

SANTÉ QUÉBEC

ET LA SANTÉ DES INUITS,
ÇA VA ?

RAPPORT
DE L'ENQUÊTE
SANTÉ QUÉBEC
AUPRÈS DES INUITS
DU NUNAVIK

1992

TOME 1





SANTÉ QUÉBEC

ET LA SANTÉ DES INUITS, ÇA VA ?

**RAPPORT DE L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC
AUPRÈS DES INUITS DU NUNAVIK, 1992**

TOME I

LES DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

*Publié sous la direction de
Mireille Jetté*



Gouvernement du Québec
Santé Québec

SANTÉ QUÉBEC

ET LA SANTÉ DES INUITS, ÇA VA ?

Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992

Cette enquête a été réalisée par Santé Québec grâce à des subventions du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS), du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS) et du Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux (CRKSSS).

CETTE ÉDITION A ÉTÉ PRODUITE PAR : Santé Québec

COORDONNATEURS DE L'ENQUÊTE : Mireille Jetté, Santé Québec
Louise Guyon, Santé Québec

**À L'HARMONISATION ET À LA
STANDARDISATION DES TEXTES :** Mireille Jetté, Santé Québec
Josette Thibault, Santé Québec
Suzanne Bruneau, Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Québec
Serge Chevalier, Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des services sociaux de Montréal-Centre

RAPPORT PUBLIÉ SOUS LA DIRECTION DE : Mireille Jetté, Santé Québec

POUR TOUTE INFORMATION, VEUILLEZ VOUS ADRESSER À :

Santé Québec
600, boul. René-Lévesque ouest - 10^e étage
Montréal (Québec)
H3B 1N4

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

OU AUX AUTEURS DES CHAPITRES QUI VOUS INTÉRESSENT.

Des exemplaires additionnels des tomes I et II du présent rapport peuvent être obtenus au coût de 40 \$ [taxes en sus] en s'adressant à Santé Québec.

Ce rapport est aussi disponible en version anglaise. [*This Report is also available in English under the title : «A Health Profile of the Inuit; Report of the Santé Québec Health Survey Among the Inuit of Nunavik, 1992.»*]

DÉPÔT LÉGAL : Bibliothèque nationale du Québec, 1994
Tous droits réservés
© Santé Québec, 1994

ISBN 2-551-13346-7

CITATION SUGGÉRÉE : Santé Québec, Jetté M. (sous la direction de) (1994). Et la santé des Inuits, ça va ? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992, Montréal, ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

***À la mémoire de Sonia Zola, collaboratrice
précieuse à cette enquête...***

***coordonnatrice des programmes de santé,
section CLSC, centre de santé Inuulitsivik,
décédée à Povungnituk durant la collecte de
données de l'enquête.***

PRÉFACE

Les enquêtes contribuent de façon appréciable à la connaissance de l'état de santé des populations en fournissant des informations tout aussi précieuses que nécessaires à la planification de programmes et de services sociaux et de santé. Au Québec, la première enquête générale de santé d'envergure provinciale a été réalisée en 1987, venant ainsi combler le manque d'indicateurs d'incidence, de prévalence ou de distribution des problèmes sociaux et sanitaires au sein de la population québécoise.

Jusqu'alors, la majorité des informations provenaient essentiellement de données obtenues à des fins administratives. Les résultats de l'enquête Santé Québec 1987 ont été abondamment utilisés : au niveau provincial, dans le cadre de la Politique de santé et de bien-être du Québec de 1992, et au niveau régional, pour la planification de nombreux programmes et de services sanitaires et sociaux.

Après avoir réalisé l'enquête générale sur la santé des Québécois, Santé Québec a coordonné en 1990 une enquête provinciale sur la santé cardiovasculaire et sur la nutrition, permettant d'ajouter à la connaissance de la santé des facteurs qui lui sont reliés en tant que causes ou conséquences. Toutefois, ces deux enquêtes, à l'instar de l'enquête Santé Québec 1987, n'incluaient pas les populations vivant dans le Nord québécois, soit les Cris et les Inuits⁽¹⁾.

Pour combler cette lacune et à la demande des conseils régionaux de santé et de services sociaux, Santé Québec a conduit successivement l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James (1991), qui fait l'objet d'un rapport général publié à l'automne 1994, et l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik (1992), dont les résultats sont présentés dans le présent rapport. Si l'enquête inuite inclut la plupart des thèmes contenus tant dans l'enquête Santé Québec 1987 que dans les enquêtes sur la santé cardiovasculaire, sur la nutrition et auprès des Cris, elle aborde aussi des sujets originaux telle la santé environnementale.

La méconnaissance de l'état de santé physique, mentale et sociale ainsi que l'importance des coûts humains et financiers que cet état engendre commandaient une enquête d'une telle envergure. Les quelques données disponibles jusque-là sur les caractéristiques sociosanitaires de la population inuite du Nunavik permettaient d'entrevoir un portrait sanitaire et social fort

(1) Selon l'avis de recommandation de la Commission de terminologie de l'Office de la langue française paru le 24 avril 1993, le terme «inuk» n'est plus utilisé, il a été remplacé par «inuit»; «inuit» s'accorde en genre (inuit/e) et en nombre (inuit/s) [cet avis remplace l'avis de recommandation paru le 19 janvier 1980].

différent de celui du reste du Québec : l'espérance de vie y est écourtée de dix à quinze années, plus du tiers des Inuits ont été adoptés, etc.

Le défi principal de cette enquête résidait dans le fait que la plus proche communauté à enquêter est située à quelque 1 300 km de Montréal et la plus éloignée à environ 2 000 km. De plus, les conditions climatiques difficiles, les problèmes de langue et les instruments d'enquête d'abord produits pour des populations caucasiennes ne simplifiaient pas les choses... Santé Québec n'en était pas à son premier défi, la coordonnatrice de l'enquête, Madame Mireille Jetté non plus. Nous sommes fiers de présenter les résultats de cette enquête qui révèlent des réalités surprenantes vues du Québec méridional, mais qui illustrent néanmoins ce que les gens du Québec septentrional vivent quotidiennement.

Ces données permettront, nous l'espérons, la mise en place de programmes encore plus adaptés à la communauté inuite. De même, une meilleure circonscription des problèmes sociaux et sanitaires vécus dans les communautés du Nunavik pourrait susciter des actions individuelles et communautaires qui, avec le soutien des différents partenaires sociosanitaires, permettraient d'améliorer l'état de santé des Inuits du Nunavik.

Enfin, c'est avec une grande satisfaction que Santé Québec présente cette enquête inuite qui, sept ans après la réalisation de l'enquête d'origine de 1987, vient en compléter le périple qui l'a fait circuler sur la totalité du territoire québécois, d'Est en Ouest et du Sud au Nord. Ainsi, c'est au sens le plus exhaustif du terme que nous pouvons affirmer que l'enquête Santé Québec 1987 en était une, provinciale.

Aline Émond
Directeure au moment de la
réalisation de cette enquête

Daniel Tremblay
Directeur

REMERCIEMENTS

Une enquête de cette envergure n'aurait pu se réaliser sans le soutien incondtionnel du ministère de la Santé et des Services sociaux et de nos partenaires ministériels passés et présents : Messieurs André Dicaire et André Trudeau respectivement, sous-ministres «sortant» et «actuel»; Messieurs Paul Lamarche et Simon Caron respectivement, sous-ministres associés «sortant» et «actuel» à la Direction générale de la planification et évaluation; Messieurs Maurice Boivert, sous-ministre adjoint à la Direction générale de la prévention et des services communautaires, Jocelyn Bernier, responsable du secteur autochtone à la Direction du soutien aux opérations régionales et Madame Hélène Morais, directrice «sortante» à la planification; finalement, Messieurs Pierre Montambault et Roger Richard respectivement, chef de service à la Direction générale de la planification et évaluation et chef de service «sortant» à la Direction générale de la prévention et des services communautaires viennent compléter cette équipe gouvernementale sans laquelle ni le financement ni l'atteinte des objectifs de cette nouvelle enquête n'auraient pu être assurés. À chacune des périodes critiques du processus, nos répondants ministériels ont affirmé leur support ou réaffirmé le soutien accordé par leurs prédécesseurs.

Notre reconnaissance est acquise à Madame Aline Émond, directrice sortante de Santé Québec, qui, visionnaire comme à son habitude, voyait déjà en 1987 l'enquête Santé Québec en territoire circumpolaire. Maître d'oeuvre de Santé Québec, elle demeura l'inspiration principale de cette enquête transculturelle.

Madame Louise Guyon laisse également son empreinte indélébile sur une enquête dont elle assura les destinées durant plus de trois ans. Du projet d'intention à la concrétisation de l'enquête, elle dirigea cette enquête de mains de maître durant la période critique de consolidation du projet.

Quant aux commettants de la région Kativik, ils ont oeuvré, par le biais de divers comités (comités d'orientation, de financement, comité technique de rédaction des questionnaires et comité d'évaluation) à la définition des besoins, à la concrétisation de l'enquête et à sa réalisation logistique. Encourant le risque d'oublier malencontreusement des personnes, nous tenons tout de même à remercier nommément, Monsieur Tikile Kleist (président «sortant» du CKRSSS), Mesdames Lizzie E. York (directrice générale du CKRSSS), Francine Tremblay (directrice «sortante» à la planification et programmation au CKRSSS), Mary Kaye May (adjointe «sortante» à la direction générale du CKRSSS), Francine Hudon (directrice à la planification et programmation au CKRSSS), Suzanne Bruneau (conseillère «sortante» en recherche du CKRSSS), Pasha Berthe (conseillère «sortante» en santé communautaire du CKRSSS), Colette Couture (conseillère «sortante» en santé communautaire du CKRSSS) et

May Clarkson (consultante du MSSS) de même que Messieurs Johnny Naktialuk (directeur général par intérim «sortant» d'*Inuulitsivik*), Jean-François Proulx (conseiller «sortant» en santé communautaire du CRKSSS), Normand Tremblay (directeur des services professionnels à *Tulattavik*), André Corriveau (conseiller en santé communautaire et directeur des services professionnels à *Inuulitsivik*), Jobie Weetaluktuk (agent d'information au CRKSSS) et Pierre Lafontaine (consultant du MSSS) qui veillèrent à ce que les besoins des Inuits soient entendus et que l'enquête devienne un instrument utile à la planification et à la prise de décisions.

Des remerciements particuliers au personnel du Bureau de la statistique du Québec sans qui les étapes d'échantillonnage, de pondération et de vérifications statistiques auraient pu être interminables.

Nous remercions également le personnel infirmier de tous les dispensaires du Nunavik qui ont accueilli chaleureusement les équipes de terrain dans leur clinique et au transit du dispensaire. L'appui et l'aide qu'ils et elles nous ont donnés ont été fort appréciés. Une collaboration toute aussi importante qu'efficace des Centre de santé *Tulattavik* et *Inuulitsivik* tant de la part des directrices générales, Mesdames Minnie Grey et Annie P. Tulugak «sortante», que des services administratifs a permis une gestion efficiente des dépenses de terrain (salaires, frais de subsistance, etc.). Le personnel des laboratoires de ces deux mêmes centres ont aussi participé très activement à la réussite de l'enquête par le biais de l'entreposage et l'envoi des précieux échantillons sanguins.

Enfin, cette enquête n'aurait pu se concrétiser sans l'effort indéfectible de l'équipe interne de Santé Québec, Madame Josette Thibault en premier lieu, à titre d'agente de recherche, dont la polyvalence et les qualités humaines ont permis de tirer le meilleur de tous les collaborateurs de l'enquête. Madame Lise Ménard-Godin, et son équipe expérimentée, qui a géré la logistique du terrain de même que la codification et la validation des données avec une efficacité qui ne s'est jamais démentie. La jeune division «informatique/statistique» de Santé Québec qui a réussi, Martin Lamer en tête, à transformer ce million de données chiffrées en un tout organisé et inspirant pour les auteurs. Madame France Lozeau qui a orchestré harmonieusement l'envoi et la réception de même que toutes les communications indispensables à la réussite d'un tel projet. Quant à Madame France Lacoursière, notre secrétaire administrative, elle demeure un des éléments essentiels de cette méga-enquête. Présente à toutes les phases de l'enquête, elle est tout aussi indispensable au début qu'à la fin du processus. Enfin, soulignons la précieuse collaboration de Madame Lucille Pica à la relecture critique des textes anglais.

Merci aussi aux principaux artisans du présent rapport : les auteurs, les lecteurs externes, les conseillers techniques et la direction de Santé Québec dont la confiance demeure le principal moteur d'une telle production.

Un merci...

... bien spécial aux six équipes de collecte de données qui, par leur travail acharné effectué dans des conditions souvent difficiles, ont été au nombre des maîtres d'oeuvre de cette moisson impressionnante d'informations :

ÉQUIPE 1

Inukjuak, Kuujjuarapik et Umiujaq

Mathilda Willcocks, infirmière
Brenda Epoo, interviewer
Annie Niviaxie, interviewer
Elisapee Nalukpurak, interprète
Joanassie Pallisser, interprète
Julie Quanaajuak, interprète
Mary Tooktoo, interprète
Julia Tukulak, interviewer/interprète
Nellie Weetaluktuk, interviewer/interprète

ÉQUIPE 2

Povungnituk, Ivujivik et Akulivik

Hélène Denoncourt, infirmière
Lizzie Alashuak, interviewer
Annie Iyaituk, interviewer
Annie Ittukalak, interviewer
Muncy Novalinga, interviewer
Larry Putugu, interviewer/interprète
Dinah Matt, interprète
Quarak Irnikayak, interprète

ÉQUIPE 3

Salluit et Kangiqsujuaq

Suzanne St-Pierre, infirmière
Annie Ittukalak, interviewer
Maggie Payungie, interviewer
Adamie Tayara, interviewer
Elisapee Uqittuq, interviewer
Ida Angutigirk, interprète
Qupanuak Kaitak, interprète
Maggie Kakayuk, interprète
Paasa Kristanson, interprète
Mattusie Saviakjuk, interprète

ÉQUIPE 4

Kuujjuaq, Tasiujaq et Aupaluk

Michel Poulin, infirmier
Mae K. Agnatuk, interviewer
Elisapee Uqittuq, interviewer
Lydia G. Saunders, interprète
Sarah Ekoomiak, interviewer/interprète

ÉQUIPE 5

Kangiqsualujuaq, Kangirsuk et Quaqtac

Hélène Baribeau, infirmière
Lydia Kuananack, interviewer
Ms. Alaku, interprète
Harriet Keleutak, interprète
Thomas E. Annanack, interviewer/interprète
Johnny Nassak, interviewer/interprète
Maggie Simigak, interviewer/interprète

ÉQUIPE 6 - Équipe d'urgence

Inukjuak, Kuujjuaq et Povungnituk

Roger Leclerc, infirmier

Remerciements

Enfin, nos plus sincères remerciements aux lecteurs privilégiés qui ont accepté de lire en entier la version préliminaire française ou anglaise de ce très volumineux rapport et ce, dans un délai très court !

Jocelyn Bernier
Direction du soutien aux opérations régionales
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Suzanne Bruneau
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des
services sociaux de Québec

André Corriveau
Direction des services professionnels
Centre de santé Inuulitsivik

Martha Graig
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

Minnie Gray
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

Rhoda Gray
Inuit Women's Association Pauktuutit

Stephen Hodgins
Centre de santé Tulattavik de l'Ungava

Francine Hudon
Direction de la planification et
de la programmation
CRSSS Kativik

Edna Lachance
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des
services sociaux de Québec

Pierre Lafontaine
Études et analyses
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Johnny Naktialuk
Inukjuak Municipal Council

Jean-François Proulx
Direction de la santé publique
Régie régionale de la santé et des
services sociaux de Québec

Daniel Tremblay
Santé Québec

Francine Tremblay
Direction de la planification et
de la programmation «sortante»

Normand Tremblay
Centre de santé Tullatavik de l'Ungava

Lizzie E. York
CRSSS Kativik

Mireille Jetté
Coordonnatrice

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION LA SANTÉ AU NUNAVIK : ÉLÉMENTS HISTORIQUES	1
0.1 L'ouverture et l'adversité	5
0.2 L'intervention de l'État	8
0.3 La récupération	12
0.4 La contemporanéité	13
0.5 Références	15
CHAPITRE 1 MÉTHODOLOGIE	17
1.0 Introduction	19
1.1 Échantillon d'enquête	23
1.2 Plan de l'enquête	24
1.3 Procédure d'enquête	25
1.3.1 La collecte des données	25
1.3.2 La collaboration de l'échantillon	28
1.4 Traitement des données	29
1.4.1 La pondération	29
1.4.2 La qualité des données	30
1.4.3 La non-réponse globale	30
1.4.4 La non-réponse partielle	31
1.4.5 L'erreur d'échantillonnage	32
1.4.6 Techniques statistiques utilisées	33
1.5 Résumé	34
CHAPITRE 2 PORTRAIT SOCIO-DÉMOGRAPHIQUE	37
2.0 Introduction	43
2.1 Effectifs de population	43
2.2 Structure par âge et par sexe	45
2.3 Caractéristiques culturelles	47
2.3.1 Caractéristiques linguistiques	48
2.3.2 Provenance des individus	50
2.3.3 Pratique religieuse	50
2.4 Scolarité	50
2.5 Familles et ménages	53
2.5.1 Nombre de personnes par ménage	55
2.5.2 Type de ménages	56
2.5.2.1 Ménages non familiaux	58
2.5.2.2 Ménages familiaux	58

2.5.3 Ménages unifamiliaux	58
2.5.3.1 Les couples	59
2.5.3.2 Les familles monoparentales	59
2.5.3.3 Comparaisons entre les couples et les familles monoparentales	60
2.5.4 Enfants mineurs (0-17 ans)	61
2.5.5 Statut marital	62
2.5.6 Adoption	63
2.5.6.1 Les personnes adoptées	63
2.5.6.2 Les personnes qui adoptent ou qui donnent en adoption	64
2.6 Travail et main-d'oeuvre	66
2.6.1 Activité	66
2.6.2 Occupation	68
2.6.3 Secteur d'activité	68
2.7 Revenu	69
2.8 Résumé	69
2.9 Références	70

PARTIE I DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

CHAPITRE 3 LES CONTAMINANTS	75
3.1 Les paramètres étudiés	79
3.1.1 Les contaminants	79
3.1.2 Le sélénium et les acides gras polyinsaturés	80
3.1.3 Attitudes de la population	81
3.2 Plan d'analyse	81
3.2.1 Les paramètres considérés	81
3.2.2 Analyses statistiques	82
3.2.3 Limites des données	83
3.3 Résultats	84
3.4 Discussion	98
3.4.1 L'exposition humaine aux contaminants	98
3.4.1.1 Les métaux lourds	98
3.4.1.2 Les organochlorés	101
3.4.2 Une alimentation traditionnelle qui protège la santé	102
3.4.2.1 Le sélénium	102
3.4.2.2 Les acides gras polyinsaturés	102
3.4.3 Communication et comportement alimentaire	105

3.5	Résumé	105
3.6	Références	107
CHAPITRE 4 CONSOMMATION DE TABAC, D'ALCOOL ET DE DROGUES ILLICITES		111
4.1	Introduction	115
4.1	L'usage du tabac	115
4.1.1	Portée et limites des données	116
4.1.2	Analyse des résultats	116
4.2	La consommation d'alcool	119
4.2.1	Portée et limites des données	120
4.2.2	Analyse des résultats	121
4.2.2.1	Consommation d'alcool	121
4.2.2.2	Problèmes liés à la consommation d'alcool	126
4.3	L'usage de drogues	129
4.3.1	Portée et limites des données	129
4.3.2	Analyse des résultats	130
4.3.2.1	L'usage actuel (au cours des douze mois précédant l'enquête)	130
4.3.2.2	La polytoxicomanie	133
4.3.2.3	Comparaisons avec d'autres enquêtes	135
4.4	Résumé et pistes d'intervention et de recherche	137
4.5	Références	139
CHAPITRE 5 ALIMENTATION, ACTIVITÉ PHYSIQUE, OBÉSITÉ		143
5.0	Introduction	147
5.1	Alimentation	149
5.1.1	Perceptions de lien entre l'alimentation et la santé (sel, gras, «calories vides»)	149
5.1.2	Autoévaluation de la consommation de sucre et de gras	151
5.1.3	Changements d'habitudes alimentaires tentés au cours des douze mois précédant l'enquête	151
5.1.4	Habitudes de consommation de sel	151
5.1.5	Habitudes de consommation de matières grasses	153
5.1.6	Les aliments traditionnels : perception et consommation	157
5.1.7	Insécurité alimentaire ou manque de nourriture	160
5.1.8	Achats d'aliments : les plats cuisinés et les légumes	161
5.2	Activité physique	164
5.2.1	Niveaux d'activité physique au village et sur le territoire	165
5.2.2	Fréquence et intensité de la pratique de sports	166

5.3	Le poids corporel	168
5.3.1	Indices d'obésité	168
5.3.2	Tentatives de perte de poids	173
5.3.3	Opinions sur l'obésité	175
5.4	Résumé	175
5.5	Références	177
CHAPITRE 6 COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS		181
SECTION I COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS PROPRES AUX FEMMES ET EN REGARD DE LA SEXUALITÉ DU COUPLE		183
6.0	Introduction	187
6.1	Les comportements préventifs chez les femmes	187
6.1.1	Test de Pap	187
6.1.2	Examen des seins	189
6.1.3	Grossesse	190
6.1.4	Allaitement	192
6.2	Les comportements préventifs en regard de la sexualité du couple	194
6.2.1	Contraception	195
6.3	Résumé	196
6.4	Références	197
SECTION II NORMES DE SÉCURITÉ RELIÉES AUX VÉHICULES MOTORISÉS, AUX ARMES À FEU ET AUX CHIENS		199
6.5	Les risques d'accidents	201
6.5.1	L'utilisation des véhicules à moteur	201
6.5.2	Utilisation de véhicules à moteur comme problématique de santé	202
6.5.3	Résultats	203
6.5.4	Comportements préventifs	208
6.5.5	Discussion	209
6.5.6	Comparaison avec l'enquête Santé Québec 1987 et l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991	209
6.6	Les chiens	211
6.6.1	Résultats	212
6.7	Comportements préventifs reliés aux armes à feu	212
6.7.1	Résultats	213
6.8	Résumé	214
6.9	Références	214

CHAPITRE 7	L'ENVIRONNEMENT SOCIAL AU NUNAVIK	215
7.0	Introduction	217
7.1	Occupation principale des Inuits du Nunavik	218
7.2	Nombre d'emplois occupés au cours des douze mois précédant l'enquête	219
7.3	Stress relié à l'emploi	221
7.4	Changements culturels et adaptation	222
7.5	La perception des problèmes sociaux	225
7.6	Les abus sexuels au Nunavik	229
7.7	Résumé	232
7.8	Références	233
CHAPITRE 8	LE SUPPORT SOCIAL	235
8.0	Introduction	239
8.1	Position du problème	239
8.2	Résultats	241
8.3	Support social	241
	8.3.1 Cercle d'amis et personnes-support	241
	8.3.2 La religion composante formelle du support social	243
8.4	Événements stressants «anciens» et «récents»	245
	8.4.1 Événements stressants «anciens»	245
	8.4.2 Événements stressants «récents»	246
8.5	Support social et événements stressants «anciens» et «récents»	247
	8.5.1 Corrélation positive	247
	8.5.2 Corrélation négative	248
8.6	Résumé	248
8.7	Références	249
CONCLUSION ET PISTES D'ACTION RELATIVES AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ		251
LISTE DES ANNEXES		257
Annexe 1	Analyse des ménages multifamiliaux	
Annexe 2	Analyse de la non-réponse partielle à la question du revenu	
Annexe 3	Tableaux complémentaires	
Annexe 4	Instruments de cueillette	

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1.1	Taille de la population et de l'échantillon des ménages inuits [Inuite, 1992]	25
Tableau 1.2	Taux de collaboration et taux de non-réponse par instrument (%), [Inuite, 1992]	28
Tableau 1.3	Comparaison des taux de collaboration et des taux de réponse des principaux instruments de l'enquête (%), [Inuite 1992]	30
Tableau 1.4	Proportions à partir desquelles la qualité des estimations est «bonne», selon l'instrument de cueillette, (%) [Inuite, 1992]	33
Tableau 2.1	Répartition de la population et de l'échantillon selon le village, la côte et le secteur (personne) [Inuite, 1992]	44
Tableau 2.2	Quelques caractéristiques des populations inuite et québécoise (1991) selon la structure par âge et par sexe [Inuite, 1992]	45
Tableau 2.3	Langue maternelle, langue d'usage et connaissance des langues anglaise et française des Inuits selon certaines caractéristiques sociodémographiques (1992 et 1981) (%) [Inuite, 1992]	49
Tableau 2.4	Distribution des ménages privés inuits et québécois (1991) selon le nombre de personnes par ménage (%) [Inuite, 1992]	56
Tableau 2.5	Caractéristiques des ménages et des familles inuits et québécois (1991) (%) [Inuite, 1992]	57

Tableau 2.6	Répartition des enfants des ménages inuits et québécois (1991), en couples ou monoparentaux, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	61
Tableau 2.7	Répartition des populations inuite et québécoise (1991) selon le statut marital et l'âge (%) [Inuite, 1992]	63
Tableau 2.8	Quelques caractéristiques du travail et de la main-d'oeuvre (%) [Inuite, 1992]	67
Tableau 3.1	Concentrations sanguines des contaminants pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans (moyenne) [Inuite, 1992]	85
Tableau 3.2	Concentrations sanguines des contaminants pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon le sexe (moyenne) [Inuite, 1992]	86
Tableau 3.3	Concentrations sanguines des métaux lourds et de BPC pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon l'âge (moyenne) [Inuite, 1992]	87
Tableau 3.4	Concentrations sanguines de cadmium et de plomb pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon le statut tabagique (moyenne) [Inuite, 1992]	88
Tableau 3.5	Concentrations sanguines des métaux lourds et de BPC pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la côte de résidence (moyenne) [Inuite, 1992]	89
Tableau 3.6	Concentrations sanguines des métaux lourds et de BPC pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon l'ethnie (moyenne) [Inuite, 1992]	90

Tableau 3.7	Concentrations sanguines des métaux lourds et de BPC pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la fréquence de consommation de viande de phoque (moyenne) [Inuite, 1992]	92
Tableau 3.8	Composition des phospholipides sanguins et concentration sanguine de sélénium pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans (moyenne) [Inuite, 1992]	93
Tableau 3.9	Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon le sexe (moyenne) [Inuite, 1992]	94
Tableau 3.10	Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon l'âge (moyenne) [Inuite, 1992]	95
Tableau 3.11	Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la côte de résidence (moyenne) [Inuite, 1992]	96
Tableau 3.12	Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon l'ethnie (moyenne) [Inuite, 1992]	96
Tableau 3.13	Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la fréquence de consommation de viande de phoque (moyenne) [Inuite, 1992]	97
Tableau 3.14	Changements de certaines habitudes de vie mentionnés par les Inuits âgés de 15 ans et plus, en fonction des BPC (%) [Inuite, 1992]	98

Tableau 3.15	Concentrations sanguines de cholestérol et de trycylcérides pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la concentration sanguine d'acides gras de type oméga-3 (moyenne) [Inuite, 1992]	103
Tableau 4.1	Type de fumeurs dans la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	117
Tableau 4.2	Proportion de fumeurs réguliers dans les populations inuite et québécoise (1987) âgées de 15 ans et plus, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	118
Tableau 4.3	Quantité quotidienne de cigarettes fumées par usager, par les populations inuite et canadienne (1990) âgées de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	119
Tableau 4.4	Type de buveurs dans les populations inuite et québécoise (1987) âgées de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	122
Tableau 4.5	Type de buveurs dans la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	124
Tableau 4.6	Proportion de buveurs inuits âgés de 15 ans et plus déclarant boire, en moyenne, cinq consommations d'alcool les jours où ils boivent (%) [Inuite, 1992]	125
Tableau 4.7	Modification des habitudes de consommation d'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête chez les Inuits âgés de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	125

Tableau 4.8	Proportion des répondants inuits âgés de 15 ans et plus considérés à risque par les indices CAGE, IDA et IDAM, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	126
Tableau 4.9	Proportion des Inuits âgés de 15 ans et plus ayant eu des problèmes liés à la consommation d'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête, selon le sexe (%) [Inuite, 1992]	128
Tableau 4.10	Répartition de la population inuite âgée de 15 ans et plus selon l'usage de drogues, le type de drogues, le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	131
Tableau 4.11	Polytoxicomanie dans la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	134
Tableau 4.12	Proportion d'usagers de marijuana (ou de haschish) et de cocaïne (ou de crack) rapportée par diverses enquêtes, selon le sexe (%) [Inuite, 1992]	136
Tableau 5.1	Fréquence de différents modes de consommation des denrées animales chez la population inuite âgée de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	157
Tableau 5.2	Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus ayant consommé certains aliments traditionnels au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête, selon la côte et l'âge (%) [Inuite, 1992]	159

Tableau 5.3	Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus ayant consommé certains aliments traditionnels au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête, selon la scolarité (%) [Inuite, 1992]	160
Tableau 5.4	Fréquence et motifs d'achat de repas cuisinés chez les populations inuite et crie (1991) (%) [Inuite, 1992]	162
Tableau 5.5	Obstacles à l'achat plus régulier de légumes pour les populations inuite et crie (1991) (%) [Inuite, 1992]	164
Tableau 5.6	Poids corporel des Inuits, des Cris (1991) et des Québécois (1990) âgés de 18 ans à 74 ans, selon les catégories de l'IMC (%) [Inuite, 1992]	170
Tableau 5.7	Proportion d'Inuits, de Cris (1991) et de Québécois (1990) âgés de 18 à 74 ans tentant de maigrir, selon les catégories de l'IMC (%) [Inuite, 1992]	174
Tableau 5.8	Moyens utilisés pour perdre du poids chez les Inuits, les Cris (1991) et les Québécois (1990) âgés de 18 à 74 ans (%) [Inuite, 1992]	175
Tableau 6.1	Proportion de femmes inuites et québécoises (1987) âgées de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap au cours des deux années précédant l'enquête, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	188
Tableau 6.2	Pratique de l'auto-examen des seins chez les populations féminines inuite, crie (1991) et québécoise (1987) âgées de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	190

Tableau 6.3	Proportion de femmes inuites, cries (1991) et québécoises (1987) âgées de 15 ans et plus ayant donné naissance à au moins un enfant, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	191
Tableau 6.4	Proportion de femmes inuites, cries (1991) et québécoises (1987) âgées de 15 ans et plus, enceintes au moment des enquêtes Santé Québec, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	192
Tableau 6.5	Proportion de femmes inuites, cries (1991) et québécoises (1987) âgées de 15 ans et plus ayant allaité leur dernier enfant, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	193
Tableau 6.6	Principales raisons invoquées par les femmes inuites et cries (1991) âgées de 15 ans et plus expliquant que le dernier enfant n'ait pas été allaité (%) [Inuite, 1992]	193
Tableau 6.7	Fréquence d'utilisation de divers types de véhicules motorisés par la population inuite âgée de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	204
Tableau 6.8	Fréquence d'utilisation de divers types de véhicules motorisés par la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon le sexe (%) [Inuite, 1992]	205
Tableau 6.9	Fréquence d'utilisation de divers types de véhicules motorisés par la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	206
Tableau 6.10	Fréquence d'utilisation de divers types de véhicules motorisés par la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon le type de villages (%) [Inuite, 1992]	207

Tableau 6.11	Fréquence du port de la ceinture de sécurité et du casque protecteur chez la population inuite âgée de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	208
Tableau 6.12	Fréquence du port de la ceinture de sécurité et du casque protecteur chez les populations inuite, crie (1991) et québécoise (1987) âgées de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	210
Tableau 7.1	Occupation principale des Inuits et des Cris (1991) âgés de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	218
Tableau 7.2	Nombre d'emplois différents occupés par les Inuits et les Cris (1991) âgés de 15 ans et plus, au cours de l'année précédant l'enquête, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	220
Tableau 7.3	Intensité du stress relié à l'emploi chez les Inuits et les Cris (1991) âgés de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	222
Tableau 7.4	Proportion de la population inuite âgée de 15 ans et plus jugeant plus ou moins favorablement les changements culturels récents, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	223
Tableau 7.5	Degré d'adaptation aux changements culturels récents de la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	224
Tableau 7.6	Proportion des populations inuite et crie (1991) âgées de 15 ans et plus évaluant comme «sérieux» ou «extrêmement sérieux» certains problèmes sociaux (%) [Inuite, 1992]	226

Tableau 7.7	Problèmes sociaux considérés comme «sérieux» ou «extrêmement sérieux» selon les femmes inuites et cries âgées de 15 ans et plus, les Inuits et les Cris (1991) âgés de 45 ans et plus et les Inuits âgés de 15 ans et plus habitant les côtes de l'Hudson ou de l'Ungava (%) [Inuite, 1992]	227
Tableau 7.8	Proportion de la population inuite âgée de 15 ans et plus déclarant avoir été ou non abusée sexuellement, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	231
Tableau 8.1	Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus déclarant peu ou beaucoup d'amis, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	243
Tableau 8.2	Degré d'importance accordé à la religion par les Inuits âgés de 15 ans et plus, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	244
Tableau 8.3	Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus déclarant avoir beaucoup d'amis et considérant la religion comme très importante, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	245
Tableau 8.4	Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus ayant vécu un ou plusieurs événements stressants «récents», selon le sexe (%) [Inuite, 1992]	246

LISTE DES GRAPHIQUES

Graphique 2.1	Pyramides des âges des populations inuite et québécoise (1991) (par 1000 pers.) [Inuite, 1992]	46
Graphique 2.2	Distribution des Inuits et des Québécois (1991) âgés de 15 ans et plus selon le niveau de scolarité déclaré (%) [Inuite, 1992]	51
Graphique 2.3	Distribution des Inuits de 15 ans et plus selon le niveau de scolarité déclaré, le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	52
Graphique 2.4	Structure des ménages et des familles selon les concepts utilisés par Statistique Canada [Inuite, 1992]	54
Graphique 2.5	Proportion des Inuits adoptés selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	64
Graphique 2.6	Répartition de la population inuite âgée de 15 ans et plus selon que les Inuits ont, ou non, donné ou reçu des enfants en adoption (%) [Inuite, 1992]	65
Graphique 4.1	Proportion des hommes inuits âgés de 15 ans et plus étant «usagers actuels», selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	132
Graphique 4.2	Proportion des femmes inuites âgées de 15 ans et plus étant «usagers actuels», selon l'âge (%) [Inuite, 1992]	133
Graphique 5.1	Influence négative du sel, du gras et des «calories vides» sur la santé, selon les Inuits âgés de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]	150
Graphique 5.2	Fréquence d'ajout de sel à table et à la cuisine chez les populations inuite, québécoise (1990) et crie (1991), âgées de 18 à 74 ans (%) [Inuite, 1992]	152

Graphique 5.3	Consommation de matières grasses définie par l'indice INDIGRAS chez la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon la côte, le secteur, la scolarité et l'âge (cote) [Inuite, 1992]	154
Graphique 5.4	Consommation de matières grasses identifiée par les Inuits «responsables des repas dans les ménages» et définie par l'indice MÉNAGRAS, selon la côte, le secteur, la scolarité et l'âge (cote) [Inuite, 1992]	156
Graphique 5.5	Perception des aliments traditionnels mesurée par l'indice TRADIT chez la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon la scolarité et l'âge (cote) [Inuite, 1992]	158
Graphique 5.6	Intensité de l'activité physique de la population inuite âgée de 15 ans et plus qu'elle soit au village ou sur le territoire, selon le sexe (%) [Inuite, 1992]	166
Graphique 5.7	Proportion de la population inuite âgée de 15 ans et plus ayant participé à au moins une activité sportive au cours des trois mois précédant l'enquête, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	167
Graphique 5.8	Poids corporel de la population inuite âgée de 18 à 74 ans par catégorie de l'IMC, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]	170
Graphique 5.9	Proportion de personnes obèses chez les populations inuite, cri (1991) et québécoise (1990) selon le niveau de scolarité (%) [Inuite, 1992]	172

LISTE DES SIGLES ET ABRÉVIATIONS

CA	Centre d'accueil
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention (USA)</i>
CH	Centre hospitalier
CLSC	Centre local de services communautaires
CRKSSS	Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux
CSS	Centre de services sociaux
CTQ	Centre de toxicologie du Québec
d.l.	Degré de liberté
D.N.A.N.R.	<i>Department of Northern Affairs and Northern Resources</i>
ESQ 87	Enquête Santé Québec 1987
HPL	<i>Human Population Laboratory</i> du Département de santé publique de l'État de la Californie
H.Q.	Hydro-Québec
G.C.C.Q.	Grand Conseil des Cris du Québec
ITN	<i>Inuit Tungavingat Nunamini</i> (en français : Association des «Inuit debout sur leurs terres»)
MAPAQ	Ministère de l'Agriculture, Pêcheries et Alimentation du Québec
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
NQIA	<i>Northern Quebec Inuit Association</i> (en français : Association des Inuit du Nord québécois)
Nr/r	Non-réponse ou refus
Nsp	Ne sait pas
OMS	Organisation mondiale de la santé (en anglais : <i>WHO</i> soit <i>World Health Organization</i>)
ODO	Ordre des dentistes du Québec
Pe	Population estimée
PNRDS	Programme national de recherche et de développement en santé
SHQ	Société d'habitation du Québec
SBESC	Santé, Bien-être social Canada
S.D.B.J.	Société de développement de la Baie James
S.E.B.J.	Société d'énergie de la Baie James

LISTE DES SYMBOLES CHIMIQUES ET UNITÉS DE MESURE

Aroclor 1260	BPC totaux
BPC	Biphényles polychlorés
DDE	Dichlorodiphényle-dichloro-éthylène, métabolite du DDT
DHA	Acide docosahéxanoïque
EPA/AA	Rapport acide eicosapentanoïque/acide arachidonique
Khi ²	Test statistique du Khi deux
μg/Kg	Microgramme (10 ⁻⁶) par kilogramme
μg/L	Microgramme (10 ⁻⁶) par litre
mmHg	Millimètre de mercure
mmol/L	Millimole (10 ⁻³) par litre
μmol/L	Micromole (10 ⁻⁶) par litre
nmol/L	Nanomole (10 ⁻⁹) par litre

PRÉSENTATION GÉNÉRALE DU RAPPORT

Largement inspiré du rapport de l'enquête Santé Québec 1987, tant dans sa présentation, son approche conceptuelle de la santé et l'organisation du contenu que dans les objectifs généraux de communication des résultats, le présent rapport vise essentiellement à faire un premier tour d'horizon du potentiel de la multitude de données que recèle l'«Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992». Tout au long du rapport, les descriptions, les pistes d'analyse et les interprétations seront proposées comme autant de balises guidant l'utilisateur, qu'il soit planificateur, administrateur ou chercheur.

Ce rapport se présente en deux tomes, l'un présentant une recontextualisation historique de la santé au Nunavik ainsi que certains des déterminants de la santé des Inuits et le second rendant compte de l'état de santé des Inuits, de même que des conséquences de cet état de santé sur le système de santé et de services sociaux du Nunavik. Ainsi, ces deux tomes sont intimement liés et forment un tout permettant de reconstituer le modèle conceptuel de l'enquête soit :

Déterminants ➡ État de santé ➡ Conséquences

À l'instar des autres enquêtes de Santé Québec, tant provinciales que territoriales, celle concernant les Inuits sera disponible par le biais des banques de données et du support technique nécessaire au traitement informatique et statistique des données. Des faits saillants vulgarisant les principaux résultats de l'enquête sont disponibles au bureau de Santé Québec et un cahier technique renfermant des considérations tant méthodologiques que statistiques est aussi disponible.

RECONTEXTUALISATION DE L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC AUPRÈS DES INUITS DU NUNAVIK, 1992

À l'instar de son enquête mère de 1987 qui visait la population québécoise du Sud, l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik a pour objectif de dresser un portrait général de l'état de santé des habitants du Nunavik vivant au nord du 55^{ième} parallèle. C'est en s'appuyant sur les concepts de base et les objectifs fondamentaux et en s'inspirant de la méthodologie et de l'instrumentation de l'enquête Santé Québec 1987, qui s'inspirait elle-même de l'Enquête Santé Canada 1978-1979, que la présente enquête a été élaborée.⁽¹⁾ De plus, le principal objectif de cette enquête de santé territoriale était de disposer d'indicateurs clés du niveau général de santé en déterminant la prévalence et la nature des problèmes de santé aigus et chroniques, physiques et mentaux, de même que les affections qui atteignent la population, y compris les invalidités de tous genres, depuis les états graves qui nécessitent souvent l'hospitalisation et un traitement médical jusqu'aux indispositions et aux états chroniques bénins.⁽²⁾ De plus, s'inscrivant également dans la suite des enquêtes québécoises sur la santé cardiovasculaire (1990) et sur la nutrition (1990), cette enquête s'intéresse aussi aux facteurs de risque de maladies cardiovasculaires et à la nutrition des Inuits.

Si l'enquête Santé Québec 1987 avait permis de rejoindre 11 323 ménages et 32 030 individus répartis sur la partie méridionale de la province, elle excluait par ailleurs les populations autochtones vivant sur les réserves indiennes fédérales, de même que les peuples cri et inuit vivant au-delà du 49^{ième} parallèle, soit sur la moitié nord du territoire québécois. L'exclusion des populations vivant dans la zone septentrionale du Québec s'avérait alors incontournable, compte tenu de la nécessaire adaptation culturelle à faire des instruments de collecte et des exigences logistiques et financières d'une telle enquête.

C'est donc dans la continuité de l'enquête Santé Québec 1987, à l'instigation du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et à la demande du Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux (CRKSSS), qu'il fut décidé qu'une enquête générale de santé serait menée auprès des Inuits du Nunavik.

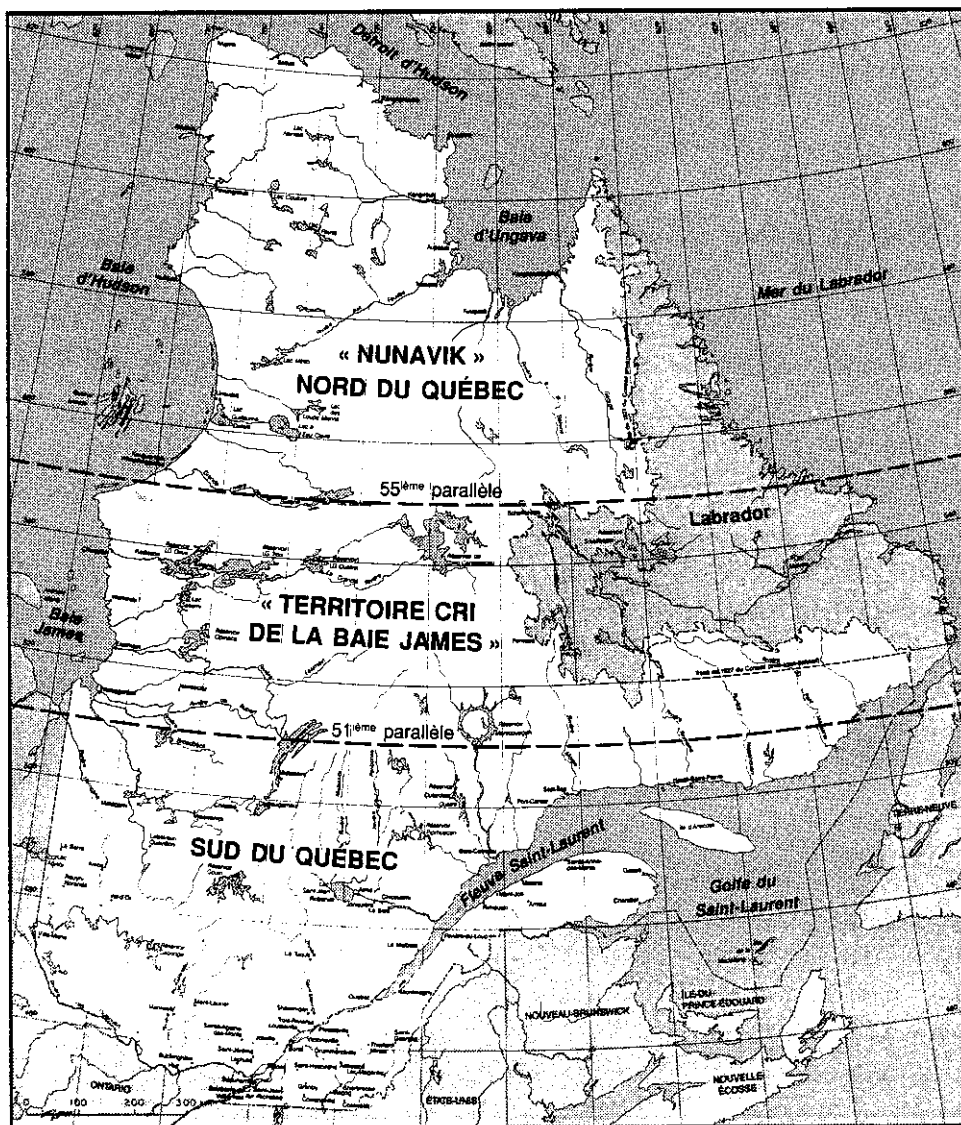
C'est grâce au soutien financier du ministère de la Santé et des Services sociaux, du Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux et à la subvention de recherche obtenue du Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS), que cette enquête a pu être réalisée. À ce support financier indispensable à la collecte de données, s'ajoute le prêt de ressources humaines tant par les établissements du réseau de la

(1) ÉMOND, A. (1988). *L'enquête Santé Québec : sa justification, sa pertinence et son utilité*, Cahier technique 87-01.

(2) *Ibid.*

santé et des services sociaux que par les universités québécoises, richesse d'expertise toute aussi essentielle et vitale à la production des analyses et du rapport. Ainsi, encore une fois, la mise en commun des ressources tant humaines que financières a permis la réalisation d'une enquête Santé Québec d'une telle envergure.

SANTÉ QUÉBEC DU SUD AU NORD



Source : Santé Québec (1994), Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992.

OBJECTIFS DE L'ENQUÊTE

L'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik a pour objet de recueillir des informations pertinentes sur la santé de la population inuite. S'il existe des statistiques assez complètes sur les causes de mortalité et de morbidité, la prévalence de certains problèmes de santé nettement liés à l'accession à la «modernité», l'environnement physique, les habitudes de vie, les perceptions face aux problèmes de santé physique et mentale et face aux changements culturels, de même que l'autoévaluation que les Inuits font du niveau de gravité de certains problèmes sociaux demeurent sous-documentés. Cette enquête devait donc donner une vision plus globale de la situation sociosanitaire de cette région permettant ainsi aux planificateurs et aux intervenants de mettre en place des programmes de prévention et d'intervention mieux adaptés aux besoins de la population inuite habitant le Nunavik, et par conséquent, d'améliorer l'état de santé général de cette même population.

Ces nouvelles données devraient permettre :

- l'identification de priorités nouvelles ou la confirmation de priorités déjà connues;
- un suivi plus exhaustif de l'état de santé physique, mentale et sociale de la population du Nunavik;
- une première estimation de l'impact de certains programmes d'intervention ou de prévention;
- l'établissement des balises nécessaires à la mise en place de nouvelles initiatives tant préventives que curatives;
- l'identification de caractéristiques culturelles incontournables devant nécessairement être prises en compte lors de l'élaboration de programmes.

MODÈLE CONCEPTUEL DE SANTÉ ET CONTENU DE L'ENQUÊTE

Comme pour l'enquête Santé Québec 1987, la définition de la santé sous-tendant l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik en est une globale et apparaît ici telle qu'elle fut proposée dans le Rapport Lalonde⁽¹⁾ :

(1) LALONDE, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des Canadiens*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, avril, 82 p.

«...un état de bien-être suffisant pour accomplir de façon adéquate un certain niveau d'activités physiques, mentales et sociales, en prenant l'âge en considération».

Si les emprunts faits à l'enquête mère sont à la fois nombreux et fondamentaux, la présente enquête se distingue par l'accent mis sur les indicateurs de santé sociale, sur la place de la santé environnementale et sur l'importance accordée à l'étude des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires et la nutrition. Si l'enquête Santé Québec 1987 n'incluait pas de mesures biologiques et anthropométriques, la présente enquête en contient de nombreuses, tant sur le cholestérol, la tension artérielle, le diabète et l'obésité que sur les contaminants environnementaux.

THÈMES RETENUS POUR L'ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC AUPRÈS
DES INUITS DU NUNAVIK, 1992⁽¹⁾

DÉTERMINANTS	ÉTAT DE SANTÉ	CONSÉQUENCES
<ul style="list-style-type: none"> • habitudes de vie • facteurs sociodémographiques • environnement physique métaux lourds, contaminants 	<ul style="list-style-type: none"> • physique perçu/observé/mesuré • psychologique positif/négatif • sociale satisfaisant/insatisfaisant 	<ul style="list-style-type: none"> • consommation méd./sem. • conséquences sur la fonctionnalité
SUJETS SPÉCIFIQUES		
<p style="text-align: center;">HABITUDES DE VIE</p> <ul style="list-style-type: none"> • usage de tabac • consommation d'alcool • usage de drogues • activités physiques • alimentation • comportements sexuels • prévention féminine • usage de véhicules-moteurs • vaccination canine • usage d'armes à feu 	<p style="text-align: center;">SANTÉ PHYSIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • autoévaluation/santé • problèmes de courte durée • problèmes chroniques • audition/vision • accidents/blessures • santé dentaire • santé globale • facteurs de risque MCV 	<p style="text-align: center;">CONSOMMATION</p> <ul style="list-style-type: none"> • professionnels consultés • lieu de consultation • usage de médicaments
<p style="text-align: center;">ANTÉCÉDENTS</p> <ul style="list-style-type: none"> • antécédents personnels 	<p style="text-align: center;">SANTÉ PSYCHOLOGIQUE</p> <ul style="list-style-type: none"> • suicide (idéation/parasuicide) • problèmes psychologiques • santé mentale positive 	<p style="text-align: center;">CONSÉQUENCES SUR LA FONCTIONNALITÉ</p> <ul style="list-style-type: none"> • journées d'incapacité • limitation d'activités • incapacités • mobilité • besoin d'aide • impact sur les rôles
<p style="text-align: center;">FACTEURS SOCIODÉMOGRAPHIQUES</p> <ul style="list-style-type: none"> • occupation • revenu • âge • sexe • langue maternelle • origine ethnique • scolarité • statut marital • religion • constitution de la famille • adoption 	<p style="text-align: center;">SANTÉ SOCIALE</p> <ul style="list-style-type: none"> • problèmes sociaux • soutien social • événements stressants «anciens»/«récents» • abus sexuels • changements culturels 	

(1) Cette liste s'inspire du modèle de l'Enquête Santé Canada.

LA SANTÉ AU NUNAVIK : ÉLÉMENTS HISTORIQUES

AUTEUR

JEAN-FRANÇOIS PROULX⁽¹⁾
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC

LECTEURS

JEAN-JACQUES SIMARD
UNIVERSITÉ LAVAL
GÉTIQ

GÉRARD DUHAIME
UNIVERSITÉ LAVAL
DÉPARTEMENT DE NUTRITION HUMAINE ET DE CONSOMMATION

BERNARD SALADIN D'ANGLURE
UNIVERSITÉ LAVAL
DÉPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE

FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK

(1) L'intérêt de l'auteur pour le Nunavik et ses enjeux de santé publique, éveillé lors d'un premier séjour en 1971, s'est développé par la suite à travers ses expériences de travail dans l'Ungava et dans l'Hudson comme médecin généraliste et conseiller en santé communautaire. N'étant en aucun cas spécialiste des questions socio-historiques, il s'est largement inspiré de travaux remarquables sur ce sujet notamment ceux de Bernard Saladin d'Anglure, de Gérard Duhaime et de Jean-Jacques Simard.

GLOSSAIRE

Chamanique

Se rapportant au chaman : personnage central du monde inuit traditionnel garant de la synthèse des univers masculins et féminins, de l'ordre naturel et de l'ordre social, du présent et de l'au-delà, domaine des morts et des esprits (Saladin d'Anglure, 1984).

Culture prédorsétienne

En témoignent les artefacts archéologiques retrouvés, fragments d'outils fabriqués en pierre et utilisés entre les années 4000 et 2500-2000 av. J.C.

Culture dorsétienne

Désignée d'après un site (Cape Dorset) où furent retrouvés des éléments archéologiques caractéristiques, les Dorsétiens supplantèrent les gens de culture prédorsétienne entre 2500 et 2000 ans av. J.C. Leur technologie se caractérise entre autres par l'utilisation de couteaux à neige faits d'os et la construction de traîneaux équipés de patins fabriqués d'os et d'ivoire.

Culture thuléenne

Possédant une technologie nettement plus performante que celle de leurs prédécesseurs, les gens de culture dite thuléenne délogèrent les occupants dorsétiens vers l'an 1400-1500 de notre ère. Ils avaient domestiqué le chien et développé des moyens de transport maritimes leur permettant l'exploitation des grands mammifères marins (baleine principalement mais aussi morse, béluga et phoque).

Développement endogène

Développement provenant de l'intérieur même d'un corps, d'un organisme ou d'une société.

État pandémique

De pandémie : «épidémie qui atteint un grand nombre de personnes, dans une zone géographique étendue» (Petit Robert : p. 1347).

«Grand Dérangement»

Expression couramment utilisée par les Acadiens pour désigner leur déportation forcée d'Acadie par l'armée britannique et leur dispersion en 1755.

Inuit (au singulier, Inuk : «homme»)

Peuple circumpolaire antérieurement connu sous le terme «esquimau», appellation maintenant délaissée à la demande des Inuits eux-mêmes souhaitant être désignés du nom qu'ils s'attribuent et qui signifie «êtres humains».

Morbidité maternelle

L'ensemble des problèmes de santé des femmes reliés aux complications de la grossesse, de l'accouchement et du post-partum.

Morbidité infantile

L'ensemble des problèmes de santé affectant les enfants de la naissance jusqu'à l'âge d'un an.

Nunavimmiut

Occupant du Nunavik.

Introduction

Nunavik

Territoire du Québec septentrional, successivement désigné sous le nom de Nouveau-Québec (1912), puis Nord-Québec (selon les termes de la Convention de la Baie James et du Nord québécois, signée en 1975), puis finalement depuis 1988, Nunavik «le territoire où nous vivons», selon l'appellation retenue par le Comité des Aînés de l'Institut Culturel Avataq.

Société Makivik

Société inuite de développement.

