus diversifiée chez les femmes. Il faut compter pas moins de huit types de raisons pour atteindre les deux tiers des consultations : «prévention et examens» (25 %), problèmes respiratoires (9 %), diabète (7 %), troubles de l'audition (7 %) et de la dentition (5 %), maladies de l'appareil circulatoire (5 %), affections urinaires (5 %) et grossesse (5 %) (graphique 6.7).

A l'exception de «prévention et examens», qui apparaît au premier rang dans tous les groupes d'âge, les principaux motifs de recours aux soins varient selon l'âge. Jusqu'à 24 ans, les autres raisons les plus fréquentes sont les problèmes des voies respiratoires, de l'audition, de la dentition et les traumatismes. Entre 25 et 44 ans, on consulte principalement pour une grossesse normale ou pour des affections urinaires, ostéo-articulaires et cutanées. Le diabète, les maladies de l'appareil circulatoire et du système digestif constituent les motifs de consultation les plus fréquemment déclarés chez les 45 ans et plus.

La classification des motifs de consultation n'est pas en tout point comparable à celle de l'enquête Santé Québec 1987, mais on remarque que «prévention et examens» et affections respiratoires représentent les raisons de consultation les plus fréquentes dans les deux enquêtes.

## **6.6 CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS**

Dans les villages cris, il n'y a pas de pharmacies commerciales; on obtient des médicaments à la clinique locale ou à la pharmacie de l'hôpital de Chisasibi. Quelques médicaments tels que l'aspirine se vendent dans les épiceries locales. Les bénéficiaires de l'entente de la Baie James reçoivent gratuitement les médicaments prescrits par un médecin ou obtenus à la clinique communautaire.



### 6.6.1 Portée et limites des données

Les questions relatives à l'utilisation des médicaments font partie du questionnaire du ménage (section III) et portent sur les médicaments consommés par les membres du foyer au cours des deux jours précédant l'entrevue. Le nombre et la nature des médicaments consommés, l'automédication, la régularité de l'usage, le problème de santé à l'origine de la consommation constituent les principaux thèmes traités dans cette section.

L'enquête sur la santé des Cris et l'enquête Santé Québec 1987 ne sont pas tout à fait comparables pour l'usage des médicaments parce que certaines questions diffèrent entre les deux enquêtes. Afin de tenir compte de particularités relatives à la santé et à la culture cries, deux questions ont été ajoutées à la liste de 1987 et une question en a été retirée. La comparaison demeure toutefois possible pour certains types de médicaments.

### 6.6.2 Résultats

Plus d'un Cri sur quatre (28 %) a fait usage d'au moins un médicament au cours des deux jours précédant l'entrevue. La plupart (17 %) ont consommé un seul médicament. Les personnes qui ont pris deux médicaments et celles qui en ont consommé plus de deux représentent respectivement 6 % et 5 % de la population.

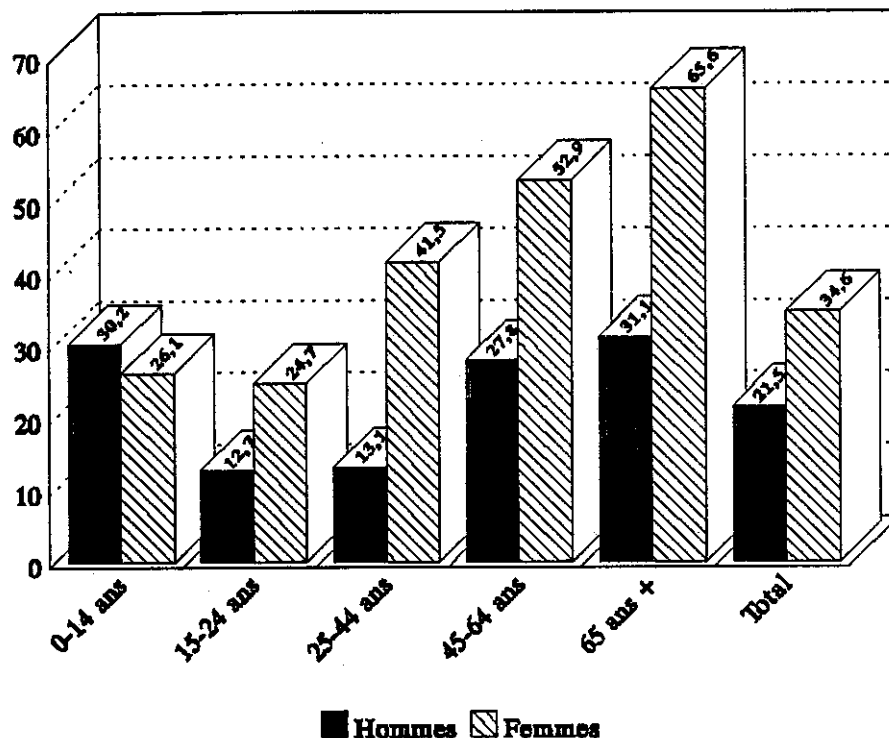
Il y a plus de femmes (35 %) que d'hommes (22 %) qui prennent des médicaments dans tous les groupes d'âge, sauf chez les moins de 15 ans (graphique 6.8). C'est chez les personnes de 25 à 44 ans que cette différence est la plus marquée; on y retrouve trois consommatrices pour un consommateur.

Le profil de consommation des médicaments selon l'âge s'apparente à celui des consultations. Chez les hommes, les plus hauts taux de consommation s'observent dans les groupes d'âge extrêmes, soit les moins de 15 ans et les 65 ans et plus. Après un fléchissement chez les 15 à 24 ans, la consommation féminine augmente avec l'âge.

Les médicaments les plus fréquemment utilisés sont les «vitamines et minéraux» (9 %), les analgésiques (7 %), les onguents (5 %), les antibiotiques (4 %), les médicaments pour le coeur et l'hypertension (4 %) et pour le diabète (4 %). La plus grande consommation chez les femmes par rapport à celle des hommes est significative dans le cas des analgésiques et des médicaments pour le diabète (graphique 6.9). Il importe de souligner le faible usage déclaré, tant chez les femmes que chez les hommes, des tranquillisants et sédatifs (0,3 %) ainsi que des remèdes traditionnels cries (0,1 %).

## GRAPHIQUE 6.8

Proportion de personnes déclarant avoir consommé au moins un médicament\* selon l'âge et le sexe (%), population crie, 1991



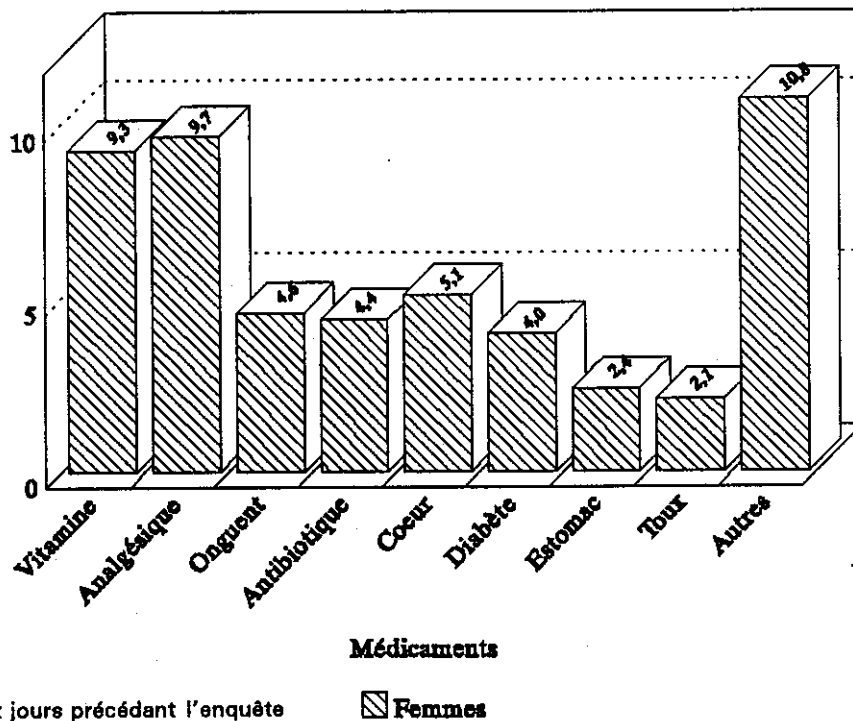
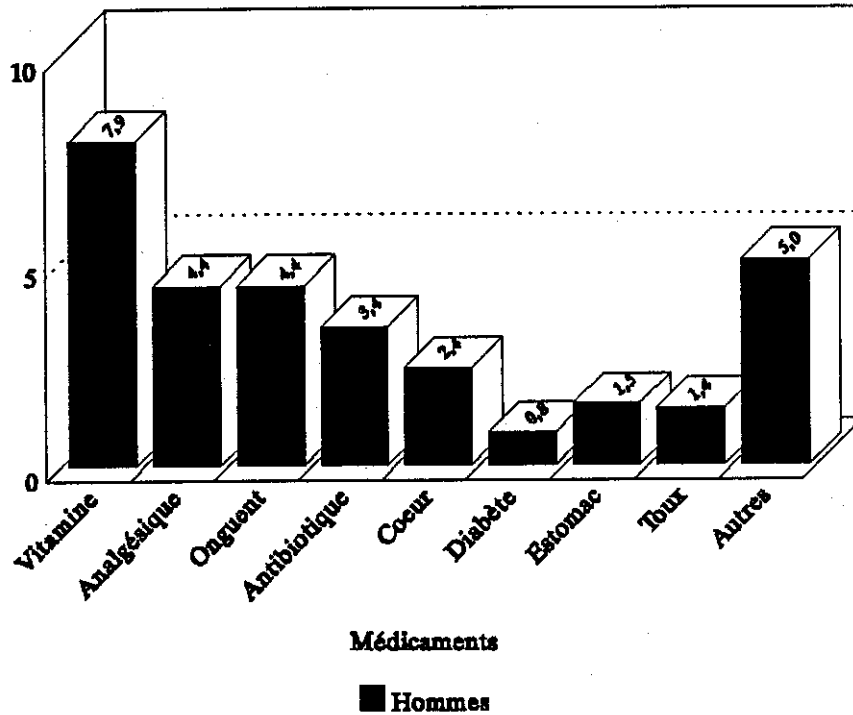
\* Dans les deux jours précédant l'enquête.

La majorité des médicaments (82 %) ont été obtenus sur la recommandation d'un professionnel de la santé, et ils sont consommés de façon régulière (79 %), c'est-à-dire au moins une fois par semaine durant le mois qui a précédé l'enquête.

Malgré le fait que l'enquête crie et l'enquête Santé Québec 1987 soient difficilement comparables, certains aspects de la consommation des médicaments peuvent tout de même être mis en parallèle. Ainsi, on peut dire que dans les deux enquêtes, il y a plus de femmes que d'hommes qui consomment des médicaments. Cette différence s'applique à chaque classe de médicaments. La proportion de médicaments pris sur avis médical est plus élevée chez les Cris (82 %) que chez les Québécois du reste de la province (60 %). Cet écart provient essentiellement des vitamines et minéraux qui sont plus souvent prescrits chez les premiers (82 %) que chez les seconds (25 %).

### GRAPHIQUE 6.9

Proportion de personnes déclarant avoir consommé des médicaments\* selon la classe de médicaments et le sexe (%), population crie, 1991



\* Dans les deux jours précédant l'enquête

## 6.7 CONCLUSION

### 6.7.1 Synthèse

La majorité de la population (77 %) se considère en bonne ou en très bonne santé, mais il demeure que près du quart des Cris perçoivent leur santé comme passable ou mauvaise. Notons qu'au sein de la population crie, la perception que les gens ont de leur santé n'empire pas autant avec l'âge qu'on a pu l'observer au sein de la population québécoise du Sud. Rappelons ici les travaux d'Adelson (1991) à l'effet que la santé chez les Cris (*miyupimaatisiiuwin*) est un reflet des facteurs individuels, sociaux et environnementaux qui inclut la possibilité de continuer de vivre à la manière traditionnelle crie.

Malgré une surestimation des troubles de l'audition liée à la mesure, les Cris du nord du Québec ont rapporté moins de problèmes de santé que les Québécois du sud de la province en 1987. Une partie de l'écart peut être reliée au facteur saisonnier, l'enquête crie ayant eu lieu durant les mois d'été alors que l'enquête Santé Québec 1987 s'est déroulée sur l'ensemble d'une année. La déclaration peut aussi être influencée par le fait que le répondant du ménage cri rapporte l'information pour un plus grand nombre de personnes que dans le sud du Québec (six personnes par ménage comparativement à trois).

D'une manière générale, la nature des principaux problèmes de santé déclarés par les Cris s'apparente à celle qui est observée dans la population du sud québécois. Dans les deux cas, les femmes en rapportent plus souvent que les hommes. Certaines différences méritent toutefois d'être soulignées.

Bien que la fréquence des maladies de l'oreille et des troubles de l'audition ne soit pas comparable à celle de l'enquête Santé Québec 1987, il faut souligner l'importance de ce problème dans la population crie. Ces troubles se retrouvent parmi les cinq problèmes de santé les plus fréquents dans toutes les classes d'âge étudiées.

Le diabète est déclaré 3,4 fois plus souvent chez les Cris que chez les Québécois du sud de la province. Il y a beaucoup plus de femmes que d'hommes pour qui on rapporte ce problème. Pour des données de prévalence réelle, le lecteur peut se référer au chapitre 5.

Il importe aussi de souligner que les problèmes d'allergies occupent le premier rang pour leur fréquence chez les enfants de 14 ans ou moins ainsi que chez les adolescents et les jeunes adultes (15 à 24 ans).

La prévalence des troubles mentaux rapportés par le répondant du ménage est particulièrement faible dans la population crie. Il est possible qu'on assiste à une sous-déclaration de la part

des Cris ou à une appréciation différente de la santé mentale reliée à la culture.

Moins de Cris déclarent des journées d'incapacité modérée ou légère, mais ils comptent autant de journées d'incapacité sévère (alitées) que les Québécois du sud. Les Cris rapportent également moins d'incapacités à long terme.

Le fait que la prévalence des consultations soit plus élevée chez les femmes que chez les hommes concorde non seulement avec l'enquête Santé Québec 1987 mais également avec l'enquête Santé Canada de 1978 et l'enquête sociale générale de 1985. Il faut cependant souligner l'ampleur de l'écart observé. Les femmes crie consultent deux fois plus que les hommes. De fait, elles consultent autant que les Québécoises du sud de la province alors qu'on rapporte 40 % moins de consultations chez les hommes crie que chez leurs homologues du sud. Dans la population masculine, ce sont les enfants de moins de 15 ans et les adultes de 65 ans et plus qui présentent les taux les plus élevés.

Les infirmières représentent environ la moitié des personnes consultées; suivent les médecins généralistes, les dentistes et les médecins spécialistes. Lavallée (1988) rapporte une répartition comparable des consultations qui ont eu lieu sur le territoire cri de la Baie James au cours de l'année 1987-1988. On observe sans surprise que la majorité des consultations ont lieu dans les cliniques, seuls établissements qui dispensent des soins de santé dans les villages, sauf à Chisasibi où il y a un centre hospitalier.

La proportion de consultations reliées à la prévention et aux examens est la plus fréquente (27 %) comme on l'a observé dans l'enquête Santé Québec 1987 (21 %). Les problèmes respiratoires, les problèmes de l'oreille et de la dentition ainsi que les traumatismes constituent, après la prévention et les examens, les motifs de consultation les plus fréquents. Au cours des deux derniers jours précédant l'entrevue, plus du quart de la population crie a consommé au moins un médicament. Comme au sud du Québec, les femmes sont plus nombreuses que les hommes à faire usage de médicaments dans tous les groupes d'âge, sauf chez les moins de 15 ans. Dans l'ensemble, on constate que les moins de 15 ans et les 45 ans et plus sont les grands consommateurs de médicaments. En fait, le profil d'utilisation selon l'âge s'apparente à celui du recours aux soins. Cela peut s'expliquer du fait que plus de 80 % des médicaments sont pris sur avis d'un professionnel et nécessitent donc une visite à la clinique.

### **6.7.2 Pistes de recherche et d'intervention**

Les Cris rapportent moins de problèmes de santé que les Québécois du sud. Par contre, des études de la mortalité (Courteau, 1989) et des hospitalisations (Pelchat et Wilkins, 1986) se rapportant à la première moitié des années quatre-vingt, montrent que l'espérance de vie des

Cris est de cinq années inférieure à celle de l'ensemble des Québécois et que les Cris sont plus souvent hospitalisés. Ces contradictions pourraient être investiguées davantage.

Les données de ce chapitre suggèrent que les hommes cris consultent beaucoup moins que les hommes du sud. Ils consultent également moins que les femmes cries, phénomène observé dans l'étude des données sociosanitaires du Conseil Cri de la Santé en 1985-1986 (Allaire et Lavallée, 1986). Il serait important d'évaluer la nécessité de rejoindre davantage les hommes.

On a suggéré la possibilité d'une sous-déclaration des problèmes ou de l'utilisation des services due au fait que le répondant du ménage cri avait à fournir des renseignements sur un plus grand nombre de personnes qu'ailleurs au Québec. Une étude pourrait être menée pour évaluer l'effet du nombre de personnes par ménage sur la validité de la déclaration des problèmes de santé par un tiers.

## 6.8 RÉFÉRENCES

ADELSON, N. (1991). "Being Alive Well; The Praxis of Cree Health", *Circumpolar Health* 90, Postl BD et al. (eds), University of Manitoba Press, Winnipeg, 230-232.

ALLAIRE, A., LAVALLÉE, C. (1986). *Dossier sociosanitaire 1985-1986 : les Cris de la région 10B*, Département de santé communautaire, Hôpital Général de Montréal, 57 pages.

BELLOC, N.B., BRESLOW, L., HOCHSTIM, J.R. (1971). "Measurement of Physical Health in a General Population Survey", *American Journal of Epidemiology*, 93 : 5 : 328-336.

CHAMIE, M. (1989). "Survey Design Strategies for the Study of Disability", *World's Health Statistic Quarterly*, 42 : 122-140.

CLARKSON, M., FOGGIN, P.M. (1991). *Faits saillants de l'enquête sur la santé des Cris (1983-1984)*, ministère de la santé et des services sociaux, 78 pages.

COURTEAU, J.P. (1989). *Mortality among the James Bay Cree of Northern Quebec : 1982-1986*, M.Sc. thesis, Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill University, Montréal, 121 pages.

FOGGIN, P., LAUZON, H. (1987). *État de santé et facteurs de risque : les Cris du Nord québécois*, Département de géographie, Université de Montréal, 108 pages.

FYLKESNES, K., FORDE, O.H. (1992). "Determinants and Dimensions Involved in Self-Evaluation of Health", *Social Science and Medecine*, 35 : 3 : 271-79.

HAMILTON, M. (1990). «L'Enquête sur la santé et les limitations d'activités : L'incapacité et les autochtones au Canada», *Rapports sur la santé*, 2 : 279-287.

LAVALLÉE, C. (1988). *Dossier sociosanitaire 1987-1988, Les Cris de la Région 10B*, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, 50 pages.

LIANG, J., BENNETT, J., WHITELAW, N., MAEDA, D. (1991). "The Structure of Self-Reported Physical Health among the Aged in the United States and Japan", *Medical Care*, 29 : 12 : 1161-80.

PELCHAT, Y., WILKINS, R. (1988). *Fréquentation hospitalière de la population autochtone de la Baie James, 1981-82 à 1984-85*, Département de santé communautaire, Hôpital Général de Montréal, 75 pages.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA, STATISTIQUE CANADA (1981). *La santé des Canadiens, Rapport de l'Enquête Santé Canada*, ministère des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa, (No de catalogue 82-538F), 243 pages.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va ? : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, tomes 1 et 2, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.

STATISTIQUE CANADA (1987). *Santé et Aide du milieu 1985*, Enquête sociale générale, série analytique, Ottawa, (No de catalogue 11-612F. No 1), 240 pages.

STATISTIQUE CANADA (1990). *Faits saillants : Personnes ayant une incapacité au Canada*, Enquête sur la santé et les limitations d'activités, Ottawa (No de catalogue 82-702), 151 pages.

# **CHAPITRE 7**

## **TRAUMATISMES ET FACTEURS DE RISQUE**

### **AUTEURS**

**YVONNE ROBITAILLE**  
**UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE**  
**HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL**

**PETER BARSS**  
**UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE**  
**HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL**

### **LECTEURS**

**LOUISE GALARNEAU**  
**ASSOCIATION CANADIENNE POUR LA SANTÉ PUBLIQUE**

**SHARON M. MACDONALD**  
**DEPARTMENT OF COMMUNITY HEALTH SCIENCES**  
**UNIVERSITY OF MANITOBA**

### **CONSULTANTS**

**BRUCE BROWN**  
**UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE**  
**HÔPITAL CHARLES LEMOYNE**

**CAROLE MORISSETTE**  
**UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE**  
**HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT**

**BARRY PLESS**  
**DÉPARTEMENT DE RECHERCHE EN PÉDIATRIE COMMUNAUTAIRE**  
**HÔPITAL DE MONTRÉAL POUR ENFANTS**

**ANDRÉ LAVOIE**  
**DIRECTION DES SERVICES PROFESSIONNELS**  
**URGENCES-SANTÉ**



## 7.0 INTRODUCTION

On a cru longtemps que les accidents et les traumatismes qui en résultent étaient inévitables, tel le résultat d'une force incontrôlable et imprévisible. Des travaux de recherche effectués à la fin des années soixante ont permis de comprendre que la cause immédiate d'un traumatisme est toujours un transfert d'énergie trop intense pour ce que le corps humain peut supporter (Haddon, 1972). Par exemple, une personne éjectée de son véhicule lors d'une collision avec un arbre subira ou non des blessures selon qu'elle est projetée sur l'arbre ou dans un buisson voisin pouvant absorber l'énergie de son mouvement.

Ces travaux ont ouvert la porte au développement des mesures de prévention qui visent à absorber l'énergie pouvant être nocive à l'organisme. Ils ont aussi établi la distinction entre la notion d'accident et celle de traumatisme. L'accident est un événement habituellement imprévu qui peut entraîner des blessures, mais qui peut aussi n'entraîner aucune blessure. Le traumatisme que l'on appelle aussi blessure est le dommage causé au corps humain par le transfert d'énergie qui survient au cours d'un accident. Cette distinction entre accident et traumatisme est adoptée dans le présent texte. Le mot accident sera donc réservé aux circonstances dans lesquelles les traumatismes se sont produits. Le terme traumatisme inclut aussi bien les blessures d'origine intentionnelle tels les attentats, les suicides et les homicides, que celles d'origine non-intentionnelle.

Depuis qu'on comprend mieux comment surviennent les blessures, plusieurs approches ont été développées, tant pour prévenir que l'accident survienne que pour prévenir la gravité des blessures en cas d'accident (Brown et Massé, 1991). À l'effort de chaque personne pour éviter de se placer dans des situations dangereuses s'ajoutent des stratégies qui visent un environnement plus sécuritaire.

Les données de décès et d'hospitalisation fournissent un premier aperçu de l'importance des traumatismes dans une population. Entre 1982 et 1986, les traumatismes étaient responsables d'un décès sur cinq dans la population criée, soit deux fois plus que dans l'ensemble de la population canadienne (données standardisées selon l'âge et le sexe); les noyades constituaient la cause de décès par traumatisme la plus importante, avec un taux dix fois plus élevé que le taux canadien (Courteau, 1989). Pour la période récente de 1988-1990, les traumatismes représentaient 13 % de tous les décès criés tandis qu'ils ne comptaient que pour 8 % de tous les décès québécois (Choinière et coll., 1993). Les taux d'hospitalisation pour traumatismes chez les Cris dépassent eux aussi les taux québécois (Pelchat et Wilkins, 1986). Pour 1989-1990 et 1990-1991, le taux d'hospitalisation pour traumatismes, ajusté selon la structure par âge et par sexe du Québec, est de 1 302 pour 100 000 personnes chez les Cris et de 864 pour 100 000 personnes pour l'ensemble du Québec (Choinière et coll., 1993).

Les décès et les hospitalisations pour traumatismes sont plus nombreux chez les Cris que pour l'ensemble de la population du Québec, mais ils sont comparables à ceux des autres régions

éloignées du Québec telles l'Abitibi-Témiscamingue et la Côte Nord; les taux demeurent très inférieurs à ceux des Inuit qui habitent la région Kativik (Choinière et coll., 1993).

Une surmortalité par traumatisme a fréquemment été observée dans les populations autochtones, tant au Canada (Hislop et coll., 1987; Young, 1983) qu'aux États-Unis (U.S. Department of Health and Human Services, 1990a; Baker et coll., 1992). Il semble toutefois que les taux de mortalité par traumatisme soient moindres chez les Cris (1 pour 1 000 personnes en 1985-1987 selon Choinière et coll., 1993) que dans la plupart des autres populations autochtones du Canada où le taux s'établit globalement à 1,83 pour 1 000 personnes (Muir, 1991).

Des conditions environnementales particulières, une consommation d'alcool excessive ainsi que l'accès difficile aux services de santé en cas de traumatisme sont des facteurs fréquemment énoncés pour expliquer l'excès de mortalité par traumatisme chez les autochtones (May, 1992; Hislop et coll., 1987). Des conditions analogues conduisent également à une surmortalité et à une surmorbidity par traumatisme dans des régions éloignées non-autochtones. La consommation d'alcool, en particulier, est fréquemment associée aux blessures intentionnelles et non-intentionnelles infligées aux autres ainsi qu'à soi-même. Comme nous l'avons vu au chapitre 3, la mise en cause de l'alcool dans certaines situations violentes ressort aussi de la présente enquête. Bien que l'abus d'alcool constitue un facteur de risque de traumatisme, nous n'en parlerons pas davantage ici, puisqu'un chapitre précédent en a déjà traité.

Les thèmes retenus dans ce chapitre pour décrire les traumatismes et les accidents proviennent premièrement des sujets traités dans le rapport de l'enquête Santé Québec 1987. Il s'agit des facteurs de risque de blessures liées au transport par automobile, camion et véhicule tout terrain, des traumatismes survenus au cours des derniers 12 mois, ainsi que de la position des traumatismes parmi les problèmes de santé occasionnant des restrictions d'activité et des consultations pour raison de santé.

En outre, des sujets d'intérêt particulier ont été suggérés par des officiers de santé publique des communautés cries, par exemple, les armes à feu, la présence de chiens dans les villages et le transport par bateau ou en motoneige.

## **7.1 FACTEURS DE RISQUE DE TRAUMATISMES**

### **7.1.1 Portée et limites des données**

Les facteurs de risque de traumatismes sont abordés ici sous l'angle d'une exposition à un risque quelconque et sous l'angle de l'utilisation de mesures de prévention. Comme dans

toute enquête interrogeant des personnes au sujet de leur propre comportement de prévention, on s'attend à ce que les réponses puissent être biaisées dans la direction des comportements les plus socialement acceptables. Il est donc probable que les taux déclarés d'utilisation de la ceinture de sécurité présentés dans ce chapitre, par exemple, soient supérieurs à ceux qui seraient observés dans ces communautés. Les questions de l'enquête Santé Québec 1987 comportaient les mêmes limites.

Quelques questions proviennent du questionnaire auto-administré de l'enquête Santé Québec 1987. Elles portent sur l'utilisation de véhicules à moteur, tels les automobiles, les camions et les véhicules tout terrain (VTT), ainsi que sur le port de la ceinture de sécurité (en auto ou en camion) et du casque protecteur lors de déplacements en VTT. Ces questions ont été posées aux personnes de 15 ans et plus. Elles ont été adaptées à la situation des Cris, tout en maintenant la comparabilité avec l'enquête de 1987, lorsque la chose était possible. Par exemple, le kilométrage parcouru a été remplacé par la fréquence d'utilisation du moyen de transport (comme mesure d'exposition au risque), et les questions sur l'utilisation de l'automobile et du camion ont été combinées, la fourgonnette étant davantage utilisée que l'automobile dans les communautés cries.

Plusieurs autres questions ont été créées pour aborder de nouveaux thèmes qui intéressaient plus spécifiquement la population crie. Les nouvelles questions ont tantôt été insérées dans le questionnaire individuel, telles celles portant sur les motoneiges et les embarcations, tantôt dans le questionnaire du ménage, telles celles portant sur les armes à feu et sur la présence de chiens non-vaccinés ou errants.

Pour les traumatismes liés aux noyades et au transport, les facteurs de risque sont exprimés en fonction de l'exposition, telle la fréquence des déplacements au moyen de ce mode de transport, et en fonction du port d'équipement de sécurité, tels la ceinture de sécurité en automobile et le casque protecteur en motoneige ou en VTT.

Les facteurs de risque pour chaque type d'accident sont examinés successivement par groupe d'âge, par sexe et par sous-région. Les villages sont aussi regroupés selon leur niveau d'«isolement». Ont été qualifiés d'isolés, les villages qui ne sont pas reliés en permanence au réseau routier québécois. Ce regroupement vise à étudier des villages plus homogènes quant à l'utilisation de leurs moyens de transport. On peut s'attendre à ce que les automobiles et les fourgonnettes soient davantage utilisées dans les communautés non-isolées, car ces dernières disposent d'un réseau routier plus étendu que les villages isolés.

Pour les facteurs de risque que constituent les armes à feu et la présence de chiens dans les villages, on a tenté de mesurer le degré d'exposition au risque de même que le niveau

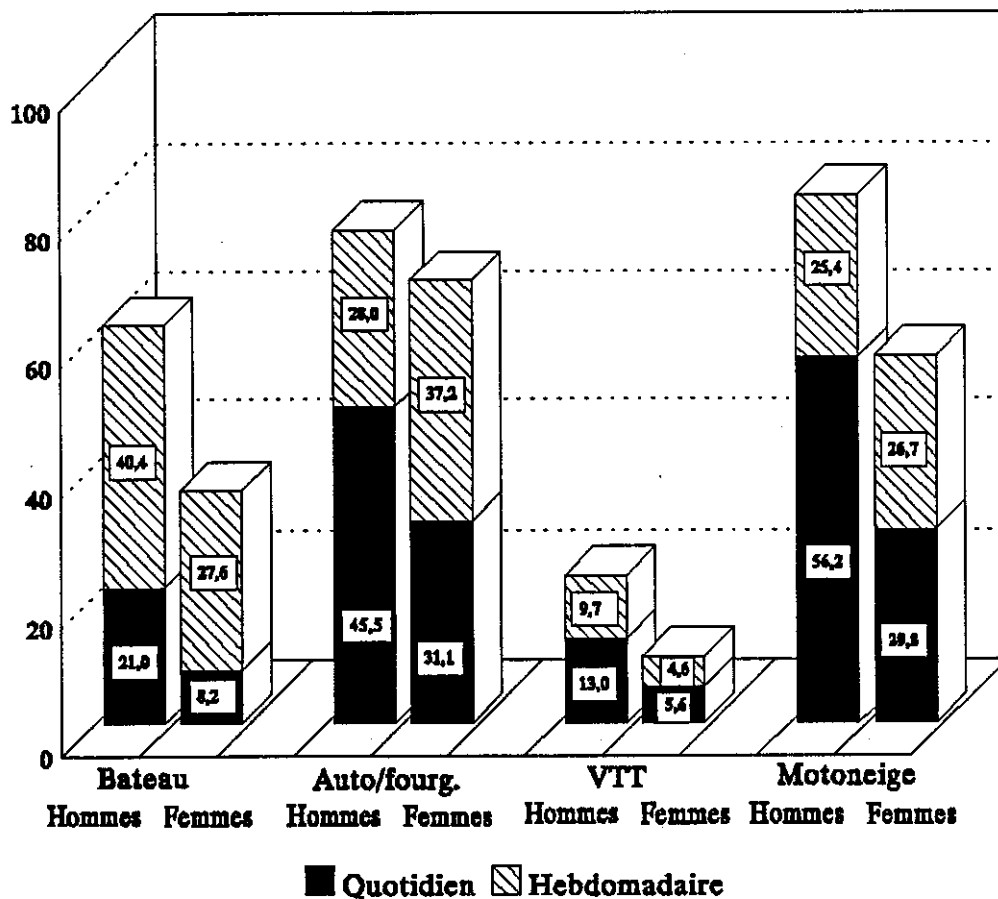
d'utilisation de mesures préventives. L'opinion du répondant du ménage quant à l'importance du problème des chiens errants dans la communauté s'ajoute à l'analyse.

### 7.1.2 Résultats

Les facteurs de risque liés aux divers modes de transport sont abordés en premier, suivis de ceux liés à l'utilisation des armes à feu et à la présence de chiens dans les villages.

## GRAPHIQUE 7.1

Utilisation quotidienne et hebdomadaire de véhicules selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

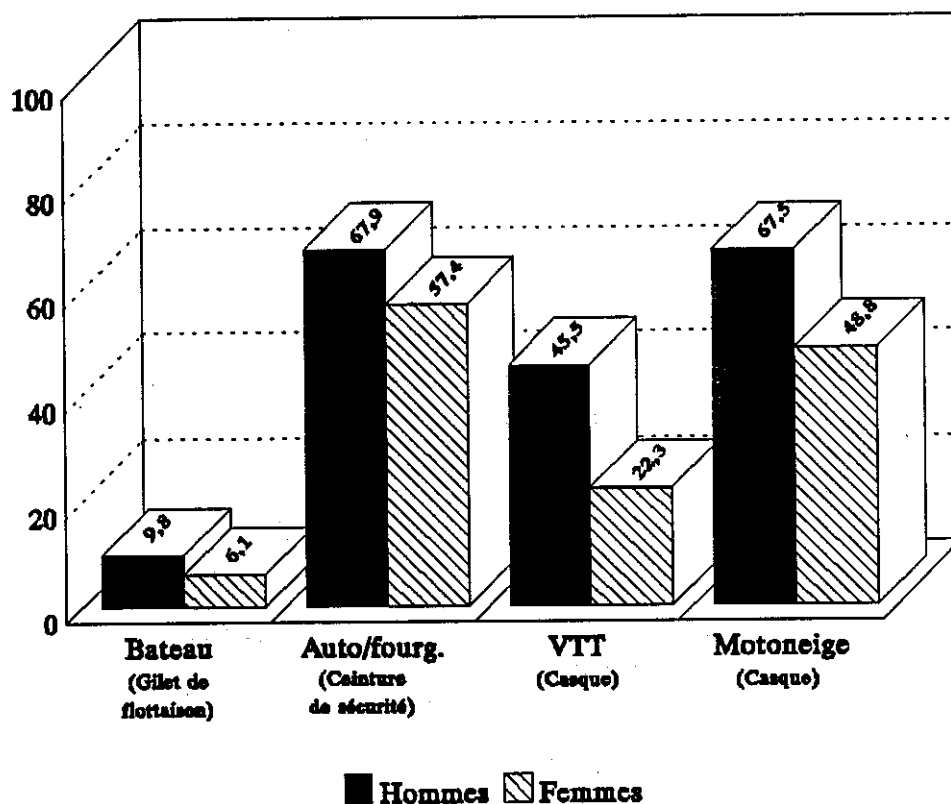


### 7.1.2.1 Transport par bateau

Les réponses à la question «Vous arrive-t-il de vous déplacer par bateau ?» révèlent que 91 % des Cris utilisent le bateau. La moitié (49 %) de la population utilise le bateau au moins une fois par semaine durant la portion de l'année où ce mode de transport est utilisable. Les hommes utilisent le bateau plus souvent que les femmes (graphique 7.1). La fréquence d'utilisation augmente avec l'âge, pour atteindre 63 % chez les 45-64 ans. Dans les villages intérieurs, 21 % des personnes ont dit utiliser quotidiennement une embarcation; dans les villages côtiers, deux fois moins de personnes en font une utilisation aussi fréquente (10 %). Les personnes qui font des séjours en forêt utilisent davantage le bateau que celles qui n'y vont pas.

## GRAPHIQUE 7.2

Port des dispositifs de sécurité\* liés au transport selon le sexe (%), population crie de 15 ans et plus, 1991



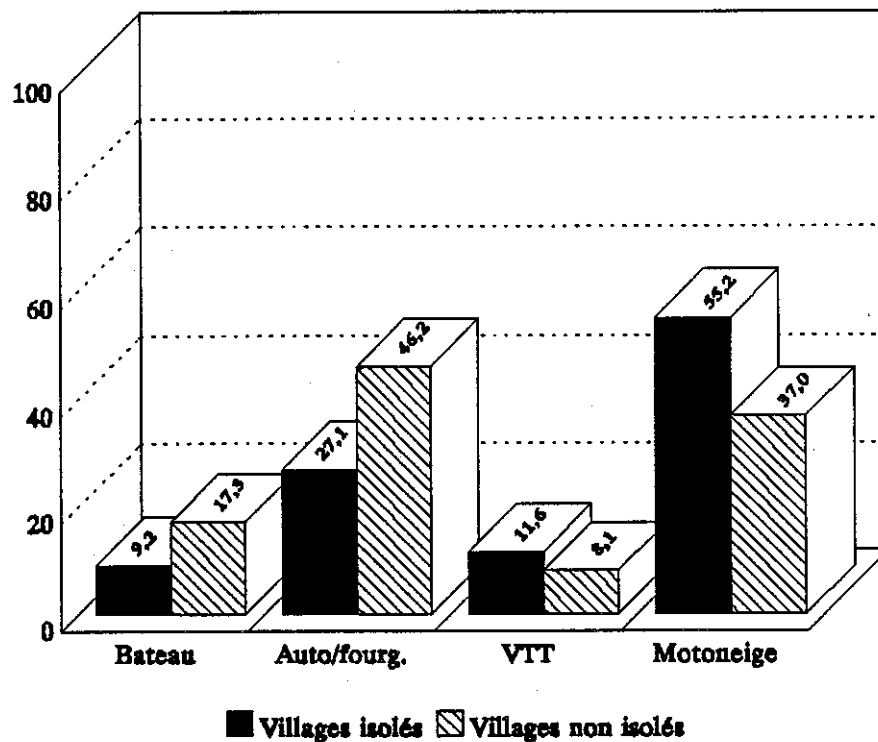
\* Toujours ou habituellement.

Le port du gilet de flottaison ne fait pas partie des habitudes de ceux qui voyagent par bateau. Seulement 8 % des personnes qui utilisent le bateau disent porter un gilet de flottaison « toujours » ou « habituellement ». Là encore, les femmes sont proportionnellement moins nombreuses que les hommes à utiliser ce moyen de prévention (6 % contre 10 % chez les hommes) (graphique 7.2).

L'utilité de savoir nager comme élément de prévention de noyade dans les régions du Nord fait l'objet de controverse. Il y a certes un risque d'hypothermie lors d'immersion involontaire dans les eaux glacées environnantes; toutefois, les circonstances des noyades dans les lacs ou les rivières sont encore trop mal connues pour nous permettre d'en juger. Interrogés à propos de leur capacité de nager, 45 % des Cris ont répondu positivement. Les hommes (68 %) sont trois fois plus nombreux que les femmes (21 %) à savoir nager, et la proportion de ceux qui savent nager est plus grande chez les jeunes. On sait davantage nager dans les villages intérieurs (58 %) que dans les villages côtiers (36 %).

### GRAPHIQUE 7.3

Utilisation quotidienne des véhicules selon l'isolement du village (%), population crie de 15 ans et plus, 1991



### 7.1.2.2 Transport par automobile ou fourgonnette

Le transport par automobile ou fourgonnette (incluant les camions) est plus souvent utilisé dans les villages qui sont reliés toute l'année au réseau routier québécois que dans ceux ne possédant qu'un réseau local durant l'été. Ainsi, seulement 27 % des habitants des villages isolés font une utilisation quotidienne des automobiles et des fourgonnettes tandis que ce pourcentage atteint 46 % dans les villages non-isolés (graphique 7.3).

Pour l'ensemble de la population crie, 40 % des individus font une utilisation quotidienne de ces véhicules. Les hommes sont plus nombreux que les femmes à en faire une utilisation quotidienne, soit 49 % contre 31 %. La fréquence d'utilisation paraît en outre être liée à l'âge. Elle atteint son maximum (59 %) dans le groupe d'âge 35-44 ans. Par ailleurs, les personnes ayant entrepris des études post-secondaires sont proportionnellement les plus nombreuses (72 %) à utiliser quotidiennement ces véhicules.

Interrogées quant au port de la ceinture de sécurité, 63 % des personnes qui circulent en auto ou en fourgonnette disent la porter «toujours» ou «habituellement». Les villages isolés, qui possèdent un réseau routier peu étendu, ont un taux de port de la ceinture (43 %) beaucoup plus faible que les villages reliés au réseau routier québécois (72 %) (graphique 7.4). Les hommes portent davantage la ceinture de sécurité (68 %) que les femmes (57 %) (graphique 7.2), et les jeunes de moins de 25 ans la portent moins souvent (49 %) que leurs aînés (71 %). Le port de la ceinture de sécurité est associé au fait d'être le conducteur du véhicule (83 %); nous savons par ailleurs que ce sont davantage les hommes que les femmes qui conduisent, et que les jeunes sont plus souvent passagers que conducteurs.

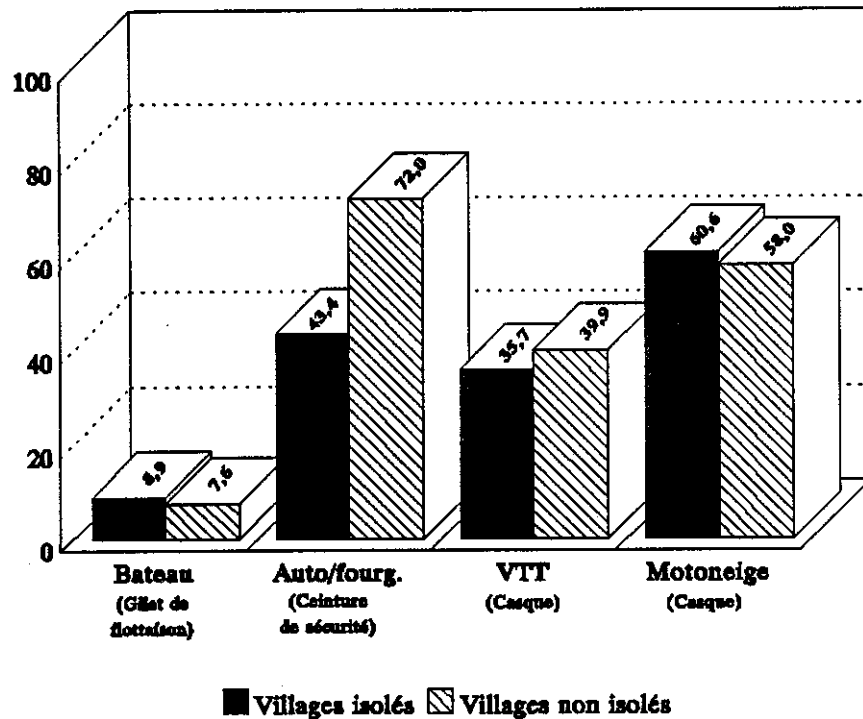
Dans l'enquête Santé Québec 1987, le port de la ceinture de sécurité rapporté était de 91 % en automobile et de 30 % en camion ou camionnette, et les femmes québécoises déclaraient plus souvent porter la ceinture de sécurité en automobile (94 %) que les hommes (89 %).

### 7.1.2.3 Transport par véhicule tout terrain

Près du tiers de la population crie (29 %) utilise des véhicules tout terrain (VTT), et près de 10 % en font une utilisation quotidienne. L'utilisation est un peu plus marquée dans les villages isolés. Les hommes sont deux fois plus nombreux que les femmes à utiliser le véhicule tout terrain, soit 40 % contre 18 %. La proportion des utilisateurs atteint 43 % chez les jeunes de 15 à 19 ans, puis elle décroît avec l'âge jusqu'à 15 % chez les personnes de 65 ans ou plus. Le questionnaire individuel n'étant administré qu'aux personnes de 15 ans et plus, la fréquence d'utilisation n'est pas disponible pour les plus jeunes. On sait toutefois que les jeunes de moins de 15 ans utilisent eux aussi les VTT puisque près de la moitié des décès liés à l'usage des VTT au Québec surviennent chez des enfants de moins de 15 ans (Bureau du coroner, 1990 et 1991).

## GRAPHIQUE 7.4

Port des dispositifs de sécurité\* liés au transport selon l'isolement du village (%), population cri de 15 ans et plus, 1991



\* Toujours ou habituellement.

Interrogés sur le port d'un casque de sécurité, 38 % des utilisateurs de véhicules tout terrain déclarent porter «toujours» ou «habituellement» le casque. La question ne distingue pas entre conducteurs et passagers. Les hommes cris sont proportionnellement plus nombreux à porter le casque (46 %) que les femmes (22 %) (graphique 7.2). Le casque est davantage utilisé dans les villages intérieurs (51 %) que dans les villages côtiers (30 %). Par ailleurs, 9 % de la population cri de quinze ans et plus utilise le VTT sur une base hebdomadaire ou plus fréquente sans porter de casque protecteur et est par conséquent plus à risque de traumatisme.

L'utilisation des véhicules tout terrain est plus élevée chez les Cris (29 %) qu'elle ne l'était dans le reste du Québec en 1987 (11 %). Par ailleurs, le port du casque est plus faible dans la population cri que chez les Québécois du sud, tant chez les hommes (46 % vs 53 %) que chez les femmes (22 % vs 44 %), et ceci, malgré le fait que le port du casque protecteur pour



les utilisateurs des VTT soit exigé par le code de la route du Québec depuis 1988. Bien que la tête ne soit pas la seule partie vulnérable lors d'un accident en VTT, l'utilisation d'un casque réduit la probabilité de décès ou de blessure grave à la tête d'environ 50 % chez les utilisateurs (Rogers, 1990).

#### **7.1.2.4 Transport par motoneige**

L'usage de la motoneige est généralisé dans la population crie de quinze ans et plus. Le taux global d'utilisation y est de 85 %. On note une légère diminution du taux d'utilisation à mesure que l'âge augmente. Pour 43 % de la population, et ce presque deux fois plus souvent chez les hommes (56 %) que chez les femmes (30 %), il s'agit d'une utilisation quotidienne (voir graphique 7.1). L'usage quotidien est toutefois plus élevé dans les villages isolés (55 %) que dans ceux reliés par route au reste du Québec (37 %), comme on le voit au graphique 7.3.

La majorité des personnes qui circulent en motoneige (59 %) ont répondu qu'elles portent «toujours» ou «habituellement» un casque protecteur. Le port du casque est plus répandu chez les hommes (68 %) que chez les femmes (49 %) (graphique 7.2); il paraît être plus fréquent chez les moins de 35 ans (68 %) et décroître dans les groupes plus âgés. Le port du casque est également plus répandu dans les villages intérieurs (68 %) que dans les villages côtiers (53 %).

Les motoneiges sont largement utilisées à l'extérieur des villages. Les mesures de sécurité suggèrent qu'un motoneigiste ne s'éloigne pas seul afin qu'un autre motoneigiste puisse aller chercher de l'aide en cas de panne ou d'accident. Cette précaution est peu suivie puisque le quart des motoneigistes indiquent qu'ils ne voyagent que «rarement» ou «jamais» accompagnés d'une autre motoneige. Les hommes sont plus enclins que les femmes à voyager seuls à l'extérieur des villages (30 % contre 17 %).

L'enquête révèle que 6 % de la population crie de 15 ans ou plus combine les facteurs de risque suivants : utilisation fréquente de la motoneige, absence de casque protecteur et circulation à l'extérieur du village sans être accompagné d'autres motoneigistes.

#### **7.1.2.5 Armes à feu**

La présence d'armes dans le ménage et le mode de rangement constituent des facteurs de risque de traumatismes intentionnels ou non-intentionnels qu'il importe de connaître. Les armes à feu font partie de la réalité quotidienne de la population crie. Elles sont présentes dans 93 % des ménages. Dans le tiers de ceux-ci (34 %), les armes sont «toujours» ou «habituellement» rangées sous clef.

Nous avons voulu savoir dans quelle mesure les ménages dont les armes à feu n'étaient que «rarement» ou «jamais» rangées sous clef comprenaient des enfants de 0 à 9 ans ou des adolescents de 10 à 14 ans. Dans 43 % des ménages cris, des armes qui ne sont pas rangées sous clef se trouvent sous le même toit que des enfants de moins de 10 ans. Dans 28 % des ménages, des adolescents de 10 à 14 ans vivent en présence d'armes à feu, rarement ou jamais rangées sous clef.

#### **7.1.2.6 Présence de chiens dans les villages**

Un des principaux facteurs de risque considérés ici est la présence de chiens non-vaccinés contre la rage. Parmi les ménages interrogés, 41 % ont déclaré posséder un chien. Parmi ces derniers, seulement 38 % pouvaient affirmer que tous leurs chiens avaient été vaccinés contre la rage au cours des trois dernières années. Plus de ménages possèdent des chiens dans les villages intérieurs (49 %) que dans les villages côtiers (34 %); les taux de vaccination y sont toutefois identiques.