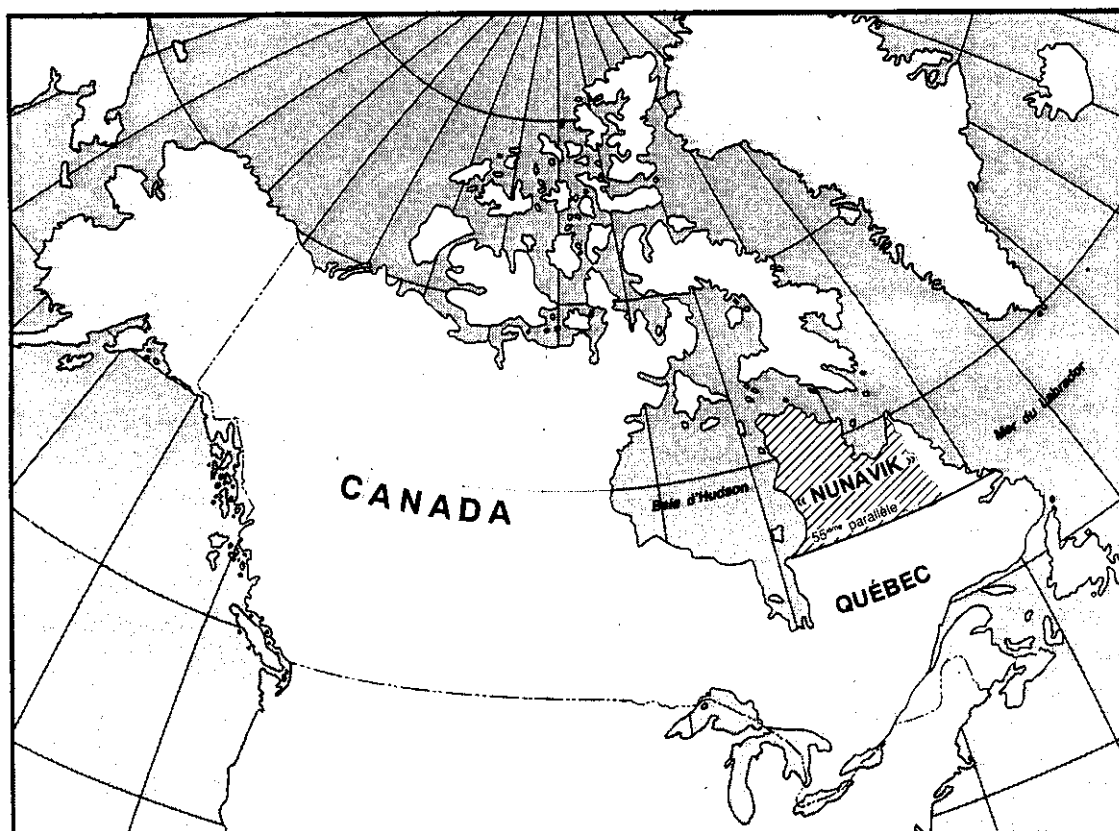
Stéatite

«Silicate de magnésium compact, de constitution identique à celle du talc, onctueux au toucher» (Petit Robert, p. 1861). Communément désignée du nom de «pierre à savon».

Rien de moins réel que la réalité, inexistante hors de la perception puis de la conscience qui lui prête forme, s'en nourrit et la recrée, chargée de sens. Ainsi, la réalité d'un territoire, d'un contexte de vie, n'a-t-elle d'importance que comme «payement», formulation, transcription située et partagée du sens du monde qu'y définissent au jour le jour ses occupants. Les aléas historiques de ce «payement» apparaissent particulièrement utiles à fournir un cadre dans lequel défilèrent les instantanés de la santé, tel celui fourni par la présente enquête. C'est à tenter d'esquisser ce cadre que seront consacrées les lignes qui suivent.

0.1 L'OUVERTURE ET L'ADVERSITÉ

Les recherches archéologiques menées au Nunavik suggèrent l'existence d'une occupation préhistorique de ce territoire dès 4 000 à 5 000 ans avant Jésus-Christ. Les premiers habitants, de culture prédorsétienne, seront remplacés par d'autres, de culture dorsétienne, eux-mêmes supplantés, à compter du quatorzième siècle de notre ère, par des arrivants de culture thuléenne. Toutes ces populations nomades ont atteint la région en provenance du nord-ouest en passant par le sud de l'île de Baffin. Les Inuits contemporains sont les descendants directs des occupants thuléens (Vézinet, 1980).

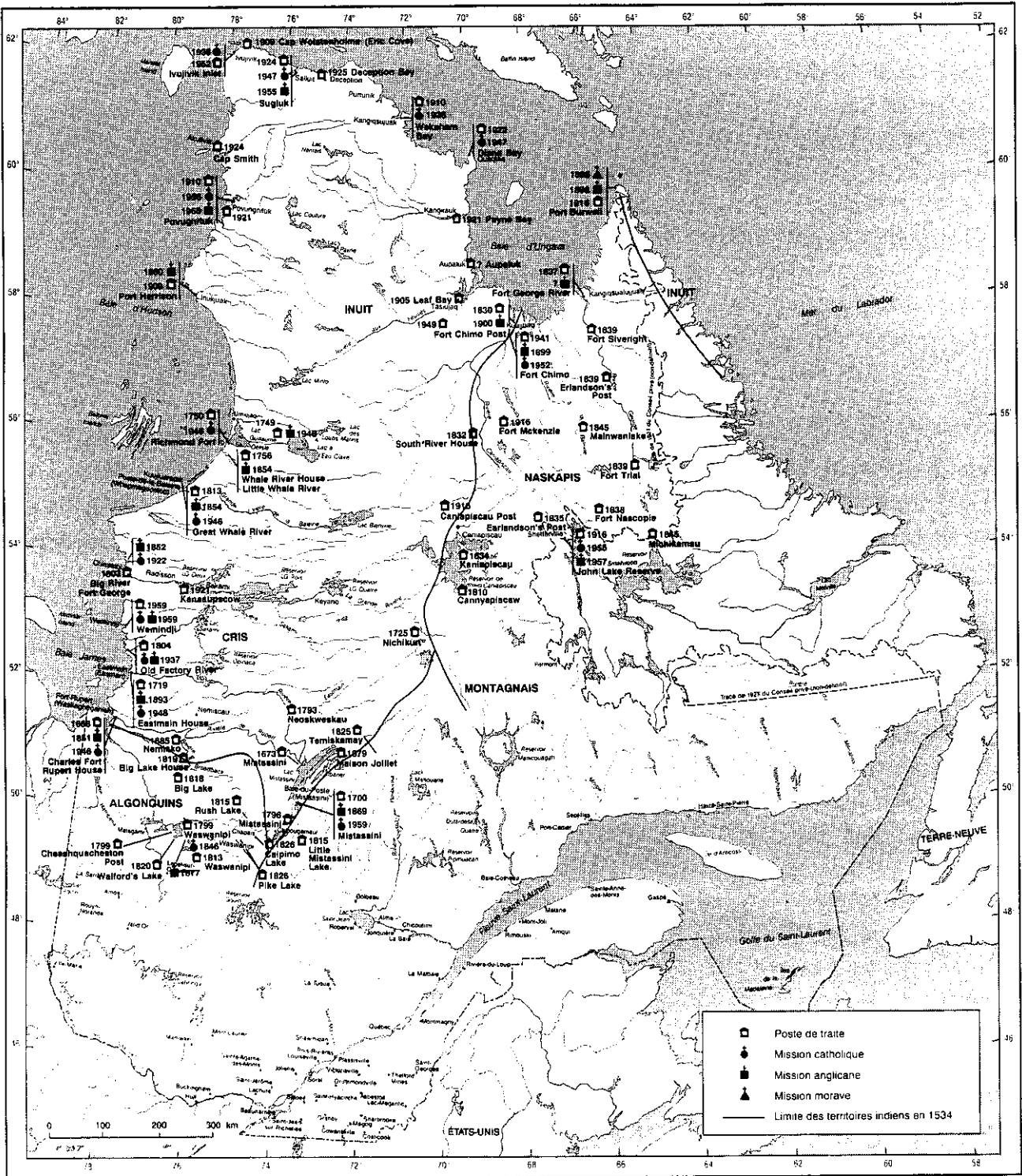


Au milieu du dix-neuvième siècle, les premiers contacts documentés des *Nunavimmiut* avec les mariniers européens datent déjà de deux cent cinquante ans. Leurs conditions matérielles d'existence ne se sont modifiées que de façon marginale malgré l'introduction progressive, par le biais du troc, de technologies et de produits aussi merveilleux qu'inédits tels que les aiguilles, les lames et les pièges métalliques, les armes à feu, le thé, le sucre et le tabac. L'installation de comptoirs commerciaux permanents aux extrémités du territoire (*Kuujjuarapik*, 1852; *Kuujjuaq*, 1866) vient faciliter l'accès à ces nouveaux produits obtenus en échange de peaux de renard principalement. L'orientation de l'économie régionale en vue de l'exploitation du système de trappe, essentiel à l'échange marchand, vient alors rendre nécessaire la réorganisation des modes de production anciens, basés sur l'exploitation d'espèces animales migratoires terrestres et marines par des bandes familiales nomades, généralement composées de 20 à 30 personnes. Les modes d'utilisation et d'occupation du territoire se transforment en même temps que s'impose une certaine spécialisation des groupes familiaux en fonction de leur position géographique par rapport au poste de traite (Saladin d'Anglure, 1984). Sur un autre plan, la christianisation (première mission anglicane : *Little Whale River*, 1859) s'amorce et rapidement viendra ébranler les croyances et rites chamaniques.

À l'orée du vingtième siècle, les conditions économiques changent. Les comptoirs commerciaux, d'abord ceux de la Compagnie de la Baie d'Hudson, puis ceux de compétiteurs, surtout la firme française Révillon Frères, sont en expansion, soutenus par la forte demande de fourrures sur le marché européen. Pour les Inuits, les bénéfices tirés de la trappe s'amplifient considérablement. De 1910 à 1930, la traite des fourrures connaît son apogée dans l'Arctique québécois. Sa rentabilité entraîne une compétition féroce sur le terrain entre les postes de traite (un magasin par 100 habitants !). Des produits et matériaux nouveaux, plus performants ou plus faciles à obtenir (embarcations en bois, d'abord à voile puis motorisées, vêtements en tissus, etc.) côtoient puis remplacent les outils traditionnels (Lachance, 1979; Saladin d'Anglure, 1984).

Cette prospérité sera de courte durée. La Dépression des années 1930 occasionne, en ce Nouveau-Québec désormais intégré au capitalisme marchand, une importante chute du prix des fourrures puis la disparition progressive des compétiteurs de la Compagnie de la Baie d'Hudson. Cette dernière en vient même à fermer certains de ses comptoirs. Comme ailleurs au Québec, les effets de cette crise sont marquants. Ils se traduisent par des mouvements de population, une baisse du revenu et du pouvoir d'échange auprès des comptoirs et un nécessaire retour à une économie de subsistance. De tout temps, la subsistance a été régie par les cycles de pénurie/abondance de certaines espèces animales, particulièrement du caribou. Or, durant les années vingt à soixante, le troupeau de caribous, alors à sa plus faible taille, est difficilement accessible. De plus, le morse et la baleine, autres ressources alimentaires importantes, se raréfient (Lachance, 1979). Le territoire, pourtant si vaste, supporte parcimonieusement son monde. De plus, les anciens modes de production se sont effrités et les nouveaux, orientés vers la trappe, reposent sur une technologie et une organisation sociale qui s'avèrent dorénavant inaptes à assurer l'autosuffisance.

LES POSTES DE TRAITE ET LES MISSIONS RELIGIEUSES



Source : Gouvernement du Québec (1984), *Le Nord du Québec : profil régional*, Deuxième édition, p. 13.

La famine prépare le terrain aux épidémies. Non pas que celles-ci fussent inconnues auparavant, mais leur fréquence et leur ampleur semblent s'accroître. Les données démographiques disponibles viennent supporter cette idée. En effet, si de la fin du dix-neuvième siècle à 1931 la population passe de 2 000 (Vézinet, 1980; Saladin d'Anglure, 1984) à 2 500 personnes, de 1931 à 1961, elle parvient à peine à maintenir ses effectifs (Duhaime, 1989). Par ailleurs, sans que des points de comparaison antérieurs soient disponibles, de 1941 à 1953, des épidémies sont rapportées tous les ans à une exception près (Duhaime, 1985). De même, dans les années quarante, on évalue les taux de mortalité infantile à 170/1 000 dans l'Arctique de l'est (Robinson cité dans Duhaime, 1989) et l'espérance de vie à 26 ans au Nouveau-Québec (Choinière, Levasseur et Robitaille, 1988). Gastro-entérites et pneumonies, par vagues, sont documentées, mais aussi, et de façon plus insidieuse et progressive, la tuberculose. Au début des années 1950, le taux de mortalité pour cette maladie atteint 1/100 habitants (Grzybowski, Styblo et Dorcken, 1976).

0.2 L'INTERVENTION DE L'ÉTAT

En 1912, le Canada permet l'annexion du district d'Ungava à la province de Québec. Les îles côtières, dont certaines sont occupées par les Inuits, demeurent cependant de juridiction fédérale (Gouvernement du Québec, 1984). Le Québec devient dès lors la seule province à comprendre un habitat et une collectivité aux caractéristiques essentiellement arctiques.

À partir de 1922, dans la lignée de ses efforts pour garantir sa souveraineté sur ses vastes territoires nordiques, le gouvernement fédéral opère la *Eastern Arctic Patrol*, expédition maritime annuelle chargée d'effectuer des visites policières et médicales et de renseigner le gouvernement sur toute question d'intérêt public (Lachance, 1979). La situation déplorable des Inuits n'échappe pas aux officiers, médicaux et autres, présents à bord. Vers 1930, leurs rapports mènent à l'instauration de mesures de secours direct : des bons, émis par les autorités policières ou religieuses et, en leur absence, par le traiteur lui-même, sont échangeables en nature (vêtements et nourriture) aux comptoirs de la Compagnie de la Baie d'Hudson (Jenness cité dans Duhaime, 1985), ce qui tend à accroître la fréquentation des sites occupés par les comptoirs. Le gouvernement est rapidement confronté à l'augmentation des coûts du secours direct que le palier provincial ne lui rembourse plus. En effet, à la demande du Québec, la Cour Suprême du Canada a statué en 1939 que si le territoire est québécois, la personne des Inuits est assimilable à celle des Indiens et, de ce fait, relève de la responsabilité du gouvernement du Canada. En 1948, les systèmes d'allocations familiales et d'allocations de vieillesse sont implantés partout au Canada. Le gouvernement espère que dans l'Arctique, ces programmes suffiront à infléchir la tendance des Inuits à la sédentarisation en supportant leur indépendance économique et la pratique de leurs activités de subsistance (Duhaime, 1985).

Au début des années 1950, les paiements de transfert totalisent déjà près de la moitié des revenus familiaux (Jenness cité dans Duhaime, 1985). Toutefois, les espoirs d'autonomie et de résurgence des activités de subsistance s'estompent rapidement. La nourriture pour de nombreux chiens, qui étaient essentiels à l'activité de trappe, devient de plus en plus difficile à obtenir : les quantités de bélugas et de morses requises nécessitent l'utilisation d'embarcations à moteur onéreuses à l'achat comme à l'usage (Bernard, 1977). Le prix des fourrures connaît de fortes fluctuations. La famine s'accroît. Par ailleurs, l'Arctique est de plus en plus visité, voire convoité. L'état de santé des Inuits commence à donner mauvaise presse au gouvernement, tant au Canada qu'à l'étranger. La tuberculose, contre laquelle les premiers traitements antibiotiques efficaces viennent d'être mis au point et dont le spectre est toujours bien vivant au sud du Canada, est à l'état pandémique dans l'Arctique de l'Est. À partir de 1946, elle fait l'objet d'une large opération de dépistage radiologique à bord du navire fédéral en visite annuelle. Son programme de traitement prendra, au cours des années cinquante, l'allure d'un véritable «Grand Dérangement».

Advenant un diagnostic positif, les personnes atteintes sont gardées à bord du navire de l'*Eastern Arctic Patrol* pour être évacuées dans les sanatoriums québécois ou ontariens où elles séjourneront pour des périodes variant généralement de une à deux années. Les Inuits restent dans les camps par crainte d'être évacués et l'hélicoptère doit être utilisé afin de les rejoindre et de les inciter à se rendre à bord du navire pour y être examinés (Graburn cité par Duhaime, 1985). L'intervention sera marquante partout, le cas d'*Akulivik* étant le plus connu. En 1955, 130 habitants de cette région se rendent à *Povungnituk*, où est ancré le navire-dispensaire, pour être examinés; 50 sont évacués. Les familles démantelées doivent être recueillies par la population avoisinante. On évalue qu'en 1956, au Canada, un Inuit sur sept est hospitalisé pour traitement de la tuberculose (Robertson cité par Duhaime, 1985). Ainsi donc, d'une part l'incidence (trois par 100 personnes/an, Grzybowski, Styblo et Dorken, 1976) et la morbidité reliées à la tuberculose sont très élevées, de l'autre, les coûts individuels, familiaux et sociaux du traitement s'avèrent, eux aussi, considérables.

Cette opération accroît la nécessité des secours de l'État et vient raffermir le mouvement de sédentarisation. Les patients, au retour de leur séjour en sanatorium, requièrent un suivi clinique régulier et doivent adopter une diète composée de produits seulement disponibles au comptoir des villages en formation (Duhaime, 1985). D'autres développements viennent encore accentuer ce mouvement. De 1956 à 1963, la plupart des villages se voient dotés d'un dispensaire et de personnel infirmier assurant les services de soins de santé primaire. *Inukjuaq* et *Kuujuaq* ont déjà les leurs depuis 1947 et 1949. Des services scolaires avec résidences pour les élèves sont aussi implantés et les allocations familiales sont conditionnelles à la fréquentation scolaire des enfants. Ces contraintes incitent quelques familles à se bâtir des abris de fortune à proximité des comptoirs aux côtés desquels on installe les nouveaux services d'éducation et de santé (Duhaime, 1985). Certaines familles,

dans l'espoir de se trouver des emplois, se sont déjà rapprochées des bases militaires de *Kuujuarapik* (en construction en 1955) ou de *Kuuujuaq* (construite en 1942).

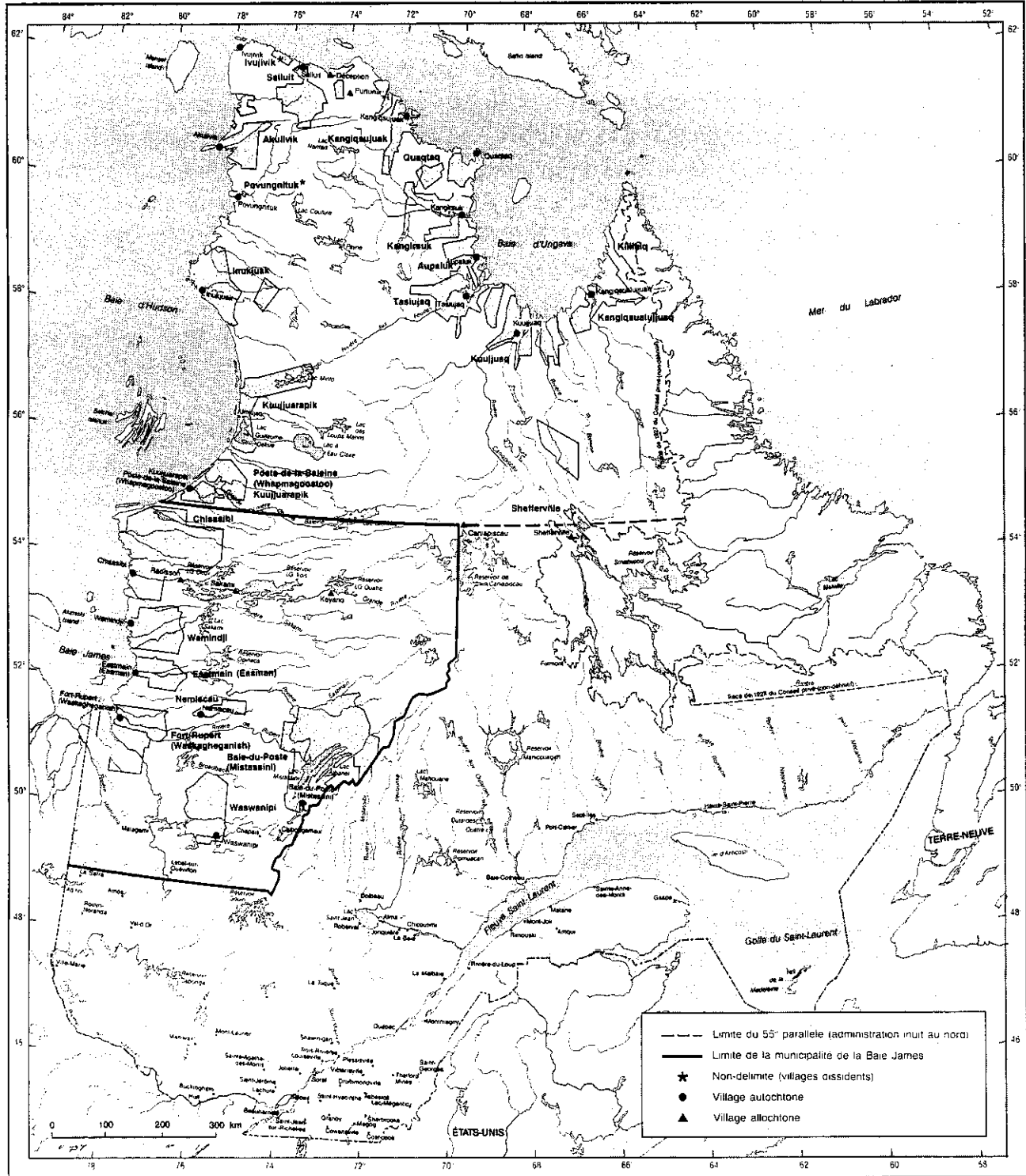
Ultimement, à la fin des années cinquante, le gouvernement fédéral, réalisant le caractère irréversible de la sédentarisation et confronté à la hausse des dépenses publiques, se rend à ce qui lui est devenu une évidence : les activités traditionnelles de chasse, de pêche et de trappe ne pouvant assurer l'autosuffisance, l'emploi salarié devient le nouvel outil susceptible de « préserver l'indépendance économique des Esquimaux...leur permettant de partager l'amélioration des standards de vie du pays» (Canada, D.N.A.N.R. 1958 cité dans Duhaime, 1985, p. 29). À partir de ce moment, le regroupement dans les villages sera activement encouragé. On mettra de l'avant une politique d'accès à l'habitation et de développement communautaire.

En ce qui concerne le Gouvernement du Québec, depuis le jugement de la Cour Suprême de 1939, son activité en région septentrionale se limite au secteur des ressources naturelles, particulièrement des ressources hydrographiques. Toutefois, en 1962, le gouvernement crée la Direction générale du Nouveau-Québec qui, bien que relevant du ministre des Richesses naturelles, a comme mandat de développer en région nordique l'ensemble des services de juridiction provinciale.

Tant au fédéral qu'au provincial, les enjeux sont localisés, technicisés, et une série de fonctionnaires planifient et veillent à ce que soient mis en place les différents services publics. Les années soixante seront marquées, tant au Nouveau-Québec que dans le reste du pays, par l'escalade de cette approche, morcelée par secteurs de services et par catégories de clientèles, propre à l'administration de l'État providence (Simard, 1979a). De plus, ces territoires seront le théâtre d'une âpre compétition des paliers de gouvernements fédéral/provincial, dans presque tous les champs d'activités de l'État.

LA STRUCTURATION DES VILLAGES DU NUNAVIK (INUITE, 1992)

Le cadre administratif



Source : Gouvernement du Québec (1984), *Le Nord du Québec : profil régional*, Deuxième édition, p. 22.

0.3 LA RÉCUPÉRATION

Loin de demeurer passifs dans l'adversité et devant l'intervention de l'État, les Inuits cherchent à s'inscrire dans cette modernité. Ils désirent s'affranchir des conditions de dépendance qu'imposent la famine, le système de crédit auprès de la Compagnie de la Baie d'Hudson et l'assistance directe de l'État. La sédentarisation leur apparaît dorénavant comme nécessaire. C'est dans ce contexte que naît, au milieu des années cinquante, une initiative visant l'exercice de l'autonomie sous une forme inédite. Soutenus dans un premier temps par un gérant de la Compagnie de la Baie d'Hudson et par la suite par un missionnaire-animateur oblat, les habitants de *Povungnituk* organisent la mise en commun d'une partie des bénéfices tirés de la trappe déclinante et d'une nouvelle activité, la sculpture de la stéatite. Ces revenus permettent de doter les bandes familiales d'outils communs de production : bateaux, ateliers, etc. (Simard, 1979b). Le mouvement s'élargit bientôt pour comprendre la consommation ainsi que d'autres sphères de la vie locale (habitation, récréation). Ce mode de développement prend, en 1960, la forme d'une coopérative et étend rapidement son influence à l'ensemble du territoire.

Très tôt se font jour des visées autonomistes pour la région et, dès 1969, on évoque l'idée d'un gouvernement régional. Les coopérateurs revendiquent un accès direct aux capitaux et aux marchés en tant qu'outil nécessaire au développement. Ils se heurteront au pouvoir colonial et, à partir des années 1970, à une autre organisation, régionale celle-là, l'Association des Inuits du Nord québécois, mieux connue sous son acronyme anglais *NQIA* (Simard, 1979b). Elle aussi, désireuse de maîtriser la modernité au nom des Inuits, la *NQIA* vise la gestion participative des problèmes régionaux selon une approche calquée sur celle de l'administration fédérale, mais par le biais d'institutions et de corporations à base ethnique (Simard, 1979a).

Toujours vers 1970, les deux paliers de gouvernement désirent rationaliser leur intervention au Nouveau-Québec. Par ailleurs, s'imposent aussi des impératifs de développement hydro-électrique du territoire. Une entente sera finalement signée en novembre 1975 entre les représentants des Cris et des Inuits, ceux des gouvernements du Canada, du Québec et de la Société d'énergie de la Baie James, de la Société de développement de la Baie James et d'Hydro-Québec (Québec, S.E.B.J., S.D.B.J., H.Q., G.C.C.Q., *NQIA*, Canada, 1976). La signature de la «Convention de la Baie James et du Nord québécois» vient inscrire dans la loi et dans l'histoire la préséance de l'approche véhiculée par la *NQIA*, écartant le projet d'autodétermination basé sur le fondement territorial prôné par les coopérateurs. C'est d'ailleurs la *NQIA* qui a négocié au nom des Inuits. Le schisme profond chez les *Nunavimmiut* quant à leurs visions du développement est ainsi cristallisé. Près du tiers des habitants (*Povungnituk*, *Ivujivik* et la moitié des résidents de *Salluit*) se posent en dissidents à l'accord et fondent l'*Inuit Tungavingat Nunamini (ITN)*, l'association des «Inuits debout sur leurs terres».

L'Entente stipule qu'en contrepartie de l'extinction des droits territoriaux autochtones et de leur plein transfert sous la juridiction du gouvernement du Québec, divers avantages sont accordés aux bénéficiaires leur permettant «de participer pleinement à la vie du Québec tout en sauvegardant leur culture distinctive» (Ciacca, 1976, p. XXII). En plus de la définition d'un régime des terres et des droits afférents, l'Entente prévoit le versement d'indemnités payables à la Société inuite de développement (**Société Makivik**) de même que l'instauration d'un ensemble de dispositions administratives régionales couvrant les domaines des services municipaux (Corporations municipales, Administration régionale Kativik), des services de santé et des services sociaux (Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux, établissements de santé de l'Ungava et de l'Hudson comprenant chacun CLSC, CH, CSS et CA), de l'éducation (Commission scolaire Kativik), de l'administration de la justice et de la police, de l'environnement (Conseil consultatif de l'environnement, Commission de la qualité de l'environnement), de la chasse, de la pêche et de la trappe.

La large bureaucratisation autochtone dessinée dans l'Entente répond au souhait de généralisation du salariat formulé par l'État vingt ans plus tôt. De 1953 à 1983, la part du revenu personnel des Inuits obtenue de salaires passe de 16 à 55 % pendant que celle relevant d'activités artisanales chute de 41 à 6 %. Durant cette période, la part du revenu imputable aux paiements de transfert est demeurée stable autour de 40 % (Duhaime, 1991). En 1983, 65 % des emplois à plein temps occupés par les Inuits sont redevables des administrations publiques. Toutefois, en 1980, les «non-Inuits» occupent 35 % des emplois de la région, la grande majorité dans des postes supérieurs d'administrateurs, de professionnels ou de techniciens (Simard, 1983), bien qu'ils ne constituent que 11 % de la population totale du Nord québécois (Duhaime, 1989).

Enfin libérée du froid par l'habitation municipalisée, de la faim par l'emploi salarié ou les paiements de transfert et de l'épidémie par l'immunisation et l'accès aux soins de santé, la population connaîtra un boom démographique sans précédent. De 1961 à 1992, elle passera de 2 531 (SHQ, 1993) à 7 078 (voir aussi Chapitre 2). La survie biologique du groupe est pour ainsi dire assurée, mais d'autres défis restent à relever. En effet, dans le processus évoqué jusqu'ici d'ouverture au modernisme, la collectivité a vu son rapport au territoire profondément altéré, en même temps que sa culture plus ou moins figée, sacralisée, aiguillonnée vers des voies d'évitement folklorisantes. Ces deux formes de dépaysement comportent pour elle le risque d'une mise à l'écart de l'histoire (Simard, 1979a, 1979b, 1983).

0.4 LA CONTEMPORANÉITÉ

Le Nunavik d'aujourd'hui apparaît, tout comme le Québec, plus que jamais ouvert sur le monde. Bien qu'introduits récemment (téléphone : décennie 70; télévision : décennie 80), les

moyens de communication électronique par satellite n'ont rien à envier à ceux des centres urbains méridionaux. Pratiquement toutes les organisations sont pourvues d'équipements informatiques perfectionnés. Les nouvelles infrastructures aéroportuaires permettent la desserte quasi quotidienne de toutes les agglomérations, même les plus petites. *Kuujuuaq*, la capitale administrative de la région, est à deux heures de vol de Montréal. Artistes, politiciens et administrateurs inuits voyagent dans les grandes capitales de la planète. L'accès à l'argent et à l'information, quoique inégalement réparti, multiplie les choix possibles. Les enjeux et les débats publics ressemblent de plus en plus à ceux des sociétés modernes : autonomie politique, développement économique, éducation, place des jeunes, qualité de l'environnement, etc.

Des initiatives novatrices, mises de l'avant par les communautés, sont à signaler dans plusieurs domaines. Dans le champ des services de santé en particulier, les modèles de formation et de pratique de sages-femmes et de travailleurs inuits en santé auditive sont reconnus internationalement. Au niveau politique, un processus soutenu par le Québec vise à instaurer, au fil de discussions ponctuées de référendums, une assemblée constituante et un projet de constitution devant mener à l'établissement d'un gouvernement régional autonome. Ainsi, lentement, s'estompent les antagonismes accentués par la signature de la Convention. Le mouvement coopératif n'est plus le porteur exclusif de son approche de **développement endogène** et autogéré. La Société *Makivik* ainsi que les nombreuses organisations issues de l'Entente en sont elles-mêmes venues à reconnaître les limites de la Convention et à soutenir la pleine expression du potentiel régional.

Tous s'entendent sur le fait que les vingt dernières années ont permis la réduction de nombreux écarts entre les conditions matérielles de vie des *Nunavimmiut* et celles de leurs concitoyens québécois. Ainsi, par exemple, la qualité des habitations s'est améliorée et le revenu familial moyen disponible se compare maintenant à celui de l'ensemble québécois. De fait, au niveau matériel, la région semble être sortie de l'impasse quoique l'économie repose essentiellement sur le secteur des services et que ces derniers soient largement tributaires de programmes gouvernementaux déterminés hors-région. En même temps que s'estompent les écarts au plan économique, nombre d'indicateurs de santé s'améliorent. Les taux de mortalité et de **morbidité maternelles et infantiles** ne cessent de se rapprocher de ceux observés au Québec. Exception faite des maladies transmises sexuellement (Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux, 1991), les maladies infectieuses ont été largement contrôlées. Ces gains toutefois, aussi substantiels soient-ils, ne peuvent à eux seuls, fournir une image complète de la qualité de vie au Nunavik.

D'autres indicateurs, certains troublants, sont observés et témoignent du désarroi vécu devant l'ampleur et la rapidité des changements sociaux. À elle seule, l'observation de la diminution de l'espérance de vie masculine, documentée depuis une vingtaine d'années (Proulx, 1987; Choinière, Levasseur et Robitaille, 1988), principalement due à la hausse des morts violentes

et plus particulièrement du suicide des jeunes hommes (dix dernières années) témoigne de l'ampleur de certains des défis régionaux actuels.

Parallèlement, on observe un accroissement des indices généraux de consommation de services sociosanitaires (taux de consultation, d'hospitalisation, de transfert vers les grands centres). Ce phénomène est possiblement attribuable à l'intégration par les Inuits du discours tenu par les planificateurs et les professionnels de la santé les décrivant comme très malades. Bien qu'il s'inscrive en parallèle à une augmentation de l'offre régionale de services, ce phénomène ne suggère-t-il pas l'existence, au sein de la communauté, d'un sentiment de relative inaptitude à prendre soin ? Certes que l'augmentation des interactions entre la population et les services de santé laisse à penser que des bénéfices immédiats et importants sont obtenus de part et d'autres. Toutefois, et particulièrement dans un contexte transculturel de dispensation des services, il faut s'assurer que la consultation ne représente pas pour chacun le lieu privilégié d'une médicalisation occultant des problèmes sociaux et familiaux.

Les différentes manifestations du désarroi viennent crier l'urgence d'une révision des valeurs. Les aspirations que ces messages révèlent, avides de définir un sens, un nouvel ordre, sont à la fois conditions essentielles et signes de santé.

Créer les conditions de la survivance n'exige-t-il pas de s'associer pour bâtir collectivement une place publique, de la rendre vivante de l'élaboration toujours renouvelée d'outils qui permettent autant la production du sens que la reproduction matérielle du monde, même et peut-être surtout dans l'adversité. Ainsi, la poursuite de l'amélioration de la santé des *Nunavimmiut*, comme celle d'autres sociétés modernes, semble de plus en plus devoir et vouloir passer par l'échange : contact à soi (Inuk, «être humain» universel), ouverture à l'autre (sexe, génération, ethnie).

Les services de santé sont un des éléments de ce «payement». Leurs agents ne peuvent peut-être plus compter sur des moyens aussi spectaculaires que l'hélicoptère et l'antibiothérapie des années cinquante. Ils sont quand même, d'ores et déjà, conviés à contribuer activement et de façon novatrice à la recherche de solutions qui surprendront peut-être par leur portée unificatrice.

0.5 RÉFÉRENCES

BERNARD, A. (1977). «Dépendance et capitalisme marchand; le cas des Inuit de la rive sud du détroit d'Hudson (1930-1956)», *Études Inuit Studies*, 1(2), p. 1-28.

CHOINIÈRE, R.; LEVASSEUR, M.; ROBITAILLE, N. (1988). «La mortalité des Inuit du Nouveau-Québec», *Recherche amérindienne au Québec*, 18(1), p. 27-39.

Introduction

CIACCA, J. (1976). «Philosophie de la Convention», Page XXII in Gouvernement du Québec (ed.), *La Convention de la Baie James et du Nord québécois*, Éditeur officiel du Québec, 486 p.

CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Pour la santé et le bien-être dans la région Kativik : défis et objectifs prioritaires*, 59 p.

DUHAIME, G. (1993). «Le chasseur et le minotaure. Itinéraire de l'autonomie politique au Nunavik», *Études Inuit Studies*, 16(1-2) : 149-177.

DUHAIME, G. (1991). «Revenu personnel, destin collectif : la structure du revenu des Inuit de l'Arctique du Québec. 1953-1983», *Canadian Arctic Studies*, 23(1) : 21-39.

DUHAIME, G. (1989). «La catastrophe et l'État. Histoire démographique et changements sociaux dans l'Arctique», *Études Inuit Studies*, 13(1) : 75-114.

DUHAIME, G. (1985). *De l'igloo au H.L.M. Les Inuit sédentaires et l'État providence*, Centre d'études nordiques, Université Laval, 81 p.

GOVERNEMENT DU QUÉBEC (1984). *Le Nord du Québec, profil régional*, p. 17, 184 p.

GRZYBOWSKI, S.; STYBLO, K.; DORKEN, E. (1976). «Tuberculosis in Esquimos», *Tubercle* 57, 19, Supplement.
LACHANCE, D. (1979). *Les Inuit du Québec. Perspectives anthropologiques*, Éditions du renouveau pédagogique, p. 289-303.

PROULX, J.F. (1987). *Mortality among the Inuit Population of Hudson Coast, 1982-1986*, Council of Physicians, Dentists, Pharmacists and Midwives, Inuulitsivik Health Center.

QUÉBEC, S.E.B.J., S.D.B.J., H.Q., G.C.C.Q., N.Q.I.A., CANADA (1976). *La convention de la Baie James et du Nord québécois*, Éditeur officiel du Québec, 486 p.

SALADIN D'ANGLURE, B. (1984). *Inuit of Quebec. Handbook of North American Indians, No. 5 Arctic*, W.C. Sturtevant (ed.), Smithsonian Institute, Washington, p. 476-507.

SIMARD, J.J. (1983). «Par-delà le Blanc et le mal. Rapports identitaires et colonialisme au pays des Inuit», *Sociologie et Société*, 15(2) : 55-71.

SIMARD, J.J. (1979a). «Qui parle pour les Esquimaux», *Recherches amérindiennes au Québec*, 8(3) : 187-202.

SIMARD, J.J. (1979b). «Terre et pouvoir au Nouveau-Québec», *Études Inuit Studies*, 3 : 101-129.

SOCIÉTÉ D'HABITATION DU QUÉBEC (SHQ) (1993). *La population inuk logée au 1er janvier 1992. Plan triennal d'habitation en milieu inuit 1993-1995*, 25 août 1992, 55 p.

VÉZINET, M. (1980). *Les Nunamiut. Inuit au coeur des Terres*. Ministère des Affaires culturelles, Québec, 162 p.

CHAPITRE 1

MÉTHODOLOGIE

AUTEURS

MIREILLE JETTÉ
SANTÉ QUÉBEC

MARCEL GODBOUT
BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC

LECTEURS

SERGE CHEVALIER
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

ROBERT COURTEMANCHE
BUREAU DE LA STATISTIQUE DU QUÉBEC

1.0 INTRODUCTION

L'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik (1992), comme nous l'avons vu brièvement, visait concurremment deux objectifs : 1) tracer un portrait global de la situation sociosanitaire du Nunavik; 2) comparer, à titre indicateur, le portrait du Nunavik à ceux préalablement établis du Québec méridional et du territoire cri de la Baie James. S'inscrivant dans la suite de l'enquête mère «Santé Québec 1987», la présente enquête vient permettre de terminer le périple de la première enquête générale de santé entièrement québécoise débutée en 1987. À l'instar de l'enquête mère, celle des Inuits s'articule à partir de questionnaires soit complétés en face-à-face, soit auto-administrés. Par ailleurs, étant donné que l'«Enquête québécoise sur les maladies cardiovasculaires et la nutrition (1990)» avait déjà eu lieu sur la partie méridionale de la province, l'enquête inuite inclut aussi une entrevue clinique de même que deux entrevues nutritionnelles. L'entrevue clinique permettait, entre autres, de prendre des mesures biologiques et anthropométriques et les entrevues nutritionnelles, la complétion d'un rappel alimentaire de 24 heures et d'un questionnaire de fréquence de consommation alimentaire. La population ciblée par la présente enquête est constituée de l'ensemble des personnes vivant en permanence dans des ménages privés inuits⁽¹⁾ localisés à l'intérieur des limites du Nunavik. Enfin, si le MSSS a encore une fois été le principal bailleur de fonds de cette enquête, Santé Québec en assura le déroulement complet et le BSQ joua le rôle d'expert-conseil sur tous les aspects statistiques et échantillonaires.

L'ÉLABORATION DES QUESTIONNAIRES

L'enquête inuite, s'inscrivant dans la suite de deux grandes enquêtes de Santé Québec, reprend presque intégralement les trois instruments de l'enquête «Santé Québec 1987», emprunte une grande partie des trois instruments de l'«Enquête québécoise sur les maladies cardiovasculaires et la nutrition (1990)» et enfin, s'inspire de l'organisation des instruments de l'«Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James (1991)». Par ailleurs, dans le but d'éviter certaines imprécisions des questions déjà utilisées et pour s'adapter le plus possible à la réalité nordique, trois avenues ont été prises lors de la construction et de la structuration des instruments :

- 1) le retranchement ou le resserrement de certaines questions déjà utilisées afin de les rendre plus fiables;

(1) Le ménage privé inuit étant défini comme la/les personne/s qui occupe/nt un logement privé abritant au moins un Inuit et qui n'a/ont pas d'autre lieu de résidence habituel hors du Nunavik.

- 2) l'ajout de thèmes, de sous-thèmes et de mesures biologiques pour bien rendre compte des spécificités de la problématique sociosanitaire des Inuits;
- 3) le recours à des méthodologies différentes pour mesurer certaines variables, par ailleurs déjà utilisées dans d'autres enquêtes, afin de s'adapter aux caractéristiques socioculturelles du peuple inuit.

L'élaboration de tous les questionnaires a été supervisée par un comité technique de rédaction des questionnaires composé essentiellement des principaux partenaires de cette enquête soit, Santé Québec, les Inuits, le MSSS et des planificateurs des soins de santé et des services sociaux du Nunavik.

Suivant leur construction, les instruments ont été traduits en deux étapes : du français vers l'anglais et de l'anglais vers l'*inuktitut*. Toutes les traductions ont été révisées et contre-vérifiées et les questionnaires ont ensuite été édités une première fois. Ces instruments, de même que le processus d'enquête, ont été prétestés à *Inukjuak* auprès de dix ménages et 30 Inuits de tous âges. Suivant l'analyse des résultats du prétest, les dernières corrections et modifications ont été apportées aux instruments qui, une fois édités, ont été utilisés lors de la cueillette à l'automne 1992.

Les lignes suivantes proposent une brève description de chacun des sept instruments utilisés dans l'enquête inuite. Par ailleurs, à l'Annexe 4 du présent rapport, vous pouvez consulter tous les instruments de l'enquête qui y sont présentés intégralement⁽¹⁾.

INSTRUMENTS DE CUEILLETTE ET THÈMES ABORDÉS

Instrument #1 : FICHE D'IDENTIFICATION - concerne toutes les personnes de l'échantillon (Annexe 4)

Cet instrument est emprunté à l'enquête «Santé Québec 1987». Sa forme et son contenu ont été peu modifiés. En plus d'être un outil administratif, cet instrument de cueillette permet de recenser et de recueillir certaines informations sociodémographiques sur tous les membres d'un même ménage. La Fiche d'identification est complétée par un interviewer inuit qui réalise l'entrevue avec un répondant dit «principal» âgé de 18 ans et plus, c'est-à-dire qui pourra répondre aux questions pour lui-même, de même que pour tous les membres de son ménage.

(1) Une documentation supplémentaire et plus élaborée concernant la justification et la pertinence des questions retenues dans l'enquête de même que différents aspects de l'élaboration des instruments de mesure est disponible à Santé Québec.

Instrument #2 : QUESTIONNAIRE MÉNAGE - concerne toutes les personnes de l'échantillon (Annexe 4)

Emprunté à l'enquête «Santé Québec 1987», cet instrument est aussi complété par un interviewer inuit qui pose les questions au répondant «principal». Son contenu en a été quelque peu modifié afin de rendre compte d'états morbides plus répandus chez les Inuits. Les thèmes abordés dans ce questionnaire sont les suivants : certaines habitudes de vie (telle la nutrition), les problèmes de santé chroniques ou passagers, les blessures résultant d'accidents, le recours aux services de santé (consultation, hospitalisation, consommation de médicaments), les incapacités et la limitation d'activités. Cet instrument reflète bien le modèle conceptuel qui sous-tend cette enquête générale de santé présenté précédemment.

Instrument #3 : QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL - s'adresse aux personnes de 15 ans et plus de l'échantillon (Annexe 4)

Également emprunté à l'enquête «Santé Québec 1987», cet instrument est celui qui a subi le plus de modifications tant dans sa forme que dans son contenu. Si, lors de l'enquête mère cet instrument était auto-administré, pour l'enquête inuite, il a été transformé afin d'être complété par un interviewer inuit. Ce changement s'imposait compte tenu des difficultés de lecture d'un grand nombre de répondants; au problème d'une scolarité faible, s'ajoute le fait que la culture inuite est essentiellement orale et qu'ainsi, la rédaction de la quasi-totalité des instruments en *inuktitut* et en anglais ne résolvait pas tous les problèmes de communication transculturelle. Quant au contenu, les principaux thèmes retenus sont : l'autoévaluation de l'état de santé (physique, psychologique et sociale), certaines habitudes de vie (tabagisme, nutrition, etc.), les comportements préventifs liés aux véhicules motorisés (port de la ceinture, du casque protecteur, conduite en état d'ébriété), la santé des femmes (test de dépistage, allaitement, ménopause, etc.), la contamination de la chaîne alimentaire par les BPC, certains facteurs de risque (diabète, hypertension artérielle), l'autoévaluation de l'impact des changements culturels et certaines caractéristiques socio-économiques. Encore une fois, les différences culturelles ont dicté de nombreuses modifications quant au contenu des questions, à leur forme et à l'agencement.

Instrument #4 : QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL - s'adresse aux personnes de 15 ans et plus de l'échantillon (Annexe 4)

Si le contenu de cet instrument s'inspire également de l'enquête «Santé Québec 1987», sa forme est nouvelle. Toujours par souci d'adaptation à certains traits culturels des Inuits, les questions concernant le bien-être moral et psychologique, le suicide (tentatives et idéations), la consommation d'alcool et d'autres drogues et les comportements sexuels (utilisation du condom/prévention contre les MTS, utilisation d'une méthode contraceptive, nombre de partenaires sexuels et abus sexuel) ont toutes été exclues du Questionnaire individuel et

regroupées dans ce nouveau questionnaire. Celui-ci était généralement auto-administré et sa complétion s'accompagnait d'une procédure qui assurait une confidentialité absolument totale du contenu. Cette procédure encouragea les Inuits à répondre avec moins de crainte à des questions éminemment personnelles.

Instrument #5 : VISITE EN CLINIQUE - s'adresse aux personnes de 18 à 74 ans de l'échantillon (Annexe 4)

Empruntée à l'«Enquête québécoise sur les maladies cardiovasculaires et la nutrition (1990)», cet instrument a vu son contenu s'enrichir de plusieurs éléments nouveaux. Aux mesures anthropométriques, mesures de tension artérielle et aux prélèvements sanguins visant d'abord l'évaluation du niveau de cholestérol et de diabète, ont été ajoutés un examen bucco-dentaire détaillé et des échantillons sanguins supplémentaires mesurant la présence de certains métaux lourds (plomb, mercure, cadmium, sélénium), d'organochlorés (incluant entre autres «Aroclore 1260» et 14 congénères de BPC) et d'Oméga-3. Enfin, en plus d'y consigner les données cliniques, l'infirmière diplômée se servait de ce formulaire pour colliger certaines données administratives. Si les quatre premiers instruments ont été complétés à la maison, celui-ci était complété au dispensaire du village.

Instrument #6 : RAPPEL ALIMENTAIRE DE 24 HEURES - s'adresse aux personnes de 18 à 74 ans de l'échantillon (Annexe 4)

Instrument de cueillette utilisé lors de l'«Enquête québécoise sur les maladies cardiovasculaires et la nutrition (1990)», il n'a subi aucune transformation notable. Il était administré par l'infirmière qui, comme lors des visites en clinique, était accompagnée d'un/e interprète inuit/e habilité/e à traduire en *inuktitut* les questions/consignes et, en anglais, les réponses du répondant. La technique de collecte est également demeurée inchangée : à l'aide de modèles alimentaires permettant d'évaluer les portions de nourriture et de boissons consommées dans les dernières 24 heures, l'infirmière fait un relevé exhaustif de tout ce qui a été consommé. La difficulté principale rencontrée lors de cette partie de la collecte était de mesurer, à l'aide de modèles parfois mésadaptés, la quantité de nourriture locale consommée, les portions et la manière de s'alimenter étant relativement différentes de celles rencontrées dans les populations habitant plus au Sud.

Instrument #7 : QUESTIONNAIRE DE FRÉQUENCE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE - s'adresse aux femmes de 18 à 74 ans, non enceintes et non allaitantes (Annexe 4)

Ce questionnaire, tel que son nom l'indique, mesure la fréquence à laquelle sont consommés certains aliments et boissons. S'il a subi peu de modifications dans sa forme, des changements ont été apportés au contenu permettant de mieux rendre compte de la réalité alimentaire et nutritionnelle des Inuits. De plus, certaines références au temps ont été

modifiées afin de tenir compte de la «saisonnalité» de la nourriture locale. Les aliments et boissons retenus dans ce questionnaire ont été choisis suivant les liens s'établissant entre «alimentation et états morbides». Afin de compléter les informations concernant les maladies cardiovasculaires, les matières grasses occupent une place de choix dans ce questionnaire. Enfin, certains aliments ont été retirés à cause de leur non-disponibilité ou de leur accessibilité restreinte et certains autres ont été ajoutés (par exemple la nourriture locale : mammifères marins, caribou, etc.) afin de compléter le portrait alimentaire propre aux Inuits. À l'instar du Rappel alimentaire de 24 heures, ce sont les infirmières, préalablement formées par des nutritionnistes ayant collaboré à d'autres enquêtes nutritionnelles canadiennes, qui administraient ce questionnaire mais toujours accompagnées d'un/e interprète inuit/e.

1.1 ÉCHANTILLON D'ENQUÊTE

Tel que mentionné précédemment, cette enquête générale de santé visait toute la population vivant en permanence dans le Nunavik, hormis :

- les ménages constitués uniquement de personnes non inuites et non apparentées à un Inuit;
- les personnes vivant en institution, c'est-à-dire hébergées à plein temps dans un établissement public (hôpital, prison, etc.).

En raison de limites financières et logistiques, nous n'avons pu faire une énumération exhaustive des maisons immédiatement avant le début de la collecte dans chaque village. De ce fait, nous avons utilisé, pour le dénombrement de tous les ménages du Nunavik, des listes fournies par le Conseil régional Kativik de la santé et des services sociaux (CRKSSS). Ayant constaté que quelques-unes de ces listes présentaient des problèmes sérieux (difficulté à reconstituer les ménages, un nombre de ménages très différent de celui établi lors du recensement de 1991, l'actualité de la liste, etc.), des listes supplémentaires, obtenues des services de logement (*housing department*), ont du être utilisées comme complément d'information. Ces faits, de même que d'autres qui demeurent probablement inconnus, rendirent difficile une recension exhaustive de la population à enquêter.

De plus, dans l'«Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992» des inexactitudes affectant la taille de l'échantillon attendue originèrent de la méconnaissance de la composition sociodémographique de la population. La population inuite habitant le Nunavik est encore mal connue : sous-estimation des naissances et des décès par les organismes officiels de dénombrement de même qu'une mésestimation du poids sociodémographique des différentes cohortes d'âge (les populations des moins de 15 ans et des moins de 18 ans étaient sous-estimées et la population des 65 ans et plus était légèrement surestimée).

Enfin, la survivance des activités traditionnelles (chasse, pêche, le côté nomade) rend les Inuits difficiles à localiser dans l'espace mais aussi dans le temps (quand reviendront-ils de la chasse?) et ces absences (de cohortes de gens bien particuliers) ont diminué d'autant l'échantillon devant être enquêtée.

1.2 PLAN DE L'ENQUÊTE

L'objectif principal de cette enquête étant de fournir des données représentatives au niveau régional, entendre le territoire du Nunavik, et sous-régional, soit pour les côtes de l'Hudson et de l'Ungava, le plan d'échantillonnage retenu par le Bureau de la statistique du Québec (BSQ) visait une bonne précision pour toutes prévalences supérieures ou égales à 10 % (coefficient de variation inférieur à 10 % pour chacun des instruments) au niveau de l'ensemble des quatorze localités du Nunavik.

À partir des trois paramètres spécifiques soit 1) un nombre moyen anticipé de personnes par ménage inuit⁽¹⁾, 2) l'effet de plan prévu⁽²⁾ et 3) les taux de réponse anticipés⁽³⁾, la taille de l'échantillon a été fixé à 400 ménages. De façon à assurer une meilleure répartition géographique de l'échantillon, 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. Cette façon de procéder permet de s'assurer de ne pas sélectionner deux voisins immédiats. Afin de s'assurer que les résultats rendent compte de la population de chacun des villages, la population a été stratifiée selon les quatorze municipalités inuites, et l'échantillon stratifié par village avec une représentation quasi proportionnelle au nombre des ménages de chaque strate (tableau 1.1).

(1) Cette moyenne provenait des données du recensement de 1991, et elle s'avère très semblable à celle établie lors de la présente enquête soit : 5,0 (1992) et 5,1 (1991).

(2) Tel qu'anticipé, les effets de plan affectant chaque instrument de l'enquête sont peu importants.

(3) Une induction erronée du taux de réponse des Inuits du Nunavik à partir des taux de réponse obtenus des Cris de la Baie James s'est traduit par une surestimation du taux de réponse attendu chez les Inuits.

TABLEAU 1.1

Taille de la population et de l'échantillon des ménages inuits [Inuite, 1992]

LOCALITÉS	NBRE DE MÉNAGES POPULATION	NBRE DE MÉNAGES ÉCHANTILLONNÉS
<i>Akulivik</i>	77	22
<i>Aupaluk</i>	22	6
<i>Inukjuak</i>	210	61
<i>Ivujivik</i>	47	14
<i>Kangiqualujuaq</i>	102	30
<i>Kangijsujuaq</i>	70	20
<i>Kangirsuk</i>	70	20
<i>Kuujuaq</i>	234	68
<i>Kuujuarapik</i>	114	33
<i>Povungnituk</i>	187	54
<i>Quaqtaq</i>	46	13
<i>Salluit</i>	110	32
<i>Tasiujaq</i>	29	9
<i>Umiujaq</i>	60	18
TOTAL	1 378	400

1.3 PROCÉDURE D'ENQUÊTE

1.3.1 La collecte des données

Tel que mentionné précédemment, plusieurs méthodologies de collecte ont été utilisées pour recueillir les données de l'enquête :

- 1) L'ENTREVUE FACE-À-FACE réalisée en anglais et/ou en *inuktitut*, entre un Inuit répondant et un Inuit interviewer/interprète, permet de compléter :

- la Fiche d'identification (instrument # 1);
- le Questionnaire ménage (instrument # 2);
- le Questionnaire individuel (instrument #3).