Le répondant du ménage a été interrogé sur sa perception de l'importance du problème des chiens errants dans sa communauté. Le tiers des Cris (33 %) étaient d'avis qu'il s'agissait là d'un problème majeur alors que 16 % n'y voyaient pas de problème. Paradoxalement, c'est dans les villages côtiers, où moins de familles possèdent des chiens, que le problème est ressenti de façon plus aiguë. Il est possible que les chiens abandonnés soient plus nombreux dans ces villages. Il n'y a pas de différence dans la perception de la gravité du problème des chiens errants entre les ménages qui possèdent des chiens et ceux qui n'en possèdent pas.

## **7.2 TRAUMATISMES ET CONSÉQUENCES**

Quels types d'accidents surviennent dans la population crie et comment les traumatismes passés affectent-ils la vie quotidienne de chacun ? Dans un premier temps, nous décrivons les circonstances des accidents survenus au cours des 12 mois précédant l'entrevue et assez graves pour forcer à restreindre les activités habituelles. Nous examinerons ensuite les conséquences de tout traumatisme sur les activités courantes des victimes, ainsi que sur le nombre de consultations des professionnels de la santé ou autres intervenants.

### **7.2.1 Portée et limites des données**

L'analyse consiste à mesurer l'importance des traumatismes comme problèmes de santé et à en établir ainsi les taux selon le groupe d'âge, le sexe et la communauté. Les questions décrivant l'état de santé et ses conséquences proviennent du questionnaire du ménage de l'enquête Santé Québec 1987. Plusieurs sections ont été légèrement adaptées afin de les

rendre compatibles à la réalité de la population crie. De plus, étant donné les faibles effectifs et la rareté des événements étudiés, les analyses sont limitées et les résultats devront être interprétés avec prudence.

## 7.2.2 Résultats

Le taux de traumatismes survenus au cours de l'année précédente, et suffisamment graves pour avoir entraîné une restriction des activités habituelles durant au moins une journée, est de 39 pour 1 000. Le taux est de 53 pour 1 000 hommes et de 25 pour 1 000 femmes. Ces taux apparaissent relativement semblables à ceux que l'on observait pour le reste du Québec en 1987 (tableau 7.1); la comparaison porte toutefois sur des taux bruts, et ne tient pas compte de la structure par âge de la population. Chez les hommes cris, on observe le taux le plus élevé dans le groupe d'âge 15-34 ans (79 pour 1 000). Seize pour cent des personnes ayant été blessées au cours de la dernière année ont dû être hospitalisées.

### TABLEAU 7.1

Comparaison du taux brut de traumatismes ayant causé une restriction d'activités pour 1 000 habitants par année selon le sexe, population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987

	CRIS (1991)	QUÉBEC (1987)
HOMMES	53	59
FEMMES	25	36
TOTAL	39	47

Sources : Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991 et Santé Québec, 1987.

Le tableau 7.2 présente les circonstances des traumatismes. Le transport terrestre regroupe le plus grand nombre de traumatismes avec un taux de 12 pour 1 000 par année. Ceux-ci comprennent les traumatismes causés par les véhicules à deux roues, c'est-à-dire les motocyclettes et bicyclettes, les motoneiges, les automobiles, les fourgonnettes ou camions, et les véhicules tout terrain. Aucun traumatisme n'est lié au transport par bateau, ce qui suggère que le transport par bateau n'est pas une cause majeure de morbidité, bien que la noyade soit une source importante de mortalité (Courteau, 1989).

## TABLEAU 7.2

Traumatismes ayant causé une restriction d'activités au cours des 12 derniers mois pour 1 000 habitants par année selon les circonstances, population crie, 1991

CIRCONSTANCES D'ACCIDENTS	TAUX/1 000/AN
TRANSPORT TERRESTRE	12,0
• VÉHICULE À 2 ROUES	4,5
• MOTONEIGE	4,0
• AUTO/CAMION/FOURGONNETTE	3,0
• VÉHICULE TOUT TERRAIN	0,5
TRAVAIL	7,5
JEUX	7,0
CHUTES	7,0
BAGARRE	2,0
EMBARCATION	0,0
AUTRE	3,5
<b>TOTAL</b>	<b>39,0</b>

La plupart des traumatismes (68 %) ont lieu dans le village où réside la personne ayant été blessée, 22 % se produisent à l'extérieur d'un village et seulement 10 % dans un autre village. Le taux de traumatismes est plus élevé pour les résidents des communautés situées à l'intérieur (57 pour 1 000) que pour ceux des villages côtiers (26 pour 1 000).

C'est durant l'été que la plus forte proportion des traumatismes se produisent (41 %), suivi de l'hiver et du printemps (25 % et 24 %). Seulement 11 % des cas sont survenus durant l'automne.

Durant les deux semaines qui ont précédé l'entrevue, 277<sup>(1)</sup> personnes de tous âges ont dû garder le lit toute la journée ou presque pour des raisons de santé. De ces restrictions d'activités, 8 % étaient le résultat d'un traumatisme non-intentionnel récent ou ancien. Par ailleurs, parmi les 335<sup>(1)</sup> adultes identifiés comme ayant une restriction à long terme, 68, soit 20 %, ont attribué cette restriction à un accident, comparativement à 23 % pour le reste du Québec en 1987.

Au cours des deux semaines qui ont précédé l'entrevue, 1 617<sup>(1)</sup> personnes ont consulté un professionnel ou une autre personne de confiance pour une raison de santé. De ces

<sup>(1)</sup> Population estimée

consultations, 8 % sont liées à des traumatismes. Lors de l'enquête Santé Québec 1987, cette proportion se situait à 6 %.

Il se dégage de cette comparaison que la proportion des restrictions d'activités à court terme, des restrictions d'activités à long terme et des consultations pour raisons de santé dues à des traumatismes est assez semblable dans la population crie et dans l'ensemble du Québec.

## **7.3 CONCLUSION**

Après avoir rappelé les principaux résultats et soulevé des questions qui méritent d'être approfondies, nous discuterons sommairement de l'implication des résultats pour la planification et la prise de décision.

### **7.3.1 Synthèse et implications pour la planification**

Contrairement à ce qu'on a cru durant longtemps, les accidents et les traumatismes sont largement évitables. À mesure qu'on comprend mieux comment ils surviennent, on développe des moyens pour prévenir soit les accidents eux-mêmes, soit les traumatismes qui en résultent.

Plusieurs facteurs de risque de noyade sont présents dans la population crie. En effet, 91 % des personnes de 15 ans et plus voyagent par bateau, 55 % de celles-ci ne savent pas nager et 8 % seulement des personnes qui utilisent une embarcation portent alors un gilet de flottaison. La surmortalité par noyade dans la population crie est connue et une étude actuellement en cours cherche à établir les circonstances de ces noyades (Barss, 1992). Si les noyades surviennent lors de transport par bateau, il importe d'approfondir l'utilité des gilets de flottaison dans les régions propices à l'hypothermie, et, le cas échéant, d'en faire la promotion.

Seulement 63 % des Cris qui circulent en auto, camion ou fourgonnette disent porter toujours ou habituellement la ceinture de sécurité, comparativement à 91 % (en auto) et 30 % (en camion ou camionnette) pour le reste de la population québécoise cinq ans plus tôt. Étant donné l'efficacité de cette mesure pour prévenir des blessures graves lors d'un accident, il serait important de discuter avec le personnel des conseils de bande et les policiers locaux de la pertinence et de la faisabilité de promouvoir le port de la ceinture pour les passagers aussi bien que pour les conducteurs, et d'imposer des règlements locaux en ce sens. On pourrait mettre l'accent sur la promotion auprès des jeunes de 15 à 24 ans, dont 49 % seulement disent porter la ceinture.

Il a été démontré que l'alcool était présent dans 40 % des décès par véhicule à moteur aux États-Unis en 1991 (Insurance Institute for Highway Safety, 1992). On a en outre estimé que le risque de décès par kilomètre parcouru pourrait être huit fois plus élevé chez des conducteurs ivres que pour des conducteurs sobres (US Department of Health and Human Services, 1990b). Au moment où le réseau routier est à se développer autour de plusieurs des villages isolés, le problème de l'alcool au volant doit être considéré sérieusement.

En raison de la fréquence d'utilisation des VTT et des motoneiges et de la sous-utilisation des casques protecteurs, il faudrait également discuter avec le personnel local des moyens d'augmenter le recours à cette mesure dont l'efficacité a été démontrée.

Bien que les armes à feu soient présentes dans 93 % des ménages criés, dans les deux tiers d'entre eux, elles ne sont que rarement ou jamais rangées sous clé. Si les traumatismes liés aux armes à feu résultent d'une utilisation maladroite ou impulsive par des enfants ou des adolescents, un rangement sécuritaire se révèle être une mesure de prévention à considérer; il pourrait également contribuer à la réduction des tentatives de suicide.

Le tiers de la population est d'avis que les chiens errants constituent un problème majeur dans les communautés, et en outre, trois chiens domestiques sur cinq ne sont pas vaccinés contre la rage. Compte tenu de l'augmentation actuelle des cas de rage au Québec (Rivard, 1994), il faut accroître la proportion des chiens vaccinés dans les communautés criées.

### **7.3.2 Pistes de recherche**

Des études qualitatives devraient être effectuées dans chacune des communautés, avec la collaboration des autorités locales, afin d'identifier des moyens d'augmenter l'utilisation des équipements de sécurité reconnus comme efficaces.

Des enquêtes par observation, portant sur le taux d'utilisation des gilets de flottaison, des ceintures de sécurité, des sièges d'auto pour enfants et des casques, permettraient d'évaluer plus objectivement les taux d'utilisation d'équipements de sécurité conformes aux normes québécoises et canadiennes. En outre, il faudra obtenir davantage d'information sur les comportements d'utilisation des VTT et de la motoneige chez les enfants de moins de quinze ans.

Il a été démontré que les taux de mortalité des autochtones canadiens s'apparentent davantage à ceux des populations vivant à proximité des réserves qu'à ceux de l'ensemble du Canada (Mao et coll., 1992). Une comparaison des résultats de l'enquête dans la population criée avec ceux obtenus par Santé Québec dans les régions périphériques du Québec pourrait faire davantage ressortir la spécificité de la population criée en regard des traumatismes.

## 7.4 RÉFÉRENCES

- BAKER, S.P., O'NEIL, B., GINSBURG, M.J., LI, G. (1992). *The Injury Fact Book*, Second Edition, Oxford University Press, New York, 344 pages.
- BARSSP. (1992). *Comprehensive study of mortality and morbidity from unintentional and intentional injuries among the Cree of Northern Quebec*, Research proposal accepted by the Cree Health Board of Northern Quebec, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal, p. 1-37.
- BROWN, B., MASSÉ, R. (1991). «Orientation privilégiée en prévention des traumatismes», Chapitre 1 dans *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*, rédigé par un collectif d'auteurs sous la direction de Ginette Beaulne, Les Publications du Québec, Québec, 372 pages.
- BUREAU DU CORONER (1991). *Rapport annuel 1990*, Les Publications du Québec, Québec.
- BUREAU DU CORONER (1990). *Rapport annuel 1989*, Les Publications du Québec, Québec.
- CHOINIÈRE, R., ROBITAILLE, Y., DORVAL, D., SAUVAGEAU, Y. (1993). *Profil des traumatismes au Québec : disparités régionales et tendances de la mortalité (1976 à 1990) et des hospitalisations (1981 à 1990)*, gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, direction générale de la Santé publique.
- COURTEAU J-P. (1989). *Mortality among the James Bay Cree of Northern Quebec : 1982-1986*, A thesis submitted to the Faculty of Graduate Studies and Research in partial fulfilment of the requirements for the degree of Master of Science, Department of Epidemiology and Biostatistics, McGill University, Montreal, 121 pages.
- HADDON W. (1972). "A Logical Framework for Categorizing Highway Safety Phenomena and Activity", *Journal of Trauma*, vol. 12, p. 193-207.
- HISLOP, T.G., THRELFALL, W.S., GALLAGHER, R.P., BAND, P.R. (1987). "Accidental and Intentional Violent Deaths among British Columbia Native Indians", *Canadian Journal of Public Health*, 78 : 271-274.
- INSURANCE INSTITUTE FOR HIGHWAY SAFETY (1992). *Alcohol, Fatality Facts 1992*, Arlington, VA, États-Unis.
- MAO, Y., MOLOUGHNEY, B.W., SEMENCIW, R.W., MORRISON, H.I. (1992). "Indian Reserve and Registered Indian Mortality in Canada", *Revue Canadienne de Santé Publique*, 83 : 350-353.
- MAY P.A. (1992). "Alcohol Policy Consideration for Indian Reservations and Border Town Communities", *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, vol. 4, p. 5-59.
- MUIR, B. (1991). *L'état de santé des Indiens et des Inuit du Canada - 1990*, ministère de la Santé et du Bien-être du Canada, Ottawa, 58 pages.
- PELCHAT, Y., WILKINS, R. (1986). *Fréquentation hospitalière de la population autochtone de la Baie James 1981-82 à 1984-85*, DSC Hôpital général de Montréal, 75 pages.
- RIVARD, G. (1994). *Épidémiologie de la rage animale. Agriculture Canada : mandat légal, programme de contrôle, harmonisation avec la santé publique*. Communication présentée à Montréal dans le cadre du quatrième colloque

provincial en maladies infectieuses.

ROBITAILLE, Y., CHOINIÈRE, R., CAMIRAND, F. (1991). «Les traumatismes au Québec : leur importance sur le plan de la mortalité, de l'hospitalisation et de l'incapacité», Chapitre 2 dans *Les traumatismes au Québec : comprendre pour prévenir*, rédigé par un collectif d'auteurs sous la direction de Ginette Beaulne, Les Publications du Québec, Québec, 372 pages.

ROGERS GB. (1990). "The Effectiveness of Helmets in Reducing All-terrain Vehicle Injuries and Deaths", *Accident Analysis and Prevention*, 22 : 47-58.

SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les Publications du Québec, Québec, Tome 1, 337 pages et Tome 2, 103 pages.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1990a). *Indian Health Service, Trends in Indian Health 1990*, Division of Program Statistics, Office of Planning, Evaluation, and Legislation, Public Health Service, Department of Health and Human Services, Maryland.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (1990b). *Alcohol and Health, Public Health Service, Alcohol, drug abuse, and mental health administration, National Institute on Alcohol Abuse and Alcoholism, Rockville, Maryland, États-Unis, 289 pages.*

YOUNG TK (1983). "Mortality Pattern of Isolated Indians in Northwestern Ontario : A 10-year Review", *Public Health Report*, 98 : 467-475.



# **CHAPITRE 8**

## **SANTÉ MENTALE**

### **AUTEURS**

**RICHARD BOYER**  
CENTRE DE RECHERCHE FERNAND-SÉGUIN  
HÔPITAL LOUIS-H. LAFONTAINE

**MICHEL PRÉVILLE**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL MAISONNEUVE-ROSEMONT

**GILLES LÉGARÉ**  
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE  
HÔPITAL RÉGIONAL DE RIMOUSKI

### **LECTEURS**

**ABRAHAM BEARSKIN**  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

**ROSELYN FERGUSON**  
CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES SERVICES  
SOCIAUX DE LA BAIE JAMES

**ÉRIC GOURDEAU**  
GROUPE D'EXPERTS SUR LA SANTÉ MENTALE ET LES AUTOCHTONES  
POUR LE COMITÉ DE LA SANTÉ MENTALE DU QUÉBEC

**RAYMOND H. PRINCE**  
DÉPARTEMENT DE PSYCHIATRIE  
UNIVERSITÉ MCGILL

**SERGE DE VARENNES**  
SUICIDE - ACTION - MONTRÉAL

### **CONSULTANTE**

**CAROLINE OBLIN**  
MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

## **8.0 INTRODUCTION**

Il existe peu d'information sur l'état de santé mentale de la population crie de la Baie James. L'enquête sur la santé des Cris et des Inuits du Nouveau Québec réalisée en 1983-1984 (Foggin et Lauzon, 1987) s'est peu penchée sur ces problèmes. Lavallée et coll. (1991) ont étudié les raisons des consultations médicales liées à des problèmes de santé mentale sur le territoire cri pour la période 1986-1988. Cette étude rapporte les taux de prévalence de désordres mentaux traités dont les plus fréquents étaient la dépression chez les femmes et les troubles liés à l'alcool chez les hommes. Une telle étude fondée sur l'utilisation des services ne peut toutefois évaluer la fréquence réelle de troubles mentaux au sein de l'ensemble de la population. En s'adressant directement à un échantillon d'individus d'une population donnée, une enquête comme la présente permet aussi de rejoindre les gens qui ne consultent pas les services de santé.

Une étude récente dans le domaine de l'épidémiologie psychiatrique auprès de la population autochtone de la côte ouest des États-Unis a utilisé une approche qui s'apparente à celle de la présente enquête. Cette étude réalisée à l'aide d'entrevues en face à face montre une prévalence à vie des troubles affectifs qui se situe à 37 % chez les femmes et à 19 % chez les hommes. Bien que les prévalences observées lors de cette enquête soient inférieures à celles observées dans le même village dix-neuf années auparavant, les auteurs soulignent que les problèmes de santé mentale demeurent plus importants dans la population autochtone étudiée que dans la population générale des États-Unis (Kinzie et coll., 1993).

D'autre part, une étude de la mortalité observée de 1977 à 1982 chez les peuples autochtones du Canada (Mao et coll., 1986) montre que chez les hommes, le suicide vient au troisième rang parmi les principales causes de décès, et au cinquième rang chez les femmes. Si l'on compare aux autres Canadiens, les taux de suicide seraient plus de trois fois plus élevés chez les autochtones, et ce, tant chez les hommes que chez les femmes. Poursuivant ses travaux, l'équipe de Mao (1992) démontre que cette différence entre les taux de suicide chez les autochtones et chez les autres Canadiens se maintient même lorsque les autochtones sont comparés à des populations rurales isolées. Par contre, cet excès de la mortalité due au suicide n'a pas été observé chez les Cris au cours des périodes 1975-1981 (Robinson, 1985) et 1982-1986 (Courteau, 1989).

### **8.1 PORTÉE ET LIMITES DES DONNÉES**

Ce chapitre fait état de la santé mentale de la population crie estimée à l'aide de deux indicateurs : 1) la détresse psychologique sévère non spécifique et 2) les idées suicidaires et les tentatives de suicide (parasuicides).

Pour mesurer la détresse psychologique, on comptait utiliser soit l'indice de détresse psychologique développé et validé pour l'enquête Santé Québec 1987 (IDPESQ-29) (Santé Québec, 1988), lui-même fortement inspiré du Psychiatric Symptoms Index construit par Ilfeld (1976), soit une version abrégée du même indice comportant quatorze questions (IDPESQ-14), dont la fiabilité et la validité avaient également été démontrées pour les Québécois du sud. Une entrevue de groupe auprès de représentants de la communauté crie a permis de vérifier la validité de contenu des deux versions de l'échelle et de constater que certains éléments de l'IDPESQ-29, qui ne se retrouvaient pas dans l'IDPESQ-14, pouvaient être mal perçus ou mal compris de la population crie. Il a été décidé de retenir pour l'enquête la version abrégée de l'échelle. D'autre part, un des énoncés de l'échelle a été modifié suite à la discussion de groupe. La question «Combien de fois vous êtes-vous senti seul(e)» a été remplacée par «Combien de fois avez-vous ressenti le besoin de vous isoler ?», afin de considérer le fait que chez les Crie, d'après nos informateurs, le désir de s'isoler traduirait un sentiment dépressif. À ceci près, l'IDPESQ-CRI est identique à l'IDPESQ-14 et devrait permettre d'établir des comparaisons entre la population générale du Québec et la population crie.

L'IDPESQ-CRI se présente sous forme d'énoncés touchant divers aspects de la symptomatologie de la détresse psychologique (questions 84 à 97 du questionnaire confidentiel). Ces questions comportent quatre catégories de réponse auxquelles on accorde un poids différent selon la fréquence des symptômes au cours des sept derniers jours : jamais (0), de temps en temps (1), assez souvent (2) et très souvent (3). L'indice est calculé à partir de la somme des réponses et reporté sur 100.

L'IDPESQ-CRI appartient à une famille d'échelles qui définissent la santé mentale sur un continuum à l'aide de différences quantitatives de symptômes souvent expérimentés par les personnes souffrant d'un trouble de santé mentale. Bien qu'elles ne permettent pas d'établir la prévalence de désordres psychiatriques au sein de la population visée, les réponses recueillies par ces échelles donnent une mesure indirecte de la présence de désordres psychiatriques chez les répondants de l'enquête. Il est alors possible d'identifier les sous-groupes de la population les plus à risque de désordres mentaux. Nos analyses concernant la validité de construit et la consistance interne de la version de l'IDPESQ-CRI utilisée dans cette étude sont concordantes avec les résultats déjà rapportés pour la population générale du Québec (Préville et coll., 1992).

Comme dans l'enquête Santé Québec 1987, le niveau élevé de détresse psychologique parmi la population crie a été défini à partir du seuil correspondant au 80<sup>e</sup> percentile de la distribution de cet indice. L'instrument est donc utilisé relativement à cette population, tenant ainsi compte des variations interculturelles dans l'expression de certains phénomènes psychologiques.

Le choix du 80<sup>e</sup> percentile s'appuie, en outre, sur les résultats d'une importante étude épidémiologique menée dans la population américaine (Robins et Regier, 1992) rapportant une prévalence annuelle de 20 % pour l'ensemble des psychopathologies sélectionnées. De la même façon, nous considérons comme plus «à risque» les 20 % de la population adulte crie présentant le niveau le plus élevé de détresse psychologique.

Par ailleurs, les quatre questions se rapportant aux idéations suicidaires et aux tentatives de suicide (parasuicides) utilisées dans le cadre de l'enquête Santé Québec 1987 sont aussi utilisées dans l'enquête crie, et on les retrouve à la section XVI du questionnaire confidentiel. Afin d'éliminer l'ambiguïté attachée à l'expression «tentative de suicide», nous avons opté pour l'expression «parasuicide» afin de désigner l'ensemble des gestes suicidaires qui ne conduisent pas à un décès. En effet, dans le contexte d'une enquête générale sur la santé comme celle-ci, l'expression «tentative de suicide» n'est pas appropriée parce que l'intention de mourir est très difficile à établir et ce, d'autant plus que la présente enquête n'évalue pas la sévérité des gestes suicidaires rapportés.

La première question concernant les idéations suicidaires se lit comme suit : «Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie ?)». Dans l'affirmative, le répondant devait indiquer si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois. Une autre question demande : «Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie ?)». Dans le cas d'une réponse positive, le répondant devait indiquer si cela s'était produit au cours des 12 derniers mois. Cette approche permet donc d'estimer la prévalence des idéations suicidaires et des parasuicides au cours des 12 derniers mois et au cours de la vie.

Les idéations suicidaires et les parasuicides sont définies de façon à permettre des comparaisons avec les résultats rapportés dans le cadre de l'enquête Santé Québec 1987 (Boyer et coll., 1992) ainsi qu'avec ceux d'autres études traitant de façon distincte les idéations et les «tentatives de suicide». Deux variables ont été créées : 1) une variable dichotomique distinguant les personnes rapportant des idées suicidaires sans parasuicide comparativement aux répondants de l'enquête n'ayant rapporté aucune idéation et aucun parasuicide, et 2) une variable dichotomique distinguant les personnes rapportant un parasuicide (avec idéation) des répondants ne rapportant ni idéation ni parasuicide. En d'autres termes, on peut dire que les «idéatifs», tels que définis ici, n'englobent pas les individus ayant posé un geste suicidaire; par contre, le groupe des parasuicides regroupe les répondants rapportant tant des idéations suicidaires qu'un parasuicide.

La détresse psychologique, les idéations suicidaires et les parasuicides sont étudiés en fonction de plusieurs variables sociodémographiques, des événements stressants perçus au cours des 12 derniers mois, de la présence d'amis, de la satisfaction du répondant vis-à-vis ses relations

avec les autres membres de la communauté et de la consommation d'alcool. La détresse psychologique est aussi évaluée en relation avec les idéations suicidaires et les parasuicides.

## 8.2 RÉSULTATS

### 8.2.1 Facteurs associés à la détresse psychologique

Les données de cette enquête indiquent que les 15-44 ans sont proportionnellement beaucoup plus nombreux que leurs aînés à présenter un niveau élevé de détresse psychologique (tableau 8.1), et ceci est particulièrement marqué chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans. Il n'existe toutefois pas de différence statistiquement significative selon le sexe quant à la prévalence de détresse psychologique élevée, que ce soit pour l'ensemble de la population ou dans chacun des groupes d'âge.