2) le QUESTIONNAIRE AUTO-ADMINISTRÉ traduit en anglais et en *inuktitut* a été utilisé pour les répondants qui ont complété le Questionnaire confidentiel (instrument #4).

3) L'ENTREVUE FACE-À-FACE DE TYPE CLINIQUE OU NUTRITIONNELLE, réalisée en anglais et/ou en *inuktitut* (avec interprète), entre une infirmière diplômée et un Inuit de 18 à 74 ans permet de compléter :

- la Visite en clinique (instrument #5);
- le Rappel alimentaire de 24 heures (instrument #6);
- le Questionnaire de fréquence de consommation alimentaire (instrument #7).

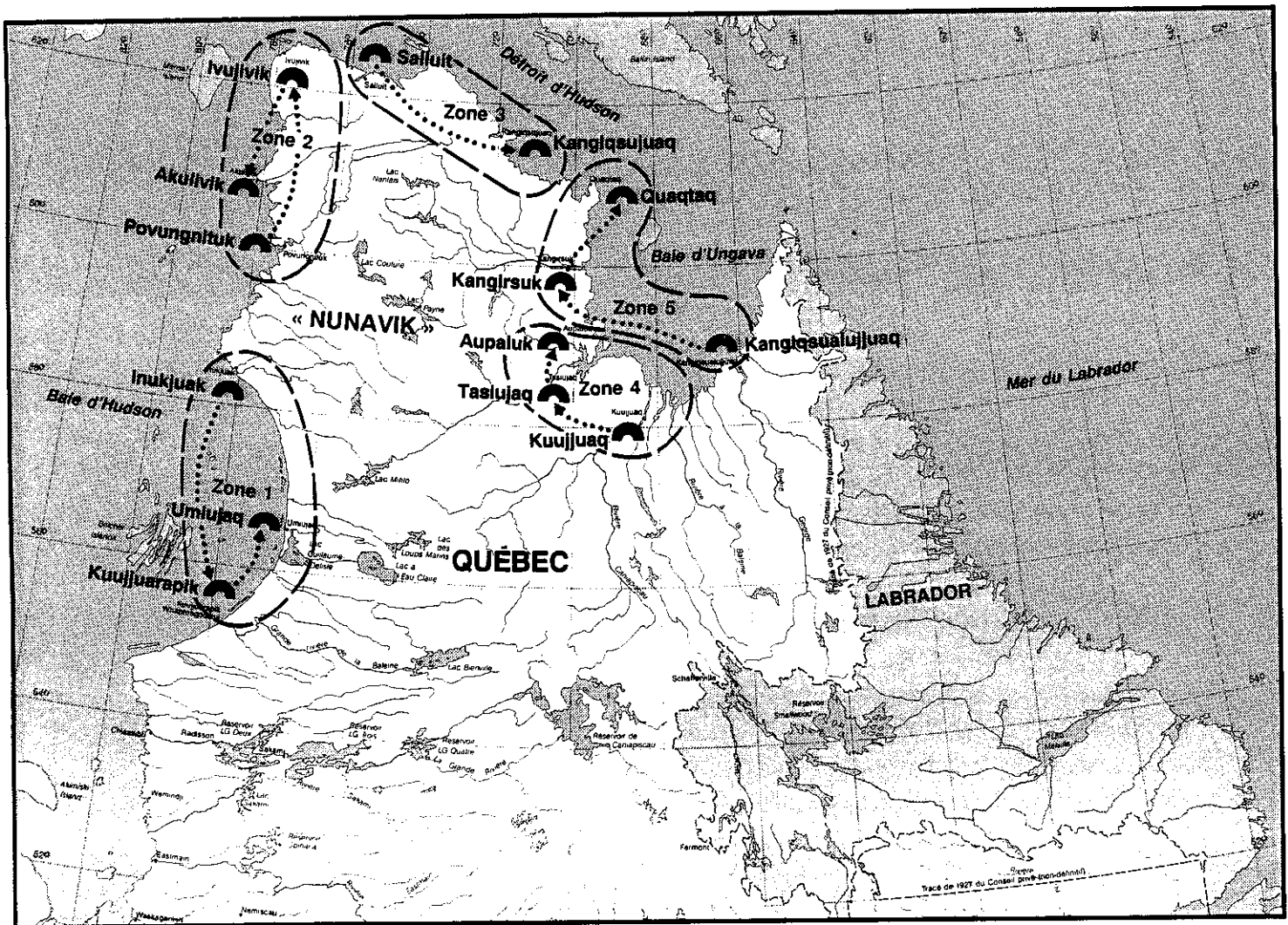
Ainsi donc, suite à une tournée promotionnelle annonçant la venue de l'enquête dans chaque village, l'interviewer inuit, de façon séquentielle, se présentait à la porte d'un ménage sélectionné et demandait à rencontrer une personne de 18 ans et plus pour compléter l'instrument #1. S'aidant de cette Fiche, l'identification du répondant principal du ménage pour la complétion du Questionnaire ménage (instrument #2) était faite. Au cours de cette même visite, ou au cours d'une ou de visites ultérieures, le Questionnaire ménage était complété et de même que quelques uns ou la totalité des Questionnaires individuels (instrument #3). Les Questionnaires confidentiels (instrument #4) étaient en général laissés dans le foyer pour chaque répondant de 15 ans et plus de même qu'un carton rappelant la date et l'heure du rendez-vous en clinique (instrument #5) et diverses directives à suivre pour chaque individu âgés de 18 à 74 ans. Suite à l'examen clinique réalisé par l'infirmière, un carton de rendez-vous pour la ou les entrevues nutritionnelles (instruments #6 et #7) était remis aux répondants éligibles. Lors de cette visite de l'infirmière à la maison, l'interviewer/interprète profitait de l'occasion pour récupérer les Questionnaires confidentiels complétés. Si, en général, cette organisation séquentielle était suivie, il est arrivé que pour s'adapter aux besoins des répondants cette séquence de complétion des instruments ait été bousculée.

Ainsi la collecte des données a été menée par des interviewers/interprètes inuit et des infirmières diplômées qui avaient préalablement suivi une formation de deux semaines dans les Laurentides. Suivant les règles de l'art, Inuits comme infirmières ont appris à suivre les consignes pré-établies afin d'uniformiser la collecte et de minimiser les variations inter-interviewers ou inter-infirmières. Ayant formé six équipes, respectivement constituées d'une infirmière et de deux, trois ou quatre interviewers/interprètes, les équipes ont été transportées au Nunavik dans la zone qui leur avait été préalablement attribuée selon la connaissance que

les membres en avaient (carte #1). Durant dix semaines à concurrence de sept jours par semaine, soit entre le 17 septembre et le 1^{er} décembre 1992, elles ont recueilli les données. Les Inuits enquêtés ont consacré en moyenne deux heures et demie à la complétion des instruments auxquels ils étaient éligibles.

CARTE #1

Division du territoire du Nunavik en cinq zones de cueillette, [Inuite, 1992]



Source : Santé Québec (1994), Enquête Santé Québec auprès des Inuit du Nunavik, 1992.

1.3.2 La collaboration de l'échantillon

TABLEAU 1.2

Taux de collaboration et taux de non-réponse par instrument (%), [Inuite, 1992]

COLLABORATION	INSTRUM. #1 ET #2	INSTRUM. #3	INSTRUM. #4	INSTRUM. #5	INSTRUM. #6	INSTRUM. #7
COLLABORATION/RÉPONSE	79,8	69,6	65,8	67,6	60,5	67,3
NON RÉPONSE	20,1	30,4	34,2	32,4	39,5	32,7
• Refus	13,0	20,7	<u>24,3</u>	23,4	<u>21,8</u>	<u>14,7</u>
• Ménage impossible à joindre	3,7	na	na	na	na	na
• Personne impossible à joindre	na	7,2	7,2	6,8	<u>14,2</u>	<u>13,3</u>
• Maladie/âge ou langue	3,4	1,9	2,1	2,2	3,4	3,8
• Dossier incomplet	na	1,4	1,0	na	0,1	1,2

L'étude sommaire des taux de collaboration et de la nature des taux de non-réponse qui caractérisent chaque instrument de l'enquête (tableau 1.2) indique que les taux de collaboration se situent autour de 67 %, que le plus haut taux est atteint lors de la complétion des premier et deuxième instruments de l'enquête et que le taux le plus faible affecte le sixième instrument. Compte tenu du fait que presque aucune enquête générale de santé, tant en pays nordique qu'en région plus méridionale, n'a couvert un aussi large éventail de thèmes et n'a donc pas eu à recourir à d'aussi nombreux instruments de cueillette, il est difficile de porter un jugement sur la collaboration des Inuits du Nunavik. On retiendra par ailleurs, qu'en considérant seulement les Inuits à qui il a été possible de demander de participer à l'enquête, c'est plus des trois quarts qui ont répondu positivement. Si nous avions anticipé des taux de participation plus faibles aux deux derniers instruments (soit les sixième et septième) et à l'instrument #4 qui incluait plusieurs questions intimes (sexualité, abus et pratique, consommation d'alcool, etc.), nous avons sous-estimé la difficulté que nous aurions à joindre les Inuits échantillonnés; plusieurs étaient en dehors du village (école, chasse, voyage dans d'autres villages, etc.) pour des périodes de temps excédant les périodes de collecte dans chaque village (2 à 3 semaines en moyenne).

Suivant cette présentation exhaustive du processus d'enquête, étant donné que les instruments #6 et #7 feront l'objet d'un autre rapport, pour la suite du texte seuls les instruments #1 à #5 seront retenus pour fin de présentation, de description et d'analyse.

1.4 TRAITEMENT DES DONNÉES

La totalité des données recueillies sur chaque instrument au cours de l'enquête ont été saisies par une firme privée de saisie pour être ensuite retournées à Santé Québec. Pour ce qui est des données biologiques résultant des analyses sanguines, elles ont préalablement fait l'objet de traitement en laboratoire. Santé Québec assura la révision et la validation des données : validation intra-questionnaire, inter-questionnaire et une validation entre les données des questionnaires et les résultats figurant dans le 10 % des questionnaires contrôle des instruments Questionnaire ménage, Questionnaire individuel et Visite en clinique (voir ces questionnaires contrôles à l'Annexe 4). C'est à cette étape que les dossiers incomplets et les dossiers posant des problèmes de validité de codes ou de sens ont été rejetés. Le cahier technique de l'enquête, disponible à Santé Québec, rend compte exhaustivement des opérations réalisées lors du traitement des données.

1.4.1 La pondération

Parce que le plan d'échantillonnage n'accorde pas à chaque individu de la population visée la même probabilité d'être sélectionné et que la non-réponse varie en fonction de l'âge, du sexe et de la côte, les données durent être pondérées. Essentiellement, la pondération consiste à attribuer à chaque répondant une valeur (un poids) correspondant au nombre de personnes qu'il représente dans la population. La pondération a été calculée pour tenir compte de la probabilité de sélection de chaque individu et de la non-réponse⁽¹⁾. Par la suite, une post-stratification (ajustement de la pondération effectué en se servant de données sociodémographiques connues de la population) a été effectuée sur les groupes âge-sexe par côte. Les données qui ont servi à la post-stratification proviennent du recensement canadien de 1991 et des listes provenant des bases de sondage pour les villages dénombant beaucoup de personnes non inuites. Les données présentées dans les chapitres suivants ont été pondérées et représentent l'ensemble de la population inuite du Nunavik.

(1) Les groupes d'ajustement de la pondération pour tenir compte de la non-réponse qui ont été considérés (groupes homogènes ayant un impact sur la variabilité des données) sont les localités pour le Questionnaire ménage et un croisement des groupes âge-sexe et côtes pour les Questionnaires individuel et confidentiel et les mesures cliniques.

1.4.2 La qualité des données

Afin d'établir la qualité des données de l'enquête, les taux de réponses au sens statistique, plutôt que le taux de collaboration, sont pris en compte. Compte tenu que nos questionnaires sont administrés «en cascade», les taux de réponses se trouvent affaiblis. Ainsi, si pour une raison ou pour une autre un répondant ne figure pas dans l'instrument #2, ce répondant devient automatiquement un non-répondant pour tous les instruments subséquents. Voici, par exemple, comment se calcule le taux de réponse du Questionnaire individuel :

$$\begin{aligned} \text{Tx de réponse}_{Qi} &= \text{tx de réponse}_{Qm} \times \text{tx de collaboration}_{Qi/Qm} \\ &= 79,8 \% \times 69,6 \% \\ &= 55,6 \% \end{aligned}$$

Enfin, cette même méthode est employée pour calculer les taux de réponse qui figurent au tableau 1.3. Donc, la non-réponse de l'instrument #2 se trouve imputée au taux de réponse des instruments #4, #5, #6 d'où des taux de réponse plus faibles.

TABLEAU 1.3

Comparaison des taux de collaboration et des taux de réponse des principaux instruments de l'enquête (%), [Inuite 1992]

INSTRUMENT	TAUX DE COLLABORATION (%)	TAUX DE RÉPONSE (%)
Fiche d'identification et Questionnaire ménage (Instruments #1 et #2)	79,8	79,8
Questionnaire individuel (Instrument #3)	69,6	55,6
Questionnaire confidentiel (instrument #4)	65,8	52,5
Visite en clinique (Instrument #5)	67,6	54,0

1.4.3 La non-réponse globale

Tel que mentionné lors de l'étude des taux de collaboration, il est difficile d'interpréter les taux de réponse aux différents instruments. Par ailleurs, compte tenu de leur faiblesse apparente et préalablement aux analyses, les données existantes ont été soumises à plusieurs contrôle de qualité. Ainsi, une analyse des non-répondants au Questionnaire individuel, pour lesquels des réponses existaient dans le Questionnaire ménage et dans la Fiche d'identification, a été

faite. Cette analyse est fondée sur les questions du Questionnaire ménage considérées comme déterminantes des résultats d'une enquête générale de santé. Cette dernière consistait à comparer les différences de réponse obtenues à ces questions en considérant d'abord les répondants du Questionnaire ménage (âgés de 15 ans et plus) aux seuls répondants du même âge qui avaient aussi complétés le Questionnaire individuel. Cette opération indicatrice permet de constater des biais de l'ordre de 1 à 1,5 %. Ainsi, en regard des taux de réponse de l'enquête, deux points doivent être gardés en tête :

- la présence d'un biais potentiel de l'ordre de 1 à 1,5 % pour les résultats provenant des Questionnaires individuel et confidentiel;
- une marge d'erreur accrue à cause du plus faible nombre de répondants que prévu.

Si, certaines limites statistiques viennent rappeler la prudence avec laquelle certains résultats de l'enquête doivent être interprétés, celles-ci ont obligé les auteurs à ne retenir que les résultats les plus probants et en ce sens ce rapport s'en trouve amélioré. De plus, mentionnons que l'analyse des résultats présentée ultérieurement révélera des différences de comportements, d'états ou d'attitudes suffisamment appréciables entre les catégories analysées pour que ces différences soient statistiquement significatives. Enfin, les lecteurs devront toujours garder en tête que cette enquête a comme mérite premier d'avoir permis une exploration approfondie de l'état général de la santé environnementale, physique, mentale et sociale nécessaire à un suivi de la santé des Inuits.

1.4.4 La non-réponse partielle

La non-réponse partielle constitue un autre facteur déterminant pour la qualité des données d'une enquête. Celle-ci est constituée de la non-réponse caractérisant chaque question. À l'instar de la non-réponse globale, celle-ci peut entraîner un biais dans l'estimation de ses résultats (proportion, moyenne) dans la mesure où les caractéristiques des répondants différencieraient de celles des non-répondants. Pour pallier aux effets négatifs de ce type de non-réponse, il a été décidé que toutes les variables dont la non-réponse partielle excéderait 10 % ferait l'objet d'une analyse comparative des caractéristiques des répondants et des non-répondants. De cette analyse est ressortie que dans plus de 90 % des cas les non-répondants avaient exactement les mêmes caractéristiques (mesurées) que les répondants et qu'en ce sens l'analyse de ces variables ne se trouvaient pas entachée par ce type de biais. Par ailleurs, pour les 10 % restant, un tri fut fait : les variables moins importantes compte tenu des objectifs de l'enquête ne furent pas utilisées, et celles qui étaient plus importantes ont été conservées tout en spécifiant que tel ou tel sous-groupe se trouvaient sous-estimés dans l'analyse et que ces résultats ne devaient être utilisés qu'à titre d'indicateur, de tendance.

Quant aux indices construits de plus de deux variables, ils ont aussi faits l'objet d'une analyse de la non-réponse partielle. En général, la majorité des indices ont été conservés car ils ne semblaient pas renfermé de biais éventuels liés à des différences de profils entre répondants et non-répondants. Par ailleurs, ont été systématiquement rejetés ceux pour qui les caractéristiques mesurées chez les répondants étaient différentes de celles des non-répondants.

1.4.5 L'erreur d'échantillonnage

Une autre façon d'évaluer la qualité des résultats de l'enquête est de considérer le coefficient de variation (CV). Ce coefficient est le rapport de l'erreur-type⁽¹⁾ d'une estimation à la valeur de cette dernière. Dans la présente enquête est considérée «bonne» une estimation dont le CV n'excède pas 15 %⁽²⁾. Par ailleurs, outre la valeur du CV, l'importance d'une donnée ou son originalité déterminent aussi l'utilisation et la publication de ladite donnée. Dans le cas où l'estimation présente une grande valeur pour les Inuits et que, par ailleurs, elle puisse être sujette à des variations dues à l'échantillon, celle-ci pourra être présentée avec les nuances qui s'imposent.

La qualité des estimations est «bonne» lorsque l'on considère l'ensemble des répondants à un instrument (tableau 1.4).

À l'instar des autres enquêtes du même type, la qualité des estimations est moins précise au niveau des sous-groupes âge-sexe, le nombre de répondants étant plus restreint et ceci est particulièrement vrai pour la catégorie des Inuits, hommes ou femmes, âgés de 45 ans et plus. Par ailleurs, tel que mentionné auparavant, pour la présente enquête les variations importantes qui caractérisent les réponses d'une catégorie par opposition à une autre entraîne que les tests statistiques effectués demeurent concluant.

(1) Marge d'erreur divisée par une constante (1,96) qui tient compte du niveau de confiance à 95 %.

(2) Ici nous devons rappeler que les évaluations de la qualité des estimations ne sont pas toutes associées aux mêmes seuils du coefficient de variation. Dans les rapports de Santé Québec, est considérée «bonne» une estimation affectée d'un CV de 15 %, alors que Statistique Canada, pour le rapport de l'enquête «*Promotion de la santé 1990*» (p.15), utilise sans réserve des estimations présentant un CV à 16,5 % et publie avec réserves des données dont les CV sont supérieurs à 16,5 % et inférieurs à 33,3 %. Les résultats du présent rapport sont donc jugés plus sévèrement.

TABLEAU 1.4

Proportions à partir desquelles la qualité des estimations est «bonne», selon l'instrument de cueillette, (%) [Inuite, 1992]

ENSEMBLE GROUPE ÂGE-SEXE	INSTRUMENTS DE CUEILLETTE		
	QUEST. MÉNAGE 3 %	QUEST. INDIVIDUEL 9 %	QUEST. CONFIDENTIEL 8 %
Hommes			
0-14 ans	13	NA	NA
15-24 ans	19	30	30
25-44 ans	19	24	26
45 ans et +	30	40	40
Femmes			
0-14 ans	13	NA	NA
15-24 ans	19	30	30
25-44 ans	19	26	30
45 ans et +	30	40	40

1.4.6 Techniques statistiques utilisées

De manière générale, l'analyse de variance a été utilisée pour faire la comparaison de moyennes. Les données pondérées ont servi à faire les analyses. Pour chacune d'elles, les hypothèses de normalité et d'homogénéité de la variance des erreurs du modèle ont été vérifiées à l'aide d'analyse des résidus. Par contre, aucune correction n'a été apportée aux différents modèles afin de tenir compte de la complexité de l'enquête dans les tests. Cette dernière considération étant étroitement liée à l'hypothèse d'indépendance des erreurs du modèle d'analyse de la variance, l'approche choisie ici ne peut garantir de façon définitive le respect de cette hypothèse. Ainsi, lorsque le seuil de signification observé d'un test (*p-value*) s'approche du seuil fixé pour le test, aucune conclusion ne peut être énoncée sans un minimum de réserves.

Le test de χ^2 a été employé pour effectuer la comparaison de proportions. Dans les cas pertinents, on a eu recours aux intervalles de confiance. Ces tests ont, eux aussi, été faits

à partir de données pondérées. Tout comme pour l'analyse de variance, aucune correction n'a été considérée pour tenir compte de la complexité du plan de sondage. Ici encore, les résultats seront utilisés avec une certaine prudence. Si tous les résultats présentant des différences significatives ne sont pas notés, toutes les différences notées sont significatives à moins d'avis contraire.

Finalement, comme l'enquête inuite était la troisième qui utilisaient les questions validées dans le cadre de trois autres enquêtes de Santé Québec, il apparaissait intéressant de pouvoir comparer, ne serait-ce qu'à titre indicateur, les résultats de ces quatre enquêtes. À cette fin, le BSQ développa une méthodologie de comparaison des résultats afin de déterminer si les différences observées entre les quatre populations étudiées étaient significatives. Toutes les données comparatives inter-enquêtes présentées dans ce rapport ont été systématiquement soumises à cette vérification⁽¹⁾. Étant donné que les comparaisons inter-populationnelles n'étaient pas l'objectif premier de cette enquête et compte tenu du caractère incontournable et non mesurable des différences culturelles entre ces quatre populations, il a été décidé que les données ne seraient pas standardisées (normalisées) selon l'âge. En standardisant par l'âge nous aurions peut-être annulé l'effet de l'âge mais qu'en aurait-il été des autres facteurs sociodémographiques déterminant la santé tels le sexe, le niveau d'instruction, la situation professionnelle, financière et bien sûr la culture? De plus, il nous aurait fallu décider quelle population aurait servi de population de référence : fallait-il standardiser selon l'âge les résultats inuits en vertu de la pyramide d'âge québécoise ou l'inverse? et la différence de structure d'âge avec les Cris de la Baie James? et la comparaison avec les Inuits d'ailleurs au Canada, il nous aurait fallu d'abord disposer de l'information. Dans le cadre de ce très volumineux rapport nous avons mis d'abord l'emphase sur la description et l'analyse de la situation inuite croyant que des analyses plus approfondies nécessitant la normalisation seraient faites ultérieurement par les Inuits et suivant leurs besoins précis. Pour pallier un tant soit peu à l'effet de l'âge lors des comparaisons qui jalonnent le texte nous avons généralement comparé la situation d'individus appartenant à des groupes d'âge semblables.

1.5 RÉSUMÉ

Malgré tous les efforts déployés à chacun des niveaux logistique, méthodologique et statistique pour assurer la meilleure qualité possible des données présentées dans ce rapport, un fait demeure : cette enquête en est une transculturelle. De culture essentiellement orale, les Inuits ont été enquêtés à partir de questionnaires papiers. L'*inuktitut* étant davantage un outil de communication orale et son vocabulaire demeurant relativement limité, le recours à la traduction en *inuktitut* des questions originalement produites en français ou en anglais ne

(1) Pour informations supplémentaires, voir le cahier technique disponible à Santé Québec.

fut pas aussi précise que souhaitée. Une approche biomécaniste de la santé, la présentation d'un être morcelé —corps divisé en systèmes, santé mentale et physique considérées séparément, etc.— confrontée à une approche holistique de l'être complexifié assurément la «traduction occidentale» et l'évaluation de l'état de santé des Inuits. Ainsi, s'il est clair que l'on ne peut assurer une complète adéquation entre l'état de santé réel des Inuits et l'état de santé mesuré, toutes les mesures préventives et correctives prises avant ou en cour de cueillette permettent de prétendre à la fiabilité et la validité des résultats obtenus. Enfin, la petite taille de l'échantillon eut comme effet positif d'augmenter le niveau de prudence lors de la présentation des résultats. Les lecteurs peuvent être assurés que dans les très rares cas ou un résultat instable est présenté, il sera adéquatement commenté et ses limites seront clairement mises à jour. En définitive, cette enquête générale de santé permet d'établir un premier profil aussi détaillé et intégré de la santé et constituera une référence de choix pour toute enquête ultérieure se rapportant aux mêmes sujets, qu'elle soit thématique ou tout aussi élargie.

CHAPITRE 2

PORTRAIT SOCIODÉMOGRAPHIQUE

AUTEURS

ROBERT CHOINIÈRE
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

SERGE CHEVALIER
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE MONTRÉAL-CENTRE

LECTEURS

NORBERT ROBITAILLE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
DÉPARTEMENT DE DÉMOGRAPHIE

GÉRARD DUHAIME
UNIVERSITÉ LAVAL
DÉPARTEMENT DE NUTRITION HUMAINE ET DE CONSOMMATION

FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK

CARMEN BELLEROSE
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DE LA MONTÉRÉGIE

JOSÉE VILANDRÉ
MAKIVIK CORPORATION
CONTENTIEUX

GLOSSAIRE

Adoption chez les Inuits

Adoption d'un enfant conformément aux coutumes des Inuits. Les modalités de ces adoptions diffèrent largement des règles prévues aux lois d'adoption des différentes provinces et territoires, notamment en ce qui concerne les délais prévus en matière de consentement et eu égard au caractère confidentiel des adoptions. L'entente verbale des parents naturels et des parents adoptifs scelle, bien souvent avant même la naissance, l'adoption de l'enfant à naître. La Convention de la Baie James et du Nord québécois reconnaît le concept d'adoption coutumière (Chap. 3, parag. 3.1.6). Il s'agit d'un droit ancestral qui de ce fait bénéficie de la protection constitutionnelle de l'article 35 de la Loi Constitutionnelle de 1982. [Note : il s'agit bien évidemment d'une définition très sommaire qui ne peut donner qu'une vague idée du concept d'adoption coutumière.]

Côte de la baie d'Hudson

Elle inclut les villages établis sur le littoral de la baie d'Hudson et le long d'une partie du détroit d'Hudson : *Kuujuarapik, Umiujaq, Inukjuak, Povungnituk, Akulivik, Ivujivik et Salluit.*

Côte de la baie d'Ungava

Elle inclut les villages situés sur une partie du détroit d'Hudson et le long du littoral de la baie d'Ungava : *Kangiqsujuaq, Quaqtac, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq, Kuujuaq et Kangiqualsualujuaq.*

Couple*

Il s'agit des couples *époux et épouse* ainsi que des *partenaires en union libre*. Époux et épouse : «personnes de sexe opposé qui sont légalement mariées l'une à l'autre et qui habitent le même logement» (p. 147). Partenaires en union libre : «personnes de sexe opposé qui ne sont pas légalement mariées l'une à l'autre, mais qui vivent comme mari et femme dans le même logement» (p. 147).

Enfant*

Il s'agit des *filis et/ou filles jamais mariés* : «Fils et filles apparentés par le sang, par alliance ou par adoption qui ne se sont jamais mariés, peu importe leur âge, et qui vivent dans le même logement que leur(s) parent(s). Les fils et les filles qui sont mariés ou qui l'ont déjà été, ou qui vivent en union libre, ne sont pas considérés comme des membres de la famille de recensement de leur(s) parent(s), même s'ils vivent dans le même logement. En outre, les fils et les filles jamais mariés, qui n'habitent pas dans le même logement que leur(s) parent(s), ne sont pas considérés comme des membres de la famille de ce(s) dernier(s)» (p. 147).

Famille de recensement*

«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» (p. 136).

Langue d'usage

Est définie comme la langue habituellement parlée à la maison.

Langue maternelle*

Première langue apprise à la maison dans l'enfance et encore comprise par le recensé au moment du recensement (p. 40).

Langues officielles

Si au Québec, la langue officielle est le français, ailleurs au Canada il y a deux langues officielles, soit l'anglais et le français. Dans le cas qui nous occupe, et comme les Inuits se réfèrent au reste du Canada et non au Québec, nous parlerons des deux langues officielles.

Ménage familial*

«Un ménage familial est un ménage qui comprend au moins une famille de recensement, c'est-à-dire un couple marié avec ou sans fils ou filles jamais mariés, ou un couple vivant en union libre avec ou sans fils ou filles jamais mariés, ou un parent seul avec un ou plusieurs fils ou filles jamais mariés (famille monoparentale)» (p. 155).

Ménage monoparental*

«Un ménage monoparental se compose d'un parent seul avec un ou plusieurs fils ou filles jamais mariés (famille monoparentale)» (p. 147).

Ménage multifamilial*

«Un ménage multifamilial se compose de deux familles de recensement ou plus (avec ou sans autres personnes hors familles) qui occupent le même logement privé» (p. 155).

Ménage non familial*

«Un ménage non familial est constitué soit d'une personne vivant seule dans un logement privé, soit d'un groupe de deux personnes ou plus qui partagent un logement privé mais qui ne forment pas de famille de recensement» (p. 155).

Ménage privé*

«Personne ou groupe de personnes (autres que des résidents étrangers) occupant un logement privé et n'ayant pas de domicile habituel ailleurs au Canada» (p. 159). «Les ménages privés se divisent en ménages familiaux et en ménages non familiaux» (p. 155).

Ménage unifamilial*

«Un ménage unifamilial se compose d'une seule famille de recensement (avec ou sans autres personnes hors familles) qui occupe un logement privé» (p. 155).

Rapport de dépendance

Ce rapport 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 par l'effectif des personnes de 15 à 64 ans. Le rapport est ensuite multiplié par 100.

Rapport de masculinité

Nombre d'hommes pour 100 femmes.

Rapport enfants/femmes

Nombre d'enfants âgés entre 0 et 4 ans par 100 femmes âgées de 15 à 44 ans.

Secteur administratif A

Inclut les villages des secteurs III (*Kuujujarapik, Umiujaq, Kuujjuaq*) et IV (*Inukjuak, Povungnituk*) soit ceux ayant le plus de contacts directs avec le sud de la province.

Secteur administratif B

Inclut les villages du secteur V (*Akulivik, Ivujivik, Salluit, Kangiqsujuaq, Quaqtuaq, Kangirsuk, Aupaluk, Tasiujaq et Kangiqsualujjuaq*), soit ceux qui ont moins de contacts directs avec le sud de la province.

Secteur d'activité*

Le secteur d'activité fait référence, pour les seules personnes qui travaillent, à la «nature générale de l'activité de l'établissement où travaille le recensé, déterminée par le nom de l'employeur et par le genre d'entreprise, d'industrie ou de services» (p. 113). Les modalités sont établies à partir de la *Classification type des industries de 1980* afin de fournir les valeurs suivantes : secteur primaire (exploitation des ressources naturelles par l'agriculture, la pêche, les mines, etc.), secteur secondaire (traitement des matières premières par l'industrie, les manufactures, etc.) et le secteur tertiaire (le secteur des services : transport, santé, finance, etc.).

Scolarité formelle

La scolarité formelle est celle obtenue dans une institution d'enseignement reconnue. Il s'agit de la «dernière année d'études, terminée ou non, ... [ou] dans le cas des personnes qui ont fait leurs études ... à l'extérieur du Canada, l'équivalent du niveau de scolarité atteint selon le système scolaire en usage dans leur province de résidence» (p. 98).

Statut d'activité*

Voir le Dictionnaire du recensement de 1991, pp 101-104.

Statut marital

Le statut marital représente la situation conjugale d'une personne. Cette variable possède quatre modalités : jamais marié(e), marié(e)/conjoint(e) de fait, séparé(e)/divorcé(e) et veuf(ve). Nous utilisons ce nom de variable afin de ne pas confondre avec la variable «état matrimonial (légal)» que propose Statistique Canada dans son recensement de 1991. La variable de Statistique Canada exclut la modalité «conjoint(e) de fait».

Transfert linguistique

Est défini comme l'identification d'une langue d'usage différente de la langue maternelle.

Type de professions*

Voir le Dictionnaire du recensement de 1991, pp 124-125.

Type d'occupation ou occupation

Il s'agit d'une variable dérivée de la variable «profession» que Statistique Canada utilise dans le recensement de 1991. La profession se définit comme le «genre de travail que faisaient les personnes pendant la semaine de référence. Le genre de travail exécuté est défini d'après le type d'emploi occupé par le recensé et la description des tâches les plus importantes qui s'y rattachent» (p. 123). Les modalités sont établies à partir de la *Classification type des professions de 1980* afin de fournir les valeurs suivantes : professionnel/cadre, col blanc, col bleu, autres occupations.

TOUS LES TERMES ACCOMPAGNÉS D'UN ASTÉRISQUE (*) SONT DÉFINIS SELON
LE DICTIONNAIRE DU RECENSEMENT DE 1991.

2.0 INTRODUCTION

Le présent chapitre a pour objectif de décrire les caractéristiques démographiques, sociales et économiques de la population sur laquelle a porté l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, à partir des données recueillies en 1992 dans les quatorze villages du territoire.

Les deux premières parties s'intéressent aux aspects démographiques; on y présentera les effectifs de population estimés et échantillonnés ainsi que la structure par âge.

La troisième section traite des caractéristiques culturelles et plus spécifiquement de la langue, de la provenance des individus et de la religion. La quatrième section fera un rapide survol de la scolarité. La section suivante décrit en détail la structure des familles et des ménages. Certains thèmes, tels que le type de ménage, les familles monoparentales, les enfants, le statut marital et l'adoption, seront abordés.

La section six est consacrée à l'activité et à la profession. Enfin, à la dernière section, nous expliquons pourquoi le revenu des Inuits ne peut être analysé.

Dans la mesure du possible, des comparaisons sont établies avec l'ensemble de la population du Québec à partir des données du recensement canadien de 1991.

Les concepts et les mesures utilisés ont été développés pour et par des chercheurs étrangers au contexte inuit. En découlent des difficultés potentielles et des inconforts autant pour le répondant que pour le chercheur. D'une part, le répondant doit se positionner par rapport à des référents d'une autre culture et, d'autre part, le chercheur doit analyser les résultats malgré leurs limites. Sachant le caractère forcé de certains choix du répondant ou l'incapacité de l'instrument de mesure (et des concepts sous-jacents) à circonscrire les nuances, les richesses, les subtilités et les différences culturelles inuites, le lecteur comprendra avec quelle prudence il devra interpréter les résultats qui suivent.

2.1 EFFECTIFS DE POPULATION

La population couverte par l'enquête inuite de 1992 est de 7078 personnes dispersées dans quatorze villages (tableau 2.1). En comparaison, le recensement canadien de 1991 dénombre 6930 personnes d'origine ethnique inuite dans la région du Nunavik. Soixante pour cent de la population réside sur la côte de la baie d'Hudson et 40 % sur la côte de la baie d'Ungava. Trois villages, *Povungnituk*, *Kuujuaq* et *Inukjuak*, comprennent plus de 1000 Inuits tandis que le plus petit village, *Aupaluk*, compte moins de 100 personnes. Pour des fins d'analyse, les villages ont aussi été divisés en deux secteurs administratifs selon le taux des primes

d'éloignement dont peuvent bénéficier les travailleurs⁽¹⁾. Cette division administrative permet de distinguer les villages suivant les facilités pour s'y rendre et y vivre (secteurs III et IV versus secteur V). Par ailleurs, tout au long du rapport, d'autres divisions pourraient être utilisées tel le regroupement des villages *Kuujuaq* et *Kuujuarapik* versus les douze autres villages (Chapitre 6).

TABLEAU 2.1

**Répartition de la population et de l'échantillon selon le village,
la côte et le secteur (personne) [Inuite, 1992]**

CÔTE	POPULATION ÉCHANTILLONNÉE			
	POPULATION ESTIMÉE	MÉNAGE	INDIVIDUEL 15 ANS ET PLUS	SECTEUR* (PRIME D'ÉLOIGNEMENT)
HUDSON	4 214	931	365	
Kuujuarapik	462	102	28	A
Umiujaq	278	61	13	A
Inukjuak	1 037	229	73	A
Povungnituk	1 106	245	126	A
Akulivik	309	68	21	B
Ivujivik	260	57	13	B
Salluit	762	169	91	B
UNGAVA	2 865	634	253	
Kangiqsujuaq	427	95	27	B
Quaqtaq	222	49	17	B
Kangirsuk	373	83	22	B
Aupaluk	83	18	11	B
Tasiujaq	151	33	18	B
Kuujuaq	1 081	239	116	A
Kangiqsualujuaq	528	117	42	B
TOTAL	7 078	1 567	618	

* Les villages sont répartis en deux secteurs : A = plus grande facilité pour s'y rendre et y vivre (correspond aux secteurs III et IV de la convention collective), B = moins grande facilité (correspond au secteur V de la convention).

	Secteur A	Secteur B
Population estimée	3 963	3 115
Échantillon ménage	877	690
Échantillon individuel	357	261

(1) Secteurs établis d'après les facilités pour s'y rendre et y vivre (Convention collective (1989-1991) intervenue entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics représentant un groupe d'établissements membres de l'Association des hôpitaux du Québec et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec).

2.2 STRUCTURE PAR ÂGE ET PAR SEXE

Les données selon l'âge et le sexe ont été obtenues à partir de la fiche d'identification des participants à l'enquête. Deux questions ont été posées pour obtenir l'âge; la date de naissance et l'âge du répondant, puisque certaines personnes ne connaissaient pas précisément leur date de naissance.

La population inuite présente une structure par âge beaucoup plus jeune que celle de la population de l'ensemble du Québec⁽¹⁾ (tableau 2.2 et graphique 2.1). L'âge médian des Inuits est de 18 ans comparativement à 34 ans pour l'ensemble des Québécois. La proportion de personnes âgées de moins de quinze ans est deux fois plus élevée chez les Inuits (41 %) que dans l'ensemble du Québec (20 %). À l'inverse, seulement 2 % de la population inuite est âgée de 65 ans et plus, contre 11 % dans l'ensemble du Québec.

TABLEAU 2.2

**Quelques caractéristiques des populations inuite et québécoise (1991)
selon la structure par âge et par sexe [Inuite, 1992]**

CARACTÉRISTIQUE	POPULATION	
	INUITE	QUÉBÉCOISE
Âge médian	18,0	34,2
Âge moyen	22,4	35,9
Pourcentage de moins de 15 ans	40,5*	20,0
Pourcentage de 65 ans et plus	2,3*	11,2
Rapport de dépendance	74,8	45,3
Rapport enfants/femmes	71,6	27,0
Rapport de masculinité	107,6	96,0

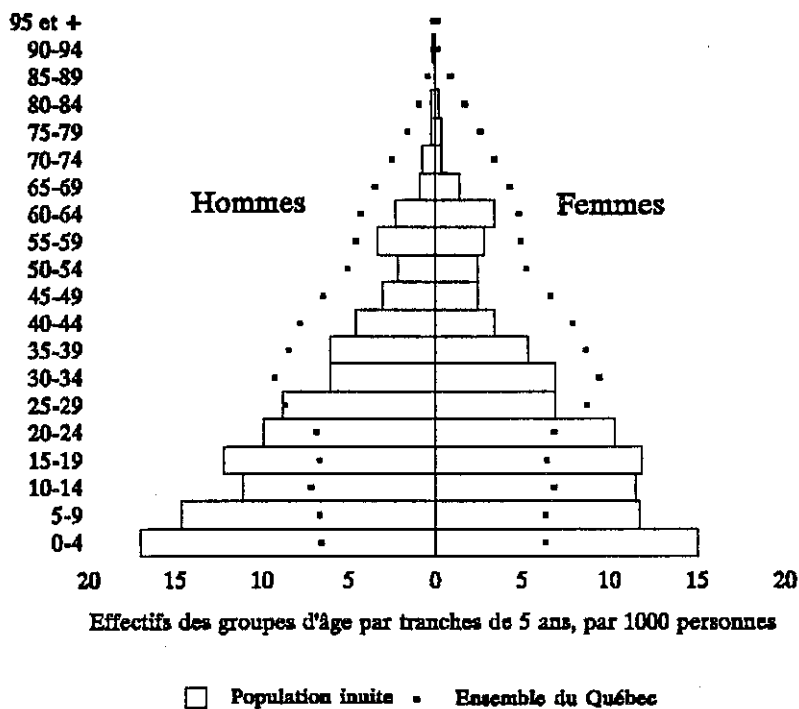
Source pour Québec, 1991 : Statistique Canada, recensement de 1991.

* La population de référence des moins de 15 ans est de 2 867 personnes, celle des personnes de 65 ans et plus est de 161 personnes.

(1) Toutes les données pour le Québec, que l'on retrouve dans le présent chapitre, sont tirées du recensement canadien de 1991. Aucun test statistique n'a été employé pour comparer les données de la population du Québec à celles obtenues par l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992.

GRAPHIQUE 2.1

Pyramides des âges des populations inuite et québécoise (1991)
(par 1000 pers.) [Inuite, 1992]



Sources : Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, 1992.
Statistique Canada, recensement de 1991.

La structure par âge des Inuits montre un léger vieillissement de 1981 à 1991, alors que l'âge médian est passé de 16,5 ans à 18 ans (Choinière et Robitaille, 1988, p.430).

Étant donné la forte proportion d'enfants chez les Inuits, ceux-ci enregistrent un **rapport de dépendance** (75) nettement plus élevé que celui de l'ensemble des Québécois (45).

Les deux pyramides d'âges illustrent bien la structure plus jeune de la population inuite par rapport à celle de l'ensemble du Québec. Les Inuits sont surreprésentés dans les groupes d'âge quinquennaux jusqu'à 20-24 ans. La forme irrégulière de la pyramide des Inuits est le reflet des phénomènes qui ont marqué l'évolution démographique de cette population. Le creux observé entre 45 et 54 ans correspond à une diminution de la fécondité, ainsi qu'à une augmentation de la mortalité infantile à la fin des années 30 et au début des années 40, causées par les famines et les épidémies qui ont sévi dans le Nouveau-Québec et dans la

région de l'Île de Baffin durant cette période (Choinière et Robitaille, 1988, p. 440; Duhaime, 1987, pp 42-44).

D'un autre côté, le creux enregistré dans le groupe des 10-14 ans est le résultat d'une intensification de la limitation des naissances qui a touché les générations 1976 à 1981 (Duhaime, 1987, p. 41). Ce phénomène a été temporaire, contrairement à la situation prévalant dans l'ensemble du Québec. Ceci s'expliquerait, d'une part, par l'arrivée aux âges féconds des femmes nées durant les années de hausse de fécondité et, d'autre part, par une stabilisation de la fécondité des femmes inuites. Pour l'ensemble du Québec, la pyramide montre que la baisse de la fécondité a commencé au début des années 60 et s'est poursuivie jusqu'à nos jours.

La fécondité des Inuites demeure nettement supérieure à celle des Québécoises : on dénombre chez les premières un rapport de 72 enfants de 0-4 ans pour 100 femmes de 15 à 44 ans comparativement à 27 enfants pour 100 femmes québécoises du même âge.

Le rapport de masculinité représente le nombre d'hommes pour 100 femmes; en général, au niveau mondial, ce rapport est de 105 hommes pour 100 femmes à la naissance et diminue à mesure que la population vieillit par l'effet de la surmortalité masculine. Chez la population inuite, tous âges réunis, on enregistre plus de 108 hommes pour 100 femmes tandis que pour l'ensemble des Québécois, ce rapport est inférieur à 100 (96).

La structure par âge des Inuits ne présente pas de différences importantes selon le sexe, la côte et le secteur.

2.3 CARACTÉRISTIQUES CULTURELLES

Différents indices permettent de mesurer le maintien ou l'abandon des traits culturels des Inuits, ainsi que l'adoption ou l'intégration de nouvelles caractéristiques culturelles. L'appartenance à la communauté inuite peut être mesurée à partir de la question sur la **langue maternelle**, alors que la question portant sur l'âge de l'arrivée sur le territoire permet de connaître, parmi les individus affiliés à la communauté, ceux provenant de l'extérieur. La question sur la langue parlée habituellement à la maison, combinée à celle sur la langue maternelle, nous donne une idée du maintien de la langue vernaculaire des Inuits. D'autre part, la connaissance des langues anglaise et française montre le niveau d'adaptation à la société québécoise. Finalement, les questions sur l'affiliation religieuse, ainsi que sur la participation à des réunions pentecôtistes nous renseignent sur les activités religieuses de cette population.

2.3.1 Caractéristiques linguistiques

La langue maternelle est définie comme la première langue apprise et encore comprise. Le taux de réponse à cette question est très élevé, moins de 1 % des Inuits n'ayant pas répondu. Presque tous les habitants du Nunavik (96 %) ont déclaré l'*inuktitut* comme langue maternelle, 2 % l'anglais et 1 % le français.

La proportion de la population de langue maternelle *inuktitut* présente des différences significatives selon le sexe, l'âge, la côte et le secteur (tableau 2.3). Les pourcentages sont plus élevés chez les femmes (98 %) que chez les hommes (94 %); sur la côte de l'Hudson (98 %) que sur celle de l'Ungava (93 %) et dans le secteur B (98 %) que dans le secteur A (94 %). Ce sont les personnes âgées de 15 à 24 ans qui enregistrent la plus forte proportion de langue maternelle *inuktitut* (99 %) et celles de 25 à 44 ans la plus faible (93 %).

La langue d'usage est obtenue à partir de la question sur la langue habituellement parlée à la maison, contenue dans le questionnaire individuel s'adressant à la population âgée de quinze ans et plus. Seulement 2 % des Inuits n'ont pas répondu à cette question. Quatre-vingt-quatorze pour cent des répondants parlent l'*inuktitut* à la maison, 6 % l'anglais et moins de 1 % le français. Les différences selon l'âge, le sexe, la côte et le secteur sont les mêmes que celles observées pour la langue maternelle et elles sont significatives. Le croisement de la langue maternelle et de la langue d'usage montre que les transferts linguistiques de la langue maternelle *inuktitut* vers une langue d'usage autre que l'*inuktitut* ne sont pas importants. Près de 98 % des individus de langue maternelle *inuktitut* utilisent cette langue à la maison. On dénote cependant des différences significatives selon la côte et le secteur. La perte de la langue *inuktitut* est plus fréquente sur la côte de l'Ungava et dans le secteur A.

Les données sur la connaissance des langues sont tirées de la question sur la langue parlée habituellement à la maison et d'une deuxième question portant sur les autres langues parlées. Moins de 2 % des personnes n'ont pas répondu à cette question. Parmi les Inuits, 20 % ont déclaré ne parler que l'*inuktitut*. Près de 80 % de la population parle l'anglais ou le français en plus de l'*inuktitut* (dont 60 % l'*inuktitut* et l'anglais, 6 % l'*inuktitut* et le français et 11 % l'*inuktitut*, l'anglais et le français).

La connaissance d'au moins une des deux langues officielles varie de façon significative selon l'âge mais pas selon le sexe, la côte ou le secteur. Chez les 15-24 ans et les 25-44 ans, 93 % de la population parle l'anglais ou le français, mais moins du tiers de la population âgée de 45 ans et plus connaît une de ces deux langues.

TABLEAU 2.3

Langue maternelle, langue d'usage et connaissance des langues anglaise et française des Inuits selon certaines caractéristiques sociodémographiques (1992 et 1981) (%) [Inuite, 1992]

CARACTÉRISTIQUE SOCIODÉMOGRAPHIQUE	LANGUE							
	MATERNELLE INUKTITUT		D'USAGE INUKTITUT ¹		MATERNELLE ET D'USAGE INUKTITUT ¹		CONNAISSANCE DE L'ANGLAIS OU DU FRANÇAIS ¹	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Sexe		p<0,001		p<0,001		p>0,05		p>0,05
Hommes	94,2	3 443	90,2	1 915	98,5	1 894	82,0	1 740
Femmes	97,6	3 323	97,3	1 953	97,4	1 926	77,4	1 555
TOTAL		6 766		3 868		3 820		3 295
Côte		p<0,001		p<0,001		p=0,001		p>0,05
Hudson	97,9	4 120	97,5	2 379	99,5	2 352	79,6	1 943
Ungava	92,8	2 646	88,2	1 489	95,6	1 468	80,0	1 352
TOTAL		6 766		3 868		3 820		3 295
Secteur		p<0,001		p=0,003		p=0,01		p>0,05
A	94,2	3 719	91,1	2 171	96,7	2 143	81,0	1 931
B	97,9	3 047	97,1	1 697	99,6	1 677	78,1	1 364
TOTAL		6 766		3 868		3 820		3 295
Groupe d'âge		p<0,001		p=0,001		p>0,05		p<0,001
0-14 ans	96,3	2 761						
15-24 ans	98,8	1 536	97,1	1 483	97,5	1 478	93,1	1 421
25-44 ans	92,6	1 579	89,5	1 533	97,2	1 505	93,4	1 602
45 ans et +	95,5	891	95,8	852	100	837	30,6	272
TOTAL		6 767		3 868		3 820		3 295
Ensemble de la population								
1991	95,8	6 766	93,7	3 868	97,9	3 820	79,8	3 295
1981	97,6		n.d. ²		n.d. ²		36,3	
N échantillon	1 563	7 059	606	4 130	573	3 899	606	4 130

¹ Population de quinze ans et plus.

² Les données ne sont disponibles que pour la population de tous âges, mais pas pour la population âgée de quinze ans et plus.

Source pour 1981 : Robitaille et Choinière, s.d.

Comparativement au recensement canadien de 1981, l'importance de l'*inuktitut* comme langue maternelle est légèrement moins élevée en 1992. La connaissance de l'anglais ou du français a cependant augmenté considérablement depuis 1981. À ce moment, seulement 36 % de la population âgée de quinze ans et plus connaissait l'anglais ou le français tandis que maintenant, quatre Inuits sur cinq parlent une de ces deux langues.

2.3.2 Provenance des individus

La provenance des individus est obtenue à partir de la question du questionnaire ménage demandant au répondant à quel âge celui-ci est venu habiter le Nunavik. Le taux de réponse à cette question est de 99 %. Quatre-vingt-quatorze pour cent des Inuits déclarent demeurer au Nunavik depuis la naissance. Des différences significatives sont observées seulement selon l'âge, le groupe des 25-44 ans présentant la plus faible proportion de personnes nées au Nunavik (87 %).

2.3.3 Pratique religieuse

La question sur l'appartenance religieuse provient du questionnaire individuel. Quatre pour cent des participants n'ont pas répondu à la question. La religion anglicane regroupe 91 % des Inuits tandis que les religions catholique et pentecôtiste ne représentent chacune que 3 % de la population. On dénote une différence significative dans la proportion de personnes de religion anglicane seulement selon la côte (96 % sur la côte de l'Hudson contre 83 % sur la côte de l'Ungava).

On demandait aussi aux participants s'ils assistaient à des réunions pentecôtistes. Le taux de réponse à cette question a été de 94 %. Dix-huit pour cent des Inuits ont affirmé assister à ces réunions. L'on observe des différences significatives selon le sexe et le secteur. La participation à ces réunions est plus grande chez les femmes (22 %) que chez les hommes (13 %) et dans le secteur B (23 %) que dans le secteur A (14 %).

2.4 SCOLARITÉ

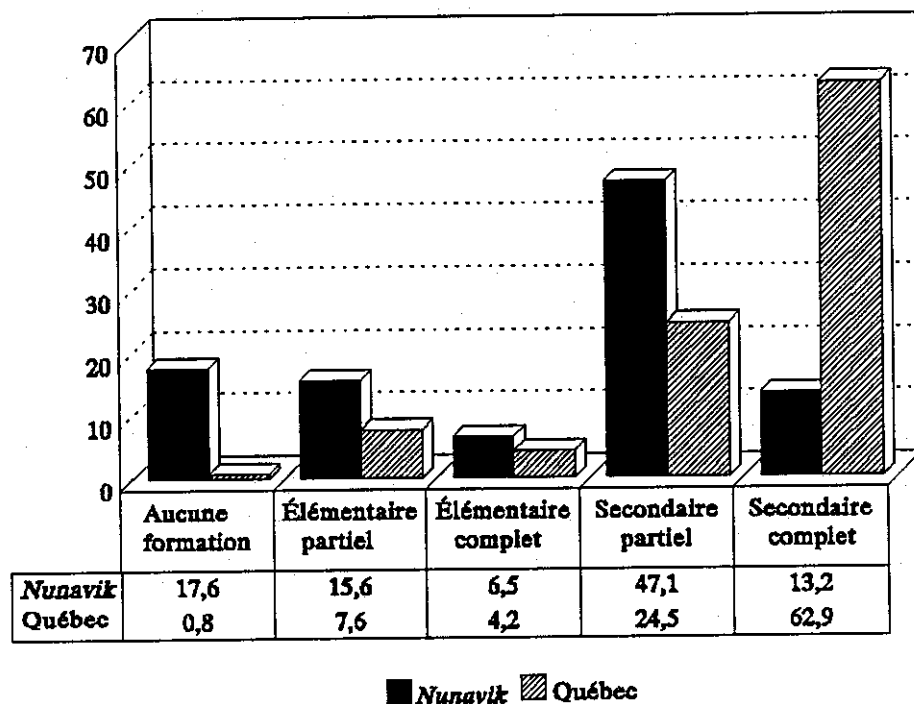
L'enseignement scolaire formel, tel que nous le connaissons au Québec, ne représente pas une institution traditionnelle chez les Inuits et son implantation systématique est relativement récente (autour de 1975).

Dans l'ensemble, les Inuits sont peu scolarisés, deux Inuits sur cinq (40 %) n'ont pas dépassé le cap de l'éducation primaire et seulement une personne sur huit (13 %) a complété un cours secondaire. Il faut cependant noter que le niveau d'instruction a crû considérablement depuis

1981⁽¹⁾. Les données pour l'ensemble du Québec montrent un écart important avec le Nunavik (graphique 2.2).

GRAPHIQUE 2.2

Distribution des Inuits et des Québécois (1991) âgés de quinze ans et plus selon le niveau de scolarité déclaré (%) [Inuite, 1992]

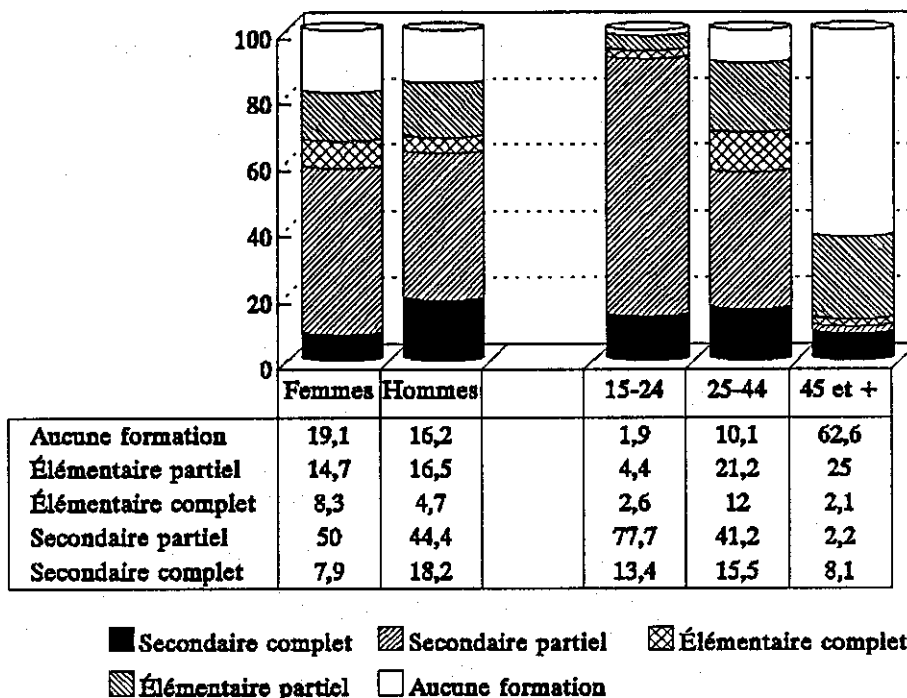


La scolarité varie significativement selon le sexe et l'âge, les hommes et les personnes les plus jeunes sont plus scolarisés (voir le graphique 2.3).

(1) En 1981, 33 % des Inuits n'avaient aucune formation académique (incluant les Inuits ayant reçu une formation en milieu de travail); cette proportion s'établit à 18 % en 1992. Toujours en 1981, 20 % de la population n'avaient pas atteint plus d'une quatrième élémentaire. Il faut aussi remarquer que la proportion des personnes qui ont gradué de l'école secondaire est demeurée essentiellement stable depuis 1981, alors que 14 % de la population avait atteint ou dépassé ce niveau d'éducation (les données de 1981 sont tirées de Robitaille et Choinière, s.d., p. 35).

GRAPHIQUE 2.3

Distribution des Inuits de quinze ans et plus selon le niveau de scolarité déclaré, le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]



Sexe $\chi^2 = 16,7$ d.l. = 4; $p = 0,00$

Âge $\chi^2 = 324,7$ d.l. = 8; $p = 0,00$

COMPLÈMENT D'INFORMATION						
	femmes	hommes	15-24	25-44	45&+	total
second. complété	153	375	202	261	65	528
second. partiel	972	915	1 173	696	18	1 887
élément. complété	207	210	48	336	33	417
élément. partiel	286	340	67	357	202	626
aucune formation	326	221	20	39	488	547
TOTAL	1 944	2 061	1 510	1 689	806	4 005

Chez les 15-24 ans, le niveau de scolarité est équivalent selon le sexe. Chez les 25-44 ans, les hommes sont plus scolarisés; chez les femmes de 45 ans et plus, aucun Inuit n'a complété le secondaire (données non présentées).

Le niveau de scolarité est sensiblement équivalent selon le secteur (données non présentées).

Les personnes de 6 à 16 ans déclarent, dans une proportion de 98 %, que fréquenter l'école est leur activité principale. Il n'y a aucune différence selon le sexe ou selon le secteur (données non présentées).

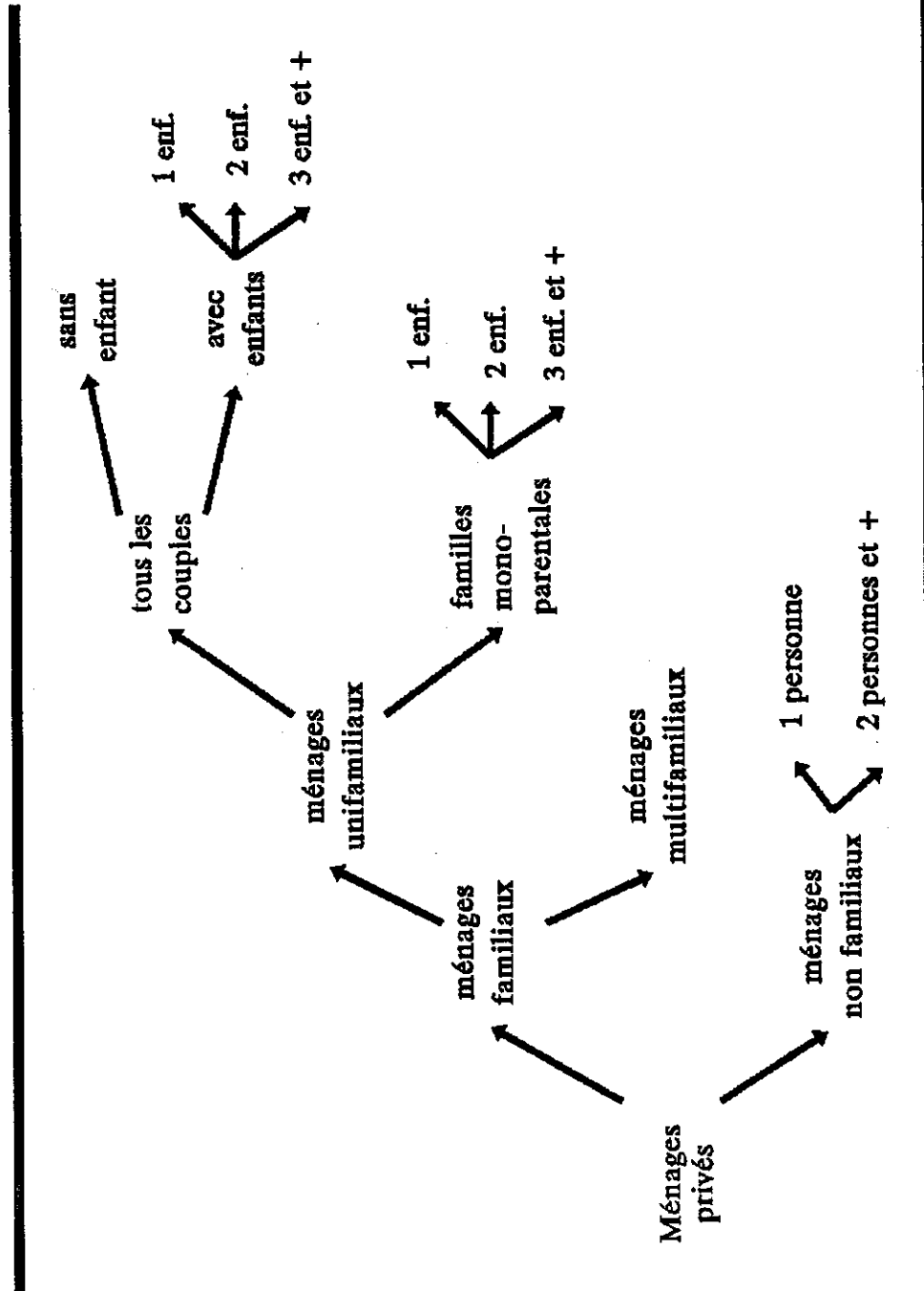
2.5 FAMILLES ET MÉNAGES

La composition des familles et des ménages représente un des éléments structurants d'une société. Des différences importantes existent entre les structures de la société inuite et celles de l'ensemble du Québec. La présente section vise à présenter certaines de ces différences. Nous examinerons aussi des distinctions présentes à l'intérieur même de la société inuite.

Une série de questions de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik nous permet de mesurer des éléments ayant trait aux familles et aux ménages. Nous verrons à comparer ces éléments à ceux obtenus pour l'ensemble du Québec par le recensement de Statistique Canada (1991). Nous utiliserons fréquemment les concepts de Statistique Canada, ceci pour deux raisons. D'abord, il s'agit essentiellement des seules données dont nous disposons pour l'ensemble du Québec et, d'autre part, nous sommes désireux de comparer la réalité inuite à celle du Québec. Les concepts auxquels nous nous référons dans cette section possèdent une définition précise; pour alléger le texte sans éliminer l'information nécessaire à sa compréhension, nous fournissons, au glossaire, la définition de certains termes. Le graphique 2.4 représente l'articulation des concepts de Statistique Canada que nous utilisons dans cette section. À l'Annexe 3, nous présentons une structure plus sociologique de la famille (voir Tableau A-2.1).

GRAPHIQUE 2.4

Structure des ménages et des familles selon les concepts utilisés par Statistique Canada [Inuite, 1992]



D'après Statistique Canada, Dictionnaire du recensement de 1991 (p. 156).

2.5.1 Nombre de personnes par ménage

Le nombre de personnes par ménage privé fait référence essentiellement au nombre de personnes qui occupent un même logement. Nous retrouvons, en moyenne, cinq personnes par ménage chez les Inuits. Il s'agit du double de la taille des ménages de l'ensemble du Québec (2,5 personnes par ménage). Au Nunavik, près de deux ménages sur cinq comprennent six personnes ou plus, alors qu'au Québec la proportion est minime (voir le tableau 2.4). Corollairement, les ménages composés de peu de personnes sont moins prévalants au Nunavik.⁽¹⁾

L'occurrence la plus fréquente au Québec est le ménage composé de deux personnes, il s'agit du cas le plus rare au Nunavik. Les ménages composés d'une seule personne sont trois fois moins fréquents au Nunavik que dans l'ensemble du Québec.

À l'intérieur même du Nunavik, la situation diffère selon le secteur. Le nombre moyen de personnes par ménage est significativement supérieur pour le secteur B (5,5 personnes par ménage) par rapport au secteur A (4,7 personnes par ménage; $F = 11,2$, d.l. = 1, $p = 0,001$) (voir le tableau 2.4). La proportion des ménages comprenant une ou deux personnes est sensiblement la même selon le secteur. Nous notons cependant un glissement dans la structure, selon le secteur, pour les ménages de trois personnes et plus. Dans le secteur B, plus de la moitié des ménages comprennent six personnes et plus (environ le double du secteur A). L'écart de 25 % se répartit presque également parmi les ménages de trois personnes ou de quatre et cinq personnes. Il pourrait s'agir d'un élément montrant que le secteur ayant le plus de contacts avec le reste du Québec (secteur A) aurait tendance à adopter des comportements que l'on retrouve fréquemment dans l'ensemble du Québec. Il est aussi pensable qu'il ne s'agisse que d'un phénomène conjoncturel relié à la disponibilité des logements.

(1) Les données concernant la taille des ménages doivent être utilisées avec prudence en raison d'un manque de maisons. En effet, les Inuits doivent attendre que la Société d'habitation du Québec construise des maisons supplémentaires. Ainsi donc, la carence de maisons aura comme effet d'augmenter artificiellement le nombre de personnes vivant dans la même maison.

TABLEAU 2.4

Distribution des ménages privés inuits et québécois (1991)
selon le nombre de personnes par ménage (%) [Inuite, 1992]

NOMBRE DE PERSONNES PAR MÉNAGE	MÉNAGE PRIVÉ							
	INUIT						QUÉBÉCOIS	
	SECTEUR A		SECTEUR B		TOTAL		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
1	7,9	67	6,4	38	7,3	103	24,7	650 350
2	4,6	39	5,3	30	4,8	69	31,4	828 430
3	16,7	142	4,1	23	11,6	165	18,4	485 785
4-5	42,0	355	30,1	171	37,2	526	23,3	612 650
6 et plus	28,8	243	54,1	308	39,1	551	2,2	57 085
Total	100	846	100	568	100	1 414	100	2 634 300

NOMBRE MOYEN DE PERSONNES PAR MÉNAGE	SECTEUR A		SECTEUR B		TOTAL		QUÉBEC	
	Personne	Pe	Personne	Pe	Personne	Pe	Personne	Pe
	4,7	846	5,5	568	5,0	1 414	2,5	2 634 300

La distribution désagrégée du nombre de personnes par ménage diffère significativement selon les secteurs ($X^2 = 29,1$, d.l. = 10, $p = 0,001$).

Source pour le Québec : Statistique Canada, recensement de 1991.

2.5.2 Type de ménages

Les ménages privés se divisent en **ménages familiaux** et en **ménages non familiaux**. Les ménages non familiaux se subdivisent en ménages de personnes vivant seules et en ménages de personnes vivant avec une ou plusieurs personnes non apparentées (ne formant pas de familles de recensement). Des différences importantes existent, à ce chapitre, entre le Nunavik et le Québec. En effet, au Nunavik, 93 % des ménages privés sont des ménages familiaux (il n'y a pas de différence selon les secteurs). Cette proportion ne s'élève qu'à 71 % pour l'ensemble du Québec (tableau 2.5).

TABLEAU 2.5

Caractéristiques des ménages et des familles inuits
et québécois (1991) (%) [Inuite, 1992]

CARACTÉRISTIQUE	POPULATION			
	INUITE		QUÉBÉCOISE	
	%	Pe	%	Pe
Ménages privés	100	1 413	100	2 634 300
ménages non familiaux	7,3	103	29,1	767 850
ménages familiaux	92,7	1 310	70,9	1 866 450
Ménages non familiaux	100	103	100	767 850
2 personnes ou plus	0,0	0	15,3	117 495
1 personne	100	103	84,7	650 355
Ménages familiaux	100	1 310	100	1 866 450
ménages multifamiliaux	28,4	373	0,9	16 530
ménages unifamiliaux	71,6	937	99,1	1 849 920
Ménages unifamiliaux¹	100	937	100	1 883 235
familles monoparentales	22,8	213	14,3	268 880
familles avec couple	77,2	724	85,7	1 614 355
Familles avec couple	100	724	100	1 614 355
avec enfants	99,2	718	60,2	972 290
sans enfant	0,8	6	30,8	642 065
Familles avec enfants	100	718	100	972 290
1 enfant	9,9	71	39,5	383 975
2 enfants	25,2	181	42,8	416 290
3 enfants et plus	64,9	466	17,7	172 025
Familles monoparentales	100	213	100	268 880
1 enfant	26,6	57	62,1	167 030
2 enfants	33,9	72	29,0	77 960
3 enfants et plus	39,5	84	8,9	23 890

¹ Pour le Québec, les données incluent toutes les familles de recensement.

Source pour Québec, 1991 : Statistique Canada, recensement de 1991.

2.5.2.1 Ménages non familiaux

Les personnes vivant seules⁽¹⁾ forment les ménages composés d'une seule personne. Nous avons vu à la section 2.5.1 la différence du simple au triple qui caractérise la situation des Inuits par rapport à celle de l'ensemble du Québec. Bien qu'une telle différence soit notable, le principal écart réside au niveau des ménages composés uniquement de personnes non apparentées. Ce type de ménages constitue 5 % des ménages privés du Québec et 15 % des ménages non familiaux, alors qu'au Nunavik ce phénomène est pratiquement inexistant (tableau 2.5). Ceci suggère, en quelque sorte, qu'un Inuit vit seul ou en famille, pas autrement (il existe cependant un petit nombre de chambreurs).

2.5.2.2 Ménages familiaux

Les ménages familiaux se subdivisent en ménages unifamiliaux et multifamiliaux⁽²⁾ (ces ménages comprennent ou non des personnes hors familles). Au Nunavik, près de trois ménages sur dix (28 %) sont multifamiliaux (graphique 2.4). Pour l'ensemble du Québec, cette proportion n'atteint pas un pour cent (1 %).

Des différences significatives apparaissent selon les secteurs. Dans le secteur B, 36 % des ménages sont multifamiliaux, alors que dans le secteur A, la proportion n'est que de 23 % ($\chi^2 = 5,3$, d.l. = 1, $p = 0,02$).

2.5.3 Ménages unifamiliaux

Les ménages unifamiliaux représentent le niveau le plus fin que nous utilisons pour notre analyse. Les ménages unifamiliaux se subdivisent en couples (par union de fait ou mariage - avec ou sans enfant) et en familles monoparentales. Au Nunavik, 77 % des ménages unifamiliaux sont des ménages avec couples (tableau 2.5). Il s'agit de l'élément de structure familiale le plus semblable à celui de l'ensemble du Québec où 83 % des ménages unifamiliaux sont dans la même situation. La proportion des ménages unifamiliaux (familles avec couples seulement) ne diffère pas significativement selon le secteur (secteur A : 75 %; secteur B : 81 %).

(1) Les personnes vivant seules sont essentiellement des hommes; peu de personnes âgées se trouvent dans cette situation (12 % des personnes vivant seules sont des personnes âgées; 8 % des personnes âgées vivent seules).

(2) À l'Annexe 1, nous fournissons une discussion plus détaillée des ménages multifamiliaux à partir des informations parcellaires dont nous disposons.

2.5.3.1 Les couples

Les ménages unifamiliaux avec couples se subdivisent en deux : ceux qui ont des enfants et ceux qui n'en ont pas⁽¹⁾. Presque tous les couples du Nunavik ont des enfants (99 % des couples; voir le tableau 2.5). Cette proportion est largement inférieure pour l'ensemble du Québec, ne s'élevant qu'à 60 % des couples.

Les couples (ceux qui ont des enfants) du Nunavik ont, en moyenne, 3,4 enfants, soit presque le double de ce qu'ont les couples de l'ensemble du Québec (1,8 enfant⁽²⁾). Le nombre moyen d'enfants a légèrement augmenté depuis 1981, alors qu'il s'établissait à 3,2 (Robitaille et Choinière, s.d., p. 58). Le nombre moyen d'enfants diffère selon le secteur. Dans le secteur A, les couples ont 3,1 enfants pour 3,8 dans le secteur B ($F = 6,7$; d.l. = 1, $p = 0,01$). Comme on peut s'y attendre, la répartition de la proportion des couples selon le nombre d'enfants varie largement entre le Nunavik et le Québec, alors que près des deux tiers (65 %) des couples du Nunavik ont trois enfants et plus (tableau 2.5).

2.5.3.2 Les familles monoparentales⁽³⁾

Les familles monoparentales forment 23 % des ménages unifamiliaux du Nunavik (nous avons vu les données complémentaires pour les ménages unifamiliaux avec couples à la section 2.5.3) et 14 % au Québec. À cause des limites de l'information disponible nous ne pouvons dégager la cause de la monoparentalité, ni au Nunavik, ni au Québec. Il aurait été intéressant de vérifier une hypothèse par laquelle la monoparentalité de l'ensemble du Québec serait

(1) Les enfants, au sens de Statistique Canada, sont ceux qui n'ont jamais été mariés. Nous ne détenons pas directement cette information. Un jumelage du fichier des ménages (qui donne des renseignements minimaux sur tous les membres des ménages) et du fichier individuel (qui donne une quantité importante d'informations pour les personnes de quinze ans et plus qui ont accepté d'y répondre) nous indique qu'une faible proportion des enfants ont déjà été mariés. Nous n'avons pas retiré ces personnes pour les fins de notre analyse, mais il est important de stipuler que celle-ci surévalue le nombre réel d'enfants dans les ménages unifamiliaux (avec couples ou monoparentaux).

(2) Les données, pour la moyenne d'enfants, pour l'ensemble du Québec, ont été obtenues à l'aide de techniques d'estimation pour la catégorie de trois enfants et plus.

(3) L'étude de la monoparentalité ne peut ici qu'être parcellaire et, jusqu'à un certain point, elle est biaisée dans la mesure où la totalité du phénomène ne peut être abordée. Les données dont nous disposons ne nous permettent de traiter de la monoparentalité que lorsque nous sommes en présence d'un ménage unifamilial. Dans le cas des ménages multifamiliaux - nombreux chez les Inuits -, les variables dont nous disposons ne nous permettent pas de distinguer et de recréer les familles de recensement. Or, certains ménages multifamiliaux comprennent des familles de recensement où l'on retrouve le phénomène de monoparentalité. L'analyse de la monoparentalité à un niveau plus agrégé que la famille de recensement est incomplète, mais non pas inutile. En effet, la monoparentalité, pour l'ensemble du Québec est un phénomène que l'on retrouve presque exclusivement dans les ménages unifamiliaux. La monoparentalité représente un facteur de risque pour la santé des enfants et du parent, dans la mesure où la famille est isolée socialement. En ne comparant que les ménages unifamiliaux, à la section 2.5.3.2, nous ne retenons que la portion la plus socialement isolée du monde inuit.

surtout due à des séparations ou à des divorces alors que celle du Nunavik proviendrait plus de la mort d'un des conjoints — il se pourrait aussi qu'il n'y ait jamais eu de conjoint. Par ailleurs, il semble y avoir des différences, entre la situation au Nunavik et celle de l'ensemble du Québec, en ce qui a trait au sexe du chef du ménage. Bien que partout les femmes sont chefs de ménage monoparental dans plus de quatre cas sur cinq, les ménages dont le chef est un homme sont plus fréquents au Québec (18 % dans l'ensemble du Québec pour 14 % au Nunavik).

Les familles monoparentales ont, en moyenne, 2,6 enfants (1,5 enfant pour les familles monoparentales de l'ensemble du Québec). Il n'y a pas de différence selon les secteurs (2,6 pour 2,7 enfants). Au Nunavik, 40 % des familles monoparentales ont trois enfants et plus (tableau 2.5).

2.5.3.3 Comparaisons entre les couples et les familles monoparentales

Le tableau 2.5 montre aussi la différence entre la répartition du nombre d'enfants selon le type de ménages avec des enfants. L'âge moyen des enfants vivant avec leur(s) parent(s) est de 10,3 ans (la donnée correspondante pour l'ensemble du Québec n'est pas disponible). Il n'existe pas de différence selon le secteur alors qu'une différence significative apparaît lorsque l'on examine l'âge moyen des enfants selon la nature du ménage (couple : 9,4 ans; monoparental : 13,8 ans; $F=35,1$, d.l.=1, $p=0,00$). Nous pouvons interpréter cette différence à l'égard de l'âge moyen des enfants selon la nature du ménage comme une indication de la durée de résidence à la maison maternelle/paternelle. Peut-être les enfants de famille monoparentale résident-ils plus longtemps avec le parent seul pour l'aider; il pourrait aussi s'agir d'un artefact dû à l'absence de conception d'enfants après le «départ» du dernier conjoint. La distribution des enfants selon la catégorie d'âge (tableau 2.6) montre la présence plus importante d'enfants en bas âge au Nunavik qu'au Québec (ceci est cohérent avec la pyramide d'âge présentée à la section 2.2).

TABLEAU 2.6

Répartition des enfants des ménages inuits et québécois (1991),
en couples ou monoparentaux, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

ÂGE DES ENFANTS	MÉNAGE PRIVÉ							
	INUIT						QUÉBÉCOIS	
	SECTEUR A		SECTEUR B		TOTAL		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
0-5 ans	33,1	561	31,1	350	32,3	911	23,8	517 895
6-14 ans	36,8	624	40,0	450	38,1	1 074	38,0	828 250
15-17 ans	11,2	190	12,2	137	11,6	327	12,0	261 885
18-24 ans	12,3	208	14,9	168	13,3	376	17,4	379 975
25 ans et plus	6,6	112	1,8	20	4,7	132	8,8	190 705
TOTAL	100	1 694	100	1 125	100	2 820	100	2 178 710

Source pour le Québec : Statistique Canada, recensement de 1991.

2.5.4 Enfants mineurs (0-17 ans)

Cette section inclut les données sur les enfants qui se trouvent dans tous les types de ménages.

Les enfants mineurs représentent près de la moitié de la population (48 %). La très grande majorité des ménages (88 %) comprennent des enfants mineurs. L'on retrouve, en moyenne, 2,5 mineurs par ménage (2,7 mineurs dans les ménages qui ont des enfants).

Dans les ménages unifamiliaux (couples et ménages monoparentaux), la totalité des mineurs sont évidemment les enfants du chef de famille. Dans les ménages multifamiliaux, près de la moitié sont les enfants du répondant (50 %) : dans 36 % des cas il s'agit de petits-enfants et les 14 % restant sont dans d'autres situations de parentèle (frère/soeur, beau-fils/belle-fille, beau-frère/belle-soeur, neveu/nièce).

Il existe des différences significatives en regard du nombre moyen d'enfants selon le type de ménages : les couples et les ménages multifamiliaux présentent respectivement une moyenne

de 2,9 enfants mineurs par ménage, alors que les ménages monoparentaux n'en présentent que 1,8 ($F = 10,4$; d.l. = 2, $p = 0,00$). Une différence significative existe aussi pour le nombre moyen d'enfants mineurs selon le secteur; pour les ménages qui ont des enfants, il y a, en moyenne, 2,6 enfants mineurs par ménage, dans le secteur A, ce nombre s'élevant à 3,2 pour les ménages du secteur B ($F = 11,2$; d.l. = 1, $p = 0,00$). L'âge moyen des enfants mineurs ne diffère pas significativement selon le type de ménages ni selon le secteur (données non présentées).

2.5.5 Statut marital

Les Inuits (ceux de quinze ans et plus) montrent un statut marital qui, dans l'ensemble, ressemble à celui de l'ensemble du Québec (tableau 2.7). Plus de la moitié des Inuits vivent en couples (mariés ou conjoints de fait) et près de deux Inuits sur cinq sont célibataires (jamais mariés). À ce chapitre, ainsi qu'en regard du veuvage, la situation est presque équivalente à celle de l'ensemble du Québec. Très peu d'Inuits sont séparés ou divorcés (moins de deux pour cent), cinq fois moins qu'au Québec.

Le statut marital chez les Inuits suit la tendance bien connue, où la proportion des personnes séparées, divorcées ou veuves augmente avec l'âge (tableau 2.7). Corollairement, la proportion des personnes jamais mariées diminue avec l'âge. Peu de personnes vivent en couples chez les 15-24 ans (un quart); les deux tiers chez les 25 ans et plus. Les différences sont significatives selon l'âge ($\chi^2 = 202$; d.l. = 6, $p = 0,00$). Il n'y a pas de différence significative selon le sexe (bien que le veuvage soit plus fréquent pour les femmes — la société inuite en est une où l'espérance de vie des femmes dépasse celle des hommes) (Choinière, 1993). Il n'y a pas, non plus, de différence de statut selon le secteur (même en contrôlant pour l'âge), ni selon le fait d'assister ou non aux services pentecôtistes (données non présentées).

L'analyse selon le groupe d'âge et le sexe montre qu'il n'y a pas de différence entre les hommes et les femmes pour les groupes d'âge 15-24 ans et 25-44 ans. Pour le groupe d'âge des 45 ans et plus, nous constatons que les divorcés sont tous de sexe masculin et que, comme nous l'avons vu plus haut, le veuvage est plus prévalant chez les femmes. À cause de ce dernier phénomène, proportionnellement plus d'hommes que de femmes vivent en couples.

TABLEAU 2.7

**Répartition des populations inuite et québécoise (1991)
selon le statut marital et l'âge (%) [Inuite, 1992]**

STATUT MARITAL	POPULATION									
	INUITE								QUÉBÉCOISE	
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		TOTAL		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Jamais marié(e)	70,7	993	24,3	410	8,8	76	37,4	1 479	35,1	1 934 470
Marié(e) / conjoint(e) de fait	27,8	391	69,7	1 179	67,0	578	54,3	2 148	48,7	2 688 335
Séparé(e)	0,0	0	2,9	48	3,1	26	1,9	74	9,6	532 285
Veuf(veuve)	1,5	21	3,1	52	21,1	182	6,4	225	6,6	362 682
TOTAL	100	1 405	100	1 689	100	862	100	3 956	100	5 517 772

Source pour le Québec : Statistique Canada, recensement de 1991.

2.5.6 Adoption

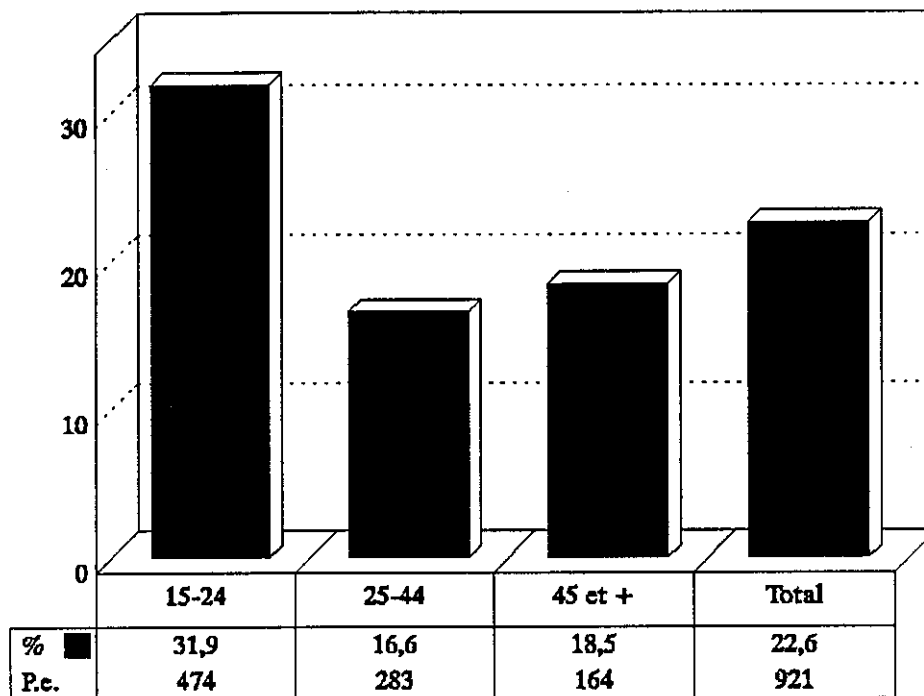
2.5.6.1 Les personnes adoptées

Chez les Inuits, l'adoption représente un phénomène familial et social important. Plus du cinquième de la population de quinze ans et plus déclare avoir été adoptée (23 %). Contrairement à d'autres sociétés, presque autant d'hommes que de femmes ont été adoptés (femmes 24 %, hommes 21 %; la différence n'atteint pas le seuil de signification).

Il existe cependant une différence significative selon l'âge, la proportion des personnes adoptées étant beaucoup plus forte chez les 15-24 ans que chez leurs aînées (graphique 2.5). Cette différence se reflète dans l'âge moyen des personnes adoptées : 29,7 ans, plus jeunes que les personnes qui n'ont pas été adoptées (34,5 ans). Parmi les personnes adoptées, l'âge moyen ne diffère pas selon le sexe.

GRAPHIQUE 2.5

Proportion des Inuits adoptés selon l'âge (%) [Inuite, 1992]



$\chi^2 = 17,1; d.l. = 2; p = 0,00$

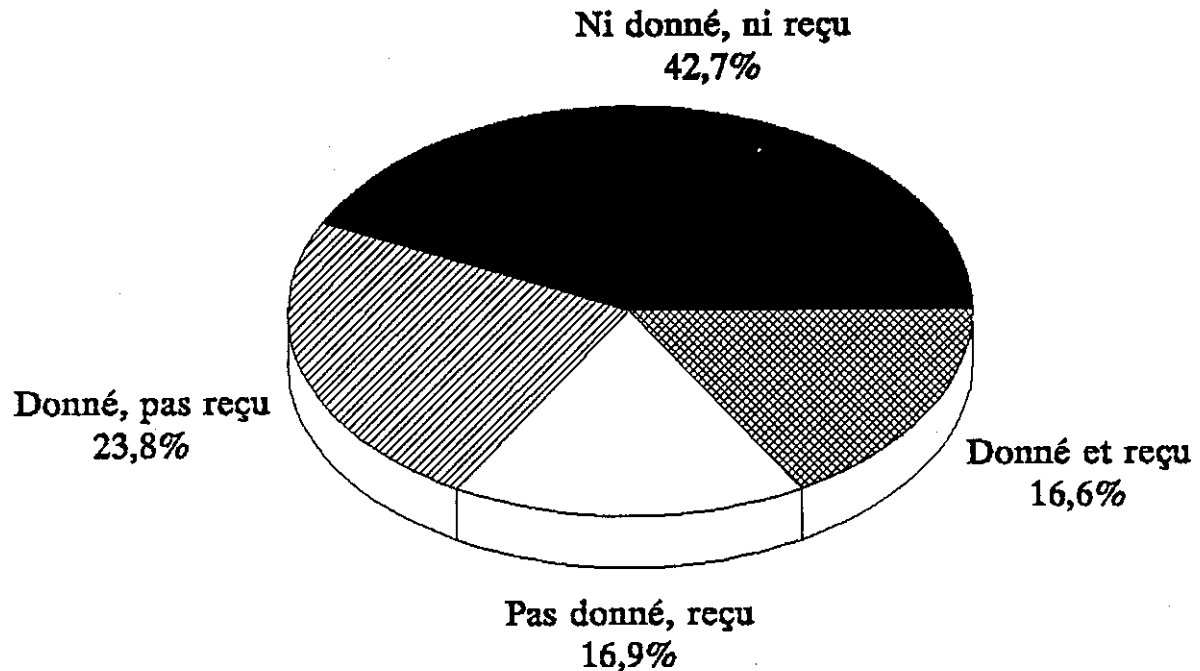
Le niveau de scolarité des personnes adoptées est supérieur à celui des personnes qui ne sont pas adoptées (même en contrôlant pour l'âge). Nous n'avons pas décelé de différence significative dans les proportions de personnes déclarant être adoptées selon la côte, ni selon le secteur (données non présentées). Des différences existent selon le village (les proportions s'étendent de 4 à 49 %). Le statut marital ainsi que la connaissance des langues officielles ne diffèrent pas selon qu'une personne ait été adoptée ou non. Une personne adoptée assiste autant aux services pentecôtistes qu'une personne qui n'a pas été adoptée.

2.5.6.2 Les personnes qui adoptent ou qui donnent en adoption

Parmi la population de quinze ans et plus (environ l'âge à partir duquel une personne peut adopter un enfant), 57 % des Inuits mentionnent avoir soit reçu, soit donné ou reçu et donné au moins un enfant en adoption (graphique 2.6).

GRAPHIQUE 2.6

Répartition de la population inuite âgée de quinze ans et plus selon que les Inuits ont, ou non, donné ou reçu des enfants en adoption (%) [Inuite, 1992]



Les personnes adoptées n'ont pas plus tendance que les autres à donner des enfants en adoption non plus qu'à adopter des enfants (données non présentées).

Les personnes qui ont donné un enfant en adoption ont un profil particulier par rapport à ceux qui n'en ont pas donné : ces personnes sont plus âgées, plus souvent de sexe féminin, elles sont mariées ou veuves, tiennent maison et ne parlent ni le français ni l'anglais. Parmi les personnes qui ont donné des enfants en adoption, le nombre d'enfants donnés est aussi relatif aux mêmes variables (plus le nombre d'enfants donnés est grand plus les personnes sont âgées, de sexe féminin, mariées, ne parlent que l'*inuktitut* ou l'anglais seulement et, en plus, sont peu scolarisées) (données non présentées).

Le profil des personnes qui ont adopté un enfant (par rapport à ceux qui n'en ont pas adopté) est exactement le même que celui des personnes qui ont donné un enfant. À ce profil s'ajoutent deux différences : les personnes qui ont adopté proviennent plus souvent du secteur B et possèdent moins de **scolarité formelle**. Plus le nombre d'enfants adoptés est

grand, plus les personnes sont âgées, moins elles sont scolarisées et plus souvent elles ne parlent que l'*inuktitut* — le secteur ne joue plus (données non présentées).

2.6 TRAVAIL ET MAIN-D'OEUVRE

Pour étudier la situation de l'emploi et de l'activité chez les Inuits, on ne peut recourir aux indices habituellement utilisés au Canada (taux de chômage, taux d'activité et proportion de la population occupée). Les concepts utilisés pour calculer ces indices ne s'appliquent pas toujours de façon adéquate au contexte de la société inuite. Ainsi, le taux de chômage, obtenu pour les Inuits du Nunavik lors des différents recensements, sous-estime la réalité, puisqu'il ne mesure le pourcentage de personnes n'ayant pas d'emploi qu'au sein de la population active. On retrouve un bon nombre d'Inuits aptes au travail et sans emploi qui sont exclus de la population active pour n'avoir pas cherché un emploi au cours du mois précédant le recensement (Robitaille et Choinière, 1984, p. 41; Duhaime, 1991; Duhaime et Godmaire, 1986).

Nous nous contenterons donc de décrire le **statut d'activité**, le **type de profession** et le **secteur d'activité** des personnes obtenus à partir du questionnaire individuel.

2.6.1 Activité

Seulement 3 % des personnes âgées de quinze ans et plus n'ont pas répondu à la question sur la situation actuelle de travail. Les résultats montrent que 56 % des Inuits travaillaient au moment de l'enquête, dont 37 % à plein temps, 13 % à temps partiel, 3 % occasionnellement, 1 % à leur compte et 2 % recevaient des prestations en provenance du Programme d'aide aux chasseurs (*Hunter Support Program*). Le reste de la population était aux études (12 %), tenait maison (11 %) ou ne travaillait pas (21 %). Le statut d'activité présente des différences significatives selon le sexe, l'âge, la côte, le secteur, la connaissance des langues officielles et le niveau de scolarité (tableau 2.8).

La proportion de la population qui travaille est supérieure à 60 % chez les hommes (64 %), chez les personnes de 25-44 ans (68 %), sur la côte de l'Ungava (63 %) et chez les individus ayant au moins un diplôme secondaire (72 %).

TABEAU 2.8
Quelques caractéristiques du travail et de la main-d'oeuvre (%) [Inuite, 1992]

CARACTÉRISTIQUE SOCIDÉMOGRAPHIQUE	TYPE D'OCCUPATION															
	TRAVAILLE		TIENT MAISON		AUX ÉTUDES		NE TRAVAILLE PAS		PROFESSIONNEL CADRE		COL BLANC		COL BLEU		AUTRE OCCUPATION	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Total	55,7	2 265	11,3	461	11,9	482	21,1	860	12,9	503	22,2	884	14,8	578	50,1	1 945
Sexe	N=597	4 069			p<0,001				N=571	3 890			p<0,001			
Hommes	64,0	1 336	1,9	40	13,6	283	20,6	429	11,2	223	16,7	331	28,3	562	43,8	873
Femmes	46,9	930	21,3	421	10,1	199	21,8	431	14,8	281	28,0	533	0,8	16	58,4	1 071
Côte	N=597	4 069			p=0,003				N=571	3 890			p=0,020			
Hudson	50,4	1 207	12,1	291	11,5	276	25,9	621	12,3	281	18,9	454	12,3	282	55,5	1 269
Ungava	63,2	1 068	10,2	170	12,3	207	14,3	239	13,9	222	25,6	410	18,4	295	42,1	677
Secteur	N=597	4 069			p<0,001				N=571	3 890			n.a.			
A	56,4	1 318	14,0	329	7,8	182	21,8	510	12,3	273	23,9	533	14,6	326	49,2	1 097
B	54,7	946	7,6	132	17,4	301	20,3	351	13,9	230	19,8	331	15,1	252	51,1	848
Groupe d'âge	N=597	4 069			p<0,001				N=571	3 890			p<0,001			
15-24 ans	43,6	644	8,5	125	30,3	448	17,6	280	6,2	87	23,9	334	9,4	131	60,5	845
25-44 ans	68,1	1 169	9,4	162	1,6	28	20,8	357	19,1	315	24,8	410	18,4	303	37,7	623
45 ans et +	51,6	452	19,9	174	0,7	6	27,8	244	12,0	101	14,3	120	17,1	144	56,6	477
Langue officielle	N=595	4 054			p<0,001				N=569	3 876			p=0,001			
Aucune	46,2	372	20,4	165	4,0	33	29,4	239	10,4	78	11,4	86	12,1	91	66,1	495
Au moins une	59,3	1 898	8,9	288	13,8	450	19,0	619	13,6	426	24,9	778	15,8	487	45,9	1 435
Scolarité	N=579	3 947			p<0,001				N=556	3 787			p<0,001			
Aucune formation	49,6	347	19,0	133	5,0	18	26,4	184	11,9	81	13,8	94	16,3	111	58,0	394
Primaire non complété	66,2	414	10,8	68	1,6	10	21,4	134	7,5	42	27,9	158	22,2	128	42,4	241
Primaire complété	52,9	134	21,7	55	4,6	28	20,8	53	7,3	18	25,9	63	10,6	26	56,2	137
Secondaire non complété	50,6	937	8,8	163	20,9	387	19,7	364	10,9	195	23,6	423	13,0	233	52,5	944
Secondaire complété et plus	72,3	375	5,4	28	5,3	27	17,0	88	30,1	151	22,2	112	16,4	82	31,3	157

Les proportions les plus élevées de personnes tenant maison se retrouvent chez les femmes (21 %), dans le groupe des 45 ans et plus (20 %), chez les personnes n'ayant aucune formation scolaire (23 %) et chez celles ne connaissant ni l'anglais ni le français (20 %).

Les étudiants forment une part importante de la population chez les 15-24 ans (30 %) et chez les personnes ayant suivi des études secondaires non complétées (21 %).

Finalement, les personnes ne travaillant pas forment plus de 21 % de la population, dans le groupe des 45 ans et plus (28 %), sur la côte de l'Hudson (26 %), chez les personnes n'ayant aucune formation scolaire (32 %) et chez celles ne parlant aucune des deux langues officielles (29 %).

2.6.2 Occupation

La question sur la situation actuelle de travail, couplée à celle sur le genre de travail, nous permet de répartir la population inuite selon le **type d'occupation**. Pour un peu moins de 8 % des Inuits, nous ne connaissons pas le type d'occupation. Parmi la population, 13 % sont des professionnels ou des cadres, 22 %, des cols blancs et 15 %, des cols bleus. Les trappeurs forment seulement 2 % de la population (tableau 2.8).

La répartition de la population selon le type d'occupation présente des différences significatives selon le sexe, l'âge, la côte, le secteur, la connaissance des langues officielles et la scolarité.

Pour les professionnels-cadres, les valeurs les plus élevées sont enregistrées dans le groupe des 25-44 ans (19 %) et chez les personnes ayant au moins un diplôme secondaire (30 %).

Les cols blancs représentent plus du quart de la population chez les femmes (28 %), sur la côte de l'Ungava (26 %) et chez les personnes ayant des études élémentaires non complétées (28 %).

Enfin, les cols bleus sont surreprésentés chez les hommes (28 %) et chez les personnes ayant des études primaires non complétées (22 %).

2.6.3 Secteur d'activité

Parmi les personnes ayant un emploi, la majorité (90 %) travaillent dans le secteur tertiaire. Les principaux sous-secteurs sont les services gouvernementaux (29 %), l'enseignement

(15 %), les services sociaux et de santé (14 %) et le commerce de gros et de détail (12 %)⁽¹⁾. L'importance du secteur tertiaire varie de façon significative selon la côte et le secteur. On observe des proportions plus élevées sur la côte de l'Hudson (94 %) que sur celle de l'Ungava (84 %) et dans le secteur A (94 %) que dans le secteur B (83 %).

2.7 REVENU

Dans toutes les enquêtes, des précautions et des mesures spéciales sont prises afin de maximiser le taux de réponse à la question concernant le revenu. Il s'agit toujours d'une question délicate. Pour la présente enquête, des mesures exceptionnelles ont été prises pour déterminer le revenu annuel des individus. Les rapports oraux des interviewers n'ont pas indiqué de réticences particulières de la part des Inuits à traiter du sujet. Il s'avère cependant que 38 % des individus déclarent **NE PAS CONNAÎTRE** leur revenu (ce qui n'est absolument pas comparable aux résultats obtenus dans d'autres enquêtes) et que 14 % des personnes refusent de fournir l'information (il s'agit d'un taux relativement élevé mais qui demeure à l'intérieur de l'étendue des résultats courants). En bref, plus de la moitié (52 %) des répondants ne nous ont pas fourni de réponse. Dans ces conditions, nous ne pouvons analyser le revenu des Inuits. L'Annexe 2 fournit une analyse du profil des répondants selon la présence ou l'absence de données utilisables et selon le type de non-réponse («ne sait pas» ou «refus»).

2.8 RÉSUMÉ

L'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik dénombre un peu plus de 7000 Inuits en 1992. La structure par âge des Inuits est beaucoup plus jeune que celle de l'ensemble du Québec. L'âge médian des Inuits est de 18 ans, comparativement à 34 ans pour l'ensemble des Québécois.

La très grande majorité des Inuits sont de langue maternelle *inuktitut* et utilisent cette langue à la maison. Près de 80 % de la population connaît l'anglais ou le français. Avant 45 ans, cette proportion est de 93 % tandis qu'après, seulement 31 % de la population parle une des deux langues officielles.

Le niveau de scolarité formelle des Inuits est faible relativement à celui de l'ensemble du Québec, mais a largement augmenté au cours de la dernière décennie.

(1) Il s'agit du nom de la catégorie qu'utilise Statistique Canada; le commerce de gros est notoirement absent au Nunavik.

Au chapitre des familles et des ménages, la société inuite se distingue de celle de l'ensemble du Québec par un plus grand nombre de personnes par ménage (le double), une plus grande proportion de ménages familiaux et multifamiliaux, une faible proportion de personnes vivant seules et la présence d'enfants parmi tous les couples. À l'intérieur même du Nunavik, la situation diffère selon le secteur; la structure des ménages et des familles du secteur ayant le moins de contact avec le reste du Québec conserve davantage le type traditionnel.

L'adoption est un phénomène fort répandu (plus du cinquième de la population déclare avoir été adopté). Autant les enfants de sexe féminin que masculin sont adoptés. Le profil des personnes adoptées est sensiblement le même que celui des personnes qui ne sont pas adoptées, alors que le profil des personnes qui adoptent ou qui donnent des enfants en adoption diffère largement de celui des personnes qui ne présentent pas ces caractéristiques.

L'analyse des données sur l'activité montre que 56 % de la population inuite travaille, 12 % est aux études, 11 % tient maison et 21 % ne travaille pas. En ce qui concerne le type d'occupation, les professionnels-cadres représentent 13 % de la population de quinze ans et plus, les cols blancs, 22 % et les cols bleus, 15 %. La répartition de la population inuite selon l'activité et la profession présente des différences significatives selon le sexe, l'âge, la côte, le secteur, la connaissance des langues officielles et le niveau de scolarité.

2.9 RÉFÉRENCES

CHOINIÈRE, R. (1993). «La mortalité des Inuit du Nouveau-Québec au milieu des années quatre-vingts», *Études Inuit Studies* (à paraître).

CHOINIÈRE, R.; ROBITAILLE, N. (1988). «La fécondité des Inuit du Nouveau-Québec depuis 1931 : passage d'une fécondité naturelle à une fécondité contrôlée», *Population* (2) : 427-450.

Convention collective (1989-91) intervenue entre le Comité patronal de négociation du secteur de la santé et des services sociaux, le sous-comité patronal de négociation des centres hospitaliers publics représentant un groupe d'établissements membres de l'Association des hôpitaux du Québec et la Fédération des infirmières et infirmiers du Québec, 345 p.

DUHAIME, G. (1991). «Le pluriel de l'Arctique. Travail salarié et rapports sociaux en zone périphérique», *Sociologie et Sociétés*, vol. XXIII, no. 2, pp 113-128.

DUHAIME, G. (1987). *Le pays des Inuit. La situation économique 1983*, Collection Économie politique du Québec Arctique, rapport de recherche no. 3, Laboratoire de recherches sociologiques, Département de sociologie, Université Laval, Québec, 1987, 518 p.

DUHAIME, G.; GODMAIRE, A. (1986). «Qui travaille dans l'Arctique québécois», *Les Cahiers de l'ACFAS*, no. 41, La morphologie sociale en mutation au Québec, L'Association canadienne-française pour l'avancement des sciences, Montréal, pp 103-121.

ROBITAILLE, N.; CHOINIÈRE R. (1984). *Aperçu de la situation démographique et socio-économique des Inuit du Canada*, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord Canada, 116 p.

ROBITAILLE, N.; CHOINIÈRE R. (s.d.). *La démographie des Inuit du Nouveau-Québec : un demi-siècle de bouleversements* (à paraître).

STATISTIQUE CANADA (1993). *Niveau de scolarité et fréquentation scolaire*, Ottawa, Industrie, Science et technologie Canada, Recensement du Canada de 1991, numéro 93-328 au catalogue, 241 p.

STATISTIQUE CANADA (1992). *Dictionnaire du recensement de 1991*, Ottawa, Industrie, Science et technologie Canada, 386 p.

PARTIE I

DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ

CHAPITRE 3

LES CONTAMINANTS

AUTEURS

ÉRIC DEWAILLY⁽¹⁾

SUZANNE BRUNEAU⁽¹⁾

CLAIRE LALIBERTÉ⁽¹⁾

GERMAIN LABEL⁽¹⁾

SUZANNE GINGRAS⁽¹⁾

JACQUES GRONDIN⁽¹⁾

PATRICK LEVALLOIS⁽¹⁾

⁽¹⁾ **DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE QUÉBEC**

LECTEURS

**JEAN HUOT
UNIVERSITÉ LAVAL
DÉPARTEMENT DE BIOLOGIE**

**MICHEL CRÊTE
MINISTÈRE DE LA CHASSE ET DE LA PÊCHE**

**TOM KOSATSKY
UNIVERSITÉ MCGILL
DÉPARTEMENT DE LA SANTÉ OCCUPATIONNELLE**

**GAÉTAN CARRIER
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET DES
SERVICES SOCIAUX DE LA MONTÉRÉGIE**

**FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET
DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK**

EN COLLABORATION AVEC

**BRUCE HOLUB
UNIVERSITÉ DE GUELPH**

**JEAN-PHILIPPE WEBER
CENTRE DE TOXICOLOGIE DU QUÉBEC**

GLOSSAIRE

Bioamplification

Augmentation de la concentration d'un contaminant d'un maillon à l'autre de la chaîne alimentaire.

Biodégradabilité

Qui est susceptible d'être décomposé par des organismes vivants.

Chromatographie

Méthode d'analyse chimique qui consiste à séparer les contaminants selon leurs propriétés physiques.

Circumpolaire

Se situant autour du pôle.

Effet antagoniste

Se dit de toute substance dont l'action s'oppose à celle d'une autre.

Immunosuppresseur

Qui supprime ou réduit les réactions immunologiques spécifiques de l'organisme contre un antigène, en affaiblissant le système de défense immunitaire, humoral ou cellulaire de cet organisme.

Lipides

Matières grasses présentes dans le sang comprenant le cholestérol, les triglycérides et les phospholipides.

Maladies ischémiques coronariennes

Angine de poitrine et infarctus du myocarde.

Métaux lourds

Cadmium, mercure et plomb.

Méthylmercure

Forme organique toxique du mercure.

Néphrotoxique

Qui atteint le fonctionnement des reins.

Neurocomportementaux

Qui concerne le développement cognitif, moteur et mental.

Neurotoxique

Atteinte du fonctionnement du système nerveux central.

Organochlorés

Groupe chimique important qui inclut des produits organiques pour usages industriel (BPC, HCB), agricole (pesticides chlorés : HCH, DDT, chlordane, toxaphene, aldrine, metoxychlore, heptachlore, mirex) et enfin des sous-produits involontaires : les dioxines.

Subaigus

Dont l'effet survient de quelques jours à quelques mois après l'exposition.

3.1 LES PARAMÈTRES ÉTUDIÉS

3.1.1 Les contaminants

Contrairement à l'idée largement répandue à l'effet que l'Arctique serait exempt de pollution, de nombreux contaminants détectés dans les régions méridionales le sont également dans le Nord (51^{ème} parallèle). Les deux principales classes de contaminants ayant une importance pour la santé humaine soit, les **métaux lourds** et les **organochlorés** (biphényles polychlorés ou BPC et pesticides chlorés), sont transportés sur de longues distances par les courants océaniques et surtout atmosphériques, à partir des régions industrialisées (Barrie *et al.*, 1992). En ce qui concerne les organochlorés, ils subsistent dans l'environnement en raison de leur persistance et de leur faible **biodégradabilité** et ce, malgré les restrictions et interdictions de leur production et de leur usage notamment en Amérique du Nord.

Les contaminants sont présents dans l'environnement de manière diffuse et s'intègrent au sein de la chaîne alimentaire aquatique et terrestre. On observe une augmentation de la concentration d'un maillon à l'autre de la chaîne alimentaire (**bioamplification**). Les organochlorés sont stockés dans les tissus riches en graisse et les concentrations sont d'autant plus grandes que l'animal est riche en tissus adipeux. Ainsi, la crevette est moins contaminée que la morue, qui est elle-même moins contaminée que le béluga. Les Inuits, en se nourrissant de produits de la mer riches en **lipides** peuvent donc théoriquement être exposés aux contaminants accumulés dans la chaîne alimentaire. Des calculs d'apports quotidiens en BPC effectués auprès d'une population de l'île de Baffin ont démontré que les habitudes alimentaires de la population pourraient entraîner un dépassement de la dose quotidienne tolérable au Canada (1 µg/kg de poids corporel/jour) pour 19 % des 312 sujets étudiés (Kinloch *et al.* (1992). Les études sur la contamination du lait maternel au Nunavik ont également montré que les femmes inuites présentaient des concentrations de BPC et de dichlorodiphényle-dichloro-éthylène (DDE métabolite du DDT), en moyenne cinq fois supérieures à celles des femmes du reste de la province de Québec (Dewailly *et al.*, 1989; Careau *et al.*, 1992; Dewailly *et al.*, 1992). En plus du phénomène de **bioamplification** dans la chaîne alimentaire, ces contaminants ont la propriété d'être persistants à cause d'une élimination très lente. Conséquemment, les concentrations sont généralement plus élevées pour un individu plus âgé que pour un individu plus jeune.

Pour les métaux lourds, aucune donnée récente sur l'exposition biologique humaine au plomb et au **méthylmercure** au Nunavik n'est disponible. Cependant chez l'humain, l'essentiel de l'exposition au méthylmercure provient de la consommation de poissons. Pour le plomb, les sources d'exposition sont plus variées (eau, aliment, sol et poussières). Bien que la consommation d'abats de caribou et de mammifères marins puisse théoriquement être une source de cadmium, des études récentes au Nunavik démontrent que les concentrations relativement élevées de cadmium sanguin proviennent principalement de la consommation de

tabac. Ceci est dû à une faible consommation d'abats de cervidés et d'autre part, à une forte consommation de tabac, lui-même fortement contaminé au Canada (Benedetti *et al.*, 1994).

Une exposition importante à ces substances toxiques peut entraîner des effets nocifs sur la santé humaine. Les organochlorés peuvent notamment augmenter les risques de cancer et induire des effets immunosuppresseurs chez l'animal. Chez l'humain, les quelques études disponibles sont moins concluantes (Ahlborg, 1992). Cependant, chez les nouveau-nés, il est possible qu'une exposition prénatale à des concentrations élevées d'organochlorés altère le développement du système nerveux central (Swain, 1991). Un programme de surveillance de l'exposition prénatale est d'ailleurs en cours au Nunavik et dans chacun des sept pays circumpolaires.