**TABLEAU 8.1**

**Proportion de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon le sexe et l'âge (%), population crie de 15 ans et plus, 1991**

GROUPE D'ÂGE	SEXE		HOMMES		FEMMES		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
15-24 ANS	21,8	231	32,5	358	27,2	590		
25-44 ANS	20,7	240	20,8	226	20,7	466		
45-64 ANS	2,7	14	5,5	31	4,2	45		
65 ANS ET PLUS	0,0	0	3,4	8	1,7	8		
TOTAL	16,3	485	21,0	623	18,6	1 109		

Par ailleurs, le niveau de détresse psychologique semble relié à divers facteurs sociodémographiques (tableau 8.2). De façon générale, les Cris n'ayant jamais été mariés présentent une fréquence de détresse psychologique près de deux fois plus grande que celle observée chez les Cris mariés. Si l'on contrôle selon le sexe, cette différence ne demeure significative que chez les femmes.

Les Cris ayant une scolarité de niveau secondaire et plus présentent un niveau élevé de détresse psychologique trois fois plus souvent que les Cris ne possédant qu'une scolarité de niveau primaire (environ 25 % et 8 % respectivement), et cette association est particulièrement présente chez les personnes de plus de 25 ans.

Les personnes occupant des emplois de professionnels ou de cols blancs présentent aussi un niveau élevé de détresse psychologique dans une plus grande proportion (24 %) que celle observée chez ceux qui exercent le métier de trappeur (9 %). Enfin, 26 % des Cris exprimant une insatisfaction par rapport à leurs relations avec les autres membres de la communauté présentent un niveau élevé de détresse psychologique, comparativement à 11 % seulement chez ceux qui se disent très satisfaits de leurs relations avec les autres.

**TABEAU 8.2**

**Proportion de personnes présentant un niveau élevé de détresse psychologique selon diverses caractéristiques sociodémographiques (%), population crie de 15 ans et plus, 1991**

CARACTÉRISTIQUES SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES	NIVEAU ÉLEVÉ DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE	
	%	Pe
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>		
• MARIÉ(E)	14,9	490
• SÉPARÉ(E)/DIVORCÉ(E)	26,0	14
• VEUF/VEUVE	3,1	8
• CÉLIBATAIRE	25,1	588
<b>SCOLARITÉ</b>		
• PRIMAIRE	7,6	158
• SECONDAIRE	24,9	857
• POST-SECONDAIRE	23,0	93
<b>TYPE D'OCCUPATION</b>		
• PROF/CADRE/COL BLANC	24,2	437
• COL BLEU/AUTONOME	18,0	162
• TRAPPEUR	8,9	116
• TIENT MAISON	15,2	113
• NE TRAVAILLE PAS	22,4	263
<b>SATISFACTION FACE À LA COMMUNAUTÉ</b>		
• TRÈS SATISFAIT	10,6	291
• MOYENNEMENT SATISFAIT, INSATISFAIT OU TRÈS INSATISFAIT	26,2	784

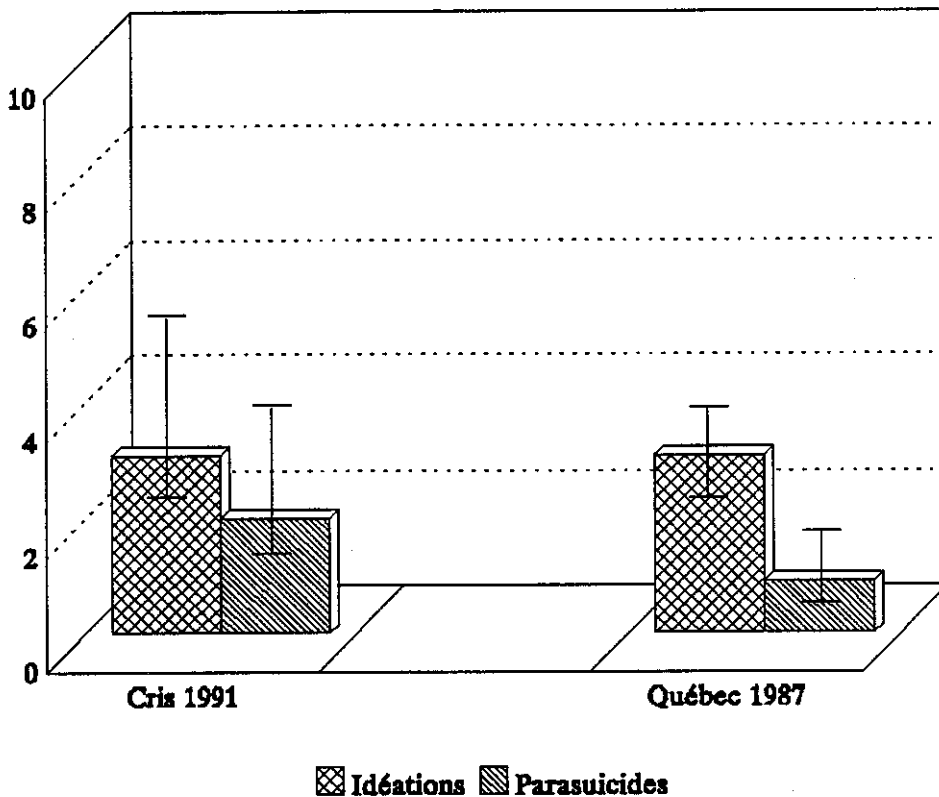
### 8.2.2 Idéations suicidaires et parasuicides

Le graphique 8.1 illustre la prévalence des idéations suicidaires et des parasuicides au cours des 12 mois ayant précédé l'enquête. Trois pour cent des Cris rapportent avoir sérieusement

pensé au suicide au cours de l'année mais sans passer à l'acte alors que pour la même période, 2 % témoignent d'un parasuicide. Même après standardisation, ces taux ne sont pas statistiquement différents de ceux observés pour le reste du Québec en 1987.

### GRAPHIQUE 8.1

Prévalence des idéations suicidaires et des parasuicides aux cours des 12 mois précédant l'enquête (%), population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987

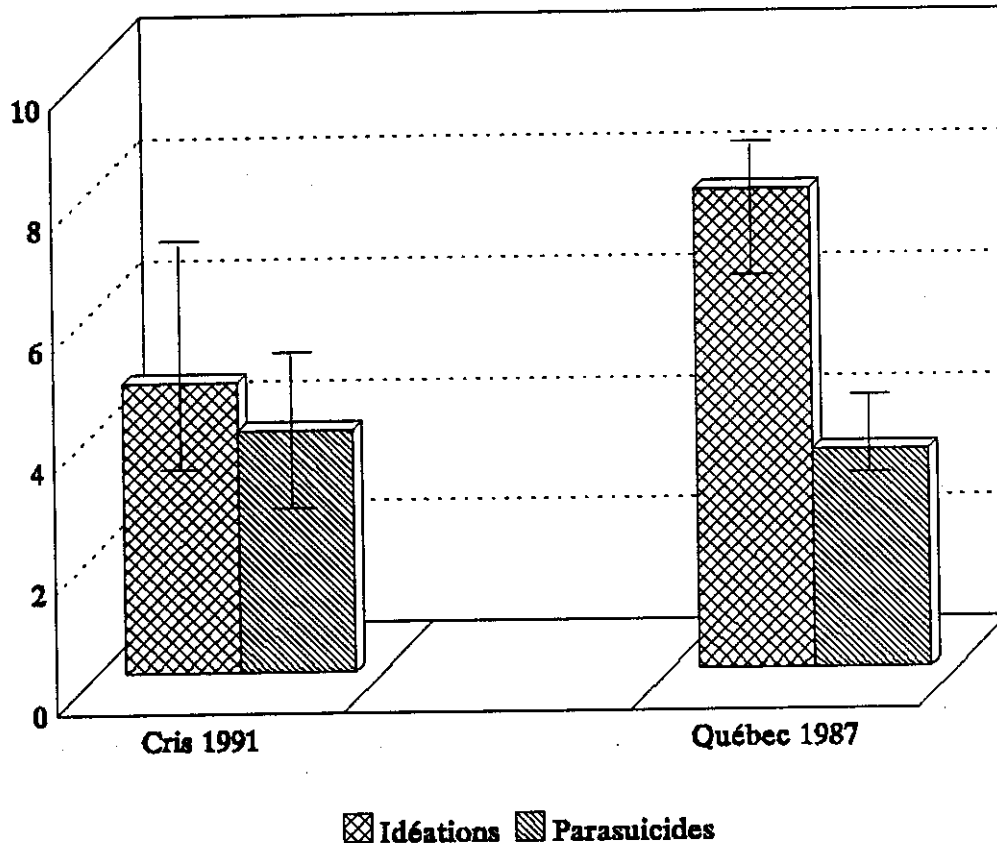


Note : Les barres verticales correspondent aux intervalles de confiance de chacun des taux.

Lorsqu'on analyse la prévalence des idéations et des parasuicides au cours de la vie (graphique 8.2), près de 5 % des personnes disent avoir déjà pensé au suicide et 4 % déclarent avoir déjà tenté de se suicider. Lorsqu'on standardise pour l'âge, on observe sur le plan des idéations à vie un taux significativement plus bas chez les Cris que pour le reste du Québec.

## GRAPHIQUE 8.2

Prévalence des idéations suicidaires et des parasuicides à vie (%),  
population crie de 15 ans et plus, 1991 et Québec, 1987



Note : Les barres verticales correspondent aux intervalles de confiance de chacun des taux.

Lorsqu'on considère les idéations au cours des 12 mois avant l'enquête, on ne peut mettre en évidence aucune différence significative entre les hommes et les femmes, ni pour aucune autre des caractéristiques sociodémographiques à l'étude. Par contre, la détresse psychologique est associée aux idéations suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau 8.3). En effet, 8 % des individus ayant un niveau élevé de détresse psychologique rapportent des idéations suicidaires, comparativement à 2 % chez les personnes présentant un niveau moindre de symptômes de détresse.



### TABLEAU 8.3

Prévalence des idéations suicidaires au cours des 12 mois précédant l'enquête selon le niveau de détresse psychologique (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	IDÉATIONS SUICIDAIRES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	
	%	Pe
<b>NIVEAU DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE</b>		
• NORMAL	2,0	93
• ÉLEVÉ	8,4	91

On observe le même phénomène en ce qui concerne les parasuicides au cours des 12 derniers mois (tableau 8.4). Les personnes ayant des niveaux élevés de détresse psychologique rapportent 12 fois plus de gestes suicidaires (9 %) que les Crie sans détresse sévère (0,7 %). D'autre part, 3 % des personnes de 15 à 44 ans disent avoir tenté de se suicider au cours des 12 mois précédant l'enquête, alors qu'aucun parasuicide n'est enregistré chez leurs aînés.

### TABLEAU 8.4

Prévalence des parasuicides au cours des 12 mois précédant l'enquête selon l'âge et le niveau de détresse psychologique (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	PARASUICIDES AU COURS DES 12 DERNIERS MOIS	
	%	Pe
<b>GROUPE D'ÂGE</b>		
• 15-44 ANS	2,8	112
• 45 ANS ET PLUS	0,0	0
<b>NIVEAU DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE</b>		
• NORMAL	0,7	34
• ÉLEVÉ	8,8	78

En ce qui concerne les idéations suicidaires au cours de la vie, on n'observe pas de différence significative selon l'âge ou le sexe. Comme on peut le constater au tableau 8.5, les personnes rapportant un niveau moyen ou élevé de stress selon l'échelle des événements stressants au

cours des 12 derniers mois sont proportionnellement plus nombreuses à avoir pensé au suicide (10 %) que les personnes ne rapportant aucun stress (3 %). Ces événements stressants, étudiés au chapitre 4 incluent le décès d'un proche, un déménagement loin de la famille, une maladie grave dans le foyer, et ainsi de suite (tableau 4.8). Par ailleurs, les individus présentant un niveau élevé de détresse psychologique sont aussi plus nombreux à mentionner avoir eu des idéations suicidaires au cours de leur vie (13 %) que ceux qui ne présentent pas de détresse sévère (3 %). Cette relation, bien que faisant référence à des périodes différentes dans le temps, témoigne en partie de l'aspect chronique de la détresse psychologique.

**TABLEAU 8.5**

**Prévalence des idéations suicidaires au cours de la vie selon le niveau de stress et le niveau de détresse psychologique (%), population crie de 15 ans et plus, 1991**

	IDÉATIONS SUICIDAIRES AU COURS DE LA VIE	
	%	Pe
<b>NIVEAU DE STRESS (SELON L'INDICE D'ÉVÉNEMENTS STRESSANTS)</b>		
• AUCUN	3,2	97
• FAIBLE	1,9	23
• MOYEN ET ÉLEVÉ	9,9	162
<b>NIVEAU DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE</b>		
• NORMAL	3,0	142
• ÉLEVÉ	12,6	136

Parmi les informateurs de moins de 45 ans, 5 % rapportent un parasuicide au cours de leur vie, alors que les personnes plus âgées ne témoignent d'aucun parasuicide (tableau 8.6). Les personnes célibataires mentionnent plus de parasuicides à vie (7 %) que les gens mariés (2 %)<sup>(1)</sup>. Le niveau de scolarité semble aussi associé aux gestes suicidaires, puisque les personnes ayant un niveau de scolarité secondaire rapportent huit fois plus de parasuicides (6 %) que les personnes ayant un niveau d'éducation primaire (0,7 %). On note aussi des associations significatives entre les parasuicides au cours de la vie et la détresse psychologique au cours des sept derniers jours, puisque 14 % des personnes qui ont un niveau de détresse psychologique élevé, comparativement à 2 % des autres, affirment avoir déjà pensé à se suicider. Enfin, 10 % des personnes qui disent prendre en moyenne dix

<sup>(1)</sup> Bien que 9 % des personnes séparées ou divorcées rapportent des parasuicides, leur effectif est trop faible pour être concluant (Pe : 5)

consommations d'alcool ou plus lorsqu'elles boivent disent avoir déjà tenté de se suicider, comparativement à 2 % seulement des personnes qui ne consomment pas d'alcool. Pour chacune de ces variables, toutefois, l'âge peut être un facteur confondant.

## TABLEAU 8.6

Prévalence des parasuicides au cours de la vie selon l'âge, le statut matrimonial, la scolarité, le niveau de détresse psychologique et la consommation d'alcool (%), population crie de 15 ans et plus, 1991

	PARASUICIDES AU COURS DE LA VIE	
	%	Pe
<b>GROUPE D'ÂGE</b>		
• 15-44 ANS	5,4	226
• 45 ANS ET PLUS	0,0	0
<b>STATUT MATRIMONIAL</b>		
• MARIÉ(E)	1,8	58
• SÉPARÉ(E)/DIVORCÉ(E)	9,4	5
• VEUF/VEUVE	0,0	0
• CÉLIBATAIRE	7,3	164
<b>SCOLARITÉ</b>		
• PRIMAIRE	0,7	15
• SECONDAIRE	5,7	186
• POST-SECONDAIRE	6,6	26
<b>NIVEAU DE DÉTRESSE PSYCHOLOGIQUE</b>		
• NORMAL	2,1	98
• ÉLEVÉ	13,6	128
<b>CONSOMMATION MOYENNE D'ALCOOL PAR OCCASION</b>		
• 0 CONSOMMATION	1,7	27
• 1 À 9 CONSOMMATION(S)	6,3	91
• 10 CONSOMMATIONS ET PLUS	10,0	84

## 8.3 CONCLUSION

### 8.3.1 Synthèse

Le niveau de détresse psychologique observé chez les Cris est relié à des facteurs d'ordre socioculturel. Les Cris ayant une scolarité secondaire ou post-secondaire ou occupant des

emplois de professionnels ou de cols blancs présentent un niveau élevé de détresse psychologique. Tous ces facteurs sont liés à l'âge, c'est-à-dire que le niveau de détresse psychologique est particulièrement élevé chez les jeunes de 15 à 24 ans.

Les prévalences d'idéations et de parasuicides chez les Cris ne diffèrent pas de celles rapportées dans le cadre de l'enquête Santé Québec 1987, sauf en ce qui concerne les idéations à vie qui semblent être moins fréquentes chez les Cris.

Les idéations suicidaires apparaissent reliées à la détresse psychologique et au niveau de stress rapporté. Quant aux parasuicides, ils sont rapportés principalement par les personnes de moins de 45 ans, les célibataires, les personnes les plus scolarisées, les individus exprimant plus de détresse psychologique et ceux qui font une consommation abusive d'alcool. Notons que les parasuicides au cours des 12 derniers mois sont 13 fois plus fréquents chez les Cris ayant un taux élevé de détresse psychologique. Cette association est également souvent observée dans d'autres populations, y inclus les non autochtones.

### **8.3.2 Pistes de recherche**

Les différences observées entre les jeunes et leurs aînés sont possiblement liées à un phénomène d'acculturation. En effet, la remise en question des valeurs par la jeune génération, liée au choc entre deux cultures, pourrait contribuer à l'apparition de détresse psychologique et d'idéations ou de gestes suicidaires. Toutefois, cette hypothèse se doit d'être vérifiée systématiquement.

### **8.3.3 Implications pour la planification**

Ces résultats sur la détresse psychologique et le phénomène parasuicide donnent aux planificateurs et aux intervenants dans les domaines de la santé mentale et de la prévention du suicide une vision plus précise de l'étendue de ces phénomènes dans la population crie et permettent d'identifier certains sous-groupes auprès desquels intervenir. Soulignons en particulier la nécessité d'une intervention en prévention du suicide chez les jeunes, qui semblent constituer, chez les Cris comme dans le reste du Québec, une clientèle particulièrement à risque dans ce domaine. Enfin, les données recueillies permettent d'établir des valeurs normatives de détresse psychologique pour la population crie auxquelles les intervenants et planificateurs pourront référer afin de comparer diverses sous-populations à l'ensemble des Cris (Boyer et coll., 1993).

## 8.4 RÉFÉRENCES

- BOYER, R., PRÉVILLE, M., PERREAU, C., LÉGARÉ, G. (1992). *L'épidémiologie des parasuicides et des idéations suicidaires*, Les cahiers de recherche, enquête Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- BOYER, R., PRÉVILLE, M., LÉGARÉ, G., VALOIS, P. (1993). La détresse psychologique dans la population du Québec non-institutionnalisée : résultats normatifs de l'enquête Santé Québec, *Revue canadienne de psychiatrie*, vol. 38, p. 339-343.7
- COOPER, M., CORRADO, R., KARLBERG, A.M., PELLETIER ADAMS, L. (1992). "Aboriginal suicide in British Columbia : An overview", *Canada's Mental Health*, vol. 40, no 3, p. 19-23.
- COURTEAU, J.P. (1989). *Mortality Among the James Bay Cree of Northern Quebec : 1982-1986*, M. Sc. thesis, Department of Epidemiology and Biostatistics, Mc Gill University, Montreal, 121 p.
- FOGGIN, P., LAUZON, H. (1987). *Etat de santé et facteurs de risque : les Cris du Nord québécois*, Département de géographie, Université de Montréal, 108 p.
- ILFELD, F.W. (1978). "Further Validation of a Psychiatric Symptom Index in a Normal Population", *Psychological Report*, vol. 39, p. 1215-1228.
- KINZIE, J.D. ET COLL. (1993). "Psychiatric epidemiology of an Indian village, A 19-year replication study", *The Journal of Nervous and Mental Disease*, vol. 180, no 1, p. 33-39.
- LAVALLÉE, C., ROBINSON, E., LAVERDURE, J. (1991). «Description de la clientèle et des services de santé mentale au sein de la population crie du nord québécois», *Santé Culture Health*, vol. VIII, no 3, 265-283.
- MAO, Y., MORRISON, H.I., SEMENCIW, R.M., WINGLE, D. (1986). "Mortality on Canadian Indian reserves 1977-1982", *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 77, no 4, p. 263-268.
- MAO, Y., MOLOUGHNEY, B.W., SEMENCIW, R.M., MORRISON, H.I. (1992). "Indian reserve and registered indian mortality in Canada", *Revue Canadienne de Santé Publique*, vol. 83, no 5, p. 350-356.
- PRÉVILLE, M., BOYER, R., POTVIN, L. (1992). *La détresse psychologique : déterminant de la fiabilité et de la validité de la mesure utilisée dans l'enquête Santé Québec*, Les cahiers de recherche, enquête Santé Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux.
- ROBINS, L.N., REGIER, D.A. (1992). *Psychiatric Disorders in America : The Epidemiologic Catchment Area Study*, The Free Press.
- ROBINSON, E. (1985). "Mortality Among the James Bay Cree, Quebec 1975-1982", *Circumpolar Health* 84, Fortune, R. (ed.), Washington Press, Seattle and London, p. 166-169.
- SANTÉ QUÉBEC (1988). *Et la santé ça va ? : Rapport de l'enquête Santé Québec 1987*, Les publications du Québec.

## **CONCLUSION GÉNÉRALE**

**AUTEUR**

**ELIZABETH ROBINSON  
MODULE DU NORD QUÉBÉCOIS  
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL**

L'enquête sur la santé des Cris de la Baie James révèle un portrait qui présente des similitudes avec le sud du Québec, mais aussi certaines différences. Ceci s'applique autant aux jeunes Cris qu'à leurs aînés, ainsi qu'aux villages de l'intérieur et à ceux de la côte. Le résumé qui suit met en lumière ces particularités et fait le lien entre les informations révélées par les différents chapitres, chacun ayant été rédigé par une équipe différente d'auteurs. Certaines implications de ces résultats pour la prise de décision sont également identifiées.

## **9.0 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS**

Certains problèmes de santé sont plus fréquents parmi les Cris que parmi les Québécois du sud. Il en est ainsi pour le diabète (prévalence rapportée d'environ 10 % versus 5 %), l'hypertension artérielle parmi les femmes, l'obésité, et le tabagisme parmi les jeunes (61 % des Cris de 15 à 24 ans fument, contre 31 % dans le sud). Comparativement aux Québécois du sud, on a aussi observé une sous-utilisation des mesures de sécurité dans les transports, par exemple le port de la ceinture de sécurité et du casque. De plus, les femmes crient auraient moins fréquemment recours aux examens préventifs tels que le test de Pap et l'examen des seins, et les hommes crient, moins fréquemment recours à la mesure de leur tension artérielle.

Par contre, les Cris semblent rapporter moins de problèmes de santé divers et moins d'incapacité à long terme. Leur niveau de cholestérol est moins élevé en moyenne que celui des autres Québécois. La moitié des Cris déclarent ne pas consommer d'alcool du tout, comparativement à seulement 20 % des autres Québécois. Autre fait encourageant, 28 % des adultes ont cessé de boire depuis au moins un an.

Cependant, quand ils boivent, la plupart des Cris consomment de grandes quantités d'alcool, soit cinq consommations ou plus. Plus de jeunes Cris consomment de l'alcool que leurs aînés et 35 % des résidents des villages intérieurs disent boire régulièrement, comparativement à 21 % dans les villages côtiers. Il serait intéressant de voir si ces observations correspondent à la perception des intervenants en prévention d'abus d'alcool sur le territoire.

Les jeunes fument plus la cigarette que leurs aînés. En outre, 33 % des jeunes hommes crient de 15 à 19 ans et 45 % des hommes de 20 à 24 ans déclarent avoir utilisé de la marijuana ou du haschisch dans les 12 mois précédant l'enquête. De plus, 12 % des hommes de ce dernier groupe d'âge ont consommé de la cocaïne ou du crack au cours de cette même période. Chez ceux qui consomment de la drogue plus d'une fois par semaine, les femmes sont deux fois moins nombreuses que les hommes.

Le fait de vivre dans une région nordique et peu peuplée mène à l'utilisation plus fréquente de moyens de transport tels que la motoneige et le véhicule tout-terrain. Même si ces habitudes exposent la population à des risques particuliers, seulement 59 % des Cris rapportent utiliser un casque en motoneige, et 38 % d'entre eux, en véhicule tout-terrain.

Des armes à feu sont présentes dans 93 % des ménages cris, mais seulement un tiers des ménages rapportent garder les armes à feu sous clé la plupart du temps. On peut croire que si les armes n'étaient pas si facilement accessibles, il y aurait peut-être moins d'accidents et de tentatives de suicide.

En effet, la consommation d'alcool et de drogue combinée aux problèmes de sécurité dans les transports et à l'utilisation fréquente d'armes à feu peut conduire à un risque accru de traumatismes et de décès chez les Cris.

Des comparaisons entre les sous-groupes au sein de la population crie montrent que les jeunes Cris rapportent un niveau plus élevé de détresse psychologique que leurs aînés, tandis que, ailleurs au Québec, les niveaux de détresse sont semblables à travers tous les groupes d'âge. Aucun Cri de plus de 45 ans n'a rapporté avoir tenté de se suicider dans les 12 mois précédant l'enquête et très peu ont déclaré avoir consommé de la drogue durant la même période. Bien que la fréquence des idées et des tentatives suicidaires chez les jeunes soit semblable à celle des autres Québécois, ces problèmes demeurent préoccupants pour les Cris.