L'exposition aux métaux lourds présente des risques particuliers pour le développement des enfants. En effet, le plomb et le mercure (c'est sous la forme du méthylmercure que ce **métal lourd** entraîne les effets les plus nocifs pour la santé) sont reconnus comme ayant un effet **neurotoxique** (atteinte du système nerveux central) chez le fœtus fortement exposé. Chez l'adulte, les premiers symptômes neurologiques apparaissent, chez les individus les plus sensibles, à des concentrations sanguines de mercure entre 1 000 à 2 500 nmol/L. Pour le fœtus, il est possible que des effets **neurocomportementaux** surviennent à des concentrations inférieures (400 nmol/L) dans le sang de la mère (Organisation mondiale de la santé, 1990).

L'exposition chronique au cadmium, via l'ingestion d'abats contaminés (caribou et mammifères marins), pourrait quant à elle entraîner des effets **néphrotoxiques** (atteinte du fonctionnement des reins) irréversibles. Les propriétés cancérogènes du cadmium font actuellement l'objet de controverse.

3.1.2 Le sélénium et les acides gras polyinsaturés

Le sélénium représente un nutriment essentiel pour l'humain. L'ingestion de poissons et de produits de la mer constitue la source la plus importante de sélénium (Svensson *et al.*, 1992). Actuellement, on croit que le sélénium aurait un **effet antagoniste** sur la toxicité du mercure (Organisation mondiale de la santé, 1990). Cet effet protecteur pourrait expliquer l'absence de signe d'intoxication chez des populations où les concentrations sanguines de mercure excédaient 1 000 nmol/L (Kershaw *et al.*, 1980; Turner *et al.*, 1980).

Les différents éléments qui constituent les phospholipides ont été mesurés dans le cadre de cette étude. Parmi ces constituants, les acides gras polyinsaturés (en particulier les acides gras de type oméga-3) joueraient un rôle bénéfique pour la prévention des maladies cardiovasculaires. La source principale d'apport en acides gras de type oméga-3 est la consommation de graisses présentes dans le poisson, les mollusques, les crustacés ainsi que la viande et le tissu sous-cutané des mammifères marins. De plus, le rapport acide

eicosapentanoïque/acide arachidonique (EPA/AA) élevé est considéré comme un bon indicateur de faible risque des **maladies ischémiques coronariennes** (Hirai *et al.*, 1987). Des travaux récents semblent indiquer de plus que les acides gras de type oméga-3 constituent un nutriment essentiel au développement de l'enfant (Nettleton, 1993). Les poids élevés à la naissance, observés dans les Îles Féroé (Folsenm et Joensen, 1985), pourraient s'expliquer par l'influence bénéfique des acides gras oméga-3 absorbés lors de la consommation de poissons par la femme enceinte et transmis au fœtus pendant la grossesse. Ces acides agiraient sur le poids à la naissance en prolongeant la durée de gestation (Olsen *et al.*, 1992).

Ainsi, dans le cadre de cette enquête, le volet de santé environnementale vise à établir d'une part, l'exposition biologique de la population inuite du Nunavik aux métaux lourds et aux organochlorés et à en définir les facteurs de risque sanitaires et alimentaires. D'autre part, l'analyse du sélénium et des acides gras de type oméga-3 permet de nuancer les risques possibles en prenant en compte les bénéfices qu'apportent les aliments traditionnels.

3.1.3 Attitudes de la population

Un autre aspect, tout aussi important que l'évaluation objective de l'exposition des populations a été exploré dans l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik par le biais du Questionnaire individuel. Il s'agit de certaines attitudes face aux contaminants environnementaux, plus particulièrement les BPC. En effet, dans les dernières années, les BPC ont fait l'objet au Nunavik d'une attention soutenue dans la presse écrite, ainsi qu'à la radio et à la télévision. Cette attention est due essentiellement à trois facteurs soit, la couverture médiatique nationale du problème de la gestion des BPC, la réalisation d'une étude sur les concentrations de BPC dans le lait maternel (Dewailly *et al.*, 1989) et, enfin, la communication des résultats d'une enquête alimentaire effectuée dans les Territoires du Nord-Ouest dont l'annonce a alarmé la population inuite (Allen, 1991).

3.2 PLAN D'ANALYSE

3.2.1 Les paramètres considérés

Les dosages sanguins des contaminants proviennent des analyses chimiques effectuées chez un groupe de 499 individus identifiés lors de la visite clinique dans le cadre de l'enquête. Les dosages sanguins des métaux lourds et des organochlorés ont été effectués au Centre de Toxicologie du Québec (CTQ)⁽¹⁾ selon les méthodes conventionnelles. Les contaminants étudiés sont les métaux lourds et les organochlorés. Le choix des milieux biologiques de

(1) Ce protocole est disponible à Santé Québec.

mesure des contaminants a été dicté par les contraintes pratiques de cette enquête (prise de sang lors de la visite en clinique). Bien que pour les métaux, d'autres milieux auraient été préférables pour l'évaluation de l'exposition passée à long terme (cadmium : urine; mercure : cheveux), pour les organochlorés, le plasma sanguin constitue un milieu adéquat pour l'évaluation de la charge corporelle ancienne. Ainsi, dans le cadre de cette enquête, alors que la mesure des organochlorés rend compte d'une exposition cumulée sur plusieurs années, les mesures des métaux se rapportent à une exposition plus récente (quelques jours à quelques semaines) qui reflètent les habitudes alimentaires de l'automne. Les dosages du sélénium ont été effectués chez un échantillon de 46 individus ayant des concentrations sanguines élevées de mercure (plus grandes que 100 nmol/L) et répartis uniformément dans les régions de la baie d'Hudson et de la baie de l'Ungava. Finalement, les phospholipides ont été analysées par chromatographie à l'Université de Guelph.

Les concentrations sanguines des différents contaminants et des phospholipides (acides gras de type oméga-3 et rapport EPA/AA) sont présentées en fonction de l'âge, du sexe, de la côte et de l'ethnie. Les catégories d'âge utilisées sont les suivantes : 18 à 24 ans, 25 à 44 ans et 45 ans et plus. Les villages de résidence sont regroupés selon les côtes, soit celle de la baie d'Hudson ou de la baie d'Ungava. La détermination de l'ethnie est basée sur la langue maternelle. Ainsi, l'ethnie inuite est définie ici, comme l'ensemble des individus dont la langue maternelle est l'*inuktitut*. Les concentrations sanguines des contaminants sont également étudiées en fonction de la fréquence de la consommation de mammifères marins. La question portant sur la consommation de viande de phoque a été utilisée comme indicateur d'un mode alimentaire traditionnel. Des analyses plus spécifiques associant des aliments précis aux contaminants n'ont pu être intégrées au présent rapport (abats de cervidés et de mammifères marins et cadmium; tissus gras de mammifères marins et organochlorés; etc.). Dans le but d'alléger la présentation des résultats, nous ne présentons les résultats que pour les BPC totaux (exprimés en Aroclor 1260). Ainsi, les résultats détaillés (selon l'alimentation, l'âge, le sexe, la côte, l'ethnie) des quatorze congénères de BPC et des onze pesticides chlorés ne sont pas présentés puisque les facteurs de variation (âge, consommation de mammifères marins, etc.) sont très similaires à ceux des BPC totaux. De plus, puisque la consommation de tabac peut influencer les concentrations sanguines de cadmium et de plomb, nous les avons étudiées en fonction des habitudes tabagiques.

L'analyse de la perception et de la connaissance de la contamination alimentaire par les BPC, ainsi que les changements des habitudes de vie associés à cette perception ont été réalisés à l'aide de la section 11 du Questionnaire individuel.

3.2.2 Analyses statistiques

Les analyses statistiques effectuées visent à fournir une première description des concentrations sanguines des contaminants dans la population du Nunavik. Dans un premier

temps, nous avons vérifié les distributions statistiques des concentrations sanguines des métaux lourds, des organochlorés et des phospholipides (acides gras de type oméga-3 et rapport EPA/AA). D'une manière générale, les distributions statistiques ne correspondent pas à des distributions normales mais plutôt à des distributions de type log-normal. Pour cette raison, nous privilégions l'utilisation de la moyenne géométrique dans les analyses statistiques, cependant les moyennes arithmétiques sont également présentées à titre indicatif afin de faciliter les comparaisons avec d'autres études. Dans un deuxième temps, l'analyse statistique consiste à calculer les moyennes arithmétiques et géométriques des concentrations sanguines des contaminants en fonction des modalités des différentes variables (par exemple : groupe d'âge, sexe, fréquence de consommation, etc.). Afin de déterminer les différences significatives sur le plan statistique entre les concentrations sanguines des contaminants et des phospholipides selon les modalités d'une variable donnée, deux techniques sont utilisées. Premièrement, pour les variables dichotomiques (sexe, côte et ethnie), nous utilisons les intervalles de confiance à 95 % autour de la moyenne géométrique. Deuxièmement, dans le cas des variables à trois et quatre modalités, nous utilisons l'analyse de variance (test de Fisher) (Snedecor et Cochran, 1967), afin de vérifier s'il existe des différences significatives sur le plan statistique entre les moyennes géométriques selon les modalités d'une variable donnée. L'analyse de variance est faite sur le logarithme des concentrations sanguines des contaminants et des phospholipides. Dans l'ensemble, les distributions respectent les postulats de base de normalité des distributions statistiques et d'homogénéité des variances. Cependant, dans quelques cas, ces postulats n'étaient pas respectés et nous avons alors comparé les résultats avec des analyses de variance non paramétriques (test de Kruskal-Wallis selon le rang) (Siegel, 1956). Comme l'utilisation des méthodes non paramétriques confirmait dans tous les cas les tests de Fisher, seules les valeurs de ce test sont présentées dans les tableaux.

Pour le calcul des moyennes et des intervalles de confiance, nous avons utilisé les pondérations échantillonales et les N bruts.⁽¹⁾ Pour les questions relatives à l'analyse de la perception, les proportions ont été établies en utilisant la pondération populationnelle.

3.2.3 Limites des données

La participation volontaire des individus a limité le nombre de participants. Les résultats obtenus pour les concentrations sanguines des phospholipides présentent des intervalles de confiance supérieurs à ce qu'ils auraient été si plus de personnes avaient participé. Cette même limite s'applique de manière plus importante aux dosages du sélénium, qui ont été effectués sur un nombre encore plus limité d'individus, sélectionnés en raison des concentrations sanguines élevées en mercure. La participation volontaire des Inuits n'inhibe

(1) Par ailleurs, les valeurs de N présentées sont pondérées «populationnelles».

d'aucune manière la validité externe (généralisation des résultats à l'ensemble de la population du Nunavik).

Enfin, les données comparatives utilisées proviennent d'études réalisées au Canada ou à l'étranger, ou de données provenant d'échantillons de la population du sud du Québec et non des enquêtes de Santé Québec où ces analyses sont inexistantes.

3.3 RÉSULTATS

Les concentrations sanguines des contaminants considérés dans cette étude pour la population adulte (18 à 74 ans) ayant participé au volet clinique de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik sont présentées au tableau 3.1. De plus, la proportion des échantillons sanguins ayant une concentration sanguine de contaminants plus élevée que le seuil de détection du laboratoire est également présentée.

Les concentrations sanguines moyennes diffèrent de manière statistiquement significative selon le sexe, pour le plomb (tableau 3.2). Les concentrations sanguines moyennes sont statistiquement différentes selon le groupe d'âge pour les métaux lourds et les BPC totaux (tableau 3.3). Les données indiquent que les concentrations sanguines moyennes de ces contaminants augmentent avec l'âge, exception faite du cadmium. Pour le mercure et les BPC totaux, les concentrations sanguines moyennes sont respectivement au moins 2,5 fois et 6 fois plus élevées chez les 45-74 ans que chez les 18 à 24 ans.

Les concentrations sanguines moyennes (moyenne géométrique) de cadmium chez les fumeurs sont six fois plus élevées que chez les non-fumeurs (tableau 3.4). Chez les ex-fumeurs, ces concentrations sont près de deux fois plus élevées que chez les non-fumeurs. Les concentrations sanguines moyennes de plomb sont également différentes selon le statut tabagique.

Les concentrations sanguines moyennes de mercure, de plomb et de BPC totaux sont significativement plus élevées sur la côte de l'Hudson que sur celle de l'Ungava (tableau 3.5). Chez les Inuits, les concentrations sanguines moyennes de mercure, de plomb et de BPC totaux sont significativement plus élevées que chez les «autres» personnes («autres» étant défini comme des personnes dont la langue maternelle n'est pas l'*inuktitut*) (tableau 3.6). En particulier, les concentrations sanguines moyennes de mercure et de BPC totaux sont près de quatre fois plus élevées chez les Inuits que chez les «autres».

TABLEAU 3.1

Concentrations sanguines des contaminants pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans (moyenne) [Inuite, 1992]

CONTAMINANT	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM	PROPORTION DE DÉTECTÉS (%)
MÉTAUX LOURDS								
Cadmium (nmol/L)	492	3 534	45,063	33,197	(30,693-35,904)	2,600	196,000	100,00
Mercuré (nmol/L)	492	3 531	103,752	74,817	(69,290-80,785)	4,000	560,000	100,00
Plomb (µmol/L)	492	3 534	0,486	0,418	(0,398-0,440)	0,040	2,280	100,00
BPC / Totaux (µg/L)	491	3 527	26,978	16,118	(14,669-17,710)	0,630	170,000	100,00
PESTICIDES (µg/L)								
Aldrin	492	3 531	0,011	0,010	(0,010-0,010)	0,010	0,100	2,24
β-BHC	492	3 531	0,172	0,127	(0,118-0,137)	0,015	0,950	96,75
α-chlordane	492	3 531	0,012	0,011	(0,011-0,011)	0,010	0,140	7,72
γ-chlordane	492	3 314	0,033	0,021	(0,020-0,023)	0,010	0,250	55,75
Cis-nonachlor	492	3 531	0,393	0,231	(0,209-0,255)	0,010	2,800	98,78
pp'-DDE	492	3 531	11,229	6,858	(6,272-7,500)	0,420	96,000	100,00
pp'-DDT	491	3 522	0,376	0,212	(0,192-0,234)	0,015	3,700	95,11
Dieldrin	310	2 228	0,226	0,130	(0,117-0,145)	0,050	2,200	61,23
Heptachlorépoxyde	310	2 228	0,263	0,148	(0,132-0,166)	0,050	3,200	66,15
Hexachlorobenzène	485	3 479	1,416	0,937	(0,862-1,018)	0,070	9,600	100,00
Mirex	492	3 531	0,352	0,166	(0,148-0,184)	0,010	4,800	96,75
Oxychlordane	492	3 531	1,695	0,789	(0,701-0,887)	0,010	21,000	99,59
Transnonachlor	492	3 531	2,121	1,142	(1,028-1,269)	0,040	18,000	100,00

TABLEAU 3.2
Concentrations sanguines des contaminants pour la population inuite
âgée de 18 à 74 ans, selon le sexe (moyenne) [Inuite, 1992]

CONTAMINANT	SEXE	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM
MÉTAUX LOURDS								
Cadmium (nmol/L)	Hommes	252	1 807	45,618	32,340	(28,440-36,775)	3,00	129,00
	Femmes	240	1 726	44,483	34,118	(31,008-37,541)	2,60	196,00
Mercure (nmol/L)	Hommes	252	1 807	105,504	70,301	(61,450-80,428)	4,00	482,00
	Femmes	240	1 723	101,914	79,864	(73,507-86,772)	10,00	560,00
Plomb (µmol/L)*	Hommes	252	1 807	0,518	0,463	(0,434-0,495)*	0,08	1,67
	Femmes	240	1 726	0,454	0,376	(0,350-0,404)	0,04	2,28
BPC / Totaux (µg/L)	Hommes	254	1 821	30,127	18,115	(15,624-21,004)	0,63	170,00
	Femmes	238	1 705	23,616	14,228	(12,627-16,032)	0,91	140,00

* Différence significative selon le sexe.

TABLEAU 3.3
Concentrations sanguines des métaux lourds et de BPC
pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans,
selon l'âge (moyenne) [Inuite, 1992]

CONTAMINANT	ÂGE	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM	VALEUR P*
MÉTAUX LOURDS									
Cadmium (nmol/L)	18 à 24 ans	137	981	43,852	31,026	(25,760-37,370)	2,60	99,20	
	25 à 44 ans	235	1 686	48,083	37,662	(34,013-41,701)	3,00	196,00	0,00068
	45 à 74 ans	121	867	40,563	28,039	(24,230-32,447)	3,70	148,10	
Mercure (nmol/L)	18 à 24 ans	137	981	66,946	50,641	(43,802-58,547)	6,00	336,00	
	25 à 44 ans	235	1 686	92,179	69,149	(62,240-76,825)	4,00	478,00	0,0001
	45 à 74 ans	120	864	168,128	135,906	(120,492-153,291)	4,00	560,00	
Plomb (µmol/L)	18 à 24 ans	137	981	0,357	0,312	(0,282-0,346)	0,04	1,08	
	25 à 44 ans	235	1 687	0,487	0,427	(0,399-0,457)	0,08	2,07	0,0001
	45 à 74 ans	121	867	0,632	0,558	(0,515-0,605)	0,12	2,28	
BPC / Totaux (µg/L)	18 à 24 ans	137	986	9,929	7,851	(6,829-9,027)	0,63	34,00	
	25 à 44 ans	234	1 679	19,473	13,774	(12,281-15,448)	1,30	85,00	0,0001
	45 à 74 ans	120	862	61,092	49,834	(44,221-56,159)	2,80	170,00	

* associée au test de F.

TABLEAU 3.4

Concentrations sanguines de cadmium et de plomb
pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans,
selon le statut tabagique (moyenne) [Inuite, 1992]

CONTAMINANT	STATUT TABAGIQUE	n	P _e	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM	VALEUR P*
Cadmium (nmol/L)	Fumeur	292	2 099	58,034	52,805	(50,126-55,626)	7,70	196,00	
	Ex-fumeur	91	651	21,637	16,199	(13,979-18,772)	3,40	85,20	
	Non-fumeur	49	350	11,075	8,396	(6,952-10,140)	3,00	77,10	0,0001
Plomb (µmol/L)	Fumeur	292	2 099	0,500	0,433	(0,407-0,462)	0,04	2,28	
	Ex-fumeur	91	651	0,452	0,396	(0,358-0,439)	0,10	1,63	
	Non-fumeur	49	350	0,393	0,330	(0,278-0,392)	0,07	1,24	0,0047

* associée au test de F.

TABLEAU 3.5
Concentrations sanguines des métaux lourds et de BPC
pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans,
selon la côte de résidence (moyenne) [Inuite, 1992]

CONTAMINANT	CÔTE	n	P _e	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM
MÉTAUX LOURDS								
Cadmium (nmol/L)	Hudson	291	2 087	48,423	35,423	(31,854-39,393)	3,90	196,00
	Ungava	201	1 447	40,216	30,229	(26,943-33,916)	2,60	108,30
Mercure (nmol/L)*	Hudson	291	2 087	122,047	93,040	(84,739-102,154)*	7,00	560,00
	Ungava	201	1 444	77,307	54,596	(48,558-61,385)	4,00	482,00
Plomb (µmol/L)*	Hudson	291	2 087	0,546	0,475	(0,445-0,507)*	0,08	2,28
	Ungava	201	1 447	0,400	0,348	(0,324-0,374)	0,04	1,24
BPC / Totaux (µg/L)*	Hudson	290	2 085	31,830	19,032	(16,770-21,600)*	1,30	170,00
	Ungava	201	1 442	19,963	12,675	(11,073-14,509)	0,63	100,00

* Différence significative selon la côte.

TABLEAU 3.6

Concentrations sanguines des métaux lourds et de BPC
pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans,
selon l'ethnie (moyenne) [Inuite, 1992]

CONTAMINANT	ETHNIE	n	P _e	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM
MÉTAUX LOURDS								
Cadmium (nmol/L)	Inuite	458	3 287	45,297	33,475	(30,888-36,278)	2,60	196,00
	Allochtone	34	247	41,949	29,709	(21,087-41,857)	3,00	92,20
Mercure (nmol/L)*	Inuite	457	3 287	109,384	83,072	(77,435-89,120)*	7,00	560,00
	Allochtone	34	247	28,876	18,610	(13,472-25,706)	4,00	135,00
Plomb (µmol/L)*	Inuite	458	3 287	0,497	0,430	(0,409-0,453)*	0,04	2,28
	Allochtone	34	247	0,340	0,286	(0,232-0,353)	0,08	1,06
BPC / Totaux (µg/L)*	Inuite	457	3 287	28,429	17,932	(16,371-19,642)*	0,91	170,00
	Allochtone	34	247	7,717	3,911	(2,816-5,433)	0,63	130,00

* Différence significative selon l'ethnie.

Les concentrations sanguines moyennes de mercure, de plomb et de BPC totaux diffèrent de manière significative selon la fréquence de consommation de viande de phoque (tableau 3.7). De plus, les concentrations sanguines de ces contaminants augmentent avec la fréquence de consommation de viande de phoque.

Les concentrations sanguines du sélénium et des phospholipides ainsi que la composition des phospholipides sanguins sont présentées au tableau 3.8. La concentration sanguine d'acides gras de type oméga-3 (exprimée en pourcentage des phospholipides) est significativement différente selon le sexe (tableau 3.9), les femmes présentant une concentration moyenne plus élevée que celle des hommes. Les concentrations sanguines d'acides gras de type oméga-3, ainsi que le rapport EPA/AA sont statistiquement différents selon le groupe d'âge (tableau 3.10). Ainsi, la concentration moyenne d'acides gras de type oméga-3 et le rapport EPA/AA pour le groupe d'âge 45 à 74 ans sont respectivement près de deux et de trois fois supérieures à celles du groupe d'âge 18 à 24 ans. Les concentrations sanguines d'acides gras oméga-3, ainsi que le rapport EPA/AA ne varient pas de manière significative selon la côte (tableau 3.11). Le rapport EPA/AA est statistiquement plus élevé chez les Inuits que chez les «autres» (tableau 3.12).

L'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik révèle également que, sur ce territoire, la population accorde une forte attention à la question des contaminants dans la chaîne alimentaire. En effet, près de deux personnes sur trois (62 %) disent avoir déjà entendu parler de la contamination par les BPC de la chaîne alimentaire. Parmi celles-ci, la grande majorité (87 %) des individus désirent avoir plus d'information à ce sujet. L'enquête montre également que le cinquième des habitants du Nunavik (19 %) estiment que les aliments achetés en magasin (i.e. importés du sud de la province) sont meilleurs pour la santé puisqu'ils contiendraient moins de BPC et d'autres contaminants que la nourriture traditionnelle. Ces données suggèrent que la communication concernant la pollution environnementale a déjà eu des effets indirects sur la perception de la qualité des aliments et sur les habitudes de vie.

D'autre part, 14 % de la population du Nunavik âgée de 15 ans et plus mentionne avoir modifié ses habitudes de vie après avoir entendu parler de la présence des BPC dans la chaîne alimentaire et dans le lait maternel des femmes inuites. Le changement le plus fréquemment mentionné est la diminution volontaire de la consommation de mammifères marins (5 % de la population totale des 15 ans et plus). La consommation d'autres ressources de même que les habitudes concernant la durée de l'allaitement maternel ont aussi été quelque peu modifiées (tableau 3.14).

TABLEAU 3.7

Concentrations sanguines des métaux lourds et de BPC pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la fréquence de consommation de viande de phoque (moyenne) [Inuite, 1992]

CONTAMINANT	FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM	VALEUR P*
MÉTAUX LOURDS									
Cadmium (nmol/L)	2 à 7 fois par semaine	54	385	44,658	35,484	(29,042-43,356)	5,50	109,60	
	2 à 4 fois par mois	136	975	47,557	37,132	(32,426-42,521)	3,90	121,90	
	1 fois par mois ou moins	127	914	43,183	30,139	(25,389-35,778)	3,20	148,10	
	Jamais	102	732	43,486	30,653	(25,507-36,838)	2,60	196,00	0,1915
	2 à 7 fois par semaine	54	385	153,380	120,621	(99,335-146,467)	21,00	560,00	
Mercure (nmol/L)	2 à 4 fois par mois	136	975	106,061	79,761	(69,967-90,925)	7,00	482,00	
	1 fois par mois ou moins	127	914	96,517	72,172	(62,333-83,565)	8,00	478,00	
	Jamais	102	729	71,698	48,392	(40,203-58,249)	4,00	342,00	0,0001
	2 à 7 fois par semaine	54	385	0,607	0,517	(0,442-0,604)	0,11	1,72	
Plomb (µmol/L)	2 à 4 fois par mois	136	975	0,498	0,436	(0,400-0,477)	0,08	2,28	
	1 fois par mois ou moins	127	914	0,455	0,403	(0,369-0,440)	0,13	1,59	
	Jamais	102	732	0,412	0,352	(0,316-0,393)	0,07	2,07	0,0002
BPC / Totaux (µg/L)	2 à 7 fois par semaine	54	385	38,444	25,850	(20,170-33,130)	4,10	140,00	
	2 à 4 fois par mois	134	961	28,446	18,636	(15,830-21,939)	1,30	130,00	
	1 fois par mois ou moins	128	920	21,075	13,030	(10,889-15,591)	1,60	110,00	
	Jamais	102	732	19,071	10,308	(8,303-12,798)	0,63	170,00	0,0001

* associée au test de F.

TABLEAU 3.8

Composition des phospholipides sanguins et concentration sanguine de sélénium pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans (moyenne) [Inuite, 1992]

PHOSPHOLIPIDE (% DES ACIDES GRAS)	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM
14 : 0	492	3 533	0,276	0,261	(0,254-0,269)	0,034	1,212
14 : 1	478	3 430	0,038	0,017	(0,015-0,019)	0,001	0,750
16 : 0	492	3 533	25,790	25,827	(25,333-25,925)	3,091	31,625
16 : 1n7	492	3 533	0,699	0,643	(0,620-0,667)	0,020	3,269
17 : 0	492	3 533	0,435	0,420	(0,411-0,430)	0,163	1,553
18 : 0	492	3 533	13,938	13,839	(13,693-13,987)	8,221	25,623
18 : 1	492	3 533	14,141	13,893	(13,666-14,123)	8,785	26,171
18 : 2n6	492	3 533	19,046	18,487	(18,075-18,908)	6,021	32,937
18 : 3n6	487	3 498	0,073	0,050	(0,046-0,054)	0,001	2,136
18 : 3n3	492	3 533	0,162	0,142	(0,136-0,149)	0,010	0,543
18 : 4n3	476	3 419	0,039	0,014	(0,012-0,017)	0,001	0,608
20 : 0	492	3 533	0,459	0,435	(0,421-0,448)	0,046	2,293
20 : 1	492	3 533	0,284	0,256	(0,246-0,266)	0,045	2,089
20 : 2n6	492	3 533	0,437	0,414	(0,401-0,427)	0,027	2,244
20 : 3n6	492	3 533	1,907	1,748	(1,679-1,821)	0,027	4,272
20 : 4n6 (AA)*	492	3 533	6,171	5,920	(5,770-6,075)	0,690	14,854
20 : 3n3	492	3 533	0,066	0,045	(0,041-0,049)	0,001	0,615
20 : 4n3	492	3 533	0,192	0,155	(0,145-0,165)	0,001	2,098
20 : 5n3 (EPA)**	492	3 533	3,067	2,039	(1,872-2,221)	0,090	19,896
22 : 0	492	3 533	1,391	1,332	(1,298-1,367)	0,253	5,886
22 : 1	492	3 533	0,134	0,116	(0,111-0,122)	0,003	0,615
22 : 2n6	473	3 398	0,031	0,012	(0,011-0,014)	0,001	1,595
22 : 4n6	492	3 533	0,612	0,542	(0,517-0,567)	0,045	3,388
22 : 5n6	492	3 533	0,179	0,153	(0,145-0,162)	0,006	0,762
22 : 5n3	492	3 533	1,304	1,216	(1,177-1,257)	0,351	5,992
22 : 6n3 (DHA)**	492	3 533	4,938	4,511	(4,335-4,694)	0,393	11,879
24 : 0	492	3 533	1,248	1,148	(1,111-1,187)	0,343	12,834
24 : 1	492	3 533	2,950	2,805	(2,723-2,889)	0,188	7,200
Total	492		100,00				
Rapport EPA / AA	492	3 533	0,527	0,344	(0,316-0,376)	0,012	5,616
Phospholipides (mg/100 ml)	491	3 523	217,971	205,846	(201,113-210,690)	104,846	3425,219
EPA + DHA	492	3 533	8,004	6,884	(6,547-7,238)	0,583	27,571
Somme des Omégas 3 (%)	492	3 533	9,765	8,681	(8,310-9,069)	2,214	30,429
Sélénium (µmol/L)	40	289	1,959	1,915	(1,802-2,036)	1,110	3,740

- * AA = Acide arachidonique.
- ** EPA = Acide eicosapentanoïque.
- *** DHA = Acide docosahéxanoïque.

TABLEAU 3.9

Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon le sexe (moyenne) [Inuite, 1992]

PHOSPHOLIPIDE	SEXE	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM
Rapport EPA / AA	Hommes	254	1 821	0,492	0,312	(0,272-0,357)	0,012	5,816
	Femmes	239	1 712	0,564	0,383	(0,343-0,427)	0,033	4,765
Somme des Oméga-3* (%)	Hommes	254	1 821	9,197	8,116	(7,562-8,688)*	2,413	30,429
	Femmes	239	1 712	10,37	9,326	(8,823-9,858)	2,214	29,508

* Différence significative selon le sexe.

TABLEAU 3.10
Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon l'âge (moyenne) [Inuite, 1992]

PHOSPHOLIPIDE	GRUPE D'ÂGE	n	P ₀	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM	VALEUR P*
Rapport EPA / AA	18 à 24 ans	137	986	0,310	0,216	(0,183-0,256)	0,012	2,112	0,0001
	25 à 44 ans	235	1 686	0,499	0,335	(0,297-0,377)	0,027	5,616	
	45 à 74 ans	120	862	0,832	0,620	(0,539-0,714)	0,024	4,765	
Somme des Oméga-3 (%)	18 à 24 ans	137	986	6,91	6,368	(5,888-6,888)	2,414	14,540	0,0001
	25 à 44 ans	235	1 686	9,714	8,734	(8,226-9,273)	2,214	30,429	
	45 à 74 ans	120	862	13,132	12,229	(11,484-13,022)	3,696	29,508	

* associée au test de F.

TABLEAU 3.11

Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la côte de résidence (moyenne) [Inuite, 1992]

PHOSPHOLIPIDE	CÔTE	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.- BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM
Rapport EPA / AA	Hudson	291	2 092	0,505	0,326	(0,289-0,368)	0,012	2,373
	Ungava	201	1 442	0,560	0,372	(0,330-0,421)	0,033	5,616
Somme des Oméga-3 (%)	Hudson	291	2 092	9,655	8,489	(7,980-9,030)	2,214	25,490
	Ungava	201	1 442	9,925	8,969	(8,447-9,523)	2,575	30,429

TABLEAU 3.12

Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon l'ethnie (moyenne) [Inuite, 1992]

PHOSPHOLIPIDE	ETHNIE	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95 % (BORNE INF.- BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM
Rapport EPA / AA*	Inuite	458	3 286	0,554	0,371	(0,340-0,405)*	0,012	5,616
	Allochtone	34	247	0,169	0,127	(0,100-0,162)	0,042	1,097
Somme des Oméga-3 (%)	Inuite	458	3 286	9,997	8,902	(8,509-9,314)	2,214	30,429
	Allochtone	34	247	6,685	6,215	(5,483-7,045)	4,017	18,319

* Différence significative selon l'ethnie.

Le tableau 3.13 présente les concentrations sanguines d'acides gras de type oméga-3 et le rapport EPA/AA selon la fréquence de consommation de viande de phoque. On observe que les concentrations sanguines d'acides gras oméga-3 et le rapport EPA/AA sont statistiquement différentes selon la fréquence de consommation de viande de phoque. De plus, ces données indiquent que lorsque la fréquence de consommation de viande de phoque augmente, les concentrations sanguines d'acides gras oméga-3 et le rapport EPA/AA augmentent également.

TABLEAU 3.13

Rapport EPA/AA et somme des acides gras de type oméga-3 pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la fréquence de consommation de viande de phoque (moyenne) [Inuite, 1992]

PHOSPHOLIPIDE	FRÉQUENCE DE CONSOMMATION	n	Pe	MOYENNE ARITHMÉTIQUE	MOYENNE GÉOMÉTRIQUE	INTERVALLE DE CONFIANCE À 95% (BORNE INF.-BORNE SUP.)	MINIMUM	MAXIMUM	VALEUR P*
Rapport EPA / AA	2 à 7 fois par semaine	54	385	0,791	0,584	(0,463-0,738)	0,070	2,071	
	2 à 4 fois par mois	135	966	0,628	0,413	(0,352-0,484)	0,033	5,616	
	1 fois par mois ou moins	129	923	0,452	0,319	(0,272-0,373)	0,027	2,114	
	Jamais	102	732	0,398	0,259	(0,216-0,312)	0,033	2,112	0,0001
Somme des Oméga-3 (%)	2 à 7 fois par semaine	54	385	11,595	10,647	(9,490-11,945)	3,009	24,187	
	2 à 4 fois par mois	135	966	10,569	9,424	(8,677-10,236)	2,544	30,429	
	1 fois par mois ou moins	129	923	9,254	8,309	(7,646-9,030)	3,059	25,490	
	Jamais	102	732	8,599	7,639	(6,955-8,390)	2,214	22,386	0,0001

* associée au test de F.

TABLEAU 3.14

Changements de certaines habitudes de vie mentionnés par les Inuits âgés de 15 ans et plus, en fonction des BPC (%) [Inuite, 1992]

MODIFICATION DÉCRITE	%	Pe
Diminution de la consommation de mammifères marins	5,3	213
Diminution de la consommation de gras de mammifères marins	3,5	142
Diminution de la consommation de poissons	2,1	84
Arrêt de la consommation de mammifères marins	1,6	64
Arrêt de la consommation de gras de mammifères marins	0,9	35
Arrêt de la consommation de poissons	0,8	31
Réduction de la durée de l'allaitement*	0,9	35

* Chez les femmes de moins de 45 ans seulement.

3.4 DISCUSSION

Dans le cadre de cette enquête de santé, le portrait de l'exposition des Inuits aux contaminants, présents dans la chaîne alimentaire, a pu être réalisé. Ces données nous permettent d'évaluer l'importance du problème, d'en identifier les facteurs les plus importants, d'estimer les risques potentiels et d'avoir un aperçu des réactions de la population. Finalement, nous sommes en mesure de nuancer ce «diagnostic communautaire» par les bénéfices très importants pour la santé dont profitent également les consommateurs d'aliments traditionnels.

3.4.1 L'exposition humaine aux contaminants

3.4.1.1 Les métaux lourds

● Le plomb

Les concentrations sanguines moyennes (arithmétiques) de plomb chez les adultes du Nunavik sont basses (0,49 $\mu\text{mol/L}$) et comparables à celles retrouvées chez les pêcheurs de la Basse-Côte-Nord (Dewailly *et al.*, 1991), chez les Albertains (Working Group on Blood Lead Intervention Levels and Strategies, 1992), ou dans les populations européennes (Ducaffre *et al.*, 1990; Berode *et al.*, 1991). Il est cependant impossible de situer ces concentrations par

rapport à la moyenne québécoise ou canadienne, car nous ne possédons pas actuellement de données pour des groupes représentatifs.

Il n'existe pas de recommandations officielles sur les concentrations jugées acceptables chez les adultes québécois. Aux États-Unis, pour les adultes, on recommande d'éviter les concentrations sanguines de plomb supérieures à 1 ou 1,2 $\mu\text{mol/L}$ (Landrigan, 1990; CDC, 1991), mais il est certain que des concentrations supérieures à 0,5 $\mu\text{mol/L}$ sont inhabituelles chez des populations non exposées professionnellement. Les effets du plomb sur le fœtus étant maintenant mieux connus, on estime qu'une femme enceinte devrait avoir une concentration de plomb inférieure à 0,5 $\mu\text{mol/L}$ (Working Group on Blood Lead Intervention Levels and Strategies, 1992; Ducaffre *et al.*, 1990; Berode *et al.*, 1991; Landrigan, 1990; CDC, 1991; Levallois et Rhains, 1992).

Les teneurs observées dans la présente enquête sont dans l'ensemble inférieures aux valeurs critiques. En particulier, l'enquête permet d'estimer que seulement 5 % de la population adulte du Nunavik montre une plombémie supérieure ou égale à 1 $\mu\text{mol/L}$, et 2 % ont une plombémie supérieure ou égale à 1,2 $\mu\text{mol/L}$. Le 99^e percentile de la distribution est d'ailleurs à 1,59 $\mu\text{mol/L}$. Cependant, on doit noter que 26 % des femmes âgées de 18 à 44 ans ont une plombémie supérieure ou égale à 0,5 $\mu\text{mol/L}$ et près de 3 % ont une plombémie supérieure ou égale à 1 $\mu\text{mol/L}$.

Les concentrations observées augmentent avec l'âge et sont légèrement plus élevées chez les hommes, ce qui est conforme avec ce qui est rapporté dans la littérature (Dewailly, 1991; Working Group on Blood Lead Intervention Levels and Strategies, 1992; Ducaffre *et al.*, 1990; Berode *et al.*, 1991). De plus, les concentrations sont plus élevées chez les Inuits de la côte de l'Hudson.

Aucune analyse multivariée n'ayant été réalisée, il est difficile d'attribuer les différences à des facteurs précis. On peut toutefois noter que la plombémie augmente avec le tabagisme (tableau 3.4) et avec la consommation de mammifères marins (tableau 3.7).

On peut donc conclure que les concentrations de plomb observées sont dans l'ensemble faibles. Cependant, près du quart des femmes en âge de procréer ont des teneurs légèrement élevées qui peuvent être préjudiciables au développement foetal lors d'une grossesse. Les sources d'exposition responsables des concentrations élevées incluent probablement le tabagisme et la consommation de mammifères marins, mais il y aurait lieu d'évaluer plus précisément si d'autres sources de plomb particulières à ce milieu sont présentes.

● Le mercure

Le mercure, dont la forme organique toxique est le méthylmercure, est un des contaminants majeurs de la chaîne alimentaire aquatique. La moyenne (arithmétique) de 104 nmol/L observée dans cette enquête peut être comparée avec des données de 1991 dans lesquelles 78 % d'un échantillon de 50 adultes de la ville de Québec présentait des concentrations sanguines inférieures à 10 nmol/L, soit la limite de détection du laboratoire. Sur la Basse-Côte-Nord, la concentration sanguine moyenne des 189 pêcheurs commerciaux participant à l'étude était de 27 nmol/L soit près de quatre fois moins que dans la présente enquête (Laliberté *et al.*, 1992). D'après les recommandations de l'OMS (Organisation mondiale de la santé, 1990) pour la population générale, pas plus de 5 % de la population ne devrait dépasser 1 000 nmol/L, concentration jamais atteinte au cours de cette enquête. Cependant, pour les femmes enceintes, la recommandation est de 400 nmol/L chez moins de 5 % de ce sous-groupe. Dans notre enquête, aucune femme en âge de procréer n'a atteint cette concentration (moyenne arithmétique : 85 nmol/L; maximum : 397 nmol/L). Cependant, l'OMS signale que même en-dessous de 400 nmol/L, certains effets neurotoxiques subtils pourraient survenir chez le nouveau-né et que des efforts de recherche devraient être développés dans cette direction.

Les facteurs associés à la contamination par le mercure sont essentiellement d'ordre alimentaire (voir tableau 3.7). En effet, les concentrations moyennes (arithmétiques) de mercure passent de 72 nmol/L à 153 nmol/L selon le niveau de consommation de viande de phoque. Les autres facteurs associés comme l'âge et l'ethnie sont directement reliés à la consommation de viande de phoque. En effet, le tableau 3.10 nous indique que les acides gras oméga-3, un indicateur de la consommation de produits aquatiques, augmentent avec l'âge, témoignant d'une augmentation de la consommation de produits marins. Les différences, dans l'alimentation traditionnelle, observées entre les groupes d'âge, nous montrent que les personnes plus âgées consomment plus de viande de phoque. En effet, alors que seulement 19 % des jeunes de 18 à 24 ans consomment au moins une fois par semaine de cette viande, la proportion est de 21 % chez les 25 à 44 ans et atteint 39 % chez les 45 ans et plus. De la même façon, les différences observées entre l'Hudson et l'Ungava reflètent probablement une différence de pratique alimentaire attribuable à la disponibilité des espèces. En effet, sur la côte de l'Hudson, 16 % des Inuits déclarent manger au moins deux à trois fois par semaine de la viande de phoque, alors que cette proportion est de 12 % sur la côte de l'Ungava.

La corrélation entre les acides gras oméga-3 sanguins et le mercure est de 0,52 ($p < 0,001$). De plus, le mercure est fortement corrélé à l'ensemble des organochlorés (les corrélations varient de 0,60 à 0,70 selon l'organochloré). De la même façon, le tableau 3.12 nous indique que les concentrations sanguines d'acides gras de type oméga-3 sont également plus élevées chez les Inuits que chez les «autres».

• Le cadmium

Le cadmium est le seul contaminant qui n'est associé ni à l'âge, ni à l'ethnie ou à l'alimentation et, de ce fait, ni aux autres contaminants. Les concentrations moyennes (arithmétiques) observées de 45 nmol/L sont comparables aux concentrations mesurées antérieurement à *Kuujuaq* (50 nmol/L) et à Québec (41 nmol/L) (Benedetti *et al.*, 1994). Le tableau 3.4 nous indique que le facteur le plus important associé au cadmium est le tabagisme. Les fumeurs présentent des concentrations sanguines moyennes (arithmétiques) (58 nmol/L) cinq fois plus élevées que les non-fumeurs (11 nmol/L). Il ne semble donc pas que la contamination des chaînes alimentaires aquatiques et terrestres contribue de façon significative à l'exposition au cadmium des populations inuites du Nunavik.

3.4.1.2 Les organochlorés

Les contaminants organochlorés présents aux concentrations les plus élevées, sont les BPC et le DDE, principal métabolite du DDT.

Pour les BPC, les concentrations moyennes (arithmétiques) de 27 µg/L sont légèrement inférieures à celles retrouvées chez les pêcheurs de la Basse-Côte-Nord (35 µg/L) (Dewailly *et al.*, 1992), mais près de dix fois supérieures aux concentrations sanguines retrouvées à Montréal (3 µg/L) (Carrier *et al.*, 1990). Ces données confirment que les études antérieures sur la contamination du lait maternel au Nunavik où les concentrations de BPC étaient de 2 900 µg/kg (lipides du lait, 109 échantillons) comparativement à 530 µg/kg dans le reste de la province (n = 536), soit six fois plus élevées (Dewailly *et al.*, 1992).

Ces mêmes constatations peuvent être faites pour les autres organochlorés. L'augmentation des concentrations d'organochlorés en fonction de l'âge est très marquée. Ceci est dû, d'une part, aux habitudes alimentaires différentes selon le groupe d'âge et, d'autre part, à une possible baisse de la contamination environnementale au cours des dix dernières années (Dewailly *et al.*, 1994). Les habitants du Nunavik n'ayant pas l'*inuktitut* comme langue maternelle ont des concentrations plus basses que les Inuits (3,7 fois) (tableau 3.6). De plus, les concentrations sont près de deux fois plus élevées dans l'Hudson que dans l'Ungava (tableau 3.5). Il est possible que cette différence soit reliée à une consommation plus grande de mammifères marins sur la côte de l'Hudson. Par ailleurs, la similarité des concentrations d'acides gras oméga-3 (tableau 3.11) dans les deux régions, pourrait s'expliquer par le fait que les résidants de l'Ungava compensent une moins forte consommation de viande de phoque par une plus grande consommation de poissons (omble chevalier et saumon). Les BPC sont corrélés aux acides gras de type oméga-3 ($r = 0,49$, $p < 0,001$). Par ailleurs, tous les organochlorés sont corrélés entre eux ($0,49 < r < 0,99$) de façon très significative ($p < 0,0001$).

Les concentrations sanguines observées dans cette enquête (tableau 3.15) nous indiquent que l'exposition des Inuits aux organochlorés est d'environ dix fois supérieure à celle des populations nord-américaines. La limite inférieure pour laquelle des effets toxiques subaigus ont été rapportés chez des travailleurs est de 150 µg/L (Niosh, 1977). Quelques sujets âgés dans l'enquête atteignent ces concentrations. En ce qui concerne les effets chroniques, Santé et Bien Être social Canada a émis des recommandations en 1986 (Kinloch *et al.*, 1992).

Ainsi, si on utilise ces recommandations, on peut considérer l'exposition aux organochlorés comme préoccupante, mais ne requérant pas d'intervention immédiate.

3.4.2 Une alimentation traditionnelle qui protège la santé

3.4.2.1 Le sélénium

Le sélénium est un métal essentiel pour l'animal et probablement pour l'humain. Il est anticancérogène et semble protéger de la toxicité du mercure. Les concentrations sanguines mesurées de 1,96 µg/L (moyenne arithmétique) sont très peu modifiées par l'âge et le sexe. Toutefois, le faible nombre d'échantillons analysés ($n = 40$ ou $Pe = 289$) ne permet pas les multiples comparaisons. Cependant, les concentrations sont élevées comparativement aux concentrations retrouvées plus au sud de la province (0,4 à 1,5 µmol/L). D'origine alimentaire, le sélénium est particulièrement présent dans les produits aquatiques. Le *maktak* (peau de béluga) est particulièrement riche en sélénium. La concentration sanguine de sélénium chez les sujets qui mangent moins d'une fois par mois de *maktak* est de 1,76 µmol/L alors qu'elle est de 2,25 µmol/L chez ceux qui en mangent à toutes les semaines.

Étant donné leur source commune d'exposition et l'action protectrice du sélénium envers le mercure, la corrélation entre les deux éléments est d'une grande importance ($r = 0,57$, $p < 0,001$). Le mercure est le contaminant qui montre la corrélation la plus élevée avec le sélénium.

3.4.2.2 Les acides gras polyinsaturés

Les acides gras oméga-3 proviennent essentiellement de la consommation de produits marins. Une diète riche en poissons ou en mammifères marins a été associée à une incidence faible de maladies thrombotiques au Groënland (Dyerberg *et al.*, 1975) et au Japon (Yamori *et al.*, 1985). De fait, chez les Inuits de la baie d'Hudson, la mortalité par maladie ischémique coronarienne serait très faible, voire inexistante (Corriveau, A., communication personnelle, 1993).

TABEAU 3.15
Concentrations sanguines de cholestérol et de triglycérides pour la population inuite âgée de 18 à 74 ans, selon la concentration sanguine d'acides gras de type oméga-3 (moyenne) (Inuite, 1992)

Lipide	Terciles de la concentration sanguine d'Oméga-3	n	Pe	Moyenne arithmétique	Moyenne géométrique	Intervalle de confiance à 95 % (Borne inf.-Borne sup.)	Minimum	Maximum	Valeur p*
HDL-cholestérol (mmol/L)	≤ 6,931	141	1 012	1,357	1,295	(1,229-1,366)	0,72	4,13	0,0001
	6,932 à 11,460	144	1 035	1,455	1,400	(1,337-1,466)	0,72	2,90	
	11,461 et plus	139	997	1,693	1,621	(1,549-1,696)	0,62	3,41	
Triglycérides (mmol/L)	≤ 6,931	141	1 012	1,201	1,091	(1,010-1,178)	0,42	3,16	0,0077
	6,932 à 11,460	144	1 035	1,247	1,059	(0,970-1,155)	0,47	7,37	
	11,461 et plus	139	997	1,049	0,932	(0,868-1,002)	0,34	3,29	

* associée au test de F.

La moyenne arithmétique de la somme des acides gras oméga-3, exprimée en pourcentage des phospholipides, est de 10 % (tableau 3.8). Pour les deux principaux acides gras oméga-3, l'acide docosahéxanoïque (DHA) (22 : 6) et l'EPA (20 : 5), les moyennes arithmétiques respectives sont de 5 % et de 3 %. L'acide arachidonique (AA 20 : 4n6) quant à lui ne représente que 6 % des acides gras (phospholipides). Bien qu'aucune étude canadienne n'ait été réalisée sur des populations générales, les proportions rapportées aux États-Unis sont de 0,8 % et de 0,9 % pour le EPA et le DHA respectivement. Au Japon, les pêcheurs présentaient des pourcentages moyens (moyenne arithmétique) d'EPA et de DHA, respectivement de 3 % et 8 %, soit très similaires à ceux de l'étude actuelle (Yamori *et al.*, 1985). Sur la Basse-Côte-Nord, les deux cents pêcheurs participant à l'étude avaient une concentration sanguine d'acides gras oméga-3 (EPA + DHA) équivalente à 5 %, soit intermédiaire entre les populations urbaines nord-américaines et inuites (Dewailly *et al.*, 1991).

Le rapport EPA/AA, considéré comme un indicateur du niveau de risque des maladies ischémiques coronariennes, est de 0,53 dans cette étude. Ce résultat est comparable à ce qui est rapporté dans une étude réalisée chez des pêcheurs japonais où ce rapport était de 0,58 (Hirai *et al.*, 1987). Une autre étude japonaise réalisée sur 10 000 hommes concluait qu'un rapport EPA/AA faible (inférieur 0,1) était un indicateur de risque de maladies coronariennes chez les patients avec angine (Kondo, 1986).

Le rapport oméga-3/oméga-6 est également intéressant et se situe dans cette population autour de 0,40 soit un résultat similaire à ce qui est rapporté dans les études japonaises. Ce rapport est de 0,06 aux États-Unis.

Les acides oméga-3 sont largement influencés par l'âge, les moyennes arithmétiques variant de 7 % chez les moins de 25 ans à 13 % chez les 45 à 74 ans. Chez les habitants du Nunavik n'ayant pas l'*inuktitut* comme langue maternelle, la proportion des acides oméga-3, bien que moins élevée que chez les Inuits (7 % et 10 % respectivement), demeure élevée si on la compare à celle des populations générales d'Amérique du Nord (1 à 2 %), témoignant d'une consommation importante de produits marins.

Les relations entre les concentrations sanguines d'acides oméga-3 et l'alimentation, présentées au tableau 3.13, indiquent que l'origine principale de ces acides gras est la consommation de produits marins. Parmi les différents facteurs de risque connus de maladies ischémiques coronariennes, on retrouve l'alimentation et en lien avec ce facteur, les concentrations sanguines de cholestérol et de triglycérides. Au niveau du cholestérol, le cholestérol-HDL (High Density Lipoproteins) joue un rôle majeur comme facteur de protection des maladies ischémiques coronariennes (à propos des maladies cardiovasculaires, voir Chapitre 10).

L'étude des associations entre d'une part, les terciles de concentrations d'acides oméga-3 sanguins et, d'autre part, le cholestérol-HDL et les triglycérides, est présenté au tableau 3.15. Lorsque les concentrations d'acides oméga-3 sanguins augmentent, le cholestérol-HDL augmente de 1,36 mmol/L à 1,69 mmol/L (moyenne arithmétique). À l'inverse, les triglycérides diminuent de 1,20 à 1,05 mmol/L (moyenne arithmétique). Les corrélations entre d'une part, les oméga-3 et d'autre part, le cholestérol-HDL et les triglycérides sont de 0,31 ($p < 0,001$) et de -0,12 ($p < 0,01$) respectivement. Chez les hommes, les coefficients sont de 0,52 ($p < 0,001$) pour le cholestérol-HDL et de -0,16 ($p = 0,01$) pour les triglycérides. Chez les femmes, ces corrélations ne sont pas significatives. Par ailleurs, les hommes de tous âges voient leurs facteurs de risque de maladies cardiovasculaires diminués grâce à une alimentation riche en produits marins.

3.4.3 Communication et comportement alimentaire

L'inquiétude suscitée par les contaminants dans la chaîne alimentaire au Nunavik a fait en sorte que plus d'une personne sur sept a modifié d'une façon ou de l'autre ses habitudes de vie. L'annonce de la présence de contaminants dans la chaîne alimentaire a eu des effets sociaux semblables au Nunavik à ceux déjà notés ailleurs dans les régions nordiques (Archibald et Kosatsky, 1991; Usher, 1992). Il s'avère donc essentiel d'approfondir davantage cette question, notamment afin de mettre à jour les raisons pour lesquelles des individus ont changé leurs habitudes de vie, et comment ceci pourrait être évité. Des études supplémentaires permettraient de mieux comprendre la persistance temporelle des effets de la communication des risques, ainsi que l'étendue des modifications apportées à l'alimentation en raison des contaminants. Finalement, il est important d'approfondir la question des impacts négatifs de la perception des risques, non seulement en ce qui concerne les comportements alimentaires, mais aussi au niveau des représentations culturelles et de l'économie informelle, puisque ceux-ci pourraient contribuer à la constitution d'impacts cumulatifs d'importance.

3.5 RÉSUMÉ

Cette enquête permet d'estimer l'exposition humaine aux contaminants présents dans la chaîne alimentaire des habitants du Nunavik. Le mercure et les organochlorés s'accumulent dans la chaîne alimentaire aquatique de l'Arctique. Les communautés inuites du Nunavik, dont la base de l'alimentation est constituée de poissons et de mammifères marins, sont donc plus exposées que les populations vivant hors des régions circumpolaires. Le plomb n'apparaît pas être un problème majeur mais le quart des femmes en âge de procréer présentent une concentration sanguine trop élevée. Afin de réduire l'exposition des femmes en âge de procréer, on devrait se préoccuper d'identifier les causes de ce problème, étant donné la vulnérabilité particulière du fœtus à ce métal. Le cadmium, quant à lui, provient

essentiellement de la consommation de tabac. Quant au mercure, les concentrations sanguines sont très élevées, comparativement aux populations du sud de la province. Il est peu probable que ces niveaux d'exposition soient responsables, chez les adultes, d'atteintes neurologiques. Cependant, comme pour le plomb, les risques potentiels les plus préoccupants concernent le système nerveux du fœtus en développement et les atteintes neurocomportementales qui pourraient y être associées. Finalement, les concentrations sanguines en organochlorés sont comme pour le mercure près de dix fois plus élevées que dans le sud de la province. Là encore des effets chroniques à long terme sont peu susceptibles de survenir chez l'adulte alors que le fœtus est encore une fois le plus sensible à l'action toxique de ces contaminants.