Les aînés disent avoir plus d'amis que les jeunes. Par contre, les femmes cries déclarent en avoir moins. Elles sont aussi moins satisfaites que les hommes de leurs relations avec d'autres personnes du village. D'autre part, elles rapportent plus de problèmes de santé que les hommes et le diabète est plus fréquent parmi elles.

Tel que mentionné, plus de résidents des villages intérieurs consomment de l'alcool régulièrement et ils sont plus nombreux à prendre cinq consommations ou plus par occasion. L'abus de l'alcool y est perçu comme un problème sérieux par 88 % de la population, comparativement à 78 % dans les villages côtiers. Une plus grande proportion des résidents des villages intérieurs que de résidents des villages côtiers évaluent les divers problèmes sociaux (délinquance juvénile, consommation de drogues, manque de respect envers les aînés...) comme étant très sérieux dans leur communauté. Pour leur part, les résidents des villages côtiers mentionnent pouvoir compter sur plus de personnes s'ils ont un problème, et sont plus satisfaits de leurs relations avec les autres personnes du village.

Auparavant moins fréquentes chez les Cris et d'autres peuples autochtones, les maladies cardiovasculaires sont en croissance au sein de ces populations. L'enquête a permis d'établir un portrait des risques différent de celui des autres Québécois : le diabète déclaré, l'obésité et l'hypertension, surtout chez les femmes, y sont particulièrement importants. Les habitudes alimentaires jouent un rôle clé dans l'étiologie et la prévention des maladies cardiovasculaires. Les résultats du rappel alimentaire de 24 heures qui seront publiés dans un rapport ultérieur permettront de compléter ce portrait. L'impact des différents facteurs de risque a été bien



documenté au sein des populations non-autochtones. On peut cependant assumer que le risque associé aux maladies cardiovasculaires est tout aussi important chez les Cris.

## **9.1 IMPLICATIONS POUR LA PRISE DE DÉCISION**

Cette enquête a mis en lumière différents aspects de la santé de la population crie. La diffusion des résultats de ce rapport dans chaque communauté devrait permettre la discussion sur des questions telles que : Quels sont les problèmes sociaux et de santé les plus importants dans la région ? Pour quels problèmes existent-ils des moyens efficaces de prévention et de contrôle ? Comment met-on au point les services et les programmes afin de mieux répondre aux besoins identifiés dans cette enquête et ailleurs ? Finalement, quels problèmes, services et programmes devraient être considérés comme prioritaires dans la région ? Un effort concerté de l'ensemble de la communauté (conseil de bandes, écoles, regroupements de femmes et de jeunes, conseil des aînés, etc.) est essentiel au développement de services de santé efficaces pour améliorer la santé et le bien-être de la population crie.

**ANNEXE 1**

**LISTE DES COLLABORATEURS  
À L'ENQUÊTE**

## **LISTE DES COLLABORATEURS ET COLLABORATRICES À L'ENQUÊTE<sup>(1)</sup>**

---

### **Membres du comité d'orientation de l'enquête**

---

Helen Atkinson	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
May Clarkson	Direction de la planification Ministère de la Santé et des Services sociaux
Daniel Cousineau	Département de santé communautaire Hôpital Hôtel-Dieu de Saint-Jérôme
Carole Daveluy	Santé Québec
Aline Émond	Santé Québec
Peter Foggin	Département de géographie Université de Montréal
Louise Guyon	Santé Québec
Claudette Lavallée	Module du Nord québécois Hôpital général de Montréal
Elizabeth Robinson	Module du Nord québécois Hôpital général de Montréal
Manon Rouleau	Direction de la méthodologie Bureau de la statistique du Québec
Richard Saint-Jean	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
Françoise Tarte	Direction de la méthodologie Bureau de la statistique du Québec

---

<sup>(1)</sup> On trouvera, comme affiliation, le nom de l'établissement ou de l'organisme auquel ces personnes étaient rattachées lors de leur collaboration aux travaux de Santé Québec.

## Interviewers, infirmier et infirmières ayant participé à l'enquête

<b>Nom du village</b>	<b>Nom de l'infirmier ou de l'infirmière</b>	<b>Nom de l'interviewer</b>
Whapmagoostui	Louise Lamarche	Emily Petagumskum Georges Petagumskum
Chisasibi	Luce Bernard Michelle Guittot	Lorraine Spencer Daisy Head Emily Waskapabano Jeannie Pelletier
	<i>Prétest</i> Nicole Sirois	Connie Bellefleur
Wemindji	Guylaine Leblanc	Emma Georgekish Clara Visitor
Eastmain	Suzanne Ally	Elma Moses Florence Cheezo
Waskaganish	Élisabeth Poirier	Sarah Cowboy Sheila Hester Pearl Weitschee
Nemaska	Julie Théorêt	Annie Iserhoff Caroline Joly
Mistissini	Michel Poulin	Emily Rabbitskin Betsy Longchap Juliana Matouch
	<i>Prétest</i> Johanne Blouin	Annie Mapache
Waswanipi	Hélène Loubier	Hattie Bosum-Kitchen Mary Gull
Oujé-Bougoumou	Nicole Sirois	Winnie Bosum Caroline Mianscum Suzan Kitchen Wapachee

## **Consultants sur le processus de l'enquête**

---

**Robert Imrie**  
Santé et Bien-être social Canada

**Bella Petawabano**  
Conseil de bande de Mistissini

**ANNEXE 2**

**FICHE D'IDENTIFICATION**

**SANTÉ QUÉBEC**

**FICHE D'IDENTIFICATION (1)**

(cette fiche est confidentielle)

1. No de dossier

2. Adresse: \_\_\_\_\_

3. Téléphone: (  ) \_\_\_\_\_

4. Une famille = 1

Plus d'une famille = 2

5. No interviewer

6. Résultat de la FICHE D'IDENTIFICATION

7. Nombre de personnes dans le ménage	0				Prénom				Nom de famille				mois				année				âge							
	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8. Indiquer toutes les personnes qui demeurent actuellement dans ce logement, qui n'ont pas de lieu de résidence ailleurs, et/ou qui sont temporairement absentes (affaires, études, hôpital, etc.)																												
9. Quelle est la date de naissance de _____																												
10. Cela signifie qu'il(elle) est âgé(e) de _____																												
11. Vérifiez le sexe de chacun et codez 1= homme 2= femme																												
12. Remettez la fiche de référence A. Quel est le lien entre vous et _____ (si autre précisez)																												
13. QUESTIONNAIRE DU MÉNAGE. Y a-t-il des réponses 1= oui 2= non																												
14. Raisons de non-réponses																												

SUITE AU VERSO

<p>5. QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL 1= oui 2= non 3= NAP</p> <p>6. Raisons de non-réponses</p> <p>7. Carte de rendez-vous à la clinique remise 1= oui 2= non 3= NAP</p>	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prénom</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prénom</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom de famille</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom de famille</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□ □</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□ □</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> </tr> </table>	Prénom	Prénom	Nom de famille	Nom de famille	□	□	□ □	□ □	□	□	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prénom</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prénom</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom de famille</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom de famille</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□ □</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□ □</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> </tr> </table>	Prénom	Prénom	Nom de famille	Nom de famille	□	□	□ □	□ □	□	□	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prénom</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prénom</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom de famille</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom de famille</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□ □</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□ □</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> </tr> </table>	Prénom	Prénom	Nom de famille	Nom de famille	□	□	□ □	□ □	□	□	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prénom</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Prénom</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom de famille</td> <td style="width: 50%; padding: 2px;">Nom de famille</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□ □</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□ □</td> </tr> <tr> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> <td style="width: 50%; text-align: center; padding: 2px;">□</td> </tr> </table>	Prénom	Prénom	Nom de famille	Nom de famille	□	□	□ □	□ □	□	□
Prénom	Prénom																																											
Nom de famille	Nom de famille																																											
□	□																																											
□ □	□ □																																											
□	□																																											
Prénom	Prénom																																											
Nom de famille	Nom de famille																																											
□	□																																											
□ □	□ □																																											
□	□																																											
Prénom	Prénom																																											
Nom de famille	Nom de famille																																											
□	□																																											
□ □	□ □																																											
□	□																																											
Prénom	Prénom																																											
Nom de famille	Nom de famille																																											
□	□																																											
□ □	□ □																																											
□	□																																											
<p>Date et heure du rendez-vous pour les entrevues individuelles :</p> <p>Première personne : _____</p> <p>Deuxième personne : _____</p> <p>Troisième personne : _____</p> <p>Quatrième personne : _____</p> <p>Cinquième personne : _____</p>																																												
<p>DATE □ □ □ □ □ □ NOMBRE DE FICHES □ □ DE □ □</p>																																												
<p>COMMENTAIRES DE L'INTERVIEWER</p>																																												
<p> </p>																																												
<p> </p>																																												
<p> </p>																																												
<p> </p>																																												



**ANNEXE 3**

**QUESTIONNAIRE DU MÉNAGE**



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>SECTION I - INCAPACITÉS AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES</b></p> <p>Les questions qui suivent portent sur l'état de santé des membres de votre foyer au cours des 2 dernières semaines.</p> <p><b>POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE</b></p> <p>10. a) Au cours des 2 dernières semaines, a-t-il(elle) gardé le lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital) pour des raisons de santé?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p>-----&gt; Passez à 11 a)</p> <p>b) Pendant combien de jours? <b>NOMBRE DE JOURS</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p><b>NE PAS LIRE LES BOUTS DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES S'ILS NE S'APPLIQUENT PAS</b></p> <p>11. a) (Sans compter ce(s) jour(s) d'allaitement...) Y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où a été incapable d'aller à la chasse ou dans le bois, d'aller travailler, d'aller à l'école ou de tenir maison à cause d'une maladie?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p>-----&gt; Passez à 12 a)</p> <p>b) Pendant combien de jours? <b>NOMBRE DE JOURS</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>12. a) (Sans compter le(s) jour(s) déjà mentionné(s)) Y a-t-il des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où a dû diminuer ses activités habituelles à cause d'une maladie?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p>-----&gt; Passez à 13 2a)</p> <p>b) Pendant combien de jours? <b>NOMBRE DE JOURS</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION I - INCAPACITÉS AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES (suite)**

13. a) Ça fait un total de \_\_\_\_\_ jours pendant les deux dernières semaines que \_\_\_\_\_ a dû limiter ses activités pour des raisons de maladie

PRÉCISEZ LE NOMBRE DE JOURS  
SI 0, ÉCRIVEZ 00 (ps, 10 a)

b) Quelle était la principale maladie ou problème de santé qui l'a obligé(e) à arrêter ou à modérer ses activités? \_\_\_\_\_

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET  
INSCRIVEZ DANS LA ZONE

c) Ce problème était-il dû à un accident?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP (ps, 10a)
- 9- NR/R

d) Quel genre d'accident \_\_\_\_\_ a-t-il(elle) eu?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET  
INSCRIVEZ DANS LA ZONE

e) Quel genre de blessure était-ce?

PRÉCISEZ LA BLESSURE ET NE  
PAS INSCRIRE DANS LA ZONE

PS, 10 a)

\* Note au lecteur : L'abréviation ps signifie à l'interviewer qu'il doit alors interroger le répondant sur la «personne suivante» du ménage.

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**SECTION II - RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX**

Les questions qui suivent portent sur les consultations faites au cours des 2 dernières semaines.

ENCERCLEZ LA RÉPONSE "1", "NON" OU "8".  
SI 1 OU 8, ÉCRIVEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE.  
MONTREZ LA FICHE "B" ET DEMANDEZ :

14. Au cours des 2 dernières semaines, quelqu'un du foyer s'est-il adressé aux personnes suivantes au sujet de sa santé:

- a- Un(e) infirmier(ère)..... 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas
- b- Un(e) médecin généraliste 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas
- c- Un(e) médecin spécialiste (spécifiez)..... 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas
- d- Un(e) représentant(e) en santé communautaire..... 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas
- e- Un(e) dentiste ou un(e) denturologiste..... 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas
- f- Un(e) optométriste ou un(e) optométriste..... 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas
- g- Un(e) diététicien(ne)..... 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas
- h- Un(e) travailleur(euse) social(e) ou communautaire ou un(e) conseiller(ère) du même type..... 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas

(SI OUI) PRÉCISEZ LA PROFESSION

1- Toute autre personne qui fait des traitements ou qui donne des conseils.... 1= oui (QUI?) Non 8= ne sait pas

(SI OUI) PRÉCISEZ LA PROFESSION

SI AUCUN MEMBRE DU FOYER N'A CONSULTÉ, PASSES À 16

<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p>
---	---	---	---

**SECTION II- RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX (suite)**

**POUR CHAQUE PERSONNE QUI A CONSULTÉ UNE FOIS OU PLUS AU COURS DES 2 DERNIÈRES SEMAINES, DEMANDEZ:**

15. a) Quelle est la dernière personne que \_\_\_\_\_ a consultée?

**PRÉCISEZ LA PROFESSION**

b) Où a eu lieu la dernière consultation de \_\_\_\_\_ ?

**PRÉCISEZ LE LIEU**

c) Quelle était la principale maladie, problème de santé ou problème social à l'origine de cette consultation?

**PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE**

d) Depuis combien de temps \_\_\_\_\_ a-t-il(elle) ce problème?

- 1- Jour
- 2- Semaine
- 3- Mois
- 4- Année
- 8- NSP
- 9- NR/R

**UNITÉ**

**NOMBRE DE**

PS, 15 a)

<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>
---	---	---	---

**SECTION III - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS**

Les questions qui suivent portent sur les médicaments que les membres du foyer ont pris, au cours des 2 derniers jours (pilules, onguents, sirop,...).

**EXERCICE LA RÉPONSE "1", "NON" OU "8". SI 1 OU 8, ÉCRIVEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE. MONTREZ LA FICHE «C» ET DEMANDEZ!**

16. Hier ou avant hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants :

- 01-a Analgésiques (pilule contre la douleur), comme l'aspirine?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 02-b Tranquillisants, sédatifs ou somnifères?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 03-c Médicaments pour le cœur ou la tension artérielle (pression sanguine)?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 04-d Antibiotiques?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 05-e Remèdes ou médicaments pour l'estomac?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 06-f Laxatifs?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 07-g Remèdes contre la toux ou le rhume?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 08-h Onguents pour la peau?... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 09-i Vitamines ou minéraux?... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 10-j Un remède cri ou un remède traditionnel?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 11-k Stimulants pour avoir plus d'énergie ou se remonter le moral?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 12-l Médicament contre le diabète?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas
- 13-m Tout autre médicament?... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas

**(SI OUI) PRÉCISEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT**

14-n Pilule contraceptive?..... 1-oui (QUI?) non 8-ne sait pas (femmes seulement).....

**SI PERSONNE DANS LE FOYER N'A PRIS UN MÉDICAMENT PASSER À 23 a)**

<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p> <p>l <input type="checkbox"/></p> <p>m <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>n <input type="checkbox"/></p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p> <p>l <input type="checkbox"/></p> <p>m <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>n <input type="checkbox"/></p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p> <p>l <input type="checkbox"/></p> <p>m <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>n <input type="checkbox"/></p>	<p>a <input type="checkbox"/></p> <p>b <input type="checkbox"/></p> <p>c <input type="checkbox"/></p> <p>d <input type="checkbox"/></p> <p>e <input type="checkbox"/></p> <p>f <input type="checkbox"/></p> <p>g <input type="checkbox"/></p> <p>h <input type="checkbox"/></p> <p>i <input type="checkbox"/></p> <p>j <input type="checkbox"/></p> <p>k <input type="checkbox"/></p> <p>l <input type="checkbox"/></p> <p>m <input type="checkbox"/></p> <p><input type="checkbox"/></p> <p>n <input type="checkbox"/></p>
---	---	---	---





**SECTION III - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)**

2a. médication

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

18. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin, d'un dentiste ou d'un(e) infirmier(ère)?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

b) Au cours du dernier mois a-t-il(elle) pris ce médicament au moins une fois par semaine?

(ATTENTION SI ANTIBIOTIQUE)

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

c) Quel était le principal problème de santé ou maladie pour lequel a pris ce médicament?

SPÉCIFIER LE PROBLÈME ET INSCRIRE DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISER LE NOM DU MÉDICAMENT

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**SECTION III - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)**

3e médication

TRANSCRIVE LE CODE DU MÉDICAMENT

18. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin, d'un dentiste ou d'un(e) infirmier(ère)?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

b) Au cours du dernier mois a-t-il(elle) pris ce médicament au moins une fois par semaine?

(ATTENTION SI ANTIBIOTIQUE)

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

c) Quel était le principal problème de santé ou maladie pour lequel a pris ce médicament?

SPÉCIFIEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--	--	--	--	--	--

**SECTION III - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)**

4e médication

TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

18. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin, d'un dentiste ou d'un(e) infirmier(ère)?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

b) Au cours du dernier mois a-t-il(elle) pris ce médicament au moins une fois par semaine?

(ATTENTION SI ANTIBIOTIQUES)

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

c) Quel était le principal problème de santé ou maladie pour lequel a pris ce médicament?

SPÉCIFIER LE PROBLÈME ET INSCRIRE DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISER LE NOM DU MÉDICAMENT

<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 10%; text-align: center;"> <input type="checkbox"/> </div> <div style="width: 40%;"> <input style="width: 100%;" type="text"/>  <input type="checkbox"/> </div> </div>

**SECTION III - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS (suite)**

5e médication TRANSCRIRE LE CODE DU MÉDICAMENT

18. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un médecin, d'un dentiste ou d'un(e) infirmier(ère)?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

b) Au cours du dernier mois a-t-il(elle) pris ce médicament au moins une fois par semaine?

(ATTENTION SI ANTIBIOTIQUE)

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

c) Quel était le principal problème de santé ou maladie pour lequel a pris ce médicament?

SPÉCIFIER LE PROBLÈME ET INSCRIRE DANS LA ZONE

d) Est-ce que vous pouvez nous préciser le nom exact du médicament auquel vous pensez (allez voir le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____ <input type="checkbox"/> _____
---	---	---	---



**SECTION IV - ACCIDENTS ET BLESSURES**

«Les questions qui suivent portent sur des blessures suffisamment graves pour limiter les activités normales d'une personne; il s'agit de blessures telles que fracture, coupure profonde, foulure à une cheville, etc.»

23. a) Au cours des 12 derniers mois, quelqu'un du foyer a-t-il eu des blessures ayant entraîné des limitations au niveau de ses activités?

- 1- Oui (QUI?)
- 2- Non -----> passez à 27
- 8- NSP
- 9- NR/R

POUR CHAQUE PERSONNE QUI A EU UNE BLESSURE, DEMANDEZ:

b) Est-ce que \_\_\_\_\_ a été blessé(e) dans un:

	Oui	Non	NSP	NR/R
01) Accident de bateau	1	2	8	9
02) Accident avec un véhicule tout-terrain	1	2	8	9
03) Accident en auto, en camion en camionnette	1	2	8	9
04) Accident de motoneige	1	2	8	9
05) Bagarre	1	2	8	9
06) Autre type d'accident (spécifiez)	1	2	8	9

c) Lequel de ces accidents est à l'origine de la principale blessure qu'a subie \_\_\_\_\_ ?

	Oui	Non	NSP	NR/R
01) Accident de bateau	1	2	8	9
02) Accident avec un véhicule tout-terrain	1	2	8	9
03) Accident en auto, en camion en camionnette	1	2	8	9
04) Accident de motoneige	1	2	8	9
05) Bagarre	1	2	8	9
06) Autre type d'accident (spécifiez)	1	2	8	9

01		
02		
03		
04		
05		
06		

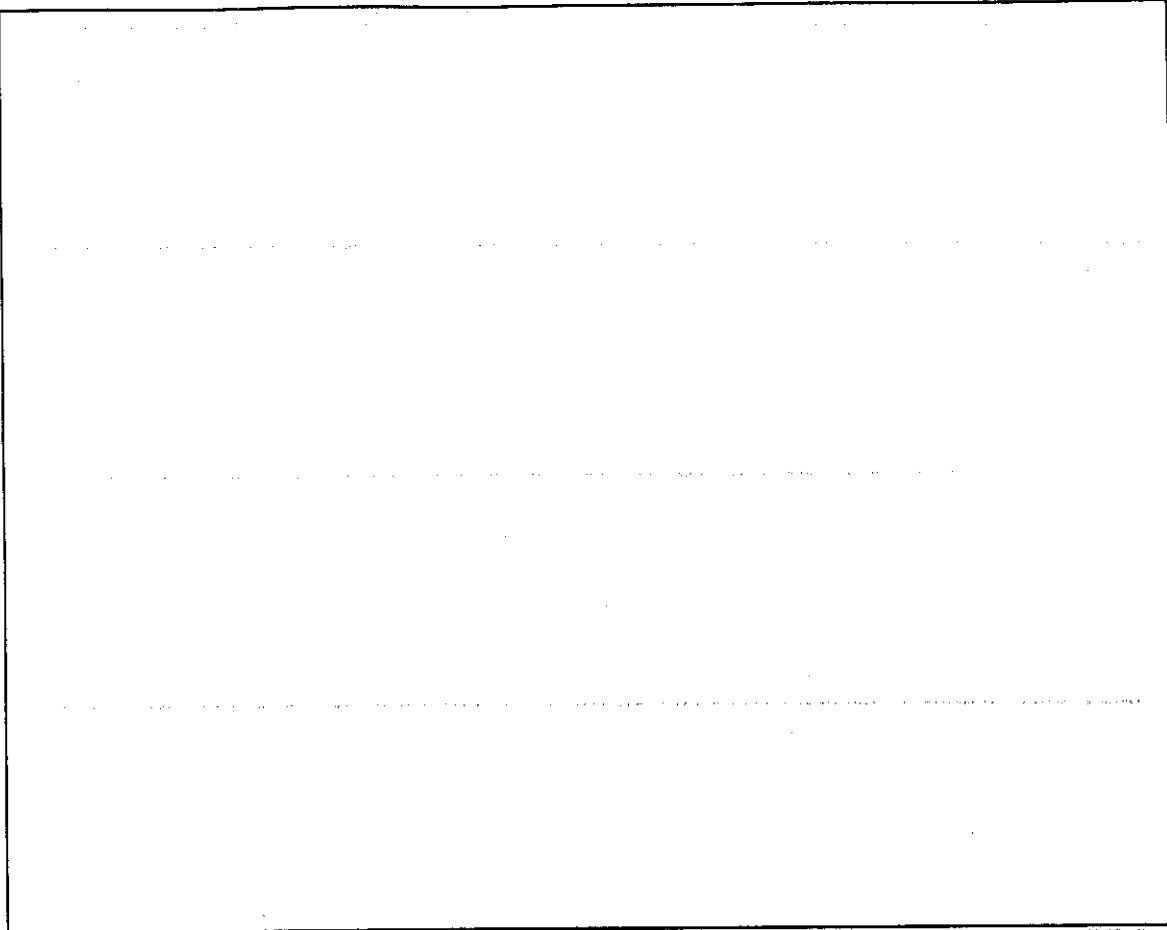
01		
02		
03		
04		
05		
06		

01		
02		
03		
04		
05		
06		

01		
02		
03		
04		
05		
06		

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
---	---	---	---	--------------------------	--------------------------	--------------------------	--------------------------	---	---	---	---

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p><b>SECTION IV - ACCIDENTS ET BLESSURES (suite)</b></p> <p>24. a) Où cet accident est-il arrivé?</p> <p>1- Au village -----&gt; Passez à 24 c)  2- En dehors du village  8- NSP  9- NR/R</p> <p>b) 1- Dans le bois  2- Ailleurs (spécifiez) _____  8- NSP  9- NR/R</p> <p>c) Au cours de quelle saison?</p> <p>1- Printemps  2- Été  3- Automne  4- Hiver  8- NSP  9- NR/R</p>	<input type="checkbox"/>	<p>25. Est-ce que _____ a dû être hospitalisé(e) pour cette blessure au cours des 12 derniers mois?</p> <p>1- Oui  2- Non  8- NSP  9- NR/R</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>26. Combien de fois _____ s'est-il(elle) blessé(e) au cours des 12 derniers mois?</p> <p><b>POUR CHAQUE PERSONNE QUI A EU UN ACCIDENT OU UNE BLESSURE, DEMANDEZ :</b></p>
---	--	--------------------------	--	---	--



**SECTION IV - ACCIDENTS ET BLESSURES (suite)**

27. a) Quelle importance accordez-vous au problème des chiens errants dans le village quant au risque qu'ils blessent quelqu'un?