Parallèlement à ces risques toxiques potentiels, la consommation de produits marins qui caractérise les Inuits du Nunavik leur confère un haut degré de protection contre les maladies ischémiques coronariennes, principales causes de mortalité dans les pays industrialisés. L'absence de maladies thrombotiques (angine, infarctus) et ce, malgré d'autres facteurs de risque présents (tabagisme, stress, obésité), mérite d'autres investigations dans le but de clarifier le rôle exact de l'alimentation. Les acides gras de type oméga-3 mesurés dans le sang sont associés à une augmentation significative du cholestérol-HDL et à une baisse des triglycérides. Ces deux facteurs sont d'une importance capitale dans la protection des maladies cardiaques thrombotiques. Par ailleurs, chez l'enfant, les acides gras polyinsaturés ont des effets bénéfiques de plus en plus reconnus, en particulier sur l'acuité visuelle et sur l'augmentation du poids de naissance. Finalement, de nombreux nutriments présents dans les aliments d'origine aquatique sont d'une importance capitale. Le sélénium et d'autres antioxydants comme le rétinol sont des agents anticancérogènes maintenant reconnus. De plus, il est aussi possible que le sélénium réduise les risques potentiels liés au mercure.

Considérant d'une part, les faibles risques potentiels et d'autre part, les bénéfices sanitaires très importants de l'alimentation traditionnelle, rien ne justifie pour le moment de recommander une limitation de la consommation de produits marins pour les populations inuites adultes du Nunavik. D'autant plus que des recommandations qui tiendraient uniquement compte des risques possibles pourraient entraîner, comme on l'a vu, des modifications indésirables au niveau de la consommation de nourriture traditionnelle et donc, d'avoir à long terme un impact négatif sur la santé publique. Toutefois, il n'est pas clair que les modifications apportées à l'alimentation soient réellement dues à la crainte des BPC ou si les données ne traduisent pas plutôt un malaise et des réactions de la population quant à l'état de l'environnement.

Pour les femmes enceintes, un dépistage à la naissance (cordon ombilical) de l'exposition aux contaminants est en cours au Nunavik, comme dans tout l'Arctique canadien ainsi que dans les sept pays circumpolaires. Ces données permettront d'une part, de surveiller dans le temps

cette exposition humaine et, d'autre part, d'énoncer si nécessaire des recommandations acceptables pour les individus et les communautés.

3.6 RÉFÉRENCES

- AHLBORG, U.G.; HANBERG, A.; KENNE, K. (1992). *Risk Assessment of Polychlorinated Biphenyls (PCBs)*, Copenhagen Stockholm : Nordic Council of Ministers, The Nordic Council, Nordic Environmental Corporation, 99 p.
- ALLEN, R.W. (1991). *Research-Thinking about Community Consequences*, in : Kern, P. et Cordtz, T., ed. *Nuna Med'91 Grønlands medicinsk konference, Nuuk : Grønlands medicinsk selskab et Grønlands baegekredstoring*, p. 22-24.
- ARCHIBALD, C.P.; KOSATSKY, T. (1991). «Public Health Response to an Identified Environmental Toxin : Managing Risks to the James Bay Cree Related to Cadmium in Caribou and Moose», *Canadian Journal of Public Health*, 82 : 22-26.
- BARRIE, L.A.; GREGOR, D.; HARGRAVE, B.; LAKE, R.; MUIR, D.; SHEARER, R.; TRACEY, B.; BIDLAMAN, T. (1992). «Arctic Contaminants : Sources, Occurrence and Pathways», *The Science of the Total Environment*, 122 : 1-74.
- BENEDETTI, J.L.; DEWAILLY, É.; TURCOTTE, F.; LEFEBVRE, A. (1994). «Unusual High Blood Cadmium Associated with Cigarette Smoking among Three Subgroups of the General Population, Québec, Canada», *Science of the Total Environment*, (à paraître).
- BERODE, M.; WIETLISBACH, V.; RICKENBACH, M.; GUILLEMIN, M.P. (1991). «Lifestyle and Environmental Factors as Determinant of Blood Lead Levels in a Swiss Population», *Environmental Research*, 55 : 1-17.
- CAREAU, H.; DEWAILLY, É.; VÉZINA, A.; AYOTTE, P.; GAUVIN, D. (1992). *État de la contamination du Canada nordique et du Groenland*, Service Santé et Environnement, Département de santé communautaire du Centre Hospitalier de l'Université Laval, Québec, 193 p.
- CARRIER, G.; TREMBLAY, C.G.; GROULX, S.; DEWAILLY, É. (1990). *Polychlorobiphenyl (PCB), Polychlorodibenzodioxin (PCDD), and Polychlorodibenzofuran (PCDF) Exposure of Firefighters Involved in the PCB Fire at St-Basile-Le-Grand, Québec, Canada*, in : HUTZINGER, O. et FIELDER, H., ed. *Organohalogen Compounds*. Bayreuth Germany : Ecoinforma Press : p. 361-368. Seminar, Dioxin 90/EPRI, vol. 3.
- CDC (1991). «Lead Poisoning among Battery Reclamation Workers», *Alabama, MMWR*, 1993 : 301-304.
- DEWAILLY, É.; LALIBERTÉ, C.; SAUVÉ, L.; GINGRAS, S.; AYOTTE, P. (1991). *La consommation des produits de la mer sur la Basse-Côte-Nord du Saint-Laurent : risques et bénéfices pour la santé*, Service Santé et Environnement, Département de santé communautaire, Centre Hospitalier de l'Université Laval, 150 p.
- DEWAILLY, É.; AYOTTE, P.; CAREAU, H.; BRUNEAU, S.; GRONDIN, J. (1994). «Temporal and Spatial Trends of Human Exposure from Food Chain Contaminants in the Canadian Arctic», *Arctic Medical Research*, (à paraître).

- DEWAILLY, É.; LALIBERTÉ, G.; SAUVÉ, L.; FERRON, L.; RYAN, J.J.; GINGRAS, S.; AYOTTE, P. (1992). «Sea-bird Egg Consumption as a Major Source of PCB Exposure for Communities Living along the Gulf of St-Lawrence», *Chemosphere*, 25(7-10) : 1251-1255.
- DEWAILLY, É.; NANTEL, A.; BRUNEAU, S.; LALIBERTÉ, C.; FERRON, L.; GINGRAS, S. (1992). «Breast Milk Contamination by PCDDs, PCDFs and PCBs in Arctic : A Preliminary Assessment», *Chemosphere*, 25(7-10) : 1245-1249.
- DEWAILLY, É.; NANTEL, A.; WEBER, J.P.; MEYER, F. (1989). «High Levels of PCBs in Breast Milk of Inuit Women from Arctic Québec», *Bulletin of Environmental Contamination and Toxicology*, 43(1) : 641-646.
- DUCAFFRE, G.; CLAEYS, F.; BRUAUX, P. (1990). «Lowering Time Trend of Blood Levels in Belgium since 1978», *Environment Research*, 51 : 25-34.
- DYERBERG, J.; BANG, H.O.; HJORNE, N. (1975). «Fatty Acid Composition of the Plasma Lipids in Greenland Eskimos», *American Journal of Clinical Nutrition*, 28 : 958-966.
- FOLSENM, S.; JOENSEN, H.D. (1985). «High Liveborn Birth Weights in the Faeroes : A Comparison between Birth Weights in the Faeroes and in the Denmark», *Journal Epidemiology Community Health*, 39 : 27-32.
- HIRAI, A.; TERANO, H.; SAITO, Y.; TAMURAN, Y.; YOSHIDA, S. (1987). «Clinical and Epidemiological Studies of Eicosapentaenoic Acid in Japan», in : LANDS, W.E.M., ed., *Proceedings of the AOCS Short Course on Polyunsaturated Fatty Acids and Eicosanoids, Chapter 2*, p. 9-24.
- KERSHAW, T.G.; DHAMIR, P.H.; CLARKSON, T.W. (1980). «The Relationship between Blood Levels and Dose of Methylmercury in Man», *Archives of Environmental Health*, 35(1) : 28-36.
- KINLOCH, D.; KUHNLEIN, H.; MUIR, D.C.G. (1992). «Inuit Foods and Diet : A Preliminary Assessment of Benefits and Risks», *The Science of the Total Environment*, 122 : 247-278.
- KONDO, J. (1986). «Plasma-Free Eicosapentaenoic Acid/Arachidonic Acid Ratio : A Possible New Coronary Risk Factor», *Clinical cardiology*, 9(9) : 413-416.
- LALIBERTÉ, C.; DEWAILLY, É.; GINGRAS, S.; AYOTTE, P.; WEBER, J.-P.; SAUVÉ, L.; BENEDETTI, J.-L. (1992). *Mercury Contamination in Fishermen of the Lower North Shore of the Gulf of St. Lawrence (Québec, Canada)*, in : Vernet, J.-P., ed. *Impact of Heavy Metals on the Environment*, p. 15-28.
- LANDRIGAN, P.J. (1990). «Lead in Modern Workplace», *American Journal of Public Health*, 80(8) : 907-908.
- LEVALLOIS, P.; RHAINDS, M. (1992). «L'intoxication au plomb d'origine environnementale : un problème de santé publique persistant», *Bulletin d'information en santé environnementale*; 3(1) : 1-4.
- NETTLETON, J.A. (1993). «Are N-3 Fatty Acids Essential Nutrients for Fetal and Infant Development?», *Journal of the American Dietetic Association*, 93(1) : 58-64.
- NIOSH (1977). *Criteria for a Recommended Standard. Occupational Exposure to Polychlorinated Biphenyls (PCBs)*, no 77-225, Rockville, MD : U.S. : DHEW, PHS, CDC. Niosh, Publ., 232 p.

OLSEN, S.F.; SORENSEN, J.D.; SECHER, N.J.; HEDEGAARD, M.; HENRIKSEN, T.B.; HANSEN, H.S.; GRANT, A. (1992). «Randomised Controlled Trial of Effect of Fish-Oil Supplementation on Pregnancy Duration», *The Lancet*, 339(8800) : 1003-1007.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1990). «Methylmercury», *Environmental Health Criteria*, 101 : 35-42.

SIEGEL, S. (1956). *Nonparametric Statistics : For the Behavioral Sciences*, McGraw-Hill Series in Psychology, ed. HARLOW, H.F., New York : McGraw-Hill Book Company, 312 p.

SNEDECOR, G.W.; COCHRAN, W.G. (1967). *Statistical Methods*, Ames, IA : Iowa State University Press, 507 p.

SVENSSON, B.G.; SCHÜTZ, A.; NILSSON, A.; AKESSON, I.L.; AKESSON, B.; SKERFVING, S. (1992). «Fish as a Source of Exposure to Mercury and Selenium», *The Science of the Total Environment*, 126 : 61-74.

SWAIN, W.R. (1991). «Effects of Organochlorine Chemicals on the Reproductive Outcome of Humans Who Consumed Contaminated Great Lakes Fish : An Epidemiologic Consideration», *Journal of Toxicology and Environmental Health*, 33 : 587-639.

TURNER, M.D.; MARSH, D.O.; SMITH, J.C.; INGLIS, J.B.; CLARKSON, T.W.; RUBIO, C.E.; CHIRIBOGA, J.; CHIRIBOGA, C.C. (1980). «Methylmercury in Populations Eating Large Quantities of Marine Fish», *Archives of Environmental Health*, 35(6) : 367-378.

USHER, P. (1992). *La contamination mercurielle du poisson et ses effets socio-économiques chez les collectivités autochtones du nord*, in : *Les contaminants dans l'environnement marin du Nunavik*, Ste-Foy : Université Laval, Centre d'études nordiques : p. 49-55, Collection Nordicana, vol. 56.

WORKING GROUP ON BLOOD LEAD INTERVENTION LEVELS AND STRATEGIES (1992). *Update and Evidence For Low-Level Health of Lead and Proposed Blood Lead Intervention Levels and Strategies*, Santé et Bien-être social (données non publiées).

YAMORI, Y.; NARA, Y.; IRITANI, N.; WORKMAN, R.; INAGAMIT, T. (1985). «Comparison of Serum Phospholipid Fatty Acids among Fishing and Farming in Japanese Populations and American Inlanders», *Journal of Nutritional Science and Vitaminology*, 31 : 417-422.

CHAPITRE 4

CONSOMMATION DE TABAC, D'ALCOOL ET DE DROGUES ILLICITES

AUTEURS

COSTAS KAPÉTANAKIS
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE
MONTRÉAL-CENTRE

PIERRE LAFONTAINE
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX
ÉTUDES ET ANALYSES

CLAUDETTE LAVALLÉE
SANTÉ QUÉBEC
UNITÉ DE SANTÉ PUBLIQUE
HÔPITAL GÉNÉRAL DE MONTRÉAL

LECTEURS

LOUISE BUJOLD-BROWN
MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX
DIRECTION DU SOUTIEN AUX OPÉRATIONS RÉGIONALES
(AMÉRINDIENS ET INUITS)

LOUISE NADEAU
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
DÉPARTEMENT DE PSYCHOLOGIE

MICHEL POULIN
INFIRMIER/ENQUÊTEUR

FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET
DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK

GLOSSAIRE

Ancien fumeur (cigarette)

Personne ayant déjà fumé régulièrement et déclarant avoir cessé de fumer. Aussi désigné dans le texte par ex-fumeur.

DÉBUFUM

Indice permettant de déterminer à quel âge un fumeur régulier ou un ancien fumeur régulier a commencé à fumer.

Fumeur occasionnel

Personne déclarant fumer moins fréquemment qu'à tous les jours.

Fumeur régulier

Personne déclarant fumer tous les jours.

Non-fumeur

Répondant n'ayant jamais fumé régulièrement la cigarette.

Polytoxicomanie (tabac, alcool et autres drogues)

Classification selon le nombre de drogues consommées au cours des douze mois précédant l'enquête :

- aucune drogue;
- consommation d'alcool seulement;
- usage de tabac seulement;
- usage de tabac et d'alcool seulement;
- usage de tabac, d'alcool et de marijuana (ou de haschisch) seulement;
- toutes autres combinaisons.

Statut de consommateur de drogues illicites

- | | |
|------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| abstinents | ceux qui n'ont jamais fait usage d'une drogue; |
| ex-usagers | ceux qui ont déjà fait usage d'une drogue, mais qui n'en ont pas consommée au cours des douze mois précédant l'enquête; |
| usagers actuels | ceux qui ont consommé de la drogue au cours des douze mois précédant l'enquête. |

TABAC

Indice incluant quatre catégories de fumeurs : fumeur régulier, fumeur occasionnel, ancien fumeur et non-fumeur.

Types de buveurs (d'alcool)

abstinents	Individus qui n'ont jamais consommé d'alcool.
anciens buveurs	Individus qui avaient l'habitude de prendre de l'alcool, mais qui n'en n'ont pas consommé au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête.
buveurs habituels	Individus qui consomment de l'alcool au moins une fois par mois.
buveurs occasionnels	Individus qui avaient consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête, mais moins fréquemment qu'une fois par mois.

CAGE

Indice permettant de définir les buveurs à risque à partir des quatre questions (Q25 à Q28) du Questionnaire confidentiel portant sur les comportements, les perceptions et les sentiments reliés à l'alcool (Ewing, 1984).

IDA

Indice de dépendance alcoolique référant à un mode de consommation pathologique, à une dépendance et à des problèmes biopsychosociaux reliés à l'alcool. La dépendance est établie lorsqu'il y a une réponse positive à une des questions entrant dans la composition de l'indice CAGE et au moins la mention d'un problème de santé relié à la consommation d'alcool.

IDAM

Indice de dépendance alcoolique modifié. Il réfère directement à l'IDA mais sa composition exclut des variables qui semblaient non discriminantes chez les Inuits.

4.0 INTRODUCTION

Au milieu des années soixante-dix, «le rapport sur la santé des Canadiens» (Lalonde, 1974) ouvrait de «nouvelles perspectives» en mettant en évidence l'impact des habitudes de vie sur l'état de santé d'une population. La plupart des maladies chroniques, des incapacités et des décès prématurés présentent une étiologie multifactorielle mettant en cause des facteurs biologiques inaltérables, mais aussi des facteurs environnementaux et comportementaux potentiellement modifiables. De plus, il existe une synergie entre ces différents types de facteurs et le recours aux services de santé.

Ce chapitre est consacré à des habitudes de vie dont l'influence sur la santé physique et mentale, de même que sur le milieu social a été maintes fois démontrée. Il s'agit du tabagisme, de la consommation d'alcool et de drogues illicites,⁽¹⁾ ainsi que des problèmes liés à la consommation d'alcool et d'autres drogues.

4.1 L'USAGE DU TABAC

L'usage du tabac est certes l'habitude de vie causant le plus de décès et d'incapacités; il est particulièrement associé aux maladies cardiovasculaires et aux problèmes respiratoires (U.S. Department of Health and Human Services, 1990). De plus, de 80 à 85 % de tous les cancers du poumon lui sont attribuables. Ainsi, l'augmentation substantielle des décès par cancer depuis 1951 est directement reliée au tabagisme. L'augmentation rapide de la fréquence du cancer du poumon chez la femme porte certains auteurs à croire que celui-ci supplantera, d'ici quelques années, le cancer du sein comme première cause de cancer parmi la population féminine (Wigle *et al.*, 1986). De plus, l'usage du tabac durant la grossesse peut affecter la santé du fœtus (Millar, 1992). Les résultats de l'enquête Santé Québec 1987 ont montré que, parmi les jeunes Québécois de moins de 30 ans, une plus grande proportion de femmes que d'hommes fument. Cette tendance se manifestait déjà parmi les 15 à 17 ans puisque 20 % des garçons et 26 % des filles déclaraient fumer régulièrement la cigarette (Santé Québec, 1988). Une étude effectuée à partir des résultats de la même enquête a également montré que les jeunes expérimentent de plus en plus tôt l'usage quotidien de la cigarette (Létourneau, 1990).

Malgré le fait que l'abandon du tabac est un processus long et difficile pour la plupart des fumeurs, 43 % des fumeurs canadiens essaient de cesser de fumer au cours d'une année donnée (Millar, 1992). Ceci entraîne une diminution régulière de la proportion de la population totale qui fume. Ainsi, la proportion de fumeurs québécois est passée de 64 à 34 % chez les hommes et de 34 à 33 % chez les femmes entre 1965 et 1990 (Santé Québec, 1991). Les fumeurs qui abandonnent cette habitude connaissent une diminution graduelle de leur risque

(1) Tout au long du présent rapport, l'appellation «drogues» fera référence à l'ensemble des drogues illicites.

de maladies cardiovasculaires, 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).

Les taux canadiens 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; ces taux ne sont toutefois pas standardisés pour la distribution fort différente de l'âge parmi ces groupes (Millar, 1992). L'enquête «Promotion de la santé Canada» dans les Territoires du Nord-Ouest a rapporté que 67 % des Inuits fument la cigarette de façon régulière, c'est-à-dire tous les jours (Whitehead et Layne, 1989). L'enquête *Plasannouq*, effectuée auprès de la population inuite du Nunavik en 1983-1984, a montré par ailleurs que près de 75 % des individus de 15 ans et plus fumaient régulièrement. Les personnes âgées de 65 ans et plus étaient un peu moins nombreuses à fumer (moins de 60 %) que les plus jeunes (Blanchet *et al.*, 1992).

4.1.1 Portée et limites des données

Huit questions de l'enquête portent sur le tabagisme et font partie du Questionnaire individuel. Toutes ces questions ont été empruntées à l'enquête Santé Québec 1987 et seront de ce fait comparables aux données du reste de la province. Une nouvelle question a été ajoutée qui porte sur le genre de cigarettes fumées habituellement (commerciales ou roulées à la main).

Deux indices ont été construits; le premier, **TABAC**, permet de reproduire la typologie utilisée fréquemment dans le passé et présentant quatre catégories de fumeurs, soit : **fumeur régulier** (au moins à tous les jours), **fumeur occasionnel**, **ancien fumeur** et **non-fumeur** (SBESC, 1981). Le second, **DÉBUFUM**, permet de déterminer à quel âge les Inuits, qui fument ou qui ont déjà fumé régulièrement, ont commencé à fumer.

4.1.2 Analyse des résultats

Le tableau 4.1 indique qu'environ les deux tiers (68 %) des Inuits âgés de 15 ans et plus déclarent fumer la cigarette tous les jours; cette proportion est nettement inférieure parmi les personnes de 45 ans et plus (50 %). Cinq pour cent seulement sont des fumeurs occasionnels, 11 % n'ont jamais fumé la cigarette et 16 % ont cessé de fumer; cette dernière proportion augmente significativement avec l'âge.

TABLEAU 4.1

Type de fumeurs dans la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

TYPE DE FUMEURS	GROUPE D'ÂGE						TOTAL	
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		%	Pe
	%	Pe	%	Pe	%	Pe		
Non-fumeur	17,6	267	5,3	92	12,4	114	11,3	473
Ancien fumeur	4,9	75	13,7	239	36,7	336	15,6	650
Fumeur occasionnel	7,6	115	5,6	97	1,4	13	5,4	225
Fumeur régulier	69,9	1 060	75,4	1 312	49,5	453	67,7	2 825
TOTAL	100	1 517	100	1 740	100	916	100	4 173

Comme l'illustre le tableau 4.2, plus de femmes que d'hommes inuits sont des fumeurs réguliers (71 % c. 65 %), et cette différence est particulièrement évidente chez les jeunes de 15 à 24 ans (79 % c. 60 %). En somme, c'est chez les jeunes femmes qu'on observe la plus grande proportion de fumeurs réguliers parmi les Inuits tandis que, parmi les hommes, la prévalence la plus élevée se retrouve parmi les répondants de 25 à 44 ans. La comparaison avec les taux observés pour l'ensemble du Québec indique une prévalence totale deux fois plus élevée chez les Inuits que chez les Québécois (ESQ 87). Cette différence se maintient pour tous les groupes d'âge. Notons toutefois que les taux observés chez les Inuits du Nunavik (67 %) sont pratiquement les mêmes que ceux rapportés par l'enquête «Promotion de la santé Canada» pour les Inuits des Territoires du Nord-Ouest (Whitehead et Layne, 1989). Millar (1992) rapporte aussi que les taux de tabagisme les plus élevés dans ces territoires atteignent 77 % parmi les jeunes femmes inuites de 15 à 19 ans. On note que la tendance à la baisse observée au Québec depuis les années soixante (Santé Québec, 1991) n'est pas encore amorcée chez les Inuits puisque la proportion de fumeurs réguliers est demeurée stable par rapport à l'enquête *Plasannouq* de 1983-1984.

TABLEAU 4.2

Proportion de fumeurs réguliers dans les populations inuite et québécoise (1987)
âgées de 15 ans et plus, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]

POPULATION	GROUPE D'ÂGE						TOTAL	
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		%	Pe
	%	Pe	%	Pe	%	Pe		
Inuite 1992								
Hommes	60,3	460	78,7	715	43,9	202	64,6	1 377
Femmes	79,6	600	71,8	598	55,0	251	70,9	1 449
Québec 1987								
Hommes	29,3	144 313	41,3	436 359	34,9	283 072	36,6	863 744
Femmes	35,0	170 072	38,2	412 357	26,5	239 312	33,3	821 741

Par ailleurs, ce sont chez les personnes célibataires (74 %) qu'on trouve la proportion la plus élevée de fumeurs réguliers. Cette association pourrait cependant être confondue par la distribution par âge puisque les jeunes, qui sont plus souvent fumeurs, se retrouvent aussi plus fréquemment parmi les célibataires. La proportion de fumeurs réguliers est également plus élevée chez les personnes ne travaillant pas (74 %), chez les cols blancs (72 %) et chez les étudiants (72 %). Elle est moins élevée chez les professionnels et cadres, les cols bleus et les ménagères. Aucune différence significative n'a été observée dans la proportion de fumeurs entre les résidents de la côte de l'Hudson et ceux de la côte de l'Ungava.

Enfin, 11 % des Inuits ont commencé à fumer quotidiennement entre 6 et 11 ans et 45 % entre 12 et 15 ans. Ces proportions atteignent respectivement 16 et 55 % chez les jeunes de 15 à 24 ans indiquant que les Inuits, comme les Québécois (Létourneau, 1990), ont tendance à commencer à fumer de plus en plus jeunes. Cette tendance se manifeste chez les deux sexes et semble plus marquée sur la côte de l'Hudson.

Les fumeurs réguliers inuits fument quinze cigarettes par jour en moyenne⁽¹⁾. Parmi eux, les hommes de tous âges et les femmes de 25 ans et plus fument quotidiennement un plus grand nombre de cigarettes. Malgré la forte prévalence du tabagisme, le nombre quotidien de cigarettes fumées par usager est plus faible au sein des communautés inuites que dans le reste du Canada (SBESC, 1993). Le tableau 4.3 illustre que 40 % des Inuits du Nunavik qui

(1) Il est possible qu'il existe une sous-déclaration de la quantité déclarée de cigarettes consommées; par ailleurs, cette sous-déclaration n'est pas propre aux Inuits. Quant au type de cigarettes fumées, aucun Inuit déclare rouler lui-même ses cigarettes.

fument régulièrement (femmes : 51 %; hommes : 29 %) consomment dix cigarettes par jour ou moins. Vingt-six pour cent seulement des fumeurs canadiens déclarent fumer aussi peu de cigarettes quotidiennement (SBESC, 1993). Cinquante-six pour cent (femmes : 46 %; hommes : 66 %) consomment de onze à vingt-cinq cigarettes par jour et seulement quatre pour cent fument plus d'un paquet par jour. Les jeunes fumeurs de 15 à 24 ans consomment moins de cigarettes par jour que leurs aînés; alors que la moitié d'entre eux fument dix cigarettes ou moins par jour, seulement le tiers des personnes de 25 ans et plus déclarent une consommation équivalente.

TABLEAU 4.3

Quantité quotidienne de cigarettes fumées par usager, par les populations inuite et canadienne (1990) âgées de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]

QUANTITÉ QUOTIDIENNE DE CIGARETTES	POPULATION			
	INUITE		CANADIENNE	
	%	Pe	%	Pe
1 - 10 cigarettes	39,9	1 028	26,0	nd
11 - 25 cigarettes	55,8	1 438	65,0	nd
> 25 cigarettes	4,3	110	9,0	nd
TOTAL	100	2 576	100	nd

Près de 16 % des Inuits sont d'anciens fumeurs, alors que 37 % des Cris de la Baie James (Clarkson *et al.*, 1993) et 30 % de l'ensemble des Québécois (ESQ 87) ont cessé de fumer. Près du tiers des ex-fumeurs inuits ont abandonné la cigarette avant l'âge de 25 ans tant chez les hommes que chez les femmes.

4.2 LA CONSOMMATION D'ALCOOL

L'enquête nationale sur la consommation d'alcool et de drogues (SBESC, 1990) a fait ressortir que l'alcool était le psychotrope le plus utilisé par la population canadienne. La consommation d'alcool de façon « appropriée » est considérée comme une façon acceptable de se comporter (Douglas, 1987). Par contre, une trop grande consommation est associée à des problèmes de santé et à des problèmes sociaux (maladies du foie, certains types de cancer, accidents, violence familiale, suicide). Les problèmes associés à une consommation excessive d'alcool

entraînent des coûts sociaux considérables (recours au système de santé et de services sociaux, perte de productivité, etc.).

La consommation d'alcool varie selon les individus non seulement en raison de facteurs sociodémographiques, mais aussi en fonction des événements que les individus vivent et du contexte dans lequel ils les vivent. La société inuite a connu d'importants changements socio-économiques et culturels qui se traduisent nécessairement par le changement de certaines habitudes de vie et possiblement par une plus grande consommation d'alcool. Notons toutefois que la consommation d'alcool n'est pas un phénomène nouveau puisqu'une fabrication d'alcool de type artisanal existait déjà mais de façon marginale (F. Tremblay, communication personnelle, 1993). De plus, au début des années 70, certaines habitudes associées à la consommation d'alcool sont apparues, telles ces soirées de bière (*beer nights*) déterminées par les journées où l'on vendait de la bière à la coopérative. Enfin, il y avait toujours, pour les Inuits, la possibilité de se procurer de l'alcool par commande postale, par des amis ou encore par cargo aérien.

4.2.1 Portée et limites des données

Les questions sur l'alcool proviennent du Questionnaire confidentiel. Un groupe de travail sur l'analyse des résultats de l'enquête «Promotion de la santé Canada» dans les Territoires du Nord-Ouest a souligné la réticence à répondre que pouvaient manifester les Inuits provenant d'une communauté où la vente d'alcool est prohibée (Imrie et Warren, 1988). Bien que la consommation d'alcool au Nunavik soit légale, elle n'en demeure pas moins socialement répréhensible. Dans ce contexte, nous avons également noté que les répondants étaient moins enclins à admettre qu'ils consommaient de l'alcool, dans le cadre d'entrevues face à face. Le recours au Questionnaire confidentiel auto-administré était donc susceptible de minimiser ces impacts.

Les questions utilisées permettent d'établir quels sont les types de buveurs dans la population inuite. Cette typologie est la même que celle utilisée lors de l'enquête Santé Québec 1987 et dans l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James de 1991. Par ailleurs, la quantité d'alcool consommée est une donnée déterminante dans une perspective de santé; un nombre moyen de cinq consommations et plus, les journées où il y a consommation⁽¹⁾, correspond à un seuil permettant de différencier les individus susceptibles de développer des problèmes liés à l'alcool (SBESC, 1989). Enfin, les questions permettent de connaître un éventuel changement dans les habitudes de boire au cours des douze mois précédant

(1) Dans la documentation scientifique, il est également question de cinq consommations et plus par occasion plutôt que de cinq consommations et plus par jour pour déterminer le risque (Room, 1990). Compte tenu des modes de consommation dans cette région, il ne semble pas que cette modification puisse entraîner un biais important.

l'enquête, de même qu'elles renseignent sur les problèmes liés à cette consommation au cours de la même période.

Les questions sur l'alcool offrent la possibilité de produire certains indices reconnus dans la documentation scientifique, tels les indices **CAGE** et **IDA** (indice de dépendance alcoolique). L'indice **CAGE** permet d'identifier les buveurs à risque à partir de quatre questions portant sur les comportements, les perceptions et les sentiments reliés à l'alcôve (Ewing, 1984). D'autre part, l'**IDA** fait référence à un mode de consommation pathologique, à une dépendance et à des problèmes reliés à l'alcool de nature biologique, psychologique ou sociale (American Psychiatric Association, 1989, pp 193-195). Les individus qui ont répondu positivement à une question du **CAGE** et qui ont connu au moins un problème de santé relié à l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête sont catégorisés dans l'**IDA**.

À la lumière des analyses réalisées à partir des données disponibles, nous pensons que ces deux indices peuvent être influencés par des valeurs culturelles et religieuses propres à la population inuite et perdre ainsi quelque peu de leur pouvoir discriminant.

Afin de tenir compte des biais possibles, nous proposons un indice de dépendance alcoolique modifié (**IDAM**), ne tenant compte que des problèmes liés à une consommation excessive (mesure objectivée) et excluant les questions portant sur le sentiment de culpabilité ou la volonté de réduire la consommation (mesure subjective). En ne tenant pas compte de ces deux composantes de l'**IDA**, nous pensons utiliser un indicateur plus approprié de la proportion de personnes ayant un problème de dépendance alcoolique. Il s'agit toutefois d'une démarche exploratoire, ce nouvel indice expérimenté ici a été utilisé pour la première fois auprès de la population crie de la Baie James (Santé Québec, 1991).

4.2.2 Analyse des résultats

4.2.2.1 Consommation d'alcool

Au-delà de 41 % de la population inuite âgée de 15 ans et plus sont des **buveurs habituels** et cette proportion est nettement plus élevée sur la côte de l'Ungava (tableau 4.4). On remarque également que 22 % des répondants déclarent être **abstinents**, alors qu'un peu moins de 20 % sont d'**anciens buveurs**. La proportion de personnes abstinentes est près de deux fois plus élevée du côté de la baie d'Hudson. La disponibilité de l'alcool, à une plus grande échelle, est plus récente du côté de la baie d'Hudson. Ceci peut expliquer, en partie, les résultats observés.⁽¹⁾

(1) Notons que les données recueillies mésestiment le statut de buveur et la consommation des plus jeunes et des hommes. L'analyse de la non-réponse partielle révèle que les hommes répondent moins que les femmes et que la non-réponse est plus élevée chez les plus jeunes.

TABLEAU 4.4

Type de buveurs dans les populations inuite et québécoise (1987)
âgées de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]

TYPE DE BUVEURS	CÔTE				POPULATION			
	BAIE D'HUDSON		BAIE D'UNGAVA		INUITE		QUÉBEC	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Abstinentes	26,2	585	14,9	230	21,6	815	14,8	741 815
Anciens	20,2	452	14,9	230	18,1	682	5,4	268 680
Occasionnels	22,2	496	14,6	223	19,1	720	19,6	979 011
Habituels	31,4	701	55,6	856	41,2	1 556	60,2	3 014 131
TOTAL	100	2 234	100	1 539	100	3 773	100	5 003 637

On observe également des différences avec la situation prévalant au Québec en 1987. Ainsi, 80 % des Québécois étaient buveurs (habituels ou occasionnels) et 20 % abstinentes ou anciens buveurs (ESQ, 1987). Chez les Inuits, 60 % de la population de 15 ans et plus consomment de l'alcool.

Cette situation peut s'expliquer, en partie, par le fait qu'on ne retrouve aucun endroit où l'on vend de l'alcool, à l'exception des communautés de *Kuujuaq* et de *Kuujuarapik*.⁽¹⁾ La proportion de buveurs de ces deux villages (78 %) est comparable à celle du reste du Québec mais beaucoup plus élevée que dans l'ensemble des autres communautés inuites (55 %).

Une analyse en fonction de l'âge et du sexe (tableau 4.5) indique une plus forte proportion de buveurs (occasionnels et habituels) chez les plus jeunes; au-delà de 45 ans, leur importance relative diminue beaucoup, indépendamment du sexe. Près de 55 % des femmes de 45 ans et plus n'ont jamais bu, comparativement à 25 % chez les hommes. La proportion de buveurs à l'intérieur de ce groupe d'âge est nettement inférieure à ce que l'on a observé au Québec

(1) Dans ces deux communautés, on peut, à certaines heures et dans certains endroits, en consommer (au bar ou au restaurant de l'Hôtel de *Kuujuaq* et au Club social à *Kuujuarapik*). Ces deux communautés représentent des portes d'entrée importantes de l'alcool vers le Nunavik; elles sont desservies régulièrement par des vols aériens en provenance de Montréal.

en 1987, alors que 77 % des hommes et 59 % des femmes étaient des buveurs⁽¹⁾ (ESQ 1987).

Les habitudes de consommation d'alcool et de tabagisme présentent certaines caractéristiques communes dans cette population. Ainsi, 77 % des buveurs habituels sont aussi des fumeurs habituels et 29 % des anciens buveurs ont aussi cessé de fumer.

Près des deux tiers des répondants qui consomment de l'alcool boivent, en moyenne, cinq consommations et plus les journées où ils consomment (Tableau 4.6). Cette proportion est légèrement plus élevée chez les hommes. Ce sont chez les 25-44 ans que l'on observe les valeurs les plus élevées, les plus faibles chez les 45 ans et plus, et autant chez les hommes que les femmes. Signalons que la proportion des personnes buvant cinq consommations et plus par occasion est significativement plus élevée sur la côte de l'Ungava que sur la côte de l'Hudson (75 % c. à 54 %).

Les changements dans les habitudes de consommation constituent une information pertinente dans une optique de prévention. Près de 50 % des personnes qui boivent de l'alcool déclarent avoir diminué leur consommation au cours des douze mois précédant l'enquête, comparativement à 11 % qui l'ont augmentée (Tableau 4.7). La proportion de personnes à avoir diminué leur consommation est plus élevée chez les personnes âgées de 15-24 ans et elle décroît au fur et à mesure que les Inuits avancent en âge. Par contre, ce sont également chez les plus jeunes que l'augmentation de la consommation a été la plus élevée. C'est dans la même proportion que les femmes et les hommes ont augmenté leur consommation d'alcool. C'est également dans la même proportion que les buveurs occasionnels et les buveurs habituels ont diminué leur consommation d'alcool.

(1) Rappelons que les jeunes répondent moins que les plus âgés et les hommes moins que les femmes.

TABLEAU 4.5
Type de buveurs dans la population inuite âgée de 15 ans et plus,
selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]

TYPE DE BUVEURS	GROUPE D'ÂGE ET SEXE												TOTAL Pe				
	15-24 ANS			25-44 ANS			45 ANS ET +			TOTAL							
	H		F	H		F	H		F	H		F					
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe					
Abstinentes	23,6	149	17,4	114	6,5	55	20,6	170	24,9	95	54,8	231	16,0	299	27,0	515	814
Anciens	5,9	37	21,3	140	15,7	134	20,7	171	29,2	111	21,1	89	15,1	282	21,0	400	682
Occasionnels et habituels	70,5	447	61,3	403	77,8	665	58,7	485	45,9	175	24,1	102	68,9	1 287	52,0	990	2 277
TOTAL	100	633	100	657	100	854	100	826	100	381	100	422	100	1 868	100	1 905	3 773

TABLEAU 4.6

Proportion de buveurs inuits âgés de 15 ans et plus déclarant boire, en moyenne, cinq consommations d'alcool les jours où ils boivent (%) [Inuite, 1992]

SEXE	GROUPE D'ÂGE							
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Hommes	63,2	261	69,6	388	53,0	57	65,5	706
Femmes	58,6	210	64,8	283	54,0	44	61,3	537
TOTAL	61,1	471	67,5	671	53,4	101	63,6	1 243

TABLEAU 4.7

Modification des habitudes de consommation d'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête chez les Inuits âgés de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

HABITUDE DE CONSOMMATION	GROUPE D'ÂGE						TOTAL	
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +			
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Boit davantage	15,9	139	9,8	115	0,0	0	11,0	254
Boit moins	53,2	464	45,5	533	42,2	112	48,0	1 109
Aucune modification	30,9	270	44,7	522	57,8	154	41,0	946
TOTAL	100	873	100	1 170	100	266	100	2 309

4.2.2.2 Problèmes reliés à la consommation d'alcool

Outre les indices CAGE, IDA et IDAM, nous traiterons également des problèmes spécifiques occasionnés par la consommation d'alcool, au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête.

Le tableau 4.8 présente la proportion des Inuits à risque selon les indices CAGE, IDA et IDAM.⁽¹⁾

TABLEAU 4.8

Proportion des répondants inuits âgés de 15 ans et plus considérés à risque par les indices CAGE, IDA et IDAM, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]

GROUPE D'ÂGE	SEXE	INDICE					
		CAGE		IDA		IDAM	
		%	Pe	%	Pe	%	Pe
15-19 ans	Hommes	21,6	95	27,9	123	13,6	60
	Femmes	29,7	116	24,1	94	14,3	56
20-24 ans	Hommes	33,2	105	39,1	123	25,0	79
	Femmes	29,8	106	45,3	161	18,8	67
25-44 ans	Hommes	31,8	311	29,5	288	12,8	125
	Femmes	29,3	257	26,2	230	13,7	121
45 ans et +	Hommes	15,3	64	20,1	84	11,3	47
	Femmes	12,5	54	13,9	60	3,7	16
TOTAL	Hommes	26,7	575	28,8	618	14,5	311
	Femmes	25,9	533	26,5	545	12,6	260

Quel que soit l'indice considéré, on observe les proportions les plus élevées dans le groupe d'âge 20-24 ans tant chez les hommes que chez les femmes. La proportion de buveurs à risque selon les trois indices diminue avec l'âge, ce qui est congruent avec la consommation d'alcool par âge.

(1) Notons que l'indice IDA est affecté par la non-réponse partielle, les jeunes y étant sous-estimés. Pour ce qui est de l'indice CAGE, les données portent sur les buveurs à risque élevé seulement, c'est-à-dire ceux qui ont répondu affirmativement à au moins deux des quatre questions utilisées pour établir le niveau de risque.

Les différences entre hommes et femmes pour chacun de ces indicateurs sont minimales, sauf pour les deux indices de dépendance alcoolique (IDA et IDAM), chez les 45 ans et plus, où les proportions sont plus élevées chez les hommes. Il s'agit-là d'un résultat qui surprend puisqu'on aurait pu s'attendre à obtenir un plus grand écart entre hommes et femmes conformément à la surconsommation masculine d'alcool qui est fréquemment identifiée dans d'autres populations.

Parmi les facteurs qui peuvent influencer les réponses, mentionnons le fait que les femmes inuites sont davantage sensibilisées aux problèmes de leur entourage occasionnés par l'alcool et qu'elles ont de ce fait une plus grande propension à répondre affirmativement, donc à se culpabiliser. De plus, concernant les questions sur les problèmes occasionnés par les habitudes de consommation d'alcool, les femmes peuvent s'être référées aux problèmes qu'elles ont eu à subir plutôt qu'à ceux occasionnés par leur propre consommation. Un phénomène de déni plus important chez les hommes est également à considérer.

Soulignons, d'autre part, que la proportion de répondants considérés à risque de dépendance alcoolique selon l'IDAM est deux fois moins élevée que selon l'IDA pour l'ensemble de la population de 15 ans et plus; cette dernière observation reflète bien l'impact des deux questions non discriminantes dans le calcul de la proportion de répondants à risque selon l'IDA. On note l'écart le plus important entre l'IDA et l'IDAM chez les femmes âgées de 45 ans et plus. La proportion de buveurs à risque selon chacun de ces trois indices est toujours plus élevée chez les buveurs réguliers que chez les buveurs occasionnels.

La baie d'Ungava présente des proportions plus élevées pour chacun des trois indices. On a vu précédemment que la proportion de buveurs habituels y était également plus élevée. Il en est de même pour les communautés de *Kuujuuaq* et de *Kuujuuarapik* où 34 % des consommateurs d'alcool présentent un risque élevé selon l'indice CAGE comparativement à 24 % dans les autres communautés du Nunavik.

Une liste des problèmes spécifiques occasionnés par l'alcool est présentée au tableau 4.9. Ce sont les situations de tension ou de désaccord avec la famille ou les amis qui sont les plus fréquemment mentionnées. Un peu plus du tiers des femmes et 28 % des hommes qui consomment disent avoir éprouvé ces problèmes. Par ailleurs, tant chez les hommes que chez les femmes, une personne sur cinq a reçu un avertissement pour conduite en état d'ébriété ou s'est blessée (ou a blessé quelqu'un d'autre) lors d'une bagarre.

TABLEAU 4.9

Proportion des Inuits âgés de 15 ans et plus* ayant eu des des problèmes liés à la consommation d'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête, selon le sexe (%) [Inuite, 1992]

PROBLÈME LIÉ À LA CONSOMMATION D'ALCOOL	SEXE			
	HOMMES		FEMMES	
	%	Pe	%	Pe
Tension ou désaccords (chicanes) entre vous et votre famille ou vos amis	28,2	372	34,0	332
S'être blessé ou avoir blessé quelqu'un dans une bagarre ou une chicane	20,3	278	21,0	222
Avoir reçu un avertissement pour conduite en état d'ébriété	20,0	276	20,7	215
S'être blessé ou avoir blessé quelqu'un accidentellement lorsqu'en état d'ébriété	13,2	179	15,2	159
Avoir eu des problèmes de santé	13,0	178	20,0	206
Avoir eu des difficultés au travail ou à l'étude	12,5	170	11,0	113
Avoir été hospitalisé ou avoir suivi une cure de désintoxication à cause de problèmes d'alcool	9,1	124	9,3	98
Avoir été renvoyé chez soi pour ivresse dans un lieu public	7,3	100	12,2	127
Avoir perdu un emploi ou a été chassé de l'école	5,3	70	5,8	61

* Qui ont consommé de l'alcool au cours des douze mois précédant l'enquête.

On a observé, pour la majorité des problèmes énumérés, des proportions légèrement supérieures du côté de la baie d'Hudson et ce, même si la proportion de buveurs occasionnels et habituels y est inférieure à celle observée pour la baie d'Ungava. Cela suggérerait l'existence, dans l'Hudson, d'une moins grande tolérance sociale à l'égard du phénomène de la consommation abusive d'alcool.

4.3 L'USAGE DE DROGUES

Tout comme pour l'alcool, les drogues illicites et autres psychotropes, comme la marijuana ou le haschisch, la cocaïne, les solvants, etc., influent sur l'état de santé d'un individu si elles sont consommées en quantité excessive. C'est en effet l'usage abusif qui est dommageable pour la santé physique et mentale. Bien souvent, compte tenu du caractère illicite qui entoure l'usage de ces drogues, la détérioration de l'état de santé des usagers réguliers ne devient apparente que lorsque la dépendance à ces substances est bien ancrée. À ce stade-là, il faut plus qu'une simple cure de désintoxication pour libérer la personne de cet état et l'amener à adopter des habitudes de vie propices à un meilleur fonctionnement général (Cormier *et al.*, 1991).

L'utilisation de drogues, de plus en plus répandue à travers le monde depuis la fin des années soixante, n'a pas épargné la société inuite dont les contacts fréquents avec la civilisation occidentale sont d'un passé récent (Conseil régional de la santé et des services sociaux, 1991).

D'après l'enquête *Plasannouq* 1983-1984, plus d'un homme sur cinq et près d'une femme sur huit avaient consommé des drogues durant le mois précédant l'enquête; la plus forte proportion de consommateurs de drogues avait été observée chez les 20-24 ans, tant chez les hommes que chez les femmes.

Si le haschisch et la cocaïne sont, en général au Québec, les substances les plus utilisées (ESQ 1987; SBESC, 1993), une autre forme de toxicomanie préoccupe davantage la population inuite : l'inhalation de divers produits toxiques (essence, colle, etc.), surtout chez les jeunes enfants et adolescents (Labbé, 1987). La disponibilité, la variété et le faible coût de ce type de produits en facilitent l'usage abusif.

Bien que des études canadiennes, réalisées au cours des années 80, rapportent une baisse de la consommation de drogues prohibées, le problème n'en demeure pas moins sérieux pour un grand nombre de personnes, particulièrement chez les jeunes (SBESC, 1981; 1988; 1990; Santé Québec, 1988).

4.3.1 Portée et limites des données

Les questions pertinentes, au nombre de dix, portent sur l'usage de quelques drogues, les plus connues, tant au cours de la vie d'une personne qu'au cours des douze mois précédant l'enquête. L'inhalation de certaines substances toxiques (solvants volatils) figure dans cette section du questionnaire. Suivant l'utilisation ou non de ces produits, trois groupes distincts sont identifiés : les abstinents, les ex-usagers et les usagers actuels.

Cette classification ne considère que l'usage d'une seule drogue à la fois. Afin d'évaluer la proportion de la population s'adonnant à la consommation d'au moins une drogue, nous proposons un nouvel indice.

Enfin, nous essaierons de caractériser les groupes ayant fait usage de plusieurs substances toxiques au cours des douze mois précédant l'enquête, ce qui nous permettra d'identifier la polytoxicomanie. Cependant, l'enquête ne nous permet pas de savoir si ces produits ont été pris simultanément ou successivement, ni dans quelles circonstances. Bien que les données ne se prêtent pas à l'évaluation des risques qu'entraîne la consommation de plusieurs drogues sur la santé, nous pouvons induire qu'ils augmentent avec le nombre de produits⁽¹⁾.

Comme pour toute autre enquête portant sur des sujets aussi délicats que la consommation d'une drogue illicite, le phénomène de sous-déclaration est à prévoir. Cependant, nous espérons que le fait d'avoir inclus ces questions au questionnaire auto-administré «confidentiel», à l'instar de celles sur l'alcool, limitera ce biais de désirabilité sociale. Par ailleurs, comme le Questionnaire confidentiel ne s'adressait qu'à la population âgée de 15 ans et plus, la pratique d'inhalation de substances toxiques (solvants volatils) dans la population plus jeune nous échappe.

4.3.2 Analyse des résultats

4.3.2.1 L'usage actuel (au cours des douze mois précédant l'enquête)

Un peu plus de la moitié des hommes (51 %) et du tiers des femmes (35 %) ont consommé une drogue prohibée au cours des douze mois précédant l'enquête (tableau 4.10). Tant chez les hommes que chez les femmes, la marijuana ou le haschisch sont de loin les principales drogues consommées : 47 % des hommes et 30 % des femmes en ont fait usage au cours de cette période. L'importance de la cocaïne ou du crack de même que des autres types de drogues est moindre.

(1) Nous empruntons la méthodologie de l'enquête «*Promotion de la santé Canada*» (SBESC, 1993).

TABLEAU 4.10

Répartition de la population inuite âgée de 15 ans et plus selon l'usage de drogues, le type de drogues, le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]

SEXE ET ÂGE	TYPE DE DROGUES														
	MARIJUANA-HASCHISCH			COCAÏNE OU CRACK			SUBSTANCES TOXIQUES			AUTRES DROGUES			TOTAL		
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)
TOTAL	44,5	17,2	38,3	90,0	4,9	5,1	81,5	15,6	2,9	90,2	6,5	3,3	38,9	18,2	42,9
Hommes	33,6	19,2	47,2	86,4	5,9	7,7	76,6	20,3	3,1	86,0	9,8	4,2	28,8	20,3	50,9
Femmes	55,1	15,3	29,6	93,9	3,9	2,2	86,6	10,7	2,8	94,3	3,2	2,5	49,6	15,9	34,5
ÂGE / SEXE															
15-19 ans / TOTAL	49,5	12,9	37,5	92,0	2,7	5,2	78,4	13,0	8,6	88,5	7,4	4,1	40,4	14,5	45,1
Hommes	44,3	13,6	42,1	85,1	5,1	9,7	78,2	14,5	7,3	86,4	9,3	4,3	31,7	19,4	48,9
Femmes	54,5	12,3	33,2	100	0	0	78,7	11,4	9,9	90,8	5,3	3,9	49,2	9,4	41,4
20-24 ans / TOTAL	27,6	20,7	51,7	83,0	6,1	10,8	76,0	17,7	6,3	92,4	2,1	5,4	24,3	19,4	56,3
Hommes	14,4	26,6	59,1	77,7	6,5	15,8	69,8	21,2	9,0	90,7	0	9,3	15,7	19,8	64,5
Femmes	39,5	15,4	45,1	87,7	5,8	6,5	81,6	14,6	3,9	93,9	4,0	2,1	31,9	19,0	49,1
25-44 ans / TOTAL	31,7	22,1	46,1	89,6	5,7	4,7	79,2	20,4	0,4	86,5	9,6	3,9	25,8	23,7	50,5
Hommes	21,1	22,2	56,7	88,5	4,9	6,6	72,7	27,3	0	79,9	15,6	4,5	15,9	23,8	60,3
Femmes	42,8	22,1	35,1	90,8	6,6	2,6	86,2	13,0	0,8	93,0	3,7	3,3	36,6	23,7	39,7
45 ans et + / TOTAL	78,4	8,5	13,0	94,6	4,1	1,3	93,0	6,2	0,8	97,1	2,9	0	76,6	9,0	14,4
Hommes	64,8	12,3	22,8	89,3	8,1	2,6	88,4	9,9	1,7	94,1	5,9	0	62,3	14,4	23,3
Femmes	91,1	5,0	3,9	100	0	0	97,4	2,6	0	100	0	0	92,4	3,0	4,6

Légende : (1) Abstinents; (2) Ex-usagers; (3) Usagers actuels (les douze mois précédant l'enquête).

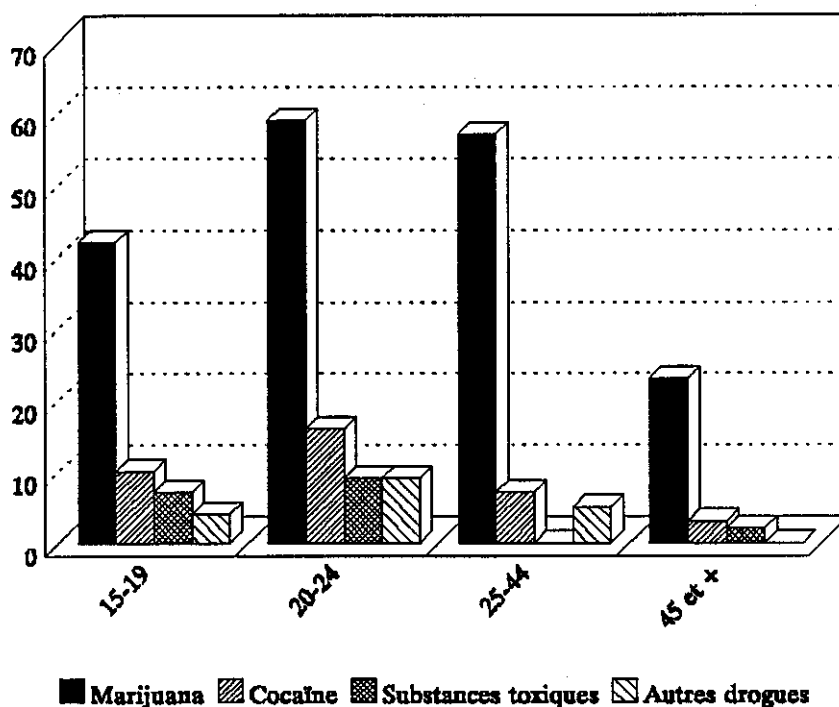
Note : Pour chacune des drogues, le total des catégories (1), (2) et (3) est égal à 100.

Compte tenu de la lourdeur du tableau, les Pe (populations estimées) sont présentées à l'Annexe 3, Tableau A-4.1.

L'usage actuel de la marijuana ou du haschisch croît entre 15-19 ans et 20-24 ans et diminue par la suite, surtout après l'âge de 44 ans, tant chez les hommes que chez les femmes (graphiques 4.1 et 4.2). Quant à l'inhalation de substances toxiques (solvants volatils), hommes et femmes confondus, cette pratique perd en popularité dès que les jeunes atteignent vingt ans.