LIRE DE 1 À 4

- 1- Ce n'est pas un problème
- 2- C'est un problème mineur
- 3- C'est un problème assez important
- 4- C'est un problème important
- 8- NSP
- 9- NR/R

b) Y a-t-il un ou plusieurs chiens dans votre maison?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

-----> Passez à 28

c) Est-ce que tous vos chiens ont été vaccinés contre la rage au cours des 3 dernières années?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

28. a) Y a-t-il un ou plusieurs fusils dans votre foyer?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

-----> Passez à 29 a)

b) Lorsqu'ils ne sont pas utilisés, est-ce que tous les fusils sont gardés sous clé?

- 1- Tout le temps
- 2- La plupart du temps
- 3- De temps en temps
- 4- Jamais
- 8- NSP
- 9- NR/R



**SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS**

Les questions qui suivent portent sur les limitations que peut imposer l'état de santé sur le plan de l'activité normale de chaque personne dans les différents secteurs de sa vie.

**POSEZ CES QUESTIONS POUR CHAQUE PERSONNE DU FOYER**

29. a) Est-ce que \_\_\_\_\_ a pu sortir de la maison au cours des 2 dernières semaines?

- LIRE LES RÉPONSES**
- 1- Oui, sans aide (ps, 29 a)
  - 2- Oui, avec de l'aide (passez à 29 b)
  - 3- Non (passez à 29 b)

**SI BÉBÉ MOINS DE 2 ANS**

- 4- Oui (ps, 29 a)
- 5- Non, à cause d'une maladie ou d'un problème de santé (passez à 29 b)
- 8- MSP
- 9- NR/R

b) Est-ce que \_\_\_\_\_ est habituellement capable de sortir dehors lorsque le temps le permet?

- LIRE LES RÉPONSES**
- 1- Oui, sans aide (ps, 29 a)
  - 2- Oui, avec de l'aide (passez à 29 c)
  - 3- Non (passez à 29 c)

**SI BÉBÉ MOINS DE 2 ANS**

- 4- Oui (ps, 29 a)
- 5- Non, à cause d'une maladie ou d'un problème de santé (passez à 29 c)
- 8- MSP
- 9- NR/R

c) Est-ce que \_\_\_\_\_ doit habituellement rester assis(e) ou couché(e) pour la plus grande partie de la journée, à cause de sa maladie?

- 1- Oui (ps, 29 a)
- 2- Non (ps, 29 a)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS

POSEZ CES QUESTIONS POUR CHAQUE ENFANT DE MOINS DE 15 ANS POUR LES ESPRIS DE 15 ANS ET PLUS, PASSES À 39\*

30. a) Comparativement à d'autres enfants du même âge en bonne santé, \_\_\_\_\_ est-il(elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité d'activités qu'il(elle) peut faire à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'un problème de santé?

1- Oui

2- Non (ps, 30 a)

8- NSP

9- NR/R

----->

Si personne n'a répondu "oui", passez à 39

b) (si oui) Depuis combien de temps est-il(elle) restreint(e) dans ses activités? \_\_\_\_\_

1- Depuis sa naissance

2- Depuis \_\_\_\_\_ années

3- Depuis \_\_\_\_\_ mois

4- Depuis moins d'un mois

8- NSP

9- NR/R

NOMBRE D'ANNÉES  
NOMBRE DE MOIS

31. a) À cause de sa maladie, \_\_\_\_\_ est-il(elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité de jeux auxquels il(elle) peut participer?

1- Oui

2- Non (ps, 32)

8- NSP

9- NR/R

-----> Passez à 32

b) Est-ce que son état de santé rend \_\_\_\_\_ incapable de participer aux jeux habituels des autres enfants de son âge?

1- Oui

2- Non

8- NSP

9- NR/R

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)</b></p> <p><b>ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS</b></p> <p>32. a) Est-ce que la maladie de _____ restreint ses activités à la maison?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p><b>POUR LES ENFANTS QUI NE SONT PAS D'ÂGE SCOLAIRE, PASSEZ À 35 a) !</b></p> <p><b>POUR LES ENFANTS D'ÂGE SCOLAIRE, DEMANDEZ :</b></p> <p>b) Est-ce que _____ est incapable de faire la plupart des travaux ménagers quotidiens?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>33. a) Est-ce que _____ est restreint(e) dans sa capacité d'aller à l'école?</p> <p>1- Oui 2- Non 3- Il(elle) fréquente une école spéciale ou va à un cours spécial 8- NSP 9- NR/R</p> <p>b) Est-ce que _____ est incapable de fréquenter l'école?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>
<p>34. _____ est-(l)elle) restreint(e) dans d'autres activités, comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et l'école?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)</b></p> <p><b>ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS</b></p> <p>35. a) Pour _____ quelle est la principale maladie ou problème de santé qui lui impose ces restrictions?</p> <p><b>PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b></p> <p>b) Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure?</p> <p>1- Oui <input type="checkbox"/> X</p> <p>2- Non <input type="checkbox"/> X X X X</p> <p>8- NSP -----&gt; Passez à 36</p> <p>9- NR/R</p> <p>c) (Si oui) Quel a été l'accident?</p> <p><b>PRÉCISEZ L'ACCIDENT ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b></p> <p>d) De quel genre de blessure s'agissait-il?</p> <p><b>NE PAS INSCRIRE DANS LA ZONE</b></p>	<p><input type="checkbox"/> X</p> <p><input type="checkbox"/> X X X X</p> <p><input type="checkbox"/> X X X X</p> <p><input type="checkbox"/> X X X X</p>
<p>36. a) X s-t-il d'autres maladies ou problèmes de santé qui restreignent _____ dans ses activités?</p> <p>1- Oui <input type="checkbox"/> X</p> <p>2- Non <input type="checkbox"/> X X X X</p> <p>8- NSP -----&gt; Passez à 37</p> <p>9- NR/R</p> <p>b) (Si oui) Parmi ces derniers problèmes, quel est le principal problème de santé?</p> <p><b>PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b></p> <p>c) Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure?</p> <p>1- Oui <input type="checkbox"/> X</p> <p>2- Non <input type="checkbox"/> X X X X</p> <p>8- NSP -----&gt; Passez à 37</p> <p>9- NR/R</p>	<p><input type="checkbox"/> X</p> <p><input type="checkbox"/> X X X X</p> <p><input type="checkbox"/> X</p>

<p>SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)</p> <p>ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS</p> <p>36. d) (si oui) quel a été l'accident?          PRÉCISEZ L'ACCIDENT ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</p> <p>e) De quel genre de blessure s'agissait-il?          NE PAS INSCRIRE DANS LA ZONE</p>	<p>X X X X</p> <p>X X X X</p>	<p>X</p>	<p>1- Oui          2- Non (ps, 30 a)          8- NSP          9- NR/R</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
---	-------------------------------	----------	---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

<p>SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)</p> <p>ENFANTS DE MOINS DE 15 ANS</p> <p>36. d) (si oui) quel a été l'accident?          PRÉCISEZ L'ACCIDENT ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</p> <p>e) De quel genre de blessure s'agissait-il?          NE PAS INSCRIRE DANS LA ZONE</p>	<p>X X X X</p> <p>X X X X</p>	<p>X</p>	<p>1- Oui          2- Non (ps, 30 a)          8- NSP          9- NR/R</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>	<p>_____</p> <p>_____</p>
---	-------------------------------	----------	---	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------	---------------------------

SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)

PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS

POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE DE 15 ANS ET PLUS

39. a) Comparativement à d'autres personnes du même âge en bonne santé, \_\_\_\_\_ est-il(elle) restreint(e) dans le genre ou la quantité d'activités qu'il(elle) peut faire, à cause d'une maladie chronique physique ou mentale ou d'une maladie?

1- Oui

2- Non (ps, 39 a)

8- NSP

9- NR/R

SI PERSONNE NE RÉPOND OUI, PASSEZ À 47

b) (Si oui) Depuis combien de temps il(elle) restreint(e) dans ses activités? \_\_\_\_\_ est-

1- Depuis la naissance

2- Depuis \_\_\_\_\_ années

3- Depuis \_\_\_\_\_ mois

4- Depuis moins d'un mois

8- NSP

9- NR/R

NOMBRE D'ANNÉES  
NOMBRE DE MOIS

40. a) Est-ce que la maladie ou le problème de santé de \_\_\_\_\_ restreint ses activités à la maison dans le village?

1- Oui

2- Non

8- NSP

9- NR/R

-----> Passez à 41 a)

b) Est-ce que la maladie ou le problème de santé de \_\_\_\_\_ le(la) rend incapable de faire la plupart des travaux ménagers quotidiens dans le village?

1- Oui

2- Non

8- NSP

9- NR/R

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)</b></p> <p><b>PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS</b></p> <p>41. a) Est-ce que <u>                    </u> est incapable d'aller dans le <u>Bois</u> à cause de sa maladie ou de son problème de santé?</p> <p>1- Oui 2- Non 3- Ne s'applique pas 8- NSP 9- NR/R</p> <p>b) Est-ce que <u>                    </u> est incapable d'exercer ses activités habituelles dans le <u>Bois</u> à cause de sa maladie ou de son problème de santé?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p>c) Est-ce que <u>                    </u> est restreint(e) dans sa capacité de travailler en dehors du foyer à cause de sa maladie ou de son problème de santé?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p>d) <u>                    </u> est-il(elle) incapable de travailler en dehors du foyer, à cause de son état de santé?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p>	<p><input type="checkbox"/></p>
<p>42. a) <u>                    </u> est-il(elle) restreint(e) dans sa capacité de poursuivre ses études à cause de sa maladie ou de son problème de santé?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p>b) <u>                    </u> est-il(elle) incapable de poursuivre ses études, à cause de sa maladie ou de son problème de santé?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p>	<p><input type="checkbox"/></p>

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)</b></p> <p><b>PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS</b></p> <p>43. _____ est-il(elle) restreint(e) dans d'autres activités, comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le travail ou l'école?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>44. a) Pour _____ quelle est la principale maladie ou problème de santé qui lui impose ces restrictions?</p> <p><b>PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b></p> <p>b) Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p>-----&gt; Passez à 45 a)</p> <p>c) (Si oui) Quel a été le principal accident?</p> <p><b>PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b></p> <p>d) De quel genre de blessure s'agissait-il? (Spécifiez : _____)</p> <p><b>NE PAS INSCRIRE DANS LA ZONE</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>45. a) Y a-t-il d'autres problèmes de santé qui restreignent _____ dans ses activités?</p> <p>1- Oui 2- Non 8- NSP 9- NR/R</p> <p>-----&gt; Passez à 46 a)</p> <p>b) (Si oui) Parmi ces derniers problèmes, quel est le principal problème de santé?</p> <p><b>PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**SECTION V - LIMITATION DES ACTIVITÉS (suite)**

**PERSONNES DE 15 ANS ET PLUS**

45. c) Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure?

1- Oui

2- Non  
8- NSP  
9- NR/R

-----> Passez à 46 a)

d) (SI oui) Quel a été l'accident?

**PRÉCISEZ L'ACCIDENT ET INSCRIVEZ DANS LA ZONE**

e) De quel genre de blessure s'agissait-il?  
(Spécifiez : \_\_\_\_\_)

**NE PAS INSCRIRE DANS LA ZONE**

46. a) Est-ce que, à cause d'une maladie ou d'un problème de santé, \_\_\_\_\_ a besoin de l'aide d'autres personnes pour prendre soin de lui-même(d'elle-même), c'est-à-dire pour manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison?

1- Oui  
2- Non  
8- NSP  
9- NR/R

b) Est-ce que, à cause d'une maladie ou d'un problème de santé, \_\_\_\_\_ a besoin de l'aide d'autres personnes pour s'occuper de ses affaires, faire l'entretien ménager quotidien, faire ses commissions ou se déplacer à l'extérieur de la maison?

1- Oui  
2- Non (ps, 39 a)  
8- NSP  
9- NR/R

**S'IL S'AGIT DE LA DERNIÈRE PERSONNE, PASSEZ À 47**

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION VI - PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES**

Les questions qui suivent portent sur les problèmes de santé de longue durée.

**ENCERCLEZ LE «1», «NON» OU «S». SI 1 OU S, ÉCRIVEZ DANS LA CASE APPROPRIÉE, POUR CHAQUE PROBLÈME DE CHAQUE PERSONNE, INSCRIVEZ LE PROBLÈME ET LE NO DE LA QUESTION DANS LA ZONE**

**MONTRER LA FICHE «D» ET DEMANDEZ :**

47. Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de:

- a- Anémie..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- b- Maladie de la peau ou autres allergies cutanées..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- c- Autres allergies..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- d- Rhume des foins..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- e- Sérieux maux de dos ou de la colonne..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- f- Arthrite ou rhumatisme 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- g- Autres problèmes sérieux des os et des articulations..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- h- Cancer..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- i- Paralysie cérébrale... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- j- Diabète..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- k- Emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme. 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- l- Aliénation mentale ou retard intellectuel grave..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- m- Dépression..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- n- Épilepsie..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas
- o- Hypertension (haute pression)..... 1=oui (QUI?) non 8=ne sait pas

a     b        c      d      e      f      g         h         i         j         k     l         m         n         o

a     b        c      d      e      f      g         h         i         j         k     l         m         n         o

a     b        c      d      e      f      g         h         i         j         k     l         m         n         o

a     b        c      d      e      f      g         h         i         j         k     l         m         n         o

**SECTION VI - PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES (suite)**

- p- Maladie de coeur..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- q- Troubles urinaires ou maladie de rein..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- r- Ulcères d'estomac..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- s- Autres troubles digestifs..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- t- Goitre ou troubles de la thyroïde..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- u- Migraines ou maux de tête fréquents..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- v- Incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- w- Paralyse suite à un accident..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- x- Paralyse suite à une attaque ou une hémorragie cérébrale..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- y- Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- z- Périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- aa- Incapacité ou handicap suite à l'obésité..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- bb- Période de 6 mois ou plus à avoir des visions, à entendre des voix ou à avoir peur sans raison 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- cc- Croit que son esprit est tourmenté par une malédiction..... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas
- dd- Problèmes auditifs.... 1=oui (QUI?) non 8= ne sait pas

p     q     r     s     t     u     v     w     x     y     z     aa     bb     cc     dd

p     q     r     s     t     u     v     w     x     y     z     aa     bb     cc     dd

p     q     r     s     t     u     v     w     x     y     z     aa     bb     cc     dd

p     q     r     s     t     u     v     w     x     y     z     aa     bb     cc     dd

p     q     r     s     t     u     v     w     x     y     z     aa     bb     cc     dd



<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p><b>SECTION VII - AUDITION</b></p> <p>50. Est-ce que quelqu'un dans la famille a de la difficulté à entendre un conversation normale?</p> <p>1- Oui (Qui? _____) -----&gt; <b>INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b>  2- Non  8- NSP  9- NR/R</p>	<input type="checkbox"/>
<p>51. a) Est-ce que quelqu'un dans la famille porte un appareil auditif?</p> <p>1- Oui (Qui?)  2- Non  8- NSP -----&gt; Passez à la Section suivante (p.55)  9- NR/R</p> <p><b>POUR CHAQUE PERSONNE ATTEINTE D'UN PROBLÈME AUDITIF, DEMANDEZ :</b></p> <p>b) Est-ce que _____ a de la difficulté à entendre même avec son appareil auditif?</p> <p>1- Oui -----&gt; <b>INSCRIVEZ DANS LA ZONE</b>  2- Non  8- NSP  9- NR/R</p>	<input type="checkbox"/>

**SECTION VIII - QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ**

**S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSES À LA SECTION II.**

**POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.**

**COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE :**

1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

**QUESTION 1**

J'aimerais maintenant vous poser une question sur les maladies ou les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand \_\_\_\_\_ a-t-il(elle) un problème de \_\_\_\_\_ ?

**LIRE LES RÉPONSES**

- 1- 2 jours ou moins
- 2- 3 jours à 2 semaines
- 3- Plus de 2 semaines à moins d'un an
- 4- 1 à 5 ans
- 5- Plus de 5 ans
- 6- Depuis la naissance
- 8- NSP
- 9- NR/R

<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>										

**SECTION VIII - QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)**

**S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSEZ À LA SECTION IX.**

**POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.**

**COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE :**

1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

**QUESTION 2**

J'aimerais maintenant vous poser une question sur les maladies ou les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand \_\_\_\_\_ a-t-il(elle) un problème de \_\_\_\_\_?

**LIRE LES RÉPONSES**

- 1- 2 jours ou moins
- 2- 3 jours à 2 semaines
- 3- Plus de 2 semaines à moins d'un an
- 4- 1 à 5 ans
- 5- Plus de 5 ans
- 6- Depuis la naissance
- 8- MSP
- 9- NR/R

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

**SECTION VIII - QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)**

S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSEZ À LA SECTION IX.

POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.

COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE :

1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

**QUESTION 3**

J'aimerais maintenant vous poser une question sur les maladies ou les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand \_\_\_\_\_ a-t-il(elle) un problème de \_\_\_\_\_ ?

**LIRE LES RÉPONSES**

- 1- 2 jours ou moins
- 2- 3 jours à 2 semaines
- 3- Plus de 2 semaines à moins d'un an
- 4- 1 à 5 ans
- 5- Plus de 5 ans
- 6- Depuis la naissance
- 8- NSP
- 9- NR/R

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>



**SECTION VIII - QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)**

**S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSES À LA SECTION IX.**

**POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.**

**COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE :**

**1. LE PROBLÈME**  
**2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION**

**QUESTION 4**

J'aimerais maintenant vous poser une question sur les maladies ou les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand \_\_\_\_\_ a-t-il(elle) un problème de \_\_\_\_\_ ?

**LIRE LES RÉPONSES**

- 1- 2 jours ou moins
- 2- 3 jours à 2 semaines
- 3- Plus de 2 semaines à moins d'un an
- 4- 1 à 5 ans
- 5- Plus de 5 ans
- 6- Depuis la naissance
- 8- NSP
- 9- NR/R

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
--	--	--	--

**SECTION VIII - QUESTIONS SUR LES PROBLÈMES DE SANTÉ (suite)**

S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈMES DE SANTÉ DANS LA ZONE D'INSCRIPTION POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSES À LA SECTION IX.

POUR CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE POUR CHAQUE PROBLÈME DÉCLARÉ DANS LA ZONE.

COMMENCEZ PAR TRANSCRIRE :

1. LE PROBLÈME  
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

**QUESTION 5**

J'aimerais maintenant vous poser une question sur les maladies ou les problèmes de santé que vous avez signalés.

a) Depuis quand \_\_\_\_\_ a-t-il(elle) un problème de \_\_\_\_\_ ?

**LIRE LES RÉPONSES**

- 1- 2 jours ou moins
- 2- 3 jours à 2 semaines
- 3- Plus de 2 semaines à moins d'un an
- 4- 1 à 5 ans
- 5- Plus de 5 ans
- 6- Depuis la naissance
- 8- NSP
- 9- NR/A

**SI UNE PERSONNE DANS LE MÉNAGE A PLUS DE 5 PROBLÈMES, ÉCRIVEZ DANS L'ANNEXE À LA FIN DU QUESTIONNAIRE**

<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>						<table border="1"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>					
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>																				

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**SECTION IX - RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES**

**POUR CHAQUE MEMBRE DU MÉNAGE**

52. À quel âge est-ce que \_\_\_\_\_ est venu(e) habiter dans la région de la Baie James?

1- Depuis la naissance  
 2- Plus tard (spécifiez à quel âge) \_\_\_\_\_  
 8- NSP  
 9- NR/R

53. Quelle est la langue que \_\_\_\_\_ a apprise en premier lieu dans son enfance et qu'il(elle) comprend encore?

**INSCRIVEZ UNE RÉPONSE**

1- Cri  
 2- Anglais  
 3- Français  
 4- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_  
 8- NSP  
 9- NR/R

**MONTREZ LA FICHE 'E' ET DEMANDEZ**

54. Quelle a été la principale occupation de \_\_\_\_\_ au cours des deux dernières semaines?

01- Il(elle) était au travail  
 02- Il(elle) était à l'école  
 03- Il(elle) tenait la maison  
 04- Il(elle) était dans le bois  
 05- Il(elle) ne travaillait pas pour des raisons de santé  
 06- Il(elle) ne travaillait pas pour d'autres raisons (spécifiez) \_\_\_\_\_  
 08- Il(elle) était à la retraite pour raison de santé  
 09- Il(elle) était à la retraite pour une raison autre que la santé  
 10- Il(elle) est d'âge préscolaire  
 11- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_  
 98- NSP  
 99- NR/R

**PS, 52**

55. a) Quelqu'un dans le foyer demeure-t-il à cette adresse depuis moins de 12 mois? (exception faite des enfants de moins d'un an)

1- Oui, qui \_\_\_\_\_  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R -----> Passez à 56

b) À quel endroit \_\_\_\_\_ demeurait-il(elle) auparavant? \_\_\_\_\_

SECTION X - NUTRITION

QUESTIONS POUR LA PERSONNE QUI FAIT LA CUISINE

56. Ajoutez-vous du sel à vos aliments quand vous cuisinez?

LIRE DE 1 À 4

- 1- Souvent
- 2- Quelquefois
- 3- À l'occasion
- 4- Presque jamais ou jamais
- 8- NSP
- 9- NR/R

57. Lorsque vous faites cuire de la viande dans la poêle, utilisez-vous ou non un corps gras quelconque, comme le saindoux, le beurre, la margarine ou autre?

- 1- Oui
  - 2- Parfois oui, parfois non
  - 3- Non
  - 4- Ne mange jamais de viande
  - 8- NSP
  - 9- NR/R
- > Passez à 60

58. Quel corps gras utilisez-vous le plus souvent pour faire frire de la viande dans une poêle?

- 1- Beurre
- 2- Saindoux ou shortening
- 3- Margarine molle
- 4- Margarine dure
- 5- Graisse d'oie ou de bacon
- 6- Huile
- 7- PAM ou aucun corps gras
- 8- NSP
- 9- NR/R

CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE  
LIRE DE 1 À 7

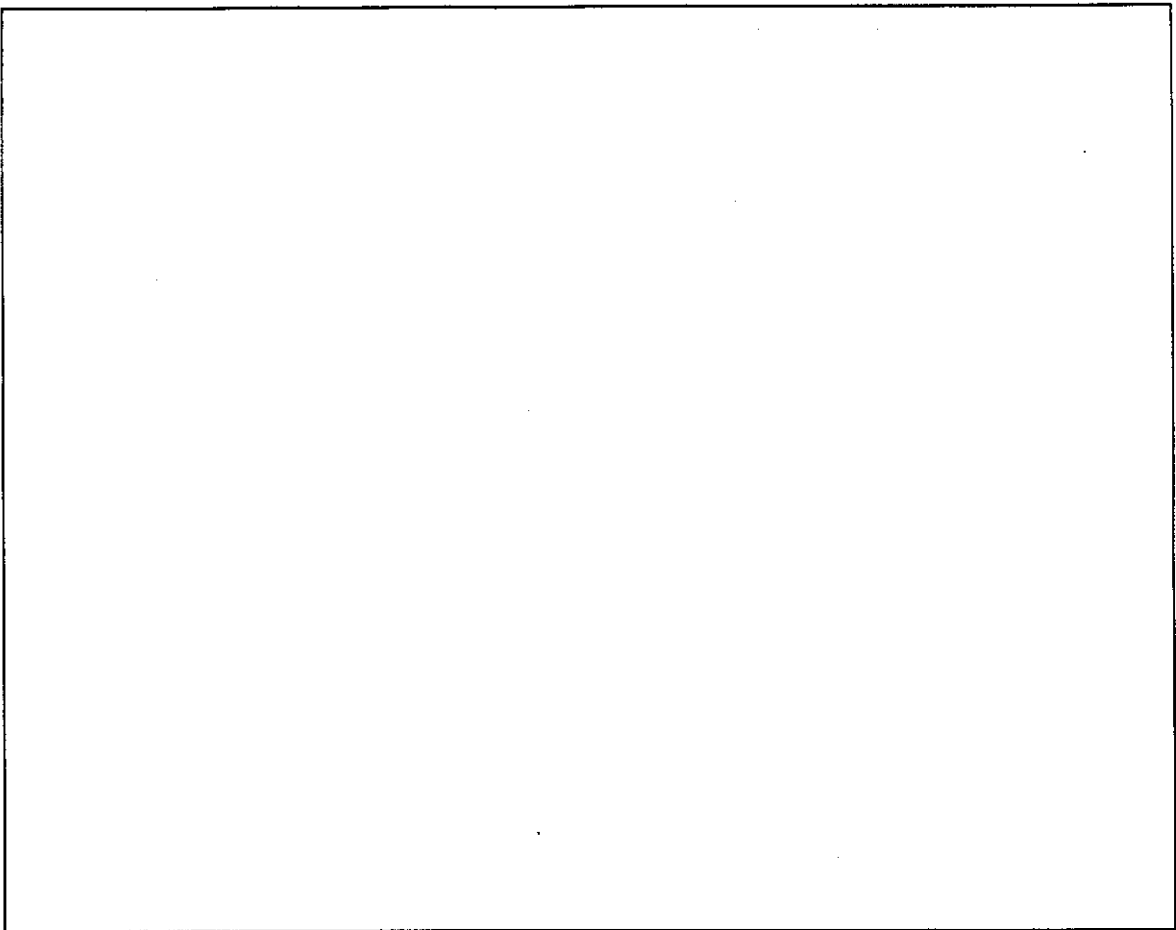
59. Après la cuisson, jetez-vous le corps gras ou bien le mangez-vous tel quel ou dans une sauce?

- 1- Jette
- 2- Mange
- 3- Autant les deux
- 8- NSP
- 9- NR/R

60. Quel corps gras utilisez-vous le plus souvent pour faire de la grande friture?

- 1- Ne mange pas d'aliments frits à la maison
- 2- Saindoux ou shortening
- 3- Graisse d'oie ou de bacon
- 4- Huile végétale
- 8- NSP
- 9- NR/R

CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE  
LIRE DE 1 À 4



**SECTION X - NUTRITION (suite)**

**QUESTIONS POUR LA PERSONNE QUI FAIT LA CUISINE**

61. Quel corps gras utilisez-vous le plus souvent pour la cuisson au four?

**CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE  
LIRE DE 01 À 08**

- 01- Beurre
- 02- Saindoux ou shortening
- 03- Margarine molle
- 04- Margarine dure
- 05- Graisse d'oie ou de bacon
- 06- Huile
- 07- PAM ou aucun corps gras
- 08- Ne fait aucune cuisson au four à la maison
- 98- NSP
- 99- NR/R

62. De quelle façon faites-vous cuire le plus souvent la viande et le poisson?

**CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE  
LIRE DE 1 À 5**

- 1- Frita
- 2- Bouillis
- 3- Rôtis (feu de camp ou au four)
- 4- Grillés au four
- 5- Grillés à la poêle
- 8- NSP
- 9- NR/R

63. De quelle façon préparez-vous le plus souvent le bannock?

**CHOISIR UNE SEULE RÉPONSE  
LIRE DE 1 À 5**

- 1- Frit
- 2- Dans une sauce
- 3- Au four
- 4- Feu vif
- 5- Ne fait pas de bannock
- 8- NSP
- 9- NR/R

64. À quelle fréquence achetez-vous des plats cuisinés?

**LIRE DE 1 À 4**

- 1- Souvent
- 2- Quelquefois
- 3- À l'occasion

**4- Presque jamais/jamais  
8- NSP  
9- NR/R**

-----> Passez à 66

**SECTION X - NUTRITION (suite)**

**QUESTION POUR LA PERSONNE QUI FAIT LA CUISINE**

65. Quelle est la raison la plus importante pour laquelle vous achetez des plats cuisinés?

**NE PAS LIRE LA LISTE. N'INSCRIVEZ QU'UNE RÉPONSE**

- 1- Manque de temps
- 2- Ne sait pas cuisiner
- 3- N'aime pas faire les plats non traditionnels
- 4- Meilleur goût
- 5- Plus facile
- 6- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 8- NSP
- 9- NR/R

66. Achetez-vous les légumes suivants régulièrement ou pas?

	Régulièrement	Pas régulièrement	NSP	NR/R
a) Brocoli	1	2	8	9
b) Choux de Bruxelles	1	2	8	9
c) Carottes	1	2	8	9
d) Choux-fleur	1	2	8	9
e) Concombre	1	2	8	9
f) Poivron vert	1	2	8	9
g) Poireaux	1	2	8	9
h) Laitue	1	2	8	9
i) Champignons	1	2	8	9
j) Oignons	1	2	8	9
k) Pois	1	2	8	9
l) Tomates	1	2	8	9
m) Courgette	1	2	8	9
n) Pommes de terre	1	2	8	9

a  b  c  d  e  f  g  h  i  j  k  l  m  n

SECTION X - NUTRITION (suite)

QUESTION POUR LA PERSONNE QUI FAIT LA CUISINE

67. Pour quelle(s) raison(s) n'achetez-vous pas de légumes plus régulièrement?

NE PAS LIRE LA LISTE  
ENCERCLER TOUTES LES  
RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 01- Trop chers
- 02- N'aime pas le goût
- 03- Ne sait pas comment les préparer
- 04- Impossibles à trouver dans le village
- 05- La famille ne les aime pas
- 06- Dérangeant l'estomac
- 07- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 08- Aucune raison
- 98- NSP
- 99- NR/R

03-05-91

**ANNEXE 4**

**QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL**





## I - VOTRE SANTÉ EN GÉNÉRAL

Commençons par quelques questions sur votre santé en général.

1. Comparativement à d'autres personnes de votre âge, diriez-vous que votre santé est en général...
  - 1- Très bonne
  - 2- Bonne
  - 3- Passable
  - 4- Mauvaise
  - 8- NSP
  - 9- NR/R
2. De façon générale, diriez-vous que vous êtes une personne...
  - 1- Très heureuse
  - 2- Plutôt heureuse
  - 3- Pas très heureuse
  - 8- NSP
  - 9- NR/R
3. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) de votre état de santé? Diriez-vous que vous êtes...
  - 1- Très satisfait(e)
  - 2- Moyennement satisfait(e)
  - 3- Pas très satisfait(e)
  - 4- Pas satisfait(e) du tout
  - 8- NSP
  - 9- NR/R

## II - TABAGISME

Passons maintenant à quelques questions sur le tabagisme.

4. Présentement, fumez-vous la cigarette régulièrement, à l'occasion ou jamais?

1- Régulièrement

2- À l'occasion

3- Jamais

8- NSP

9- NR/R

-----> Passez à 8

5. Fumez-vous la cigarette tous les jours?

1- Oui

2- Non

8- NSP

9- NR/R

-----> Passez à 8

6. Actuellement, environ combien de cigarettes fumez-vous par jour?

nombre de cigarettes

98- NSP

99- NR/R

7. A quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?

ans

98- NSP

99- NR/R

PASSEZ À 12 «VOTRE POIDS»

## II- TABAGISME (suite)

8. Avez-vous déjà fumé la cigarette?

LIRE DE 1 À 3

- 1- Régulièrement  
 2- À l'occasion  
 3- Jamais  
 8- NSP  
 9- NR/R

-----> Passez à 12

9. Environ combien de cigarettes fumez-vous habituellement par jour?

nombre de cigarettes

- 98- NSP  
 99- NR/R

10. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette régulièrement?

ans

- 98- NSP  
 99- NR/R

11. À quel âge avez-vous cessé de fumer la cigarette régulièrement?

ans

- 98- NSP  
 99- NR/R

## III- VOTRE POIDS

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre poids.

12. Quel est votre poids?

- 1-   kg  
 2-   livres  
 8- NSP  
 9- NR/R

13. Quelle est votre grandeur?

- 1-  m  cm  
 2-  pieds  pouces  
 8- NSP  
 9- NR/R

14. Combien aimeriez-vous peser?

- 1-   kg  
 2-   livres  
 8- NSP  
 9- NR/R

15. Essayez-vous présentement de perdre/de gagner du poids/ni l'un ni l'autre?

- 1- Perdre du poids  
 2- Gagner du poids  
 3- Ni l'un ni l'autre  
 8- NSP  
 9- NR/R
- > Passez à 18

### III- VOTRE POIDS (suite)

16. Lesquelles des méthodes suivantes utilisez-vous pour perdre du poids?

LIRE DE 01 À 05. Encercliez toutes les réponses qui conviennent.

- 01- Suivre un régime
- 02- Faire de l'exercice
- 03- Sauter des repas
- 04- Participer à un programme de contrôle du poids (ex. weight watchers)
- 05- Autre (précisez)

- 06- Aucune
- 98- NSP
- 99- NR/R

17. Pourquoi voulez-vous perdre du poids?

NE PAS LIRE LA LISTE. Encercliez toutes les réponses qui conviennent.

- 01- Pour améliorer mon apparence
- 02- Pour améliorer ma santé
- 03- Pour diminuer mon risque de crise cardiaque
- 04- Pour contrôler ma tension artérielle
- 05- Pour contrôler mon taux de cholestérol
- 06- Pour ralentir le durcissement des artères
- 07- Pour contrôler le taux de sucre dans le sang
- 08- Autre (précisez)

- 98- NSP
- 99- NR/R

### IV- ACTIVITÉS PHYSIQUES

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de l'exercice physique.

18. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux le travail que vous faites/l'activité que vous exercez habituellement lorsque vous êtes au village?

MONTREZ LA FICHE «F». LIRE DE 1 À 4

- 1- Je suis habituellement assis(e) durant la journée et je n'ai pas à me déplacer souvent.
- 2- Je suis souvent debout ou j'ai souvent à me déplacer durant la journée, mais je n'ai pas à transporter ou à soulever des charges trop souvent.
- 3- Je lève ou transporte habituellement des charges légères ou je dois souvent monter des escaliers ou des pentes.
- 4- Je travaille dur ou transporte des charges très lourdes.

- 8- NSP
- 9- NR/R

19. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux le travail que vous faites/l'activité que vous exercez lorsque vous êtes dans le bois?

MONTREZ LA FICHE «F». LIRE DE 1 À 4

- 1- Je suis habituellement assis(e) durant la journée et je n'ai pas à me déplacer souvent.
- 2- Je suis souvent debout ou j'ai souvent à me déplacer durant la journée, mais je n'ai pas à transporter ou à soulever des charges trop souvent.
- 3- Je lève ou transporte habituellement des charges légères ou je dois souvent monter des pentes.
- 4- Je travaille dur ou transporte des charges très lourdes.

- 5- Ne s'applique pas
- 8- NSP
- 9- NR/R

#### IV- ACTIVITÉS PHYSIQUES (suite)

Nous aimerions maintenant connaître les activités que vous exercez dans vos temps libres; cela exclut les activités liées à votre travail ou à vos activités dans le Bois.

20. Au cours des trois derniers mois, combien de fois avez-vous pratiqué un sport ou à une activité physique pendant au moins 20 minutes à chaque fois?

- 1- Plus d'une fois par semaine
- 2- À peu près une fois par semaine
- 3- À peu près une fois par mois
- 4- Quelquefois

5- Jamais  
8- NSP  
9- NR/R

-----> Passez à 22

21. Ces activités physiques sont-elles suffisamment soutenues pour vous faire transpirer ou à vous essouffler?

LIRE DE 1 À 3

- 1- La plupart du temps
- 2- Quelquefois
- 3- Jamais
- 8- NSP
- 9- NR/R

#### V- VOS MOYENS DE TRANSPORT

Nous voulons maintenant savoir quel genre de véhicule vous utilisez et à quelle fréquence.

22. Vous êtes-vous déplacé(e) dans un véhicule motorisé quelconque au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
  - 2- Non
  - 9- NR/R
- > Passez à 27

23. Automobiles, camions ou camionnettes

a. En automobile, en camionnette ou en camion, êtes-vous habituellement :

- 1- Conducteur
- 2- Passager
- 3- Autant l'un que l'autre
- 8- NSP
- 9- NR/R

b. Attachez-vous votre ceinture de sécurité?

- 1- Toujours
- 2- La plupart du temps
- 3- Rarement
- 4- Jamais
- 8- NSP
- 9- NR/R

24. À quelle fréquence vous déplacez-vous en automobile, en camionnette ou en camion?

- 1- Au moins une fois par jour
- 2- Au moins une fois par semaine
- 3- Au moins une fois par mois
- 4- Moins d'une fois par mois
- 8- NSP
- 9- NR/R

V- VOS MOYENS DE TRANSPORT (suite)

25. Véhicules tout terrain (3 ou 4 roues)

a. Vous arrive-t-il de circuler en véhicule tout terrain?

- 1- Oui
  - 2- Non
  - 9- NR/R
- > Passez à 26

b. Lorsque vous circulez en véhicule tout terrain, portez-vous un casque de sécurité?

- 1- Toujours
- 2- La plupart du temps
- 3- Rarement
- 4- Jamais
- 8- NSP
- 9- NR/R

c. Pendant la saison, combien de fois utilisez-vous un véhicule tout terrain?

- 1- Au moins une fois par jour
- 2- Au moins une fois par semaine
- 3- Au moins une fois par mois
- 4- Moins d'une fois par mois
- 8- NSP
- 9- NR/R

26. Motoneiges

a. Vous arrive-t-il de circuler en motoneige?

- 1- Oui
  - 2- Non
  - 8- NSP
  - 9- NR/R
- > Passez à 27

V- VOS MOYENS DE TRANSPORT (suite)

26. b. Portez-vous un casque de sécurité lorsque vous circulez en motoneige?

- 1- Toujours
- 2- La plupart du temps
- 3- Rarement
- 4- Jamais
- 9- NR/R

c. Pendant la saison, combien de fois utilisez-vous la motoneige?

- 1- Au moins une fois par jour
- 2- Au moins une fois par semaine
- 3- Au moins une fois par mois
- 4- Moins d'une fois par mois
- 8- NSP
- 9- NR/R

d. Utilisez-vous la motoneige pour vos déplacements?

- 1- Seulement dans le village
  - 2- Seulement en dehors du village
  - 3- Dans le village et en dehors du village
  - 9- NR/R
- > Passez à 27

e. Lors de vos déplacements en dehors du village, est-ce qu'il y a une autre motoneige qui vous accompagne?

- 1- Toujours
- 2- La plupart du temps
- 3- Rarement
- 4- Jamais
- 9- NR/R

## V- VOS MOYENS DE TRANSPORT (suite)

27. Bateaux

a. Vous arrive-t-il de circuler en bateau?

- 1- Oui  
2- Non  
8- NSP  
9- NR/R

-----> Passez à 28

b. Si oui, portez-vous un gilet de sauvetage?

- 1- Toujours  
2- La plupart du temps  
3- Rarement  
4- Jamais  
9- NR/R

c. Pendant la saison, combien de fois circulez-vous en bateau?

- 1- Au moins une fois par jour  
2- Au moins une fois par semaine  
3- Au moins une fois par mois  
4- Moins d'une fois par mois  
8- NSP  
9- NR/R

28. Natation

Savez-vous nager?

- 1- Oui  
2- Non  
9- NR/R

## VI- VOTRE VIE EN GÉNÉRAL

29. Laquelle des phrases suivantes vous décrit le mieux?

- 1- Je suis une personne qui n'a pas d'amis  
2- Je suis une personne qui a peu d'amis  
3- Je suis une personne qui a quelques amis  
4- Je suis une personne qui a beaucoup d'amis  
8- NSP  
9- NR/R

30. À combien de personnes de votre entourage, nous entendons par là des amis ou des membres de la famille, pourriez-vous vous adresser si vous aviez besoin d'aide ou si vous aviez un problème?

personnes

- 98- NSP  
99- NR/R

31. Quelle est l'importance des prières et de la religion dans votre vie? Diriez-vous qu'elles sont :

- 1- Très importantes  
2- Plus ou moins importantes  
3- Pas du tout importantes  
8- NSP  
9- NR/R

32. À part les occasions spéciales telles que mariages, funérailles ou baptêmes, combien de fois avez-vous assisté à des offices ou à des assemblées liées à votre religion au cours des 12 derniers mois?

- 1- Au moins une fois par semaine  
2- Au moins une fois par mois  
3- Quelques fois par année  
4- Au moins une fois par année  
5- Moins d'une fois par année  
6- Jamais  
8- NSP  
9- NR/R

33. Comment décririez-vous vos relations avec les autres membres de votre village?

- 1- Très satisfaisantes  
2- Plutôt satisfaisantes  
3- Plutôt insatisfaisantes  
4- Vraiment insatisfaisantes  
8- NSP  
9- NR/R

## VII- PROBLÈMES DANS VOTRE VILLAGE

34. Pour chacun des problèmes suivants, nous aimerions avoir votre opinion sur l'importance que prend aujourd'hui ce problème dans votre village.

MONTREZ LA FICHE «G» ET ENCERCLEZ LA RÉPONSE

a. Violence physique ou verbale entre mari et femme?

- 1- Pas du tout un problème
- 2- Problème relativement mineur
- 3- Problème important
- 4- Problème extrêmement grave
- 8- NSP
- 9- NR/R

b. Batailles et désordre publics?

- 1- Pas du tout un problème
- 2- Problème relativement mineur
- 3- Problème important
- 4- Problème extrêmement grave
- 8- NSP
- 9- NR/R

c. Utilisation de drogues illégales?

- 1- Pas du tout un problème
- 2- Problème relativement mineur
- 3- Problème important
- 4- Problème extrêmement grave
- 8- NSP
- 9- NR/R

d. Abus d'alcool?

- 1- Pas du tout un problème
- 2- Problème relativement mineur
- 3- Problème important
- 4- Problème extrêmement grave
- 8- NSP
- 9- NR/R

## VII- PROBLÈMES DANS VOTRE VILLAGE (suite)

34. Pour chacun des problèmes suivants, nous aimerions avoir votre opinion sur l'importance que prend aujourd'hui ce problème dans votre village.

e. Enfants négligés par leurs parents?

- 1- Pas du tout un problème
- 2- Problème relativement mineur
- 3- Problème important
- 4- Problème extrêmement grave
- 8- NSP
- 9- NR/R

f. Jeunes éprouvant des problèmes avec la loi en raison de vandalisme ou de vols?

- 1- Pas du tout un problème
- 2- Problème relativement mineur
- 3- Problème important
- 4- Problème extrêmement grave
- 8- NSP
- 9- NR/R

g. Jeunes qui ne respectent plus les aînés?

- 1- Pas du tout un problème
- 2- Problème relativement mineur
- 3- Problème important
- 4- Problème extrêmement grave
- 8- NSP
- 9- NR/R



VIII- LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE

35. Lorsque vous étiez enfant, avant l'âge de douze (12) ans:

a. Votre mère est-elle décédée?

1- Oui

2- Non

8- NSP

9- NR/R

b. Votre père est-il décédé?

1- Oui

2- Non

8- NSP

9- NR/R

c. Un autre membre de votre famille immédiate est-il décédé?

1- Oui

2- Non

8- NSP

9- NR/R

MONTREZ LA FICHE «H» ET DEMANDEZ:

36. a. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous quitté votre famille?

1- Oui

2- Non

9- NR/R

-----> Passez à 36 b

Si oui, cela a-t-il été pour vous:

1- Extrêmement stressant

2- Plutôt stressant

3- Assez stressant

4- Pas stressant

8- NSP

9- NR/R

VIII- LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE (suite)

36. b. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous perdu votre emploi?

1- Oui

2- Non

9- NR/R

-----> Passez à 36 c

Si oui, cela a-t-il été pour vous:

1- Extrêmement stressant

2- Plutôt stressant

3- Assez stressant

4- Pas stressant

8- NSP

9- NR/R

c. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous eu à subir un rejet ou de la désapprobation de la part de votre village?

1- Oui

2- Non

9- NR/R

-----> Passez à 36 d

Si oui, cela a-t-il été pour vous:

1- Extrêmement stressant

2- Plutôt stressant

3- Assez stressant

4- Pas stressant

8- NSP

9- NR/R

d. Au cours des douze (12) derniers mois, avez-vous souffert d'une maladie grave (physique ou mentale)?

1- Oui

2- Non

9- NR/R

-----> Passez à 36 e

Si oui, cela a-t-il été pour vous:

1- Extrêmement stressant

2- Plutôt stressant

3- Assez stressant

4- Pas stressant

8- NSP

9- NR/R

### VIII- LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS LA VIE (suite)

36. e. Au cours des douze (12) derniers mois, est-ce que quelqu'un d'autre dans votre foyer a eu une maladie grave?

- 1- Oui  
 2- Non  
 9- NR/R
- > Passez à 36 f

Si oui, cela a-t-il été pour vous:

- 1- Extrêmement stressant  
 2- Plutôt stressant  
 3- Assez stressant  
 4- Pas stressant  
 8- NSP  
 9- NR/R

f. Au cours des douze (12) derniers mois, est-ce que votre conjoint(e) est décédé(e)?

- 1- Oui  
 2- Non  
 9- NR/R
- > Passez à 36 g

Si oui, cela a-t-il été pour vous:

- 1- Extrêmement stressant  
 2- Plutôt stressant  
 3- Assez stressant  
 4- Pas stressant  
 8- NSP  
 9- NR/R

g. Au cours des douze (12) derniers mois, est-ce que quelqu'un qui vous est très cher (autre que votre conjoint(e)) est décédé?

- 1- Oui  
 2- Non  
 9- NR/R
- > Passez à 37 a

Si oui, cela a-t-il été pour vous:

- 1- Extrêmement stressant  
 2- Plutôt stressant  
 3- Assez stressant  
 4- Pas stressant  
 8- NSP  
 9- NR/R

### IX- LA SANTÉ DES FEMMES

LES QUELQUES QUESTIONS QUI SUIVENT NE S'ADRESSENT QU'ÀUX FEMMES. LES HOMMES DOIVENT PASSER À LA QUESTION 44 (SECTION SUIVANTE)

37. a. Quand avez-vous eu un prélèvement vaginal («Pap Test») la dernière fois?

- 1- Il y a moins de 12 mois  
 2- Il y a un an ou deux  
 3- Il y a plus de deux ans  
 4- Jamais
- > Passez à 38
- 8- NSP  
 9- NR/R
- > Passez à 38

b. Si «jamais», pouvez-vous me dire pourquoi?

NE PAS LIRE LA LISTE. Encercliez toutes les réponses qui conviennent.

- 1- N'a pas été offert  
 2- Ne va jamais à la clinique  
 3- Pas intéressée  
 4- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 8- NSP  
 9- NR/R

38. a. Avez-vous déjà eu un examen des seins fait par un médecin ou une infirmière?

- 1- Oui  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R
- > Passez à 39
- > Passez à 39

IX- LA SANTÉ DES FEMMES (suite)

38. b. Si non, pouvez-vous me dire pourquoi?

NE PAS LIRE LA LISTE. Encercliez toutes les réponses qui conviennent.

- 1- N'a pas été offert
- 2- Ne va jamais à la clinique
- 3- Pas intéressée
- 4- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

Oui  
8- NSP  
9- NR/R

39. a. Avez-vous déjà examiné vous-même vos seins pour y dépister des tumeurs ou des kystes?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

b. Si non, pouvez-vous me dire pourquoi?

NE PAS LIRE LA LISTE. Encercliez toutes les réponses qui conviennent.

- 1- Ne sait pas comment faire
- 2- Ne croit pas que ce soit important
- 3- C'est désagréable ou douloureux
- 4- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

Oui  
8- NSP  
9- NR/R

40. Prenez-vous des pilules contraceptives soit pour éviter une grossesse, pour régulariser votre cycle menstruel ou pour une autre raison?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

41. Etes-vous enceinte actuellement?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

IX- LA SANTÉ DES FEMMES (suite)

42. a. Avez-vous eu des enfants?

- 1- Oui
  - 2- Non
  - 9- NR/R
- > Passez à 43

b. Si oui, avez-vous allaité votre dernier bébé?

- 1- Oui
  - 2- Non
  - 8- NSP
  - 9- NR/R
- > Passez à 42 d

c. Si non, pouvez-vous dire pourquoi?

NE PAS LIRE LA LISTE. Encercliez toutes les réponses qui conviennent.

- 1- À cause du travail
- 2- C'est démodé
- 3- Sur l'avis du médecin
- 4- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

- 8- NSP
  - 9- NR/R
- > Passez à 43

d. Pendant combien de temps avez-vous allaité votre dernier bébé?

- 1- Un mois ou moins
- 2- 1-6 mois
- 3- 6 mois ou plus
- 8- NSP
- 9- NR/R

43. Traversez-vous présentement votre ménopause?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- NSP
- 9- NR/R

## X- TENSION ARTÉRIELLE

44. Avant cette enquête, votre tension artérielle a-t-elle déjà été vérifiée par une infirmière ou un médecin?

- 1- Oui  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R
- > Passez à 46

45. Combien de temps s'est-il écoulé depuis la dernière fois qu'on a vérifié votre tension artérielle?

LIRE DE 1 À 3

- 1- Moins de 6 mois  
 2- 6 à 12 mois  
 3- Plus d'un an  
 8- NSP  
 9- NR/R

46. Est-ce qu'un médecin, une infirmière ou un autre professionnel de la santé vous a déjà dit que votre tension artérielle était élevée (haute pression)?