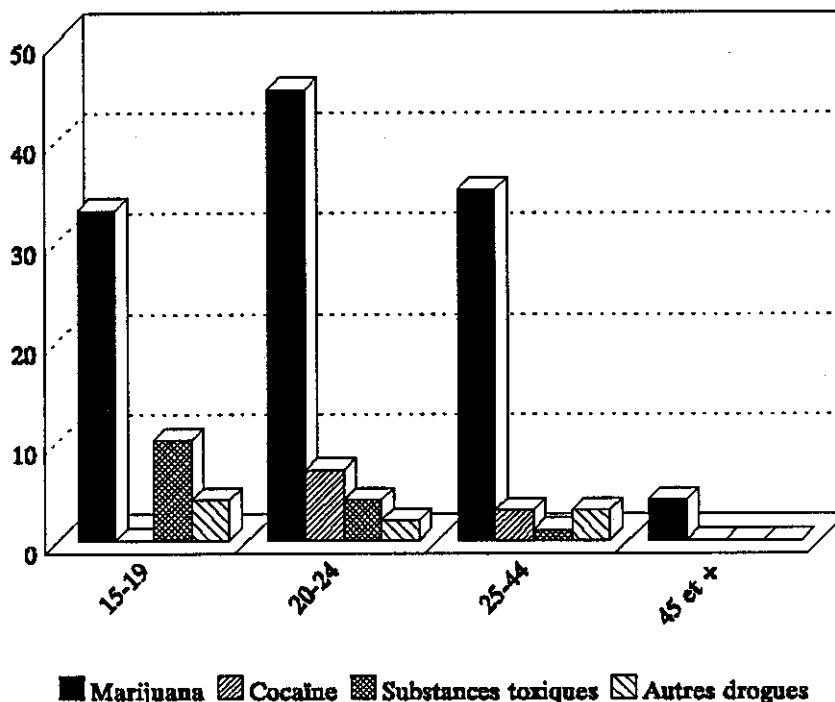
GRAPHIQUE 4.1

Proportion des hommes inuits âgés de 15 ans et plus étant «usagers actuels», selon l'âge (%) [Inuite, 1992]



GRAPHIQUE 4.2

Proportion des femmes inuites âgées de 15 ans et plus étant «usagers actuels», selon l'âge (%) [Inuite, 1992]



4.3.2.2 La polytoxicomanie

Au cours des douze mois qui ont précédé l'enquête, environ le septième de la population inuite (15 %) n'avait fait usage d'aucune drogue (tabac et alcool inclus), tandis que trois personnes sur dix avaient pris un seul produit (9 % de l'alcool et 20 % du tabac) et plus d'une personne sur deux (57 %) avaient consommé au moins deux produits (tableau 4.11). Les hommes sont beaucoup plus nombreux que les femmes à consommer deux produits toxiques et plus (64 c. 50 %); par contre, la proportion de fumeurs de tabac uniquement est nettement supérieure chez les femmes (28 c. 12 % chez les hommes). Plus des trois quarts des hommes âgés de 25 à 44 ans (78 %) ainsi qu'une majorité des 15-19 ans (60 %) consomment au moins deux produits⁽¹⁾; le même phénomène se retrouve chez les femmes, toutefois dans une moindre mesure chez celles de 15-19 ans et de 25-44 ans. Les abstinentes sont particulièrement nombreux chez les 45 ans et plus et ce, peu importe le sexe du répondant (32 % chez les hommes c. 37 % chez les femmes). Enfin, les abstinentes sont minoritaires chez les jeunes de 15-19 ans, particulièrement chez les femmes (8 contre 12 % chez les hommes).

(1) Il s'agit de proportions sous-estimant la réalité, car la non-réponse partielle influe sur l'indice de polytoxicomanie. Le taux de réponse a été plus faible chez les personnes âgées de 15 à 44 ans. Pour l'ensemble de la population, ce taux atteignait 15 %.

TABEAU 4.11

Polytoxicomanie dans la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon le sexe et l'âge (%) (Inuite, 1992)

SEXE ET ÂGE	PRODUIT CONSOMMÉ													
	ABSTINENCE		ALCOOL		TABAC		ALCOOL & TABAC		ALCOOL, TABAC & MARIJUANA OU HASCHISCH		AUTRES COMBINAISONS		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
TOTAL	14,7	425	8,7	251	19,8	575	18,7	543	23,7	687	14,4	417	100	2 898
Hommes	13,0	184	10,9	156	11,7	167	18,8	267	27,1	384	18,5	263	100	1 421
Femmes	16,3	241	6,5	95	27,6	408	18,6	276	20,5	303	10,5	154	100	1 477
GROUPE D'ÂGE														
15-19 ans / TOTAL	9,4	46	10,5	51	26,1	128	14,3	70	19,4	95	20,3	99	100	489
Hommes	11,5	25	12,8	27	15,7	34	15,7	34	20,0	44	24,3	53	100	217
Femmes	7,6	21	8,7	24	34,6	94	13,1	36	18,9	51	17,1	46	100	272
20-24 ans / TOTAL	9,0	41	3,3	15	12,2	55	21,8	99	33,6	152	20,1	91	100	453
Hommes	12,8	27	4,4	9	4,4	9	20,4	43	33,2	70	24,8	52	100	210
Femmes	5,6	14	2,4	6	18,9	46	23,0	56	34,0	82	16,1	39	100	243
25-44 ans / TOTAL	8,6	111	9,1	118	14,5	187	23,5	302	30,6	394	13,7	176	100	1 288
Hommes	3,7	24	11,1	73	7,2	47	24,6	160	35,4	230	18,0	118	100	652
Femmes	13,7	87	7,0	45	22,0	140	22,4	142	25,7	164	9,2	58	100	636
45 ans et + / TOTAL	34,0	227	10,0	67	30,6	205	10,8	72	6,9	46	7,7	52	100	669
Hommes	31,6	108	13,4	46	22,3	76	8,9	30	11,9	41	11,9	41	100	342
Femmes	36,5	119	6,4	21	39,4	129	12,8	42	1,6	5	3,3	11	100	327

Seuils de signification :

1. Polytoxicomanie selon le sexe : p=0,0005.
2. Polytoxicomanie selon le groupe d'âge : p=0,0000.
3. Polytoxicomanie selon le groupe d'âge, sexe masculin : p=0,00021.
4. Polytoxicomanie selon le groupe d'âge, sexe féminin : p=0,00028.

4.3.2.3 Comparaisons avec d'autres enquêtes

L'usage des principales drogues connues (le haschisch et la cocaïne), que ce soit au cours de l'existence ou au cours des douze mois précédant l'enquête, est nettement plus courant chez la population inuite que chez celles du Québec, du Canada et du territoire Cri (tableau 4.12). Il y a une exception toutefois puisque l'usage de la cocaïne chez les Cris est, à toutes fins pratiques, comparable à celui des Inuits, bien que légèrement inférieur.

Il faut préciser que les données de l'enquête Santé Québec 1987 sont quelque peu sous-estimées, car les questions pertinentes portaient sur l'usage d'une drogue, au moins cinq fois dans la vie. Quant aux deux autres enquêtes (Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991; Enquête Promotion de la santé Canada, 1990), elles sont tout à fait comparables à la présente enquête.

D'autres données sur l'usage d'une drogue chez des populations inuites, soit du Nunavik, soit des Territoires du Nord-Ouest, laissent supposer une certaine progression du phénomène depuis quelques années. En effet, en 1983-1984, l'usage courant d'une drogue⁽¹⁾ touchait un peu moins du cinquième (17 %) de la population inuite du Nunavik (enquête *Plasannouq*); en 1984-1985, l'usage de haschisch affectait plus du cinquième (22 %) des Inuits des Territoires du Nord-Ouest et, aujourd'hui, près de quatre Inuits du Nunavik sur dix, sont usagers d'une drogue quelconque. Quoique cette comparaison soit intéressante, nous devons par ailleurs garder en tête que, pour que celle-ci soit valable, la consommation de drogues dans le mois précédant les enquêtes *Plasannouq* et des Territoires du Nord-Ouest doit être représentative de la consommation de l'année qui aurait précédé ces deux enquêtes. Ainsi, cette comparaison ne doit être utilisée qu'à titre indicateur.

(1) Cette drogue, qui n'est pas un médicament prescrit, reste, par ailleurs, non identifiée.

TABLEAU 4.12

Proportion d'usagers de marijuana (ou de haschisch) et de cocaïne (ou de crack) rapportée par diverses enquêtes, selon le sexe (%) [Inuite, 1992]

ENQUÊTE	SEXE	MARIJUANA - HASCHISCH				COCAÏNE - "CRACK"				DROGUE INDIFFÉRENCIÉE	
		ANTÉRIEURE		ACTUELLE		ANTÉRIEURE		ACTUELLE		ACTUELLE	
		%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
INUITE 1992	Total	55,5	2 050	38,3	1 414	10,0	355	5,1	181	NA	NA
	Hommes	66,4	1 211	47,2	860	13,6	250	7,7	142	NA	NA
	Femmes	44,9	839	29,6	554	6,1	105	2,2	39	NA	NA
ESQ 1987	Total	17,0	813 270	8,0	381 047	4,2	195 631	3,1	143 951	NA	NA
	Hommes	20,9	492 027	10,3	243 211	5,8	132 735	4,2	96 567	NA	NA
	Femmes	13,3	321 243	5,7	137 836	2,7	62 896	2,0	47 384	NA	NA
EPS90-CANADA	Total	20	ND	5	ND	3	ND	1	ND	NA	NA
	Hommes	25	ND	7	ND	4	ND	1	ND	NA	NA
	Femmes	15	ND	3	ND	2	ND	0	0	NA	NA
EPS90-QUÉBEC	Total	18	ND	6	ND	4	ND	NA	NA	NA	NA
	Hommes	23	ND	8	ND	NA	NA	NA	NA	NA	NA
	Femmes	13	ND	4	ND	NA	NA	NA	NA	NA	NA
CRIE 1991	Total	38,3	2 251	15,4	905	8,1	479	4,5	265	NA	NA
	Hommes	45,1	1 329	21,0	619	11,6	344	6,7	200	NA	NA
	Femmes	31,4	922	9,8	286	4,6	135	2,2	65	NA	NA
PLASANNOUQ 1983-1984 ⁽¹⁾	Hommes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	22	ND
	Femmes	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	NA	12	ND
TNO 1984-1985 ⁽¹⁾⁽²⁾	INUIT	NA	NA	22	NA	NA	NA	0,5	ND	NA	NA

(1) La question portait sur l'usage d'une drogue en général au cours du mois précédant l'enquête.

(2) La question portait sur l'usage de la drogue indiquée au cours du mois précédant l'enquête.

Enfin, d'après les résultats d'une enquête récente, menée par Santé Québec auprès de jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans, environ un jeune sur neuf (8 %) a consommé une drogue prohibée au cours des quatre semaines ayant précédé l'enquête (Santé Québec, 1992). Bien que cette proportion sous-estime la consommation au cours d'une année, elle demeure de loin inférieure à celle observée chez les Inuits du même groupe d'âge (52 %).

4.4 RÉSUMÉ ET PISTES D'INTERVENTION ET DE RECHERCHE

L'analyse a révélé des taux de tabagisme deux fois plus élevés chez les Inuits de tous âges que parmi l'ensemble des Québécois. Cette prévalence est particulièrement inquiétante chez les jeunes femmes de 15 à 24 ans qui fument dans une proportion de près de 80 %. Les conséquences néfastes de l'usage du tabac sur la santé, et particulièrement pour la grossesse et dans l'étiologie des cancers du poumon et des voies respiratoires supérieures, sont connues. Dufour (1991) a déjà mis en évidence le fait que le cancer du poumon est un des sites qui mobilise le plus grand nombre de cas de cancer parmi les Inuits du Nunavik. Le même auteur (1988) souligne que les problèmes respiratoires et le cancer du poumon sont responsables à eux seuls de 30 % des décès parmi cette population. Il apparaît donc prioritaire d'élaborer des stratégies d'intervention auprès des groupes-cibles identifiés ici. Il faudrait également intervenir auprès des jeunes dès le primaire, puisqu'un enfant inuit sur dix commence à fumer avant l'âge de 12 ans.

La brève analyse de la consommation d'alcool chez les Inuits nous a permis de constater que la proportion de buveurs occasionnels et habituels représentait 60 % de la population. Il s'agit là d'une valeur supérieure à celle qui a été observée dans d'autres communautés inuites. Ainsi, lors de l'enquête «Promotion de la santé Canada» dans les Territoires du Nord-Ouest, en 1985 (Whitehead et Layne, 1989), et de celle réalisée dans le District du *Keewatin* en 1990 (Moffatt *et al.*, 1992), on a observé des proportions de buveurs atteignant 45 et 48 % respectivement.

Même si cette proportion de buveurs est inférieure à celle observée dans le reste du Québec, on a pu noter que dans les deux communautés où l'alcool est en vente libre, la proportion de consommateurs d'alcool est comparable à celle du Québec. De plus, les indices sont révélateurs de problèmes liés à l'alcool et présentent tous des valeurs élevées. Même en tentant d'éliminer l'influence des facteurs culturels, on retrouve entre 10 et 15 % de la population connaissant ce type de problèmes. Aussi, la problématique de l'alcool s'avère-t-elle de première importance chez cette population.

Les écarts importants observés entre les valeurs de l'IDA et de l'IDAM incitent à une grande prudence dans l'analyse de ces indices, pour des communautés où les valeurs culturelles et religieuses peuvent influencer le choix des réponses. Dans cette optique, une analyse des

différents indicateurs tenant compte de ces nuances devient nécessaire. Ultimement, les indicateurs se référant exclusivement à des situations concrètes et éliminant toute possibilité de jugement de valeur pourraient être les plus appropriés pour analyser la consommation d'alcool et l'impact de celle-ci dans des sociétés aux coutumes et aux valeurs différentes.

La marijuana ou le haschisch constituent les principales drogues consommées par les Inuits du Nunavik et ce, en des proportions nettement supérieures à celles observées chez les populations du reste du Québec ou du Canada. Rappelons-nous que, compte tenu d'un taux de réponse plus faible chez les hommes et les femmes âgés de moins de 45 ans, ces proportions expriment une prévalence de consommation minimale. Peu importe l'âge, les hommes s'y adonnent davantage que les femmes; même chez les 45 ans et plus, la proportion d'hommes adeptes de ces produits demeure très élevée. Les consommateurs de drogues fortes, telles la cocaïne ou les «autres drogues», se retrouvent plus nombreux chez les hommes de 15 à 44 ans. En ce qui a trait à la polytoxicomanie, ce sont les hommes de 20 à 44 ans qui consomment plus d'une drogue. Enfin, l'absence de données relatives à la quantité consommée et à la fréquence de consommation d'une drogue ne nous permet pas d'évaluer si l'usage de drogues est abusif ou non.

L'inhalation de substances toxiques (solvants volatils), bien que largement répandue, est limitée aux jeunes de 15 à 24 ans. Cette pratique serait-elle une solution de rechange quand les autres produits ne sont pas disponibles? Il est possible aussi que l'initiation à l'usage de drogues illégales débute par l'inhalation de solvants volatils, produits généralement beaucoup moins coûteux et, de plus, à la portée de la main, car de consommation courante. Il s'agit donc de produits prisés par une clientèle très jeune, dépourvue des moyens financiers suffisants. Au fur et à mesure que ces moyens augmentent, l'utilisateur peut passer à une autre drogue (marijuana, cocaïne ou crack).

Il serait intéressant de pousser plus loin l'analyse de la polytoxicomanie, en mettant l'accent sur la relation entre l'usage d'une drogue et la consommation d'alcool. Cette dernière semble être déterminante, puisque l'alcool est le produit le plus souvent présent chez les habitués de drogues illégales, du moins chez les Québécois admis en traitement (Guyon *et al.*, 1993).

Il serait pertinent également d'approfondir l'analyse de la consommation de drogues en tenant compte simultanément (analyse multivariée) de plusieurs autres informations recueillies par l'enquête, notamment celles portant sur les habitudes de vie, l'état de santé physique ou mentale, le recours aux services de soins ou la consommation de médicaments. Il serait aussi intéressant de mieux connaître les facteurs de protection, ceux reliés à l'abstinence et à la cessation de la consommation des divers produits.

Enfin, étant donné la prévalence élevée de consommation de drogues, l'élaboration de programmes de prévention primaire ou secondaire appropriés, adaptés à la réalité de la société

inuite, est prioritaire. L'usage de drogues est un phénomène qui touche autant l'individu lui-même que l'environnement social dans lequel il évolue. Les programmes de prévention doivent tenir compte de cette dualité, mettant l'accent autant sur la promotion du bien-être de la personne que sur les conditions favorisant le fonctionnement harmonieux de la société.

4.5 RÉFÉRENCES

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1989). *DSM-III-R, Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux*, Masson, Paris, 624 p.
- BLANCHET, C.; COUSINEAU, D.; FOGGIN, P.M.; LAFONTAINE, P. (1992). *Faits saillants de l'enquête de santé réalisée chez les Inuit du Nord québécois*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 52 p.
- BRIÈRE, N.; DEMERS, A. avec la collaboration de Nathalie Kishchuk, Département de santé communautaire, Hôpital général de Montréal (1993). «Dynamiques sociales et motivations associées à la consommation d'alcool - Population du Québec», *Collection Données statistiques et indicateurs*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 48 p.
- CLARKSON, M.; LAVALLÉE, C.; LÉGARÉ, G.; JETTÉ, M. (1993). *Faits saillants de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James*, ministère de la Santé et des Services sociaux, 57 p.
- CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Pour la santé et le bien-être dans la région Kativik*, Kuujuaq, 59 p.
- CORMIER, D.; BROCHU, S.; BERGEVIN, J.P. (1991). *Prévention primaire et secondaire de la toxicomanie*, Méridien, Montréal, 251 p.
- DOUGLAS, M. (1987). *Constructive Drinking; Perspectives on Drink from Anthropology*, Cambridge University Press, cité dans Brière N. et A. Demers, 1993, 291 p.
- DUFOUR, R. (1991). *La documentation du cancer au Nunavik*, Projet Nord, Département de santé communautaire, Centre hospitalier de l'Université Laval, 43 p.
- DUFOUR, R. (1988). «Cancer Among Northern Québec Inuit : Some Preliminary Results Before the Implementation of a Cancer Registry», *Arctic Medical Research*; 47 (3) : 131-135.
- DUNCAN, D.; GOLD, R. (1982). *Drugs and the Whole Person*, J. Wiley and Sons, Inc., New York, 260 p.
- EWING, J.A. (1984). «The CAGE Questionnaire», *Journal of the American Medical Association*, 14-252 : 1905-1907.
- GUYON, L.; LANDRY, M. avec la collaboration de N. Brunelle et L. Desjardins (1993). «Analyse descriptive de la population de Domrémy Montréal à partir de l'IGT 1991-1992», *Cahiers de recherche du RISQ*, Montréal.
- IMRIE, R.; WARREN, REG. (1988). «Enquête de promotion de la santé dans les territoires du Nord-Ouest», *Revue canadienne de santé publique*, 79 (mars-avril) : 18-23.

LABBÉ, J. (1987). *Les Inuit du Nord québécois et leur santé*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, Québec, 87 p.

LALONDE, M. (1974). *Nouvelles perspectives de la santé des Canadiens*, ministère des Approvisionnements et Services, Ottawa, 82 p.

LAVALLÉE, C.; CLARKSON, M.; PARADIS, G. (1994). *Enquête Santé Québec chez les Cris de la Baie James, 1991*, Chapitre «Habitudes de vie», 36 p.

LÉTOURNEAU, G.; BUJOLD, M. (1990). «Le tabagisme dans les groupes à risques : les francophones du Québec», présenté à la Stratégie nationale de lutte contre le tabagisme, Santé et Bien-être social Canada, 133 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*, vol. 4, no 1, Statistique Canada, p. 7-24.

MOFFATT, M.E.K.; O'NEIL, J.D.; YOUNG, T.K. (1992). *Keewatin Health Status Assessment Study. A Study Conducted for and with the Keewatin Regional Health Board*, 47 p.

ROOM, R. (1990). «Measuring Alcohol Consumption in the United States : Methods and Rationals» dans KOSLOWSKI, L.T. et al., *Research Advances in Alcohol and Drug Problems*, 10 : 39-79, New York, Plenum Press.

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

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990a). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues - Points saillants*, ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa (No de catalogue H39-175/1990F), 249 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990b). *Enquête nationale sur l'alcool et les autres drogues; points saillants, 1989*.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1989). *Alcohol in Canada*, 33 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Enquête Promotion de la Santé Canada : rapport technique*, ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa (No de catalogue H39-119/1988F), 249 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1981). *La santé des Canadiens : rapport de l'Enquête Santé Canada*, ministre des Approvisionnements et Services Canada, Ottawa (No de catalogue 82-538), 243 p.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans*, ministère de la Santé et des Services sociaux, XIX, 131 p.

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, VIII, 115 p.

SANTÉ QUÉBEC (1988a). *Et la santé, ça va?*, Tome 1, Les Publications du Québec, XII, 337 p.

SANTÉ QUÉBEC (1988b). *Et la santé, ça va?*, Tome 2, Les Publications du Québec, XVI, 103 p.

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

WHITEHEAD, P.; LAYNE, N. (1989). *La promotion de la santé dans les Territoires du Nord-Ouest*, Santé et Bien-être social, Canada, 118 p.

WIGLE, D.T.; MAO, Y.; SEMENCIW, R.; MORRISON, H.I. (1986). «Cancer patterns in Canada», *Journal of the Canadian Medical Association*, 134 : 231-235.

CHAPITRE 5

ALIMENTATION, ACTIVITÉ PHYSIQUE, OBÉSITÉ

AUTEURS

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

**LYNE MONGEAU
CLSC ROSEMONT**

**MARC GONEAU
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
DÉPARTEMENT DE GÉOGRAPHIE HUMAINE**

LECTEURS

**MARIE BÉIQUE
HÔPITAL DE L'ENFANT-JÉSUS
DÉPARTEMENT DE LA DIÉTÉTIQUE**

**PAULINE FORTIN
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS**

**MARIELLE LEDOUX
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
DÉPARTEMENT DE NUTRITION**

**FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION
ET DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK**

**LISE BERTRAND
SANTÉ QUÉBEC
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX DE
MONTRÉAL-CENTRE**

GLOSSAIRE

Activités sportives

Signifie, de façon restrictive, des activités ou sports organisés tels le hockey, baseball, volleyball, conditionnement physique, etc.

Apports nutritifs

Quantité d'énergie et de nutriments fournis par les aliments ingérés.

Bannique

Équivalent du pain chez les Inuits. Mets fait à base de farine, de poudre à pâte, de sel et d'eau et cuit dans la graisse.

Données anthropométriques

Mensurations corporelles.

IMC

Indice de masse corporelle établi en divisant le poids corporel d'un individu (kg) par le carré de sa stature (grandeur m²).

Obésité	IMC égal ou supérieur à 30.
Excès de poids	IMC inférieur à 30 et égal ou supérieur à 27.
Poids santé	IMC inférieur à 27 et égal ou supérieur à 20.
Poids insuffisant	IMC inférieur à 20.

INDIGRAS

Indice composite reflétant la consommation de matières grasses, à l'échelle individuelle.

Intensité de l'activité sportive :

Intensité élevée	L'activité sportive, lorsqu'elle est pratiquée, cause <u>la plupart du temps</u> l'essoufflement et la transpiration.
Intensité modérée	L'activité sportive, lorsqu'elle est pratiquée, cause <u>quelquefois</u> l'essoufflement et la transpiration.
Intensité faible	L'activité sportive, lorsqu'elle est pratiquée, <u>ne</u> cause <u>jamais</u> l'essoufflement et la transpiration.

MÉNAGRAS

Indice composite reflétant la consommation de matières grasses, à l'échelle du ménage.

Niveau d'activité physique :

Sédentaire	Durant la journée, être habituellement assis et marcher peu.
Occasionnellement actif	Durant la journée, être souvent debout/devoir marcher beaucoup mais ne pas avoir à transporter ou à soulever souvent des charges.
Modérément actif	Durant la journée, avoir habituellement à transporter ou à soulever des charges légères/devoir souvent monter des escaliers ou des pentes.
Très actif	Durant la journée, devoir travailler dur/devoir transporter des choses très lourdes.

Obésité abdominale

Excès d'adiposité (tissus graisseux) localisé dans la région abdominale qui se reflète dans un rapport tour de taille/tour de hanches élevé.

Rapport tour de taille/tour de hanches élevé

Est considéré élevé un rapport tour de taille/tour de hanches (soit la division de la mesure du tour de taille par la mesure du tour de hanches) qui excède 0,8 chez les femmes et 0,9 chez les hommes.

Secteur A

Inclut : Kuujjuarapik
Umiujaq
Inukjuak
Povungnituk
Kuujjuaq (voir Chapitre 2, Tableau 2.1)

Secteur B

Inclut : Akulivik
Ivujivik
Salluit
Kangiqsujuaq
Quaqtaq
Kangirsuk
Aupaluk
Tasiujaq
Kangiqsualujuaq (voir Chapitre 2, Tableau 2.1)

TRADIT

Indice perceptuel des aliments traditionnels.

5.0 INTRODUCTION

L'alimentation et l'activité physique sont des éléments du mode de vie qui, indépendamment ou par le biais de l'obésité dont ils sont les principaux déterminants comportementaux, modulent le risque de certaines maladies chroniques (Elford et Simon, 1991; Institut Canadien de recherche sur la condition physique et le mode de vie, 1991; Bouchard, Shephard et Stephens, 1993). Dans de nombreuses populations autochtones à travers le monde, les changements de mode de vie liés à l'urbanisation, la modernisation ou l'acculturation seraient responsables d'une prévalence croissante d'obésité, de diabète et de troubles cardiovasculaires (OMS, 1990). Ainsi en Amérique du Nord, le mode de vie traditionnel des premières nations s'est fortement modifié avec l'intensification des contacts avec les populations d'ascendance européenne. On peut estimer que cette transition du mode de vie est encore plus drastique chez les Inuits que chez les Amérindiens, puisqu'elle s'est effectuée sur une ou deux générations seulement (Wein, 1986).

Chez les Inuits, l'alimentation traditionnelle fondée sur la pêche et la chasse revêt une importance capitale tant en termes de bien-être physique que d'identité socioculturelle (Kuhnlein, 1990). En *inuktitut*, le mot utilisé pour désigner la viande est le même que celui désignant la nourriture. De même, un concept de vie saine est fortement lié aux activités de chasse et de pêche, et à la consommation du produit de ces activités (Shea, 1990). Enfin, selon Béique (1986) : «...la chasse, la nourriture et la solidarité [*togetherness*] sont indissociables et tissent encore une partie de la vie des Inuits, celle qu'ils passent sur la toundra».

En dépit du peu de diversité, cette alimentation était autrefois apte à satisfaire les besoins nutritifs, en raison notamment de l'utilisation judicieuse des organes et des viscères des animaux, ainsi que de la consommation saisonnière de végétaux de cueillette (Draper, 1977). La rupture du système alimentaire traditionnel chez les Inuits tient à de nombreux facteurs que Kuhnlein (1990) résume fort bien. Outre une pression démographique accrue sur les ressources territoriales de gibiers et de poissons, la progression du travail salarié a contribué à réduire tant le temps disponible pour la chasse et la pêche que la dépendance à l'endroit de ces activités traditionnelles, puisqu'on dispose alors d'un revenu pour acheter des aliments du commerce. Parallèlement à la disponibilité et à la popularité croissantes des aliments commercialisés, les préoccupations face à la pollution environnementale affectant la chaîne alimentaire aquatique et terrestre suscitent une certaine méfiance à l'endroit des aliments traditionnels comme nous l'avons vu au Chapitre 3. Au cours des deux dernières décennies, la transmission culturelle du savoir sur les ressources alimentaires traditionnelles a en outre eu tendance à décliner, alors que les choix actuels d'aliments «importés» peuvent être inappropriés en raison d'une connaissance insuffisante de ces produits et de leur effet sur la santé. Schaefer *et al.* (1980) notaient d'ailleurs que les problèmes de santé liés à la nutrition étaient plus sérieux dans les communautés davantage acculturées.

On manque toutefois de données actualisées sur les comportements alimentaires des Inuits, de même que sur leurs perceptions et attitudes face aux aliments traditionnels et commerciaux, à la santé et à l'obésité. On connaît en outre fort peu de choses sur les habitudes actuelles des Inuits en matière d'activité physique. Sédentarisés depuis seulement une quarantaine d'années (Labbé, 1981), on peut supposer que leur niveau d'activité physique a considérablement diminué, mais il n'y a eu jusqu'à ce jour que peu d'études sur l'activité physique traditionnelle et de loisir chez des Inuits du Canada (SBESC, 1989). Un mode de vie plus sédentaire, s'il n'est pas accompagné d'une adaptation à la baisse de l'apport énergétique de l'alimentation, favorise l'obésité. En effet, l'obésité, mais surtout la localisation abdominale de l'excès d'adiposité, est associée à plusieurs problèmes de santé notamment le diabète, l'hypertension et les maladies cardiovasculaires (Kissebah et Peiris, 1989; Després *et al.*, 1990; Reeder *et al.*, 1992). De façon générale d'ailleurs en Amérique du Nord, la prévalence d'obésité apparaît effectivement plus élevée parmi les autochtones que dans la population en général (Moffatt, O'Neil et Young, 1991; Young et Sevenhuysen, 1989). Toutefois, certaines études suggèrent que cette tendance serait moins accentuée chez les Inuits que chez les Amérindiens (Broussard et coll, 1991; Thouez *et al.*, 1990, 1993), mais sans qu'on ait pu établir de lien avec la consommation alimentaire et l'activité physique, faute de données détaillées sur ces aspects du mode de vie. On sait toutefois que les Amérindiens sont sédentarisés depuis plus longtemps que les Inuits. Les données existantes ne permettent pas non plus de déterminer s'il y a ou non des différences marquées dans les comportements d'alimentation et d'activité physique au sein de la population inuite, en fonction de critères sociodémographiques.

Il était par conséquent très pertinent d'explorer, dans le cadre de l'enquête Santé Québec chez les Inuits, les comportements en matière d'alimentation et d'activité physique, leur relation avec l'obésité, ainsi que certains déterminants sociodémographiques (âge, sexe, scolarité, côte ou secteur de résidence...) et d'attitudes (perceptions et opinions). Cette enquête vient combler un besoin impérieux d'informations, surtout dans un contexte de planification par objectif prioritaire, telle qu'adoptée récemment par le Conseil régional Kativik (1991). Par ailleurs, ces données récoltées chez les Inuits peuvent faire l'objet de comparaisons intéressantes et utiles avec les résultats d'autres enquêtes de Santé Québec, en particulier l'enquête sur les maladies cardiovasculaires chez les Québécois (MCV, 1990) et celle de 1991 chez les Cris.

Les résultats sont présentés successivement sous trois sous-sections : l'alimentation, l'activité physique et le poids corporel. Les seules mesures objectivement vérifiables de ce chapitre sont les données anthropométriques permettant d'évaluer l'obésité : poids, taille, tour de taille et tour de hanches. Qu'il s'agisse des habitudes d'alimentation ou d'activité physique, l'information est telle que fournie par les répondants et donc, tributaire de leur appréciation subjective des questions posées. Le taux de réponse aux questions sur les habitudes de vie a été relativement élevé. En revanche, il y a eu, pour les questions de perceptions et

d'opinions, un pourcentage non négligeable d'indécision («ne sait pas», «ni en accord ni en désaccord») et de non-réponses. On peut se demander si ce type de questions ne pose pas un problème de compréhension dans les communautés à l'étude. Les résultats doivent donc être interprétés avec la prudence qui s'impose.

La majorité des variables sont catégorielles; les analyses bivariées sont effectuées au moyen du χ^2 . Les «non-réponses» (nr/r) et les «ne sait pas» (nsp) sont exclus pour ces analyses, sauf pour les questions de perceptions et opinions, où les «nsp» et les réponses «ni en accord ni en désaccord» sont regroupés sous la catégorie «indécis». Des analyses de variance sont effectuées pour les quelques variables continues et pour les indices nouvellement créés à partir des données catégorielles. Les facteurs sociodémographiques considérés sont le sexe, l'âge (15-24 ans; 25-44 ans; 45 ans et plus), la scolarité (primaire ou moins; secondaire; postsecondaire), la côte (Ungava, Hudson) et le secteur (A, B). À l'exclusion de l'âge, seuls les facteurs significatifs sont généralement relevés.

5.1 ALIMENTATION

Ce volet de l'enquête comporte deux niveaux d'observation : l'individu adulte (15 ans et plus) et le ménage, par le biais de la personne responsable de la nourriture. Les perceptions ou opinions, ainsi que certains comportements alimentaires, sont explorés dans le Questionnaire individuel. Le Questionnaire ménage porte sur divers aspects de l'approvisionnement alimentaire et sur les habitudes de préparation des aliments. Comme il y avait beaucoup plus de femmes que d'hommes parmi les répondants pour le ménage, ces données ne sont pas analysées en fonction du sexe du répondant. Ces informations sur les habitudes alimentaires ne sauraient être dissociées des résultats du rappel alimentaire de 24 heures et du Questionnaire de fréquence de consommation⁽¹⁾, car elles pourront permettre d'expliquer les données quantitatives d'apports nutritifs. En outre, les données objectivées permettront d'étayer les conclusions qui sont ici tirées des observations sur les attitudes et comportements alimentaires.

5.1.1 Perceptions de lien entre l'alimentation et la santé (sel, gras, «calories vides»)

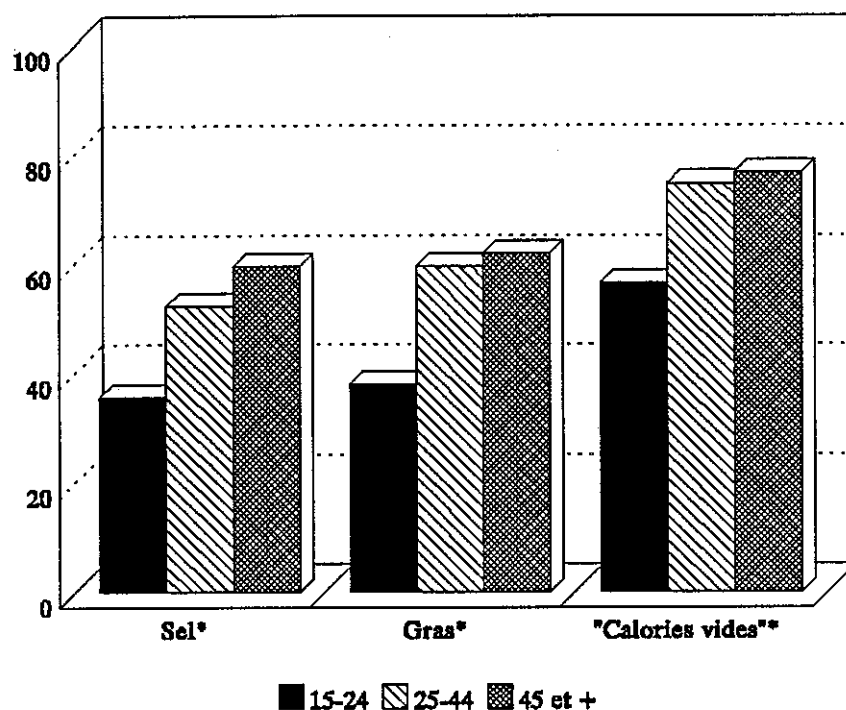
Comme on le voit au graphique 5.1, la relation entre les aliments à «calories vides» («junk food») et la santé est davantage perçue (plus des deux tiers des répondants) que celle pouvant exister entre le gras et les problèmes cardiaques (52 %) ou entre le sel et la santé (48 %).

(1) Tel que déjà mentionné au chapitre méthodologique, les données tirées de ces instruments feront l'objet d'un rapport ultérieur.

On note un lien important et significatif avec l'âge, pour les trois facteurs. Signalons toutefois que ceci ne donne qu'une vision partielle, la perception d'une relation avec la santé n'ayant été examinée que pour des composantes alimentaires négatives.

GRAPHIQUE 5.1

Influence négative du sel, du gras et des «calories vides» sur la santé, selon les Inuits âgés de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]



* $p < 0,05$ (effet de l'âge)

Une proportion significativement plus élevée de Cris⁽¹⁾ que d'Inuits croient que le sel, le gras et les aliments à calories vides ont une influence négative sur la santé⁽²⁾.

(1) Les données rapportées pour les Cris et les Québécois et sans être autrement référencées sont tirées des enquêtes «Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991» et «Enquête québécoise sur la santé cardiovasculaire, 1990», respectivement.

(2) Voir Tableau A-5.1 de l'Annexe 3.

5.1.2 Autoévaluation de la consommation de sucre et de gras

Les Inuits estiment qu'ils mangent trop de sucre dans une proportion de 32 %⁽¹⁾, ce qui est comparable au taux obtenu chez les Québécois (33 %), mais inférieur à celui des Cris (43 %). Contrairement aux perceptions de la relation alimentation-santé, c'est chez les plus jeunes que se retrouve la plus forte proportion d'Inuits estimant leur consommation de sucre excessive. On peut penser que ceci reflète effectivement une plus forte consommation de sucre chez les 18-24 ans. Par ailleurs, seulement le quart des Inuits estiment qu'ils consomment trop de gras et il n'y a pas de différence selon l'âge. Les taux correspondants sont plus élevés chez les Cris (46 %) et chez les Québécois (37 %). Le gras étant une des bases de l'alimentation traditionnelle inuite (Draper, 1977), cette différence n'a pas de quoi surprendre.

5.1.3 Changements d'habitudes alimentaires tentés au cours des douze mois précédant l'enquête⁽²⁾

Précisons qu'il s'agit ici des changements par rapport à des habitudes nouvelles de consommation d'aliments importés, et non de la transition de l'alimentation traditionnelle vers une alimentation non traditionnelle. Il s'avère que 17 % des Inuits mentionnent avoir tenté des changements d'habitudes alimentaires. La proportion est comparable chez les hommes et chez les femmes, mais elle varie significativement en fonction de l'âge : plus élevée chez les 15-24 ans (25 %), elle baisse ensuite progressivement d'une tranche d'âge à l'autre. La proportion des personnes ayant tenté de changer leur alimentation était bien supérieure chez les Cris (45 %) et chez les Québécois (62 %). Parmi ceux qui ont essayé de modifier leur alimentation, le changement le plus fréquemment cité par les Inuits est l'augmentation de la consommation de fruits (79 %), alors que, tant chez les Cris que chez les Québécois, c'est la réduction du gras qui vient en tête (86 et 88 %, respectivement). Les plus jeunes Inuits essaient surtout de manger plus de fruits et de légumes. Une diminution de la consommation de sucre, de pâtisseries et de friandises est surtout rapportée dans la tranche d'âge intermédiaire, alors que chez les plus âgés, c'est principalement la diminution du gras, du sel et surtout de viande qui est tentée.

5.1.4 Habitudes de consommation de sel

La fréquence d'addition de sel à table et à la cuisine chez les Inuits, les Cris et les Québécois est illustrée au graphique 5.2. Ces données sont particulièrement subjectives, puisque la fréquence était appréciée par les répondants eux-mêmes, sans point de repères. Elles

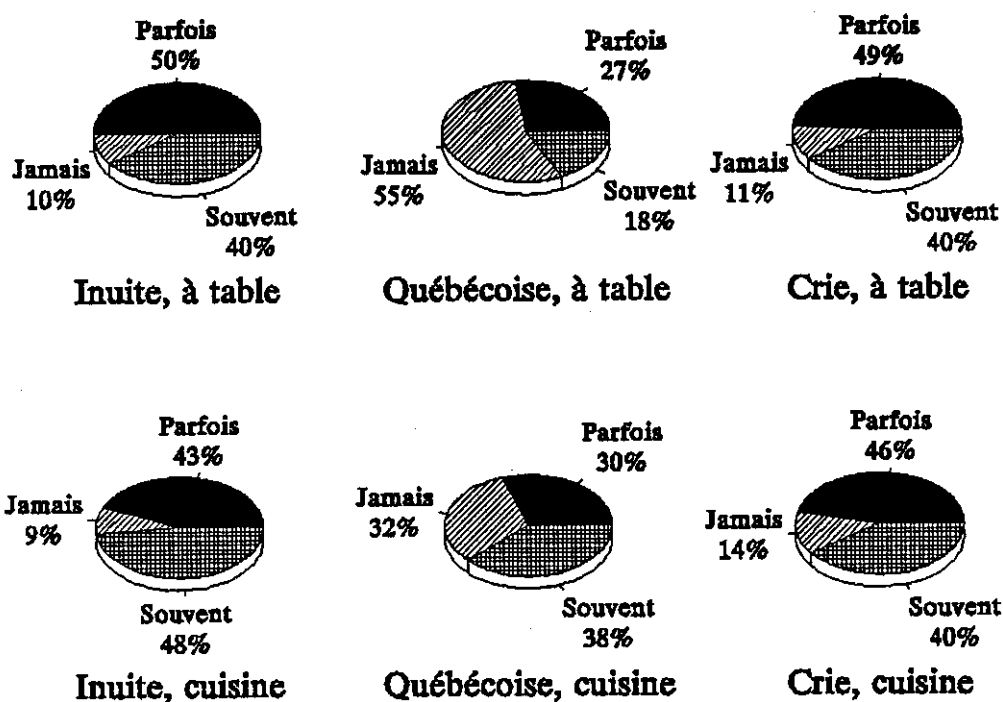
(1) Voir Tableau A-5.2 de l'Annexe 3.

(2) Voir Tableau A-5.3 de l'Annexe 3.

suggèrent néanmoins un usage comparable du sel chez les Inuits et les Cris, tant à table que dans la cuisine. Il y a un contraste très net avec les Québécois, qui sont beaucoup plus nombreux à ne jamais ajouter de sel à table et dans la cuisine.

GRAPHIQUE 5.2

Fréquence d'ajout de sel à table et à la cuisine chez les populations inuite, québécoise (1990) et crie (1991) âgées de 18 à 74 ans (%) [Inuite, 1992]



Il y a, chez les Inuits de 15 ans et plus, une relation significative entre l'âge et l'utilisation du sel à table (mais non dans la cuisine), le groupe des plus âgés ayant, semble-t-il, moins tendance à utiliser la salière : seulement 27 % déclarent ajouter souvent du sel, alors que le taux d'ensemble est de 38 %. On n'a pas relevé de lien significatif entre la perception d'un effet potentiellement néfaste du sel sur la santé et l'addition de sel à table. Ainsi, 38 % des Inuits qui reconnaissent un risque pour la santé ajoutent souvent du sel à leurs aliments, contre 43 % de ceux qui ne perçoivent pas de risque. Par ailleurs, le taux d'utilisateurs fréquents de sel dans la cuisine est significativement plus élevé sur la côte de l'Ungava (58 %) que sur celle de l'Hudson (42 %). On relève une certaine concordance dans l'ajout de sel à table et dans la cuisine. Par exemple, 88 % de ceux qui disent ajouter souvent du sel à la table disent aussi en ajouter souvent en cuisine; 71 % de ceux qui déclarent ne pas utiliser de sel à la table déclarent ne pas en utiliser non plus en cuisine.

Soulignons que dans la présente étude, seul le sel ajouté à table ou dans la préparation des plats a été considéré et non la consommation d'aliments industriels «salés», ce qui limite la portée des observations. En effet, ces aliments peuvent représenter une source importante de sodium.

5.1.5 Habitudes de consommation de matières grasses

Afin de caractériser globalement les habitudes de consommation de gras, deux indices composites ont été développés, l'un à l'échelle individuelle (**INDIGRAS**), l'autre à l'échelle des ménages (**MÉNAGRAS**). Ces indices ne prennent pas en compte la nature ou l'origine des matières grasses. L'indice INDIGRAS a été construit à partir des variables catégorielles suivantes tirées du Questionnaire individuel : fréquence d'addition de gras aux aliments d'origine végétale ainsi qu'aux denrées animales; habitudes de consommation de graisses crues; et, le cas échéant, changement d'habitudes alimentaires portant sur le gras ou sur les aliments à calories vides (*junk food*), souvent riches en gras.

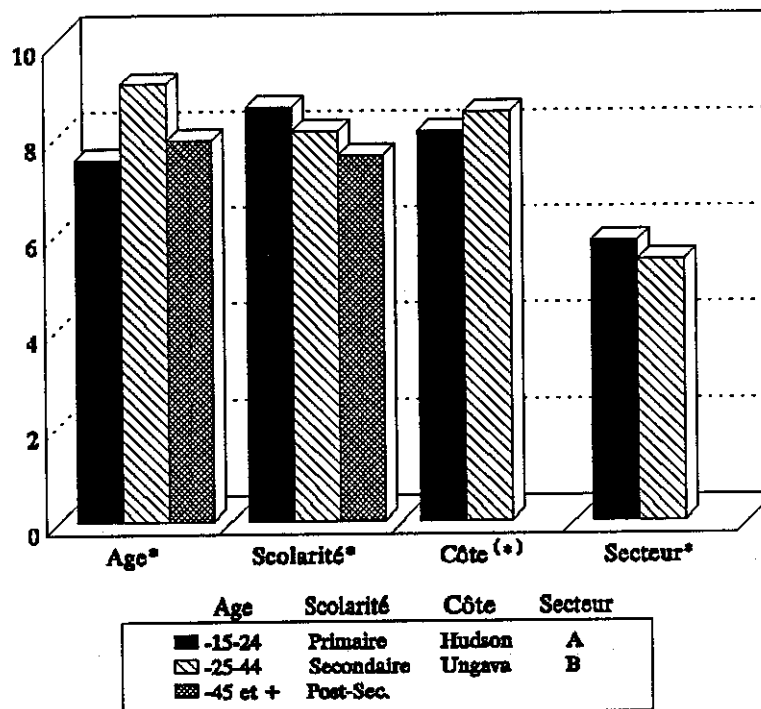
L'indice moyen INDIGRAS selon différents facteurs sociodémographiques apparaît au graphique 5.3⁽¹⁾. Les habitudes individuelles de consommation de matières grasses varient selon l'âge, le niveau de scolarité, le secteur et la côte. D'après cet indice individuel, c'est dans la catégorie intermédiaire d'âge (25-44 ans) que la consommation des matières grasses apparaît la plus élevée. L'addition de matières grasses aux aliments d'origine végétale, la **bannique** exceptée, (pain, pomme de terre et autres légumes cuits) est plus faible chez les plus âgés, alors qu'elle est plutôt comparable dans les deux premières catégories d'âge. Quant aux matières grasses consommées avec les denrées animales, le *misirak*, (graisse de béluga ou de phoque fermentée), arrive de loin en tête et c'est dans le groupe des personnes plus âgées que cette habitude est le plus fréquemment rapportée (89 %). En revanche, les plus jeunes sont proportionnellement plus nombreux que leurs aînés à ne pas ajouter de gras à la viande ou au poisson et à ne pas consommer de graisses crues. Szathmary *et al.* (1987) estiment que la transition alimentaire en milieu autochtone se caractériserait d'abord par l'addition de «nouveaux» aliments, plutôt que par leur substitution aux aliments traditionnels, le résultat étant une alimentation plus abondante. Selon cette hypothèse, les Inuits de 25 à 44 ans seraient en pleine transition : ils ont maintenu la consommation traditionnelle de gras, tout en ajoutant des pratiques nouvelles telle que la consommation de légumes avec des matières grasses. Les plus jeunes et les plus scolarisés, s'étant davantage éloignés des matières grasses traditionnelles, auraient une moindre consommation de gras qui se reflète dans un indice INDIGRAS plus faible. On ne peut toutefois aisément expliquer que l'indice INDIGRAS

(1) On pourra trouver au Tableau A-5.4 de l'Annexe 3 la fréquence comparative d'addition de gras aux aliments d'origine végétale chez les Inuits, les Cris et les Québécois. Les habitudes d'addition de gras aux denrées animales et de consommation de graisses crues chez les Inuits en fonction de l'âge sont également résumées à l'Annexe 3 (Tableau A-5.5).

soit plus élevé dans le secteur B et sur l'Ungava, si ce n'est que la consommation de la bannique avec du gras, l'addition de lard à la viande ou au poisson et la consommation de graisse d'oie crue sont des habitudes plus prévalentes sur l'Ungava que sur l'Hudson. Il sera indispensable de confronter ultérieurement cet indice avec les données objectivées d'apports en gras figurant dans le Rappel alimentaire de 24 heures et le Questionnaire de fréquence de consommation alimentaire.

GRAPHIQUE 5.3

Consommation de matières grasses définie par l'indice INDIGRAS chez la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon la côte, le secteur, la scolarité et l'âge (cote) [Inuite, 1992]



* $p < 0,05$

(*) $0,05 < p < 0,10$

Comment les habitudes individuelles de consommation de gras se comparent-elles chez les Inuits et chez les Cris? La consommation de la bannique avec du gras est une habitude qui semble beaucoup plus courante chez les Cris que chez les Inuits, mais la fréquence d'addition de matières grasses au pain et aux légumes est assez comparable dans les deux populations. En revanche, une plus forte proportion de Cris (27 %) que d'Inuits (11 %) déclarent consommer les denrées animales sans addition de gras. Il est intéressant de noter en outre

que la consommation de graisses crues est une pratique traditionnelle propre aux Inuits. Tout ceci suggère une consommation de gras plus importante chez les Inuits.

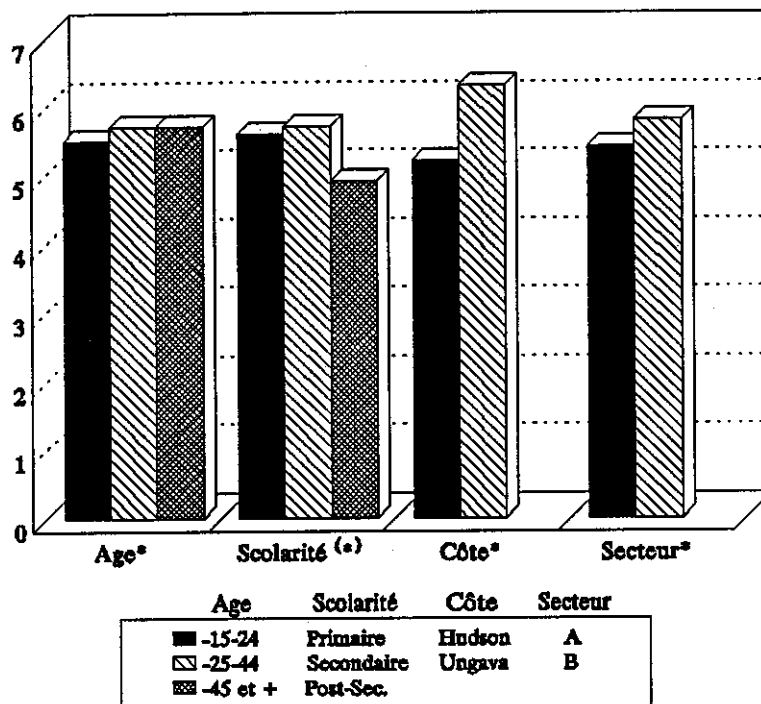
Les habitudes d'utilisation de matières grasses dans la cuisine par les Inuits responsables des repas sont intégrées dans l'indice composite MÉNAGRAS qui est le pendant à l'échelle des ménages de l'indice INDIGRAS à l'échelle des individus. Les variables comprises dans l'indice MÉNAGRAS sont les suivantes : l'utilisation de gras pour la cuisson de la viande à la poêle; la consommation du gras de cuisson; l'utilisation de la grande friture en général ainsi que l'habitude de frire la viande, le poisson, les mammifères marins et la bannique. Une brève description de ces pratiques culinaires suivra la discussion de l'indice⁽¹⁾, dont les résultats sont présentés au graphique 5.4.

On peut voir un lien entre la côte et l'indice MÉNAGRAS, celui-ci étant plus élevé sur l'Ungava que sur l'Hudson, ce qui était d'ailleurs aussi le cas pour l'indice individuel INDIGRAS. Certaines pratiques culinaires beaucoup plus fréquentes sur l'Ungava pourraient expliquer cette différence, en particulier, la friture comme principal mode de cuisson de la viande ou du poisson et plus généralement, la cuisson des aliments en grande friture. Toutefois, l'indice MÉNAGRAS ne varie pas de manière significative selon les variables autres que la côte, contrairement à l'indice INDIGRAS. Le fait que ces deux indices ne soient pas totalement concordants n'est cependant pas paradoxal. En effet, la consommation discrétionnaire de gras par les individus n'est pas forcément reliée à l'utilisation des matières grasses dans la préparation des aliments. On observe néanmoins une tendance convergente suggérant une consommation globalement plus importante de gras non seulement sur l'Ungava, mais aussi chez les plus de 25 ans et chez les moins scolarisés. Si ces conclusions préliminaires sont confirmées par les données objectivées d'apports nutritifs, elles pourront servir à mieux cibler certaines actions d'éducation à la consommation alimentaire, les habitudes individuelles et familiales concourant à une consommation élevée de gras ayant été identifiées. Il faudra aussi tenir compte du type de gras, les graisses saturées étant potentiellement plus dommageables pour la santé que les graisses insaturées.

(1) On pourra trouver au Tableau A-5.6 de l'Annexe 3 un sommaire des données sur l'utilisation du gras dans la cuisine chez les Inuits ainsi que chez les Cris.

GRAPHIQUE 5.4

Consommation de matières grasses identifiée par les Inuits «responsables des repas dans les ménages» et définie par l'indice MÉNAGRAS, selon la côte, le secteur, la scolarité et l'âge (cote) [Inuite, 1992]



* p < 0,05

(*) 0,05 < p < 0,10

La quasi-totalité des Inuits responsables de la cuisine ont l'habitude d'utiliser du gras pour la cuisson de la viande à la poêle, quel que soit leur âge. Cette pratique est presque aussi courante chez les Cris. Le lard est le corps gras le plus utilisé à cette fin chez les Inuits, encore que parmi les 25-44 ans, le lard cède pour plusieurs la place au beurre ou à la margarine. Que fait-on du gras de cuisson? Si 88 % disent le jeter, 8 % le mangent et 4 % font l'un ou l'autre. La cuisson à la poêle, toutefois, n'est pas le mode de préparation le plus courant pour la viande, comme on le verra plus loin. Pour la grande friture en général, c'est le lard ou le shortening qui est de loin le gras le plus courant, mais 18 % n'utilisent pas ce mode de cuisson. Les Cris semblent davantage consommer le gras de cuisson de la viande; en revanche, la cuisson en grande friture est un mode de cuisson qui y est près de deux fois moins utilisé que chez les Inuits.

Les principaux modes de consommation des denrées animales chez les Inuits sont donnés au tableau 5.1. La viande est surtout consommée bouillie ou crue. Les poissons et surtout les mammifères marins sont consommés le plus souvent crus ou bouillis plutôt que frits. Le mode de consommation varie selon l'âge. En effet, les plus jeunes recourent plus souvent à la friture de la viande ou du poisson que leurs aînés, alors qu'ils consomment moins fréquemment la viande ou le poisson crus. La consommation des mammifères marins crus reste néanmoins aussi répandue chez les jeunes que chez les moins jeunes. Sur la côte de l'Hudson, la consommation de viandes, de poissons ou de mammifères marins crus est environ deux fois plus fréquemment rapportée que sur l'Ungava. Chez les Cris, 46 % font principalement frire la viande ou le poisson, taux près de trois fois plus élevé que chez les Inuits (17 %).