- 1- Oui  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R
- > Passez à 52

47. Vous a-t-on recommandé un traitement ou un programme pour faire baisser votre tension artérielle?

- 1- Oui  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R
- > Passez à 52

## X- TENSION ARTÉRIELLE (suite)

48. Quel était ce traitement?

NE PAS LIRE LA LISTE. Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

- 01- Prendre des médicaments seulement  
 02- Suivre un régime sans sel  
 03- Surveiller le poids  
 04- Éviter le stress, ralentir les activités et relaxer  
 05- Diminuer la consommation de tabac ou cesser de fumer  
 06- Diminuer la consommation d'alcool  
 07- Suivre un programme d'exercice  
 08- Autre traitement (spécifiez) \_\_\_\_\_

- 98- NSP  
 99- NR/R

49. Suivez-vous encore ce traitement?

- 1- Oui  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R

50. Présentement, prenez-vous des médicaments pour faire baisser votre tension artérielle?

- 1- Oui  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R
- > Passez à 52

51. Avez-vous déjà pris des médicaments pour faire baisser votre tension artérielle?

- 1- Oui  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R

52. Selon vous, votre tension artérielle est-elle normale présentement?

- 1- Oui  
 2- Non  
 8- NSP  
 9- NR/R

## X- TENSION ARTÉRIELLE (suite)

53. D'après vous, quelles sont les causes d'une tension artérielle élevée?

INSCRIRE AU MAXIMUM TROIS RÉPONSES DONNÉES.  
SI LE RÉPONDANT HÉSITE, ESSAYER D'ÉCLAIRCIR.

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

98- NSP

99- NR/R

54. Pouvez-vous me donner les principales causes des maladies ou problèmes cardiaques?

NE PAS LIRE LA LISTE. Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

- 01- Mauvaise alimentation
- 02- Embonpoint
- 03- Surconsommation de matières grasses
- 04- Surconsommation de sel
- 05- Taux élevé de cholestérol
- 06- Aliments riches en cholestérol
- 07- Excès de stress, d'inquiétude ou de tension
- 08- Surcharge de travail, surmenage ou fatigue
- 09- Manque d'activité physique (sédentarité)
- 10- Tabagisme
- 11- Hérité
- 12- Tension artérielle élevée/hypertension
- 13- Athérosclérose/durcissement des artères
- 14- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

98- NSP

99- NR/R

## XI- DIABÈTE

Passons maintenant à quelques questions sur le diabète.

55. Est-ce qu'un médecin ou un(e) infirmier(ère) vous a déjà dit que vous faisiez du diabète (sucre dans le sang)?

1- Oui	<input type="checkbox"/>
2- Non	<input type="checkbox"/>
8- NSP	<input type="checkbox"/>
9- NR/R	<input type="checkbox"/>

-----> Passez à 59 (la Section NUTRITION)

56. Vous aviez environ quel âge la première fois qu'on vous a dit que vous aviez le diabète?

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(Indiquez l'âge le plus précisément possible)

98- NSP

99- NR/R

57. Suivez-vous un traitement pour contrôler votre diabète?

1- Oui

2- Non

-----> Passez à 59 (la Section NUTRITION)

58. De quel traitement s'agit-il?

NE PAS LIRE LA LISTE. Encerclez toutes les réponses qui conviennent.

- 1- Insuline
- 2- Pilules pour contrôler la glycémie
- 3- Régime
- 4- Amaigrissement
- 5- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

8- NSP

9- NR/R

## XII- NUTRITION

59. À table, ajoutez-vous du sel à vos aliments?

LIRE 1 À 4

- 1- Souvent
- 2- Quelquefois
- 3- À l'occasion
- 4- Presque jamais ou jamais
- 8- NSP
- 9- NR/R

60. Voici quelques affirmations. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes d'accord ou pas d'accord.

- |   | D'accord | Pas d'accord | Ni en accord ni en désaccord | NSP | NR/R |
|---|----------|--------------|------------------------------|-----|------|
| a. La quantité de sel que vous mangez peut avoir un effet sur votre santé   | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| b. La quantité de cholestérol dans votre sang peut avoir un effet sur votre santé                                       | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| c. Quelqu'un qui mange gras risque plus que les autres d'avoir une maladie cardiaque                                    | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| d. Les personnes ayant de l'embonpoint risquent plus de contracter certaines maladies que les personnes de poids normal | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| e. Sauter un repas est un moyen efficace pour maintenir son poids ou pour maigrir                                       | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| f. Les aliments achetés au magasin ne sont pas aussi sains ni aussi nourrissants que les aliments du bois               | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| g. Je crois que le fait de manger sucré influence ma santé  | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| h. Si je mangeais mieux, je pourrais vivre plus vieux(vieille)  | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| i. Pour rester en santé ou améliorer mon état de santé, je serais prêt(e) à changer mes habitudes alimentaires          | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| j. Il est naturel de manger ce qu'on aime même si ce n'est pas trop bon pour la santé                                   | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |

25

## XII- NUTRITION (suite)

60. Voici quelques affirmations. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes d'accord ou pas d'accord.

- |   | D'accord | Pas d'accord | Ni en accord ni en désaccord | NSP | NR/R |
|---|----------|--------------|------------------------------|-----|------|
| k. J'aime mieux faire de l'embonpoint que me priver de plusieurs aliments que j'aime                | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| l. Une femme est plus attirante lorsqu'elle fait de l'embonpoint                                    | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| m. Une femme est plus forte et plus résistante lorsqu'elle fait de l'embonpoint                     | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| n. Une personne a besoin d'une épaisse couche de graisse pour se protéger du froid                  | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| o. Il existe un lien entre les aliments que nous mangeons et le bon fonctionnement des intestins    | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |
| p. Les corps gras sont le seul type d'aliment qui peuvent améliorer le fonctionnement des intestins | 1        | 2            | 3                            | 8   | 9    |

61. Dites-vous que, depuis un an, vous avez essayé de changer quelque chose dans la façon de vous nourrir, sans compter les régimes alimentaires spéciaux?

- |         |  |  |  |  |  |
|---------|--|--|--|--|--|
| 1- Oui  |  |  |  |  |  |
| 2- Non  |  |  |  |  |  |
| 8- NSP  |  |  |  |  |  |
| 9- NR/R |  |  |  |  |  |

-----> Passez à 63

26

## XII- NUTRITION (suite)

62. Avez-vous essayé d'apporter l'un des changements suivants à votre régime?

**DONNEZ UNE RÉPONSE POUR CHAQUE CHANGEMENT POSSIBLE**

	Oui	Non	NSP	NR/R
a. Manger moins de viande.....	1	2	8	9
b. Manger moins de sel.....	1	2	8	9
c. Manger moins de gras.....	1	2	8	9
d. Manger moins de sucre.....	1	2	8	9
e. Manger moins de pâtisseries et de friandises.....	1	2	8	9
f. Manger plus de fruits.....	1	2	8	9
g. Manger plus de légumes.....	1	2	8	9
h. Manger moins d'aliments-camelote "junk food" (croustilles «chips» boissons gazeuses, chocolat...)	1	2	8	9

63. Concernant vos habitudes alimentaires....

	Oui	Non	NSP	NR/R
a. Considérez-vous que vous mangez trop sucré pour votre santé?.....	1	2	8	9
b. Diriez-vous que vous mangez trop gras pour votre santé?.....	1	2	8	9

## XII- NUTRITION (suite)

64. Habituellement, ajoutez-vous du saindoux, beurre ou margarine sur les aliments suivants?

	Oui	Non	Parfois oui Parfois non	NSP	NR/R
a. Du pain (rôti ou non).....	1	2	3	4	8
b. Du bannock.....	1	2	3	4	8
c. Des pommes de terre.....	1	2	3	4	8
d. D'autres légumes cuits....	1	2	3	4	8

65. Quel corps gras mettez-vous sur votre bannock, pain, rôtie ou muffin?

**NE PAS LIRE LA LISTE. Encerclez toutes les réponses qui conviennent.**

- 1- Beurre
- 2- Saindoux ou shortening
- 3- Margarine molle
- 4- Margarine dure
- 5- Graisse d'oie ou de bacon
- 6- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 
- 7- Aucun corps gras
- 8- NSP
- 9- NR/R

66. Quel corps gras mangez-vous avec la viande ou le poisson?

**NE PAS LIRE LA LISTE. Encerclez toutes les réponses qui conviennent.**

- 1- Graisse d'oie
- 2- Saindoux ou shortening
- 3- Graisse de castor
- 4- Graisse d'ours
- 5- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 
- 6- Aucun corps gras
- 8- NSP
- 9- NR/R

### XIII- TRAVAIL ET OCCUPATIONS

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre travail et vos occupations.

67. a. Combien d'emplois différents avez-vous occupés au cours des 12 derniers mois?

(Si aucun, indiquez 0)

7- 7 et plus

8- NSP

9- NR/R

MONTREZ LA FICHE «I» ET DEMANDEZ:

b. Lequel des énoncés suivants décrit le mieux votre situation de travail actuel?

NE PRENEZ QU'UNE SEULE RÉPONSE

01- Travail à plein temps (avec salaire)

02- Travail à temps partiel (avec salaire) -----> Passez à 69

03- Travail occasionnel (avec salaire)

04- Sécurité du revenu des trappeurs

05- Travail de maison -----> Passez à 74

06- À la retraite ou à sa pension

07- Assurance-chômage

08- Bien-être social

09- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

98- NSP

99- NR/R

68. Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi?

1- Années

ou  Nombre de

2- Mois (Si moins d'un mois, inscrivez 01)

3- N'a jamais travaillé

8- NSP

9- NR/R

PASSEZ À 74

### XIII- TRAVAIL ET OCCUPATIONS (suite)

69. a. Depuis combien de temps occupez-vous cet emploi ou avez-vous occupé votre dernier emploi?

1- Années

ou  Nombre de

2- Mois (Si moins d'un mois, inscrivez 01)

8- NSP

9- NR/R

b. Comment avez-vous trouvé ce dernier emploi?

NE PAS LIRE LA LISTE. Une seule réponse.

1- Par quelqu'un de la maison

2- Par un ami ou une connaissance

3- Par le conseil de bande

4- Par un centre d'emploi

5- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

8- NSP

9- NR/R

c. Avez-vous reçu de la formation pour ce travail?

1- Oui

2- Non

8- NSP -----> Passez à 70

9- NR/R

d. Si oui, combien de jours?

70. Combien d'heures par semaine travaillez-vous?

heures

98- NSP

99- NR/R



### XIII- TRAVAIL ET OCCUPATIONS (suite)

71. Quel genre de travail faites-vous? (Donnez une description détaillée, ex.: travailleur non qualifié, chauffeur de camion, commis de bureau, sarveuse)

--	--	--	--

9998- NSP  
9999- NR/R

72. Pour quel genre d'entreprise, de secteur d'activité économique ou de service travaillez-vous? (Donnez une description détaillée, ex.: construction, épicerie, commission scolaire, conseil de bande, etc.)

--	--	--	--

9998- NSP  
9999- NR/R

73. a. Est-ce un emploi saisonnier?

1- Oui  
2- Non  
8- NSP  
9- NR/R

b. Trouvez-vous votre emploi actuel:

1- Extrêmement stressant  
2- Plutôt stressant  
3- Assez stressant  
4- Pas stressant  
8- NSP  
9- NR/R

### XIV- RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Les prochaines questions nous permettront d'analyser certains facteurs liés à la santé comme l'âge, le sexe, les revenus.

74. INDIQUEZ LE SEXE DU RÉPONDANT:

1- Homme  
2- Femme

75. Quelle est votre date de naissance?

Année	Mois				Jour

98- NSP  
99- NR/R

76. Quel est votre âge?

--	--

ans

MONTREZ LA FICHE «J» ET DEMANDEZ:

77. Présentement, quel est votre état matrimonial?

1- Jamais marié(e) et ne vivant avec personne comme couple  
2- Divorcé(e)/séparé(e) et ne vivant avec personne comme couple  
3- Marié(e) ou vivant avec quelqu'un comme couple  
4- Veuf/veuve et ne vivant avec personne comme couple  
8- NSP  
9- NR/R

**XIV- RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES (suite)**

MONTREZ LA CARTE \*K\* ET DEMANDEZ:

78. Quel est le niveau de scolarité le plus élevé que vous ayez terminé?

N'ENCERCLEZ QU'UNE RÉPONSE

- 00- Pas de scolarité officielle
- 01- Quelques années de primaire
- 02- Primaire complété
- 03- Quelques années de secondaire
- 04- Secondaire complété
- 05- études partielles dans une école de métier, un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières ou une école normale
- 06- Diplôme ou certificat d'études d'une école de métiers, d'un collège commercial privé, d'un institut technique, d'un CEGEP, d'une école de sciences infirmières ou d'une école normale
- 07- études partielles à l'université
- 08- Certificat(s), Baccalauréat(s), Maîtrise(s) ou Doctorat acquis
- 98- NSP
- 99- NR/R

pour plus de précision, écrivez le nom du diplôme ou certificat le plus élevé obtenu:

79. a. Quelle langue parlez-vous habituellement à la maison?

- 1- Cri
- 2- Anglais
- 3- Français
- 4- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

- 8- NSP
- 9- NR/R

b. Est-ce que vous parlez une autre langue?

- 1- Oui (spécifiez) \_\_\_\_\_
- 2- Non
- 9- NR/R

**XIV- RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES (suite)**

80. À des fins statistiques seulement, nous aimerions connaître votre échelle de revenus personnels avant retenues pour la dernière année.

MONTREZ LA FICHE \*L\* ET LIRE DE 1 À 11

- 01- \$ 0 à \$ 999
- 02- \$ 1 000 à \$ 5 999
- 03- \$ 6 000 à \$ 11 999
- 04- \$ 12 000 à \$ 19 999
- 05- \$ 20 000 à \$ 24 999
- 06- \$ 25 000 à \$ 29 999
- 07- \$ 30 000 à \$ 39 999
- 08- \$ 40 000 à \$ 49 999
- 09- \$ 50 000 à \$ 59 999
- 10- \$ 60 000 à \$ 69 999
- 11- \$ 70 000 et plus
- 98- NSP
- 99- NR/R

81. a. Combien de semaines ou de mois avez-vous passés dans le bois au cours de la dernière année?

- 1- Semaines   Nombre de
- ou   Mois
- 2- Mois
- 8- NSP
- 9- NR/R

SI MOINS D'UN MOIS, PASSEZ À 82  
SI UN MOIS OU PLUS, DEMANDEZ:

b. Combien de voyages différents avez-vous faits dans le bois au cours de la dernière année?

- Nombre de voyages
- 98- NSP
- 99- NR/R

**XIV - RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES (suite)**

82. a. Avez-vous des enfants?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

-----> Passez à 83

b.   Si oui, combien?

c.   Combien vivent encore avec vous?

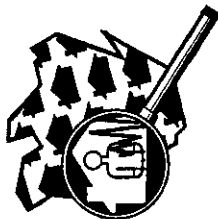
83. Quelle est votre religion?

- 1- Aucune
- 2- Catholique romain
- 3- Anglicane
- 4- Pentecôtiste
- 5- Autre (spécifiez) \_\_\_\_\_

- 
- 8- NSP
- 9- NR/R

**ANNEXE 5**

**QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL**



4							
---	--	--	--	--	--	--	--

NUMÉRO DU PARTICIPANT

--	--

NO DE  
L'INTERVIEWER

ᐱᕿᕐᕕᕋᕐᕈᕋᕐ ᐱᕋᕐᕈ ᕐᕐᕕᕐᕕᕐᕐᕐᕐᕐ ᐃᕐᕐ  
ᐃᕋ ᐃᕋᕐᕐᕐᕐᕐ

*Enquête Santé Québec  
auprès des Cris de la Baie James*

**CONFIDENTIEL**

*Questionnaire complété par le répondant  
(assisté ou non par l'interviewer)*

CONSEIL CRI DE LA SANTÉ ET DES  
SERVICES SOCIAUX DE LA BAIE JAMES  
CHIASIBI (QUÉBEC)  
JRM 100  
(819) 855-2844

SANTÉ QUÉBEC  
800, PLACE VICTORIA  
C.P. 164 - SUCC. TOUR DE LA BOURSE  
MONTRÉAL (QUÉBEC) H4Z 1C8  
(514) 873-4749

XVI- SUICIDE

98. Vous est-il déjà arrivé de penser SÉRIEUSEMENT à vous suicider (à vous enlever la vie)?

- 1- Oui
  - 2- Non
- > Passez à 102

99. Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non

100. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?

- 1- Oui
  - 2- Non
- > Passez à 102

101. Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non

XV- DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS

Les questions qui suivent portent sur divers aspects de votre santé. La façon dont vous vous êtes senti(e) durant la dernière semaine a pu être différente de celle dont vous vous êtes senti(e) l'année passée. Pouvez-vous nous dire à quelle fréquence AU COURS DE LA DERNIÈRE SEMAINE :

	Jamais	De temps en temps	Assez souvent	Très souvent
84. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?.....	1	2	3	4
85. Avez-vous eu des blancs de mémoire?....	1	2	3	4
86. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les 'bleus'?.....	1	2	3	4
87. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?.....	1	2	3	4
88. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?.....	1	2	3	4
89. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?.....	1	2	3	4
90. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?.....	1	2	3	4
91. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?.....	1	2	3	4
92. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?.....	1	2	3	4
93. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?.....	1	2	3	4
94. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?.....	1	2	3	4
95. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?.....	1	2	3	4
96. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?.....	1	2	3	4
97. Avez-vous désiré être seul(e)?.....	1	2	3	4

XVII- ALCOOL

102. Avez-vous déjà pris de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées?
- 1- Oui  
2- Non -----> Passez à 115
103. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous pris de la bière, du vin ou d'autres boissons alcoolisées?
- 1- Oui  
2- Non -----> Passez à 113
104. Combien de fois en moyenne prenez-vous une consommation de boisson alcoolisée (bière, vin ou spiritueux)?
- 1- Chaque jour  
2- De 1 à 6 fois par semaine  
3- De 1 à 3 fois par mois  
4- Moins d'une fois par mois
105. Quand vous prenez des boissons alcoolisées, combien de consommations prenez-vous en moyenne par jour?
- Nous entendons ici par «consommation»:
- une bouteille de bière ou un verre de bière en fût (draft) ou
  - un petit verre de vin ou
  - un petit verre de liqueur forte avec ou sans mélange
- nombre de consommations

XVII- ALCOOL (suite)

106. Vos habitudes de boire ont-elles changé au cours des 12 derniers mois?
- 1- Je bois plus qu'avant  
2- Je bois moins qu'avant  
3- Mes habitudes n'ont pas changé
107. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà pris de l'alcool en vous levant le matin pour calmer vos nerfs ou vous débarrasser d'une «queue de bois» (vous remettre d'une brouse)?
- 1- Presque tous les jours  
2- Assez souvent  
3- Rarement  
4- Jamais
108. Avez-vous déjà été critiqué(e) par des personnes de votre entourage à cause de votre consommation d'alcool?
- Oui Non  
1 2
109. Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool?
- 1 2
110. Avez-vous déjà tenté de diminuer votre consommation d'alcool?.....
- 1 2
111. Vous êtes-vous déjà senti(e) mal à l'aise ou coupable à cause de votre consommation d'alcool?.....
- 1 2

XVII- ALCOOL (suite)

112. Au cours des 12 derniers mois, vos habitudes de boire vous ont-elles occasionné des problèmes comme:

	Oui	Non
a. Il y a eu de la tension ou des désaccords (des chicanes) entre vous et votre famille ou vos amis à cause de votre consommation d'alcool.	1	2
b. Vous avez eu des difficultés au travail ou aux études à cause de l'alcool.	1	2
c. Vous avez eu des problèmes de santé dus à l'alcool.	1	2
d. Vous avez reçu un avertissement pour conduite en état d'ébriété.	1	2
e. Vous avez perdu un emploi ou avez été chassé de l'école à cause de l'alcool.	1	2
f. On vous a renvoyé(e) chez vous pour ivresse dans un lieu public.	1	2
g. Vous vous êtes blessé(e) accidentellement ou vous avez blessé quelqu'un accidentellement parce que vous étiez en état d'ébriété.	1	2
h. Vous vous êtes blessé(e) ou vous avez blessé quelqu'un dans une bataille ou une chicane en état d'ébriété.	1	2
i. Vous avez dû être hospitalisé(e) ou vous avez dû suivre une cure pour des problèmes liés à l'alcool.	1	2

113. Sans compter les fois où vous avez seulement goûté, à quel âge avez-vous commencé à boire des boissons alcoolisées?

À l'âge de  ans

114. Si vous avez déjà bu mais n'avez pas bu au cours de la dernière année, à quel âge avez-vous cessé de boire?

À l'âge de  ans

XVIII- DROGUES

115. Voici une liste de quelques drogues parmi les plus connues. Nous aimerions savoir s'il vous est arrivé de prendre une de ces drogues:

- a. MARIJUANA ou HASHISH
  - 1- Oui
  - 2- Non -----> Passez à b

Si oui, en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non

- b. COCAÏNE ou CRACK
  - 1- Oui
  - 2- Non -----> Passez à c

Si oui, en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non



XVIII - DROGUES

e. Si vous avez consommé l'une de ces drogues au cours des 12 derniers mois, diriez-vous que c'était:

- 1- Plus d'une fois par semaine
- 2- Une fois par semaine
- 3- De 1 à 3 fois par mois
- 4- Moins d'une fois par mois

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE COLLABORATION  
 INSÉREZ LE QUESTIONNAIRE DANS L'ENVELOPPE  
 ET REMETTEZ-LA À L'INTERVIEWER APRÈS  
 L'AVOIR SCELLÉE.

03-05-91

XVIII - DROGUES

c. Avez-vous déjà essayé d'obtenir un effet (de vous «geler») en reniflant de la colle, de l'essence ou tout autre solvant?

- 1- Oui
- 2- Non -----> Passez à d

Si oui, en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non

Veillez spécifier la nature du solvant: \_\_\_\_\_

d. Avez-vous déjà consommé d'autres drogues?

- 1- Oui
- 2- Non -----> Passez à e

Si oui, en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non

Veillez spécifier la nature de ces autres drogues: \_\_\_\_\_

**ANNEXE 6**

**FORMULAIRE DE VISITE  
EN CLINIQUE**

# ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC AUPRÈS DES CRIS DE LA BAIE JAMES

sqcv/N1

VISITE EN CLINIQUE (18 À 74 ANS)

Numéro du participant :  Numéro de l'infirmière :

1- Résultat de la visite :  2- Date :  mois  jour

3- Lieu de la visite :  4- Sexe du répondant : 1- Homme  
2- Femme

(S'IL S'AGIT D'UNE FEMME : SI NON, LAISSER LES QUESTIONS 5, 6 ET 7 BLANCHES)

5- Ménopausée : 1- Oui  
2- Non  
9- NR

6- Enceinte : 1- Oui  
2- Non  
9- NR

7- Date des dernières menstruations :  an  mois  jour

8- Poids :

9- Tension artérielle : S  D

CLINIQUE 1°

CLINIQUE 2°

(ATTENTION : S'IL N'Y A PAS DE RAPPEL 24 HEURES, LAISSER LA QUESTION 10 BLANCHE)

10- Tension artérielle : S  D

RAPPEL 1°

RAPPEL 2°

11- Mesures : Grandeur :  (cm) ou  (pouces)

Poids :  (kg) ou  (pouces)

Taille :  (cm) ou  (pouces)

Hanches :  (cm) ou  (pouces)

SUITE AU VERSO

# ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC AUPRÈS DES CRIS DE LA BAIE JAMES

sqcv/N2

VISITE EN CLINIQUE (18 À 74 ANS)

12- Résultats des échantillons de sang :  CHOL.  INSUL.

ATTENTION: SI AUCUN ÉCHANTILLON DE SANG N'EST PRÉLEVÉ, NE RIEN ÉCRIRE AUX QUESTIONS 13 ET 14.

13- Nombre d'heures à jeun :  hres 14- Date du prélèvement :  mois  jour

15- Heure de la prise de sang :  hre  min.

16- Est-ce que ce participant est censé avoir des mesures de contrôle de qualité?

1- Oui (SI OUI, POURSUIVRE LA CLINIQUE)  
2- Non (SI NON, REMERCIER LE PARTICIPANT)

## MESURES DE CONTRÔLE DE QUALITÉ :

Numéro du participant :  Numéro de l'infirmière :

1- Résultat de la mesure :  2- Date :  mois  jour

2- Résultats des échantillons de sang :  CHOL.  INSUL.

3- Mesures : Grandeur :  (cm) ou  (pouces)

Poids :  (kg) ou  (pouces)

Taille :  (cm) ou  (pouces)

Hanches :  (cm) ou  (pouces)

4- Tension artérielle : S  D