TABLEAU 5.1

Fréquence de différents modes de consommation des denrées animales chez la population inuite âgée de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]

DENRÉE ANIMALE	MODE DE CONSOMMATION									
	FRIT		BOUILLI		CRU		AUTRES (OU PLUSIEURS RÉPONSES)		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Viandes	17,8	250	36,6	515	29,1	409	16,5	231	100	1 405
Poissons	16,1	226	15,1	213	55,4	779	13,4	189	100	1 407
Mammifères marins	1,7	23	55,8	775	35,2	489	7,3	101	100	1 388

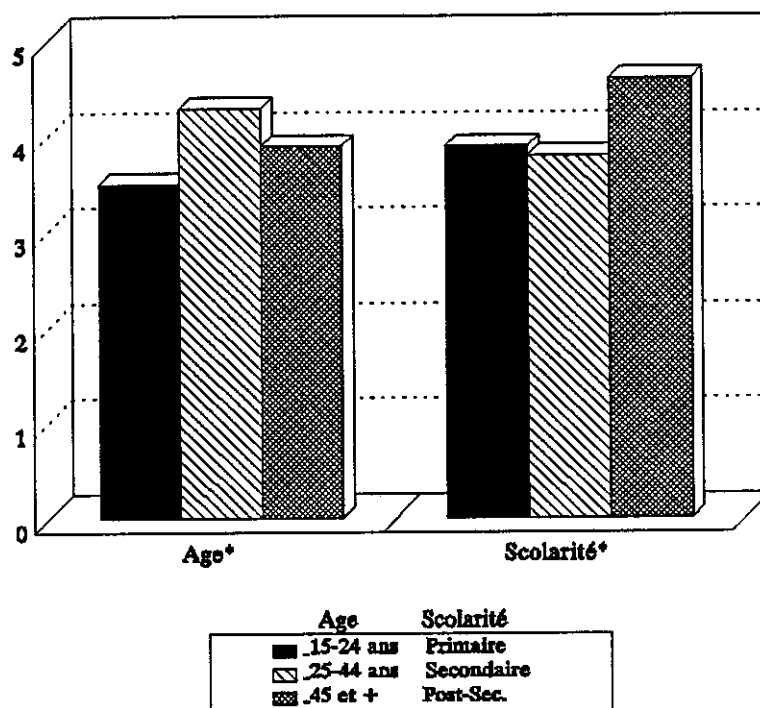
5.1.6 Les aliments traditionnels : perception et consommation

L'indice perceptuel des aliments traditionnels (TRADIT) intègre l'opinion des Inuits sur trois énoncés : 1) les aliments du commerce sont moins sains et moins nourrissants que les aliments traditionnels; 2) les aliments du commerce sont meilleurs et plus modernes; 3) les aliments du commerce sont meilleurs parce que les aliments traditionnels sont pollués. Dans l'ensemble, 55 % estiment les aliments commerciaux moins sains et moins nourrissants (comparativement aux deux tiers chez les Cris). Il n'y a qu'un cinquième (21 %) des Inuits qui jugent les aliments commerciaux supérieurs, soit parce qu'ils sont meilleurs ou plus modernes, ou encore, parce que les aliments traditionnels sont contaminés. On peut voir au graphique 5.5 que la perception des aliments traditionnels varie de façon significative selon

l'âge, l'attitude à leur endroit étant la plus positive (indice TRADIT plus élevé) dans le groupe d'âge intermédiaire (25-44 ans) et la moins positive chez les plus jeunes. On ne remarque aucune différence selon les autres facteurs sociodémographiques.

GRAPHIQUE 5.5

Perception des aliments traditionnels mesurée par l'indice TRADIT chez la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon la scolarité et l'âge (cote) [Inuite, 1992]



* $p < 0,05$

La consommation d'aliments traditionnels a pu être appréciée surtout par la fréquence rapportée d'approvisionnements, ainsi que de consommation de mammifères marins et produits dérivés au cours du mois précédant l'enquête. En moyenne, les responsables de la cuisine rapportaient avoir reçu du phoque 1,4 fois au cours du mois précédant l'enquête; la moyenne était la même pour le béluga. L'approvisionnement en phoque (mais non en béluga) tendait à être plus fréquent dans le secteur B que dans le secteur A. La proportion d'Inuits ayant consommé des produits de phoque ou de béluga au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête est donnée aux tableaux 5.2 et 5.3 en fonction de l'âge, de la scolarité

et de la côte, cette consommation variant de manière significative selon ces trois facteurs⁽¹⁾. Pratiquement six répondants sur dix ont consommé de la viande de phoque, de la graisse de phoque ou de la peau de béluga au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête; la consommation de viande et de «blubber» de béluga (couche de gras directement sous la peau) a semblé moins répandue. La consommation de ces aliments traditionnels était significativement moins fréquente parmi les plus jeunes, mais seulement dans le cas du phoque (viande et graisse) et du «blubber» de béluga. La graisse de phoque a été davantage consommée sur l'Ungava et les produits du béluga (sauf la viande), sur la côte de l'Hudson. Enfin, le niveau de scolarité semblait inversement relié à la consommation de ces aliments traditionnels, sauf dans le cas de la viande et de la peau de béluga.

TABLEAU 5.2

Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus ayant consommé certains aliments traditionnels au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête, selon la côte et l'âge (%) [Inuite, 1992]

ALIMENT TRADITIONNEL	ÂGE						CÔTE					
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		UNGAVA		HUDSON		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Viande de phoque	59,0	881	60,2	1 018	75,7*	658	62,8	1 015	63,3	1 542	63,1	2 557
Graisse de phoque	44,9*	681	63,8	1 096	72,6	642	64,4*	1 080	54,8	1 339	58,7	2 419
Viande de béluga	37,0	562	37,2	638	31,3	273	32,0	537	38,5	936	35,8	1 473
«Blubber» de béluga	26,8*	409	48,4	829	49,2	431	31,2*	526	47,1	1 143	40,6	1 669
Peau de béluga	63,5	964	64,7	1 107	59,0	518	57,5*	966	66,9	1 623	63,0	2 589

* Effet significatif (de l'âge ou de la division).

(1) Attention : plus on est jeune, moins on répond à cette question...

TABLEAU 5.3

Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus ayant consommé certains aliments traditionnels au moins une fois au cours du mois précédant l'enquête, selon la scolarité (%) [Inuite, 1992]

ALIMENT TRADITIONNEL	DEGRÉ DE SCOLARITÉ						TOTAL	
	PRIMAIRE		SECONDAIRE		POSTSECONDAIRE		%	Pe
	%	Pe	%	Pe	%	Pe		
Viande de phoque	71,0	1 101	56,9	1 184	61,6	183	62,8	2 468
Graisse de phoque	67,3	1 070	51,2	1 079	58,8	175	58,2	2 324
Viande de béluga	36,5	581	35,0	739	35,1	104	35,6	1 424
«Blubber» de béluga	47,6	756	35,4	750	34,8	101	40,2	1 607
Peau de béluga	61,4	976	65,0	1 373	56,1	162	62,9	2 511

La préparation de la bannique est une habitude qui tend à se perdre, en particulier chez les jeunes et sur la côte de l'Hudson : un peu plus du quart des Inuits responsables de la cuisine (27 %) ne préparent pas la bannique; la proportion atteint 55 % chez les 15-24 ans et 36 % sur l'Hudson, près de trois fois plus que sur l'Ungava. Le contraste avec les Cris est marqué, car seulement 6 % de ces derniers ne préparent pas la bannique. Quant au principal mode de cuisson, la friture prédomine chez les Inuits alors que chez les Cris, la bannique est surtout cuite au four.

5.1.7 Insécurité alimentaire⁽¹⁾ ou manque de nourriture

Près du tiers (30 %) des répondants ont déclaré que la nourriture avait manqué au cours du mois précédant l'enquête. Le taux est significativement plus élevé dans le secteur A (35 %) que dans le secteur B (24 %), de même que sur la côte de l'Hudson (38 %) comparativement à la côte de l'Ungava (19 %). Ces chiffres sont assez élevés pour être préoccupants. Le

(1) La sécurité alimentaire implique qu'une alimentation culturellement acceptable et permettant de mener une vie active et saine est accessible à tous de manière soutenue.

congélateur communautaire pourrait pallier, au moins partiellement, le manque de nourriture. D'après l'enquête, 12 % des Inuits disent s'approvisionner «souvent» au congélateur communautaire, 48 % «parfois» et 15 % «à l'occasion». Parmi les 25 % qui n'y recourent pratiquement jamais, la raison la plus fréquemment invoquée est qu'on n'en a pas besoin, mais sur la côte de l'Hudson, 21 % disent ne pas utiliser le congélateur communautaire parce qu'il est toujours vide, ce qui est deux fois plus élevé que sur la côte de l'Ungava.

5.1.8 Achats d'aliments : les plats cuisinés et les légumes

L'achat de repas cuisinés est davantage répandu chez les Inuits que chez les Cris (tableau 5.4). Il est cependant difficile d'apprécier la fréquence d'achat qui se cache sous les termes «souvent», «parfois» et «à l'occasion», laissés à l'interprétation individuelle des répondants. La régularité d'achat tend à diminuer avec l'âge : 77 % des moins de 25 ans disent en acheter «souvent» ou «parfois», comparativement à 43 % parmi les 45 ans et plus. Il y a également une différence significative entre la proportion de consommateurs qui achètent fréquemment ou assez fréquemment sur la côte de l'Hudson (68 %) et sur la côte de l'Ungava (47 %). Ceci tend à confirmer que la consommation de plats préparés peut être considérable en milieu autochtone, en particulier en zone nordique. Cette pratique doit être interprétée à la lumière des déterminants de l'achat. Lorsque l'achat est fait faute d'aliments traditionnels, le recours à des plats cuisinés du commerce peut être considéré comme un indice d'insécurité alimentaire. La non-disponibilité d'aliments traditionnels est invoquée par 15 %, ce qui n'est pas négligeable, mais la commodité (manque de temps ou facilité d'emploi) domine comme motif d'achat.

On a pu déceler chez les Inuits une certaine relation entre la fréquence d'achat de plats cuisinés et les perceptions individuelles des aliments traditionnels. Ainsi, parmi ceux qui estiment que les aliments commerciaux sont meilleurs et plus modernes que les aliments traditionnels, 31 % achètent souvent des plats cuisinés. À l'opposé, il y a moitié moins d'acheteurs fréquents parmi ceux qui n'ont pas cette vision positive des aliments commerciaux.

TABLEAU 5.4

Fréquence et motifs d'achat de repas cuisinés chez les populations inuite et crié (1991) (%) [Inuite, 1992]

FRÉQUENCE ET MOTIF	POPULATION			
	INUITE		CRIE	
	%	Pe	%	Pe
FRÉQUENCE D'ACHAT				
Souvent	19,5	275	5,3	91
Parfois	40,0	564	37,7	645
À l'occasion	31,9	449	25,4	433
Jamais ou presque	8,6	121	31,6	539
TOTAL	100	1 409	100	1 708
MOTIF D'ACHAT				
Manque de temps	39,0	481	63,0	701
Plus facile	25,3	312	19,5	217
Nourriture traditionnelle non disponible	14,7	182	ND	ND
Meilleur goût	8,5	104	1,8	20
Ne sait pas cuisiner	*	4	1,7	19
N'aime pas préparer les aliments non traditionnels	2,3	28	0,9	10
Autres raisons	9,8	121	13,1	146

* Pourcentage < 0,5 %.

Pour les achats de légumes, il est difficile d'interpréter achat «régulier». On ne s'attardera qu'aux tendances qui se dégagent du taux d'acheteurs réguliers de différents légumes chez les Inuits, comparativement aux Cris⁽¹⁾. L'achat régulier de légumes est rapporté par huit Inuits sur dix dans le cas des pommes de terre et baisse jusqu'à 22 % dans le cas du brocoli et des poivrons verts. L'achat régulier de pommes de terre, d'oignons et de laitue tend à être plus fréquent chez les plus âgés (45 ans et plus), alors que l'achat des carottes, des pois et des champignons est plutôt le fait des plus jeunes. Le taux d'acheteurs réguliers tend à augmenter avec le niveau de scolarité (différence significative pour les carottes, les concombres, les poivrons et les champignons) et à être plus élevé dans le secteur A que dans le secteur B, la différence étant significative pour la plupart des légumes. Ceci reflète vraisemblablement un approvisionnement moins abondant et soutenu dans le secteur B, qui se traduit par des prix plus élevés. Effectivement, comme on le verra un peu plus loin, ces deux obstacles à l'accessibilité sont plus fréquemment mentionnés dans le secteur B que dans le secteur A. Chez les Cris, les légumes sont sans doute plus accessibles parce que moins chers et la proportion d'acheteurs réguliers est considérablement plus élevée que chez les Inuits.

Les obstacles à l'achat plus régulier de légumes chez les Inuits (Tableau 5.5) sont principalement le coût et le goût, personnel ou familial. Alors que 39 % signalent des prix trop élevés dans le secteur B, cet obstacle est significativement moins fréquemment cité dans le secteur A (15 %), où le facteur goût est relativement plus important (34 % c. 20 % dans le secteur B). La non-disponibilité est un facteur non négligeable, puisque 27 % l'évoquent dans le secteur B et seulement 9 % dans le secteur A. Chez les Cris, le prix semble un obstacle moins important à l'achat de légumes que chez les Inuits. La question de goût, familial surtout, apparaît au premier rang. Les contraintes exprimées chez les Inuits varient de façon significative selon l'âge. En effet, les plus jeunes se démarquent des autres groupes en ce que le coût, la non-disponibilité, le goût des membres de la famille et l'ignorance du mode de préparation sont des motifs relativement moins fréquents. En revanche, ce groupe comporte le plus haut taux de répondants qui rapportent ne pas acheter plus de légumes par goût personnel ou encore, sans raison précise.

Ces données sur les achats de légumes sont à mettre en rapport avec le coût élevé des aliments «importés» en zone éloignée, comme le révèle un récent rapport d'enquête dans trente communautés nordiques à travers le Canada (Lawn, 1992). Au Nunavik, par exemple, on a estimé que le coût minimum d'un régime nutritif représentait de 76 à 83 % du montant de l'aide sociale une fois le logement payé, comparativement à 50 % dans une ville du «sud» telle qu'Ottawa. Néanmoins, entre 1990 et 1992, les subventions au transport aérien de

(1) Voir au Tableau A-5.7 de l'Annexe 3 pour le pourcentage d'acheteurs réguliers des différents légumes.

produits périssables (fruits, légumes, produits laitiers) ont eu pour effet de diminuer les prix et il semble que le consommateur du Nunavik en ait bénéficié (Lawn, *ibid*).

TABLEAU 5.5

Obstacles à l'achat plus régulier de légumes pour les populations inuite et crie (1991) (%) [Inuite, 1992]

OBSTACLE	POPULATION			
	INUITE		CRIE	
	%	Pe	%	Pe
N'aime pas	28,3	327	27,1	438
Coût trop élevé	24,8	286	13,5	218
Ne sait pas, sans raison	18,7	216	13,1	211
Famille n'aime pas	17,4	201	37,6	607
Non disponibles au village	16,7	193	21,5	348
Autres	9,0	104	12,1	196
Ne sait pas les préparer	7,2	83	6,4	103

5.2 ACTIVITÉ PHYSIQUE

Dans ce volet de l'enquête, on a étudié d'une part les niveaux d'activité physique des Inuits lorsqu'ils sont au village et lorsqu'ils sont sur le territoire⁽¹⁾ en dehors du village, et d'autre part, la fréquence et l'intensité de la pratique de sports.

(1) Être sur le territoire par opposition à être au village signifie que les Inuits quittent leur maison principale pour aller pratiquer des activités traditionnelles, telles la chasse, la pêche sur le territoire sauvage.

5.2.1 Niveaux d'activité physique au village et sur le territoire

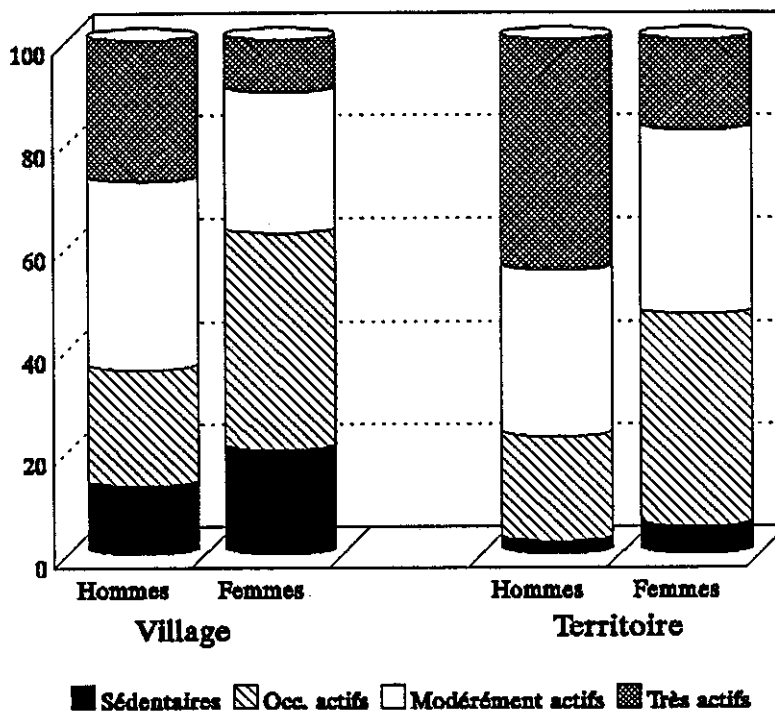
Pour évaluer leur niveau d'activité physique au village et sur le territoire, les Inuits devaient choisir entre quatre énoncés.⁽¹⁾ Comme le suggèrent Lavallée et Robinson (1990), chacun de ces énoncés représente, dans l'analyse, une catégorie de personnes : les **sédentaires**, les **occasionnellement actifs**, les **modérément actifs** et les **très actifs**. Les activités traditionnelles étant physiquement exigeantes (Moffatt, O'Neil et Young, 1991), la proportion de **très actifs** sur le territoire (33 %) est supérieure à celle du village (19 %). Inversement, la proportion de personnes sédentaires sur le territoire (4 %) y est inférieure à celle rencontrée à l'intérieur des communautés (17 %). Toutefois, les proportions d'Inuits modérément et occasionnellement actifs sont assez similaires entre le village et le territoire. Il est à souligner que 14 % de la population Inuite a déclaré qu'elle n'allait pas sur le territoire.

On peut voir au graphique 5.6 que les hommes sont significativement plus actifs physiquement que les femmes. Peu de différences sont toutefois observées en fonction de l'âge, si ce n'est que les plus jeunes (15-24 ans) sont plus portés à être modérément ou très actifs. Les personnes ayant fait des études postsecondaires sont moins actives : elles sont surtout concentrées dans le groupe des occasionnellement actifs (54 % au village et 45 % sur le territoire) et elles ne représentent qu'un faible pourcentage des très actifs (9 % au village et 31 % sur le territoire). Même si les Inuits semblent peu actifs à l'intérieur des communautés, la comparaison avec les Cris montre qu'ils ont un niveau d'activité physique plus élevé que ceux-ci lorsqu'ils résident dans les villages. Inversement, ils sont caractérisés par des taux d'activité physique élevés lorsqu'ils séjournent sur le territoire : par contre en les comparant avec les Cris sur ce point, on s'aperçoit qu'ils sont moins actifs que ces derniers.

-
- (1) 1- *I am usually sitting during the day and do not walk around very much* [Durant la journée, je suis habituellement assis(e) et je marche peu].
2- *I stand or walk around quite a lot during my day, but I do not have to carry or lift things very often* [Durant la journée, je suis souvent debout/je marche beaucoup mais je n'ai pas à transporter ou soulever des charges souvent].
3- *I usually lift or carry light loads, or I have to climb stairs or hills often* [Habituellement, je transporte ou soulève des charges légères/je dois souvent monter des escaliers ou des pentes].
4- *I do heavy work or carry very heavy loads* [Je travaille dur/je transporte des choses très lourdes].
-

GRAPHIQUE 5.6

Intensité de l'activité physique de la population inuite âgée de 15 ans et plus qu'elle soit au village ou sur le territoire, selon le sexe (%) [Inuite, 1992]



5.2.2 Fréquence et intensité de la pratique de sports

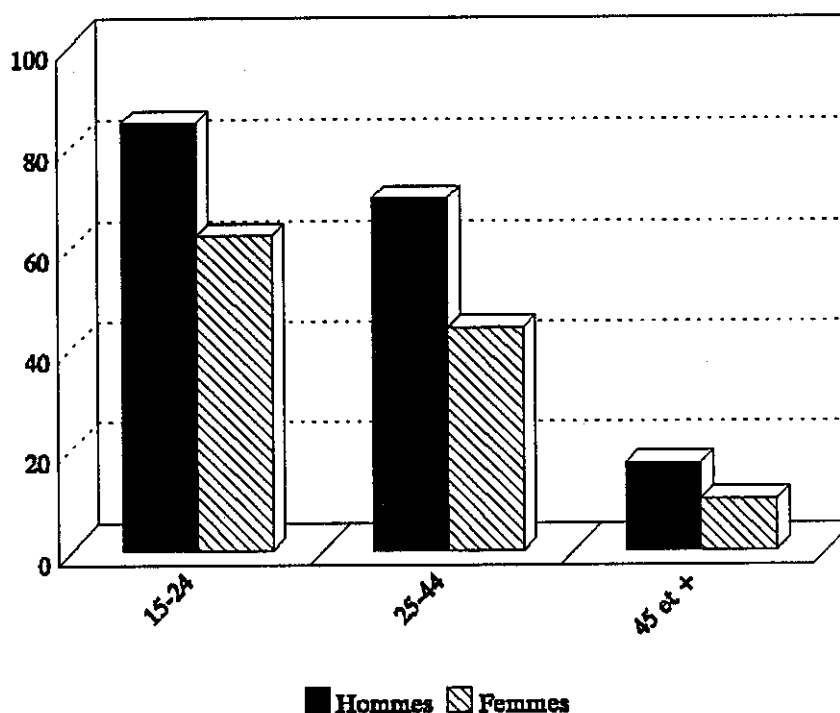
La moitié des Inuits âgés de 18 à 74 ans déclarent avoir participé à au moins une **activité sportive** de plus de vingt minutes durant les trois mois précédant l'enquête, soit pratiquement le même pourcentage que chez les Cris (55 %). Pour leur part, les Québécois (MCV, 1990) ont rapporté, dans une proportion de 77 %, au moins une activité sportive de *vingt à trente minutes* au cours des *quatre mois* précédant l'enquête.

Parmi les Inuits de 15 ans et plus ayant rapporté une activité sportive (par exemple hockey, baseball, volleyball, conditionnement physique), 23 % faisait cette activité une fois ou plus par semaine. Comparativement, l'enquête «Promotion de la santé, Canada» de 1990 (SBESC, 1993) rapportait que 48 % des Canadiens ont une activité sportive de quinze à trente minutes plus de trois fois par semaine. D'importants écarts dans la pratique sportive entre Inuits et non-autochtones ont également été enregistrés par l'enquête de la promotion de la santé dans les Territoires du Nord-Ouest (SBESC, 1989).

Le sport est significativement plus répandu chez les hommes inuits que chez les femmes : 64 % des hommes ont rapporté au moins une activité sportive, contre 43 % des femmes. Les 15-24 ans se distinguent également par un taux élevé de participation à une activité sportive (73 %), alors que les répondants de 45 ans et plus sont les moins portés à faire du sport (13 %). Le graphique 5.7 illustre les différences dans l'activité sportive en fonction du sexe et du groupe d'âge chez les Inuits.

GRAPHIQUE 5.7

Proportion de la population inuite âgée de 15 ans et plus ayant participé à au moins une activité sportive au cours des trois mois précédant l'enquête, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]



Si on compare l'activité sportive au Québec et au Nunavik, la différence est particulièrement marquée chez les femmes et chez les personnes âgées de 45 à 74 ans. En effet, 79 % des femmes québécoises font du sport comparativement à 38 % pour les femmes inuites. Le contraste est encore plus prononcé parmi les 45-74 ans : alors que 70 % des Québécois ont une activité sportive, ils ne sont que 14 % chez les Inuits du même groupe d'âge.

Par ailleurs, l'activité sportive est significativement associée au niveau de scolarité chez les Inuits, mais à l'inverse de ce qui est observé chez les Québécois et dans d'autres populations canadiennes (Ministère de la santé de l'Ontario, 1992; SBESC, 1993), les plus scolarisés ne sont pas les plus actifs. En effet, ce sont les Inuits ayant une éducation secondaire qui sont proportionnellement les plus sportifs (65 %), alors que les moins scolarisés sont les moins portés à pratiquer une activité sportive (33 %) et que les plus scolarisés se situent entre les deux groupes précédents. On note enfin que la proportion de personnes effectuant une activité sportive, par rapport à celle qui n'en font pas, est plus importante parmi les résidents du secteur B que du secteur A, ainsi que chez les personnes ayant un poids insuffisant ou normal, comparativement aux Inuits ayant un excès de poids ou étant obèses.

L'intensité de l'activité sportive est appréciée selon qu'elle s'accompagne ou non de transpiration ou d'essoufflement, d'après le répondant. On estimera que la transpiration ou l'essoufflement «la plupart du temps», «quelquefois» ou «jamais» correspondent respectivement à une intensité élevée, modérée et faible. Chez une majorité d'Inuits (57 %), l'activité physique rapportée est modérée, alors qu'elle est intense dans 32 % des cas et faible chez une minorité (11 %). Si les données sont largement comparables chez les Cris, on note en revanche que chez les Québécois une plus forte proportion de répondants déclarent une activité physique intense (40 %).

5.3 LE POIDS CORPOREL

Dans cette section, nous décrivons la prévalence de l'excès de poids et de l'obésité chez les Inuits ainsi que l'importance de l'obésité abdominale. De plus, l'importance, les moyens et les motifs de la perte de poids ainsi que certaines croyances et attitudes en rapport avec le poids seront présentées. Ces données seront en outre comparées à différentes populations. Quant à la relation entre les indices d'obésité et les facteurs de risque de maladies cardiovasculaires, elle sera examinée au Chapitre 10.

5.3.1 Indices d'obésité

Selon le groupe canadien d'experts sur les normes pondérales (SBESC, 1988), la mesure la plus utile pour évaluer le poids des gens apparemment en bonne santé et âgés de 20 à 65 ans est l'indice de masse corporelle (IMC).

Les personnes dont l'IMC dépasse 27 présentent plus fréquemment des problèmes de santé (SBESC, 1988). L'augmentation des risques pour la santé restant faible pour un IMC de 27 à 30, elle devient plus importante au-dessus de 30 (Bray et Gray, 1988). Toutefois, l'IMC est insuffisant pour apprécier correctement les risques à la santé. En effet, la localisation abdominale du surplus de graisse est un meilleur indice de la présence de complications

métaboliques et de risques cardiovasculaires (Kissebah et Peiris, 1989; Després *et al.*, 1990; Reeder *et al.*, 1992).

Dans la présente étude, on définit l'obésité comme étant un IMC égal ou supérieur à 30. Il faut toutefois signaler que ces critères ont été développés pour les populations non autochtones chez qui la morphologie peut être différente (Young et Sevenhuysen, 1989; Lavallée et Robinson, 1990). Il n'y a encore que peu de données de recherche nous permettant de transposer les modèles de morbidité des populations caucasiennes aux populations autochtones. En outre, l'IMC à lui seul manque de précision. Dans cette section, le vocable «poids santé» se réfère à une classification empirique plutôt qu'à une référence stricte à la santé. Par conséquent, l'interprétation des données doit donc être faite avec prudence.

D'après l'IMC, 57 % des Inuits se situent au poids santé tandis que 21 % d'entre eux présentent un excès de poids et 19 %, une obésité franche (tableau 5.6). Seulement 3 % se situent dans la catégorie du poids insuffisant. Globalement, les Inuits présentent un profil de poids assez semblable à celui des Québécois (MCV, 1990) mais très différent de celui des Cris chez qui l'obésité est beaucoup plus fréquente (48 %). Chez les Québécois, on constate que 61 % de la population de 18 ans et plus se situent dans la catégorie de poids santé alors que 15 % présentent un excès de poids et 13 % sont dans la catégorie «obésité». Enfin, l'insuffisance de poids est trois fois plus fréquente chez les Québécois (11 %) que chez les Inuits.

La prévalence d'obésité est plus élevée chez les femmes inuites que chez les hommes dans tous les groupes d'âge (graphique 5.8). On observe cette même différence significative selon le sexe chez les Cris, mais non chez les Québécois. En effet, chez ces derniers le taux d'obésité est sensiblement le même chez les hommes que chez les femmes et l'excès de poids est proportionnellement plus répandu chez les hommes. En outre, l'insuffisance de poids, entre 18 et 34 ans, est beaucoup plus fréquente chez les femmes québécoises que chez les femmes inuites.

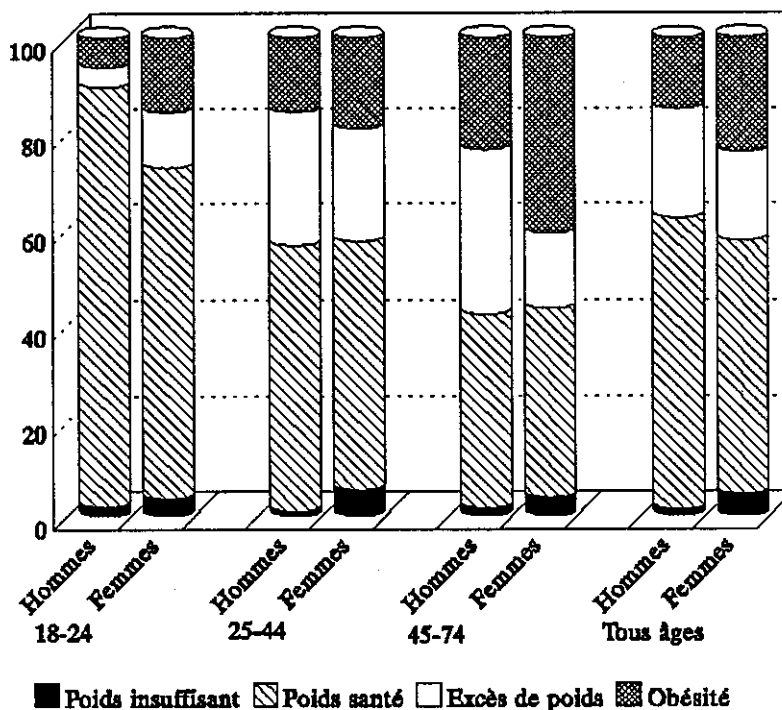
TABLEAU 5.6

Poids corporel des Inuits, des Cris (1991) et des Québécois (1990) âgés de 18 ans à 74 ans, selon les catégories de l'IMC (%) [Inuite, 1992]

POPULATION	CATÉGORIE DE L'IMC									
	POIDS INSUFFISANT		POIDS SANTÉ		EXCÈS DE POIDS		OBÉSITÉ		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Inuite	3,0	104	57,1	2 003	20,9	734	19,0	686	100	3 507
Crie	1,5	77	30,0	1 506	21,0	1 054	47,5	2 388	100	5 025
Québécoise	11,2	539 425	60,7	2 928 333	15,3	740 860	12,8	615 946	100	4 824 564

GRAPHIQUE 5.8

Poids corporel de la population inuite âgée de 18 à 74 ans par catégorie de l'IMC, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]



L'IMC chez les Inuits varie de façon marquée selon l'âge. Même si les jeunes se situent en majorité dans la catégorie du poids santé, l'augmentation de l'IMC survient assez tôt : l'obésité passe de 10 % chez les personnes de 18 à 24 ans à 17 % chez les 25 à 44 ans et à 32 % chez les aînés. Chez les hommes, la prévalence de l'excès de poids est environ sept fois plus importante parmi les 25 à 44 ans que chez les 18 à 24 ans. Pour ce qui est des femmes, la prévalence de l'obésité est deux fois supérieure chez les 45 à 74 ans par rapport aux 25 à 44 ans. L'IMC chez les Cris et les Québécois varie aussi selon l'âge mais de façon moins marquée.

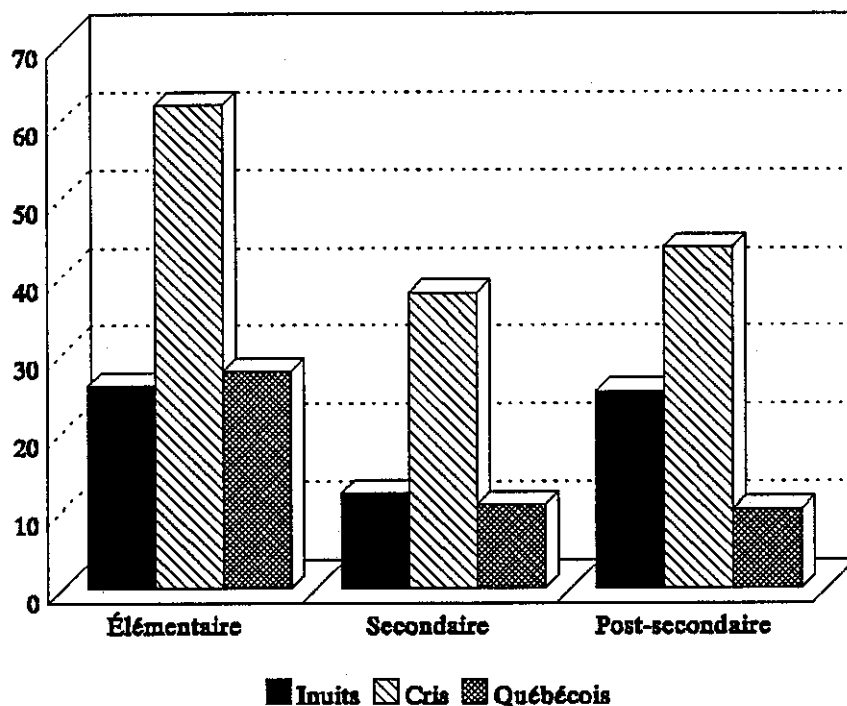
Chez les Inuits, l'IMC semble varier selon le niveau de scolarité, mais de façon non linéaire. Les personnes ayant fait des études secondaires présentent environ deux fois moins d'obésité que les personnes moins ou davantage scolarisées (graphique 5.9). Chez les Québécois, on note que l'obésité est près de trois fois plus importante chez les personnes ayant complété uniquement des études primaires par rapport aux plus scolarisées (28 c. 10 %). Chez les Cris, on notera que la courbe de la relation entre l'obésité et la scolarité est intermédiaire. Toutefois, la précédente interprétation doit être considérée avec prudence, les Inuits de niveau postsecondaire ne représentant qu'environ 10 % de l'effectif.

Les données suggèrent une augmentation importante de la prévalence de l'obésité si on les compare aux données recueillies par Thouez *et al.* (1990) entre 1983 et 1984 chez les Inuits du Québec. En effet, ces auteurs ont constaté une prévalence d'obésité de 9 % chez les hommes et de 13 % chez les femmes alors qu'on parle ici de 15 % et 24 % respectivement.

Un rapport du tour de taille/tour de hanches élevé, indice d'un surplus de graisse situé à l'abdomen, est un facteur de risque de diabète et de maladies cardiovasculaires qui est indépendant de l'IMC (Larson *et al.*, 1984; Lapidus, 1984).

GRAPHIQUE 5.9

Proportion de personnes obèses chez les populations inuite, cri (1991) et québécoise (1990) selon le niveau de scolarité (%) [Inuite, 1992]



Chez les Inuits, 60 % de la population présente un rapport tour de taille/tour de hanches élevé, tandis que chez les Cris, il est de 84 % et chez les Québécois, de 41 %. Les femmes inuites et crie présentent plus fréquemment que les hommes un rapport tour de taille/tour de hanches élevé (79 % c. 44 % chez les Inuits; 92 % c. 77 % chez les Cris). En revanche, la situation est inversée chez les autres Québécois puisque ce sont chez les hommes qu'on retrouve le plus souvent cette caractéristique.

Beaucoup de questions restent en suspens quant au meilleur indice et aux meilleurs seuils à utiliser pour relier le surplus de graisse abdominale et le risque à la santé. La première recommandation de Santé et Bien-être social Canada (1988) était d'utiliser comme valeur «seuil» un rapport du tour de taille/tour de hanches de 0,85 pour les femmes et de 1,00 pour les hommes. Cependant, pour rendre les données de la présente étude comparables à celles des autres grandes études de santé, des seuils de 0,8 pour les femmes et de 0,9 pour les hommes ont été utilisés. Mais puisqu'on ne possède pas d'études faites chez les autochtones pour nous guider quant au choix de seuils associés à un risque accru de morbidité, une approche plus libérale serait de mise. Si on applique les seuils de 0,85 et de 1,00 aux Inuits, 51 % des femmes auraient un rapport élevé plutôt que 79 % et 8 % des hommes plutôt que 44 %. Cet ajustement représente une forte diminution de l'estimation du risque.

Une analyse plus approfondie des indices d'obésité et de leurs relations avec les risques de maladies cardiovasculaires est présentée au Chapitre 10.

5.3.2 Tentatives de perte de poids

Alors que 17 % des Inuits (hommes et femmes) tentent de perdre du poids, cette proportion augmente à 28 % chez les Québécois et à 40 % chez les Cris. Comme on peut voir au tableau 5.7, davantage de personnes présentant un surplus de poids cherchent à maigrir chez les Cris et les Québécois comparativement aux Inuits.

On peut aisément constater que la préoccupation du poids atteint le Nord du Québec. En effet, 12 % des Inuits ayant un poids santé et 24 % des Cris présentant un poids santé ou même un poids insuffisant tentent de maigrir, sans parler des personnes qui sont au-dessus du poids santé (excès de poids ou obésité). Les femmes tentent davantage de perdre du poids et on constate un lien avec l'âge : plus les femmes sont jeunes, plus elles cherchent à maigrir alors que c'est en vieillissant qu'elles prennent du poids. Tandis que 20 % des femmes inuites tentent de maigrir, ce sont 49 % des femmes crées et 34 % des femmes québécoises qui sont engagées dans un processus d'amaigrissement.

TABLEAU 5.7

Proportion d'Inuits, de Cris (1991) et de Québécois (1990) âgés de 18 à 74 ans tentant de maigrir, selon les catégories de l'IMC (%) [Inuite, 1992]

POPULATION	CATÉGORIE DE L'IMC							
	POIDS INSUFFISANT		POIDS SANTÉ		EXCÈS DE POIDS		OBÉSITÉ	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Inuite	5,6	6	12,0	198	19,1	123	38,9	233
Crie	6,6	4	17,7	251	44,9	470	52,0	1 204
Québécoise	4,3	23 156	22,7	659 554	43,4	320 798	51,4	316 822

En réponse à la question : « Lesquelles des méthodes suivantes utilisez-vous pour perdre du poids? », les Inuits mentionnent le plus souvent : faire de l'exercice (54 %); « sauter des repas »⁽¹⁾ (28 %); et finalement, suivre un régime (27 %) (tableau 5.8). Suivre des régimes semble être un symbole de « modernité », comme le laisse supposer la proportion croissante des personnes qui adoptent cette pratique, en allant du Nord au Sud du Québec. Les hommes inuits recourent plus que les femmes à l'activité physique pour maigrir (72 % c. 43 %). Ce moyen semble gagner en popularité avec l'augmentation de la scolarité. On remarque une certaine cohérence dans les déclarations relatives à l'exercice physique et au recours à ce moyen pour perdre du poids. En effet, 54 % de ceux qui déclarent faire de l'exercice pour perdre du poids pratiquent plus d'une fois une activité sportive hebdomadaire. En revanche, le tiers des femmes « sautent des repas » comparativement à 20 % des hommes. Les Cris, en particulier les femmes, recourent davantage aux régimes amaigrissants que les Inuits et cette proportion augmente avec l'âge et le niveau de scolarité.

Pour ce qui est des motifs de perte de poids, on peut dire que, de façon générale, dans les trois populations dont il est question ici, on désire maigrir surtout pour améliorer sa santé. Cependant, l'apparence physique est une préoccupation beaucoup plus présente dans la population québécoise.

(1) Il est difficile de déterminer si « sauter des repas » signifie la même chose chez les autochtones et chez les non-autochtones, le concept de repas pouvant être différent.

TABLEAU 5.8

**Moyens utilisés pour perdre du poids chez les Inuits, les Cris (1991)
et les Québécois (1990) âgés de 18 à 74 ans (%) [Inuite, 1992]**

POPULATION	MOYEN UTILISÉ					
	SUIVRE UN RÉGIME		FAIRE DE L'EXERCICE		«SAUTER DES REPAS»	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Inuite	26,8	150	53,7	301	27,7	155
Crie	40,7	821	49,4	997	25,2	509
Québécoise	50,1	675 303	42,9	578 233	12,0	162 282

5.3.3 Opinions sur l'obésité

Plus de la moitié des Inuits (55 %) croient que les personnes obèses risquent davantage d'avoir des problèmes de santé. Cette opinion se renforce avec l'âge. En outre, cette opinion se renforce à mesure qu'on descend vers la partie méridionale du Québec (77 % chez les Cris; 94 % chez les Québécois).

Plus du tiers (37 %) des Inuits sont d'avis qu'une couche de gras les protège mieux contre le froid. Cette croyance s'estompe à mesure que la scolarité augmente. C'est dans une même proportion que les Cris adhèrent à cette opinion, qui est particulièrement répandue chez les hommes de même que chez les Cris de 45 ans et plus. Comme chez les Inuits, cette croyance s'atténue chez les Cris avec l'augmentation de la scolarité.

5.4 RÉSUMÉ

Les comportements et perceptions de la population inuite du Nunavik en matière d'alimentation, d'activité physique et de contrôle du poids corporel ont été examinés dans leurs relations avec certains déterminants sociodémographiques (âge, sexe, côte, secteur et scolarité).

L'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik est extrêmement riche d'informations sur les perceptions et habitudes alimentaires; il est fortement recommandé qu'un rapport plus complet et intégrant les données issues du rappel de 24 heures et du questionnaire de

fréquence alimentaire soit préparé. Ceci permettra notamment d'étayer certaines des conclusions sur les habitudes alimentaires et de vérifier les indices de consommation de gras. Parmi les points saillants sur l'alimentation, on s'attardera aux implications de la nette démarcation qui se confirme entre générations, tant dans les perceptions que dans les habitudes, ainsi qu'à certains indices d'insécurité alimentaire.

Les résultats suggèrent qu'en général, les Inuits ont des comportements alimentaires pouvant être jugés moins favorables à la santé, si on les compare à ceux des Cris ou des Québécois, et notamment : une moindre connaissance de la relation alimentation-santé; une utilisation plus libérale de gras (et de sel); une consommation moins régulière de légumes, mais plus fréquente de plats préparés; des changements d'habitudes alimentaires moins souvent tentés. Cependant, en raison de la rupture de l'équilibre traditionnel entre le mode de vie et l'alimentation, on peut estimer que c'est chez les moins de 45 ans que l'adaptation des habitudes alimentaires au nouveau style de vie et aux changements environnementaux est le plus nécessaire et le plus réalisable. Une enquête antérieure au *Keewatin* (Moffatt, O'Neil et Young, 1991) avait également mis en évidence d'importantes différences entre les générations dans les schémas de consommation alimentaire s'expliquant notamment par le rythme rapide des changements de mode de vie. En se basant sur les résultats de l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik, il apparaît entre autres que les jeunes sont moins sensibilisés que leurs aînés à la relation alimentation-santé, qu'ils utilisent davantage de matières grasses non traditionnelles et de plats préparés et qu'ils perçoivent les aliments traditionnels moins positivement. Malgré tout, ils semblent plus enclins à changer leurs habitudes alimentaires et ils consomment sans doute plus de légumes, mais ils pourraient en acheter davantage. Une approche éducative misant sur la motivation à l'amélioration nutritionnelle paraît toute indiquée.

Le fait que 30 % des Inuits, et encore plus sur la côte de l'Hudson, disent avoir manqué de nourriture au cours du mois précédant l'enquête, témoigne d'un problème de sécurité alimentaire qui mérite d'être examiné de plus près. Qui manquent de nourriture? Quels aliments manquent? Les mécanismes existants permettent-ils effectivement de pallier ces difficultés alimentaires? D'autres indices signalent des contraintes d'approvisionnement, surtout sur la côte de l'Hudson : on a moins recours au congélateur communautaire et on achète davantage de plats cuisinés mais moins de légumes.

La prévalence de l'obésité tant chez les hommes que chez les femmes semble augmenter de manière importante. En outre, on constate une préoccupation pour l'amaigrissement chez des personnes ne présentant pas de surpoids, ce qui est généralement nuisible à de saines pratiques alimentaires. Tandis qu'on peut se réjouir que l'activité physique soit considérée comme le moyen le plus populaire de perdre du poids, il en est autrement pour ce qui est de «sauter des repas», si toutefois cette pratique consiste effectivement à prendre moins de trois repas par jour. Un effort de prévention s'avère donc indispensable et il serait souhaitable que

les programmes de contrôle du poids intègrent une composante d'image corporelle positive, en plus de la promotion de l'exercice et de bons choix alimentaires.

L'analyse de l'activité physique, bien qu'elle soit limitée à des données qualitatives, permet quelques observations intéressantes. D'abord, lorsque les Inuits participent à des activités traditionnelles à l'extérieur des communautés, leur niveau d'activité physique augmente considérablement. Une partie de la population (14 %) déclare cependant ne pas se rendre sur le territoire; éventuellement, il serait utile de connaître le profil sociodémographique de ces personnes ainsi que les raisons qui les retiennent à l'intérieur des communautés. Par ailleurs, les femmes sont très sédentaires, ce qui peut expliquer un taux d'obésité plus élevé chez elles que chez les hommes. En effet, qu'elles soient à l'intérieur des communautés ou bien sur le territoire, elles ont un niveau d'activité physique très faible et elles sont beaucoup moins disposées que les hommes à participer à des activités sportives. De plus, elles sont moins enclines à croire à l'association «surplus de poids-risque pour la santé» et «sautent fréquemment des repas» pour maigrir. Par ailleurs, les femmes ont un rôle déterminant dans l'achat et la préparation de la nourriture. Tous ces facteurs réunis font d'elles un groupe-cible pour d'éventuels programmes visant à favoriser un mode de vie plus sain.

On signalera enfin que l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik n'a porté que sur les adultes. On peut suggérer que des études complémentaires, notamment sur les habitudes alimentaires des jeunes enfants et adolescents inuits, soient effectuées au Nunavik, à l'instar de ce qui a été récemment fait chez les écoliers cris (Bernard et Lavallée, 1993). Ces groupes sont particulièrement vulnérables au plan nutritionnel. En outre, plus elle est précoce, plus la formation à une consommation alimentaire adaptée au style de vie a des chances d'être efficace; mais elle doit s'appuyer sur de bonnes connaissances des comportements et des facteurs qui les sous-tendent. Si une enquête supplémentaire devait être faite chez les Inuits adultes, la dimension économique devrait faire partie intégrante de la recherche, en particulier l'approvisionnement et les dépenses alimentaires.

5.5 RÉFÉRENCES

BÉIQUE, M. (1986). *Gestes et parole ou le savoir et sa transmission chez les femmes Inuit du Québec nordique (Kangirsuk)*, Québec : Université Laval (thèse de M.A.), XVI, 125 p.

BERNARD, L.; LAVALLÉE, C. (1993). *Étude-pilote sur les habitudes alimentaires des écoliers cris*, Montréal, DSC Hôpital général de Montréal, 65 p.

BOUCHARD, C.; SHEPHARD, R.J.; STEPHENS, T. (eds) (1993). *Physical Activity, Fitness and Health : A Consensus on the Status of Current Knowledge*, Actes de la Conférence internationale de 1992 sur l'activité physique, la condition physique et la santé (Toronto, 5-10 mai 1992), Champaign (Ill), Human Kinetics Press (sous presse).

- BRAY, G.A.; GRAY, D.S. (1988). «Treatment of obesity : an overview», *Diabetes Metabolism Review*, 4 : 653-679.
- BROUSSARD, B.A.; JOHNSON, A.; HIMES, J.H. ET AL. (1991). «Prevalence of obesity in American Indians and Alaska Natives», *American Journal of Clinical Nutrition*, 53 : 1535-42S.
- CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Pour la santé et le bien-être dans la région Kativik. Défis et objectifs prioritaires*, Kuujjuak, Québec, 59 p.
- DESPRÉS, J.-P. ET AL. (1990). «Regional distribution of body fat, plasma lipoproteins, and cardiovascular disease», *Arteriosclerosis*, 10 : 497-511.
- DESPRÉS, J.P. (1992). «Évaluation de l'obésité : au-delà de l'IMC», *Le Point INN*, Institut National de la nutrition, 7 (2), 4 p.
- DRAPER, H.H. (1977). «The aboriginal Eskimo diet in a modern perspective», *American Anthropology Journal*, 79 : 309-16.
- ELFORD, R.W.; SIMON, A. (1991). «Heartening news : primary health care providers and patients can work together to change dietary habits», in : Kakis, G., Anderson, G.H. (eds) : *Proceedings of the Symposium on Optimizing heart health : the diet connection*. Toronto : Department of Nutritional Sciences, Faculty of Medicine : 53-63.
- INSTITUT CANADIEN DE LA RECHERCHE SUR LA CONDITION PHYSIQUE ET LE MODE DE VIE (1991). *Activité, changement de régime alimentaire et obésité*, Ottawa, Le dossier de la recherche, référence 91-02.
- 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.
- KUHNLEIN, H. (1990). «Nutrition of the Inuit : a brief overview», *Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*, Whitehorse, Yukon, May 20-25 : 728-30.
- LABBÉ, J. (1981). «La santé au Nouveau-Québec Inuit», *Études Inuit Studies*, 2, 5 : 63-81.
- LAPIDUS, L. (1984). «Distribution of adipose tissue and risk of cardiovascular disease and death : a 12 year follow-up of participants in the study of women in Gothenburg, Sweden», *British Medical Journal*, 289 : 1261-1263.
- LARSONN ET AL. (1984). «Abdominal adipose tissue distribution, obesity and risk of cardiovascular disease and death : 13 year follow-up of participants in the study of men born in 1913», *British Medical Journal*, 288 : 1401-1404.
- LAVALLÉE, C.; ROBINSON, E. (1990). «Physical Activity, smoking and overweight among the Cree of eastern James Bay», *Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*, Circumpolar Health 90 : 770-3.
- LAWN, J. (1992). *Air stage subsidy monitoring program : Phase I. Food price survey : interim report*, Dept of Indian Affairs and Northern Development, Ottawa, 27 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ DE L'ONTARIO (1992). *L'enquête sur la santé en Ontario, 1990. Faits saillants*, 60 p.
- MOFFATT, M.E.K.; O'NEIL, J.D.; YOUNG, T.K. (1991). *Keewatin health status assessment study*, The Northern Health Research Unit, University of Manitoba, Canada, 47 p.

- ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1990). *Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases*, Geneva, Switzerland, WHO, Technical Report Series, no 797, 203 p.
- REEDER, B.A.; ANGEL, A.; LEDOUX, M. ET AL. (1992). «Obesity and its relation to cardiovascular disease risk factors in Canadian Adults», *Canadian Medical Association Journal*, 146 : 2009-19.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête promotion de la santé Canada 1990 : Rapport technique*, Ministre des approvisionnements et Services Canada, 360 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1990). *Action concentrée pour une saine alimentation. Recommandations alimentaires pour la santé des Canadiens et Canadiennes et stratégies recommandées pour la mise en application*, Ottawa, 104 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1989). *La promotion de la santé dans les Territoires du Nord-Ouest*, Ottawa, Approvisionnement et Services Canada, 118 p.
- SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Le poids et la santé*, Ottawa, document de travail, 93 p.
- SCHAEFER, O.; TIMMERMANS, J.F.W.; EATON, R.D.P.; MATTHEWS, A.R. (1980). «General and nutritional health in two Eskimo populations at different stages of acculturation», *Canadian Journal of Public Health*, 71 : 397-405.
- SHEA, E. (1990). «The concepts of health of young Inuit adolescents», Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health, Whitehorse, Yukon, May 20-25 : 309-12.
- SZATHMARY, E.J.E.; RITENBAUGH, C.; GOODBY, C.S.M. (1987). «Dietary change and plasma glucose levels in an Amerindian population undergoing cultural transition», *Social Science and Medicine*, 24 : 791-804.
- THOUEZ, J.-P.; ÉKOÉ, J.-M.; FOGGIN, P.M. ET AL. (1990). «Obesity, hypertension, hyperuricemia and diabetes mellitus among the Cree and Inuit of Northern Québec», *Arctic Medical Research*, 49 : 180-188.
- THOUEZ, J.-P.; FOGGIN, P.; ÉKOÉ, J.-M. ET AL. (1993). «Géographie de la santé et modes de vie : l'obésité et l'hypertension artérielle chez les Cris et les Inuit du Nord du Québec», *L'Espace géographique*, 2 : 166-78.
- WEIN, E.E. (1986). «Nutrition of northern native Canadians», *Canadian Home Economics Journal*, 36 : 25-29.
- YOUNG, T.K.; SEVENHUYSEN, G. (1989). «Obesity in northern Canadian Indians : patterns, determinants, and consequences», *American Journal of Clinical Nutrition*, 49 : 786-93.

CHAPITRE 6

COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS

SECTION I

**COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS PROPRES AUX FEMMES
ET EN REGARD DE LA SEXUALITÉ DU COUPLE**

SECTION II

**NORMES DE SÉCURITÉ RELIÉES AUX VÉHICULES MOTORISÉS,
AUX ARMES À FEU ET AUX CHIENS**

CHAPITRE 6 - SECTION I

COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS PROPRES AUX FEMMES ET EN REGARD DE LA SEXUALITÉ DU COUPLE

AUTEURS

GINETTE CARIGNAN
COMMISSION DE LA SANTÉ ET SÉCURITÉ AU
TRAVAIL
SERVICES MÉDICAUX

STEPHEN HODGINS
CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK DE
LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX

MIREILLE JETTÉ
SANTÉ QUÉBEC

LECTEURS

COLETTE COUTURE
CLSC ORLÉANS

DANIELLE LÉVELLÉ
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS

LOUISE GUYON
RISQ

SUZANNE ST-PIERRE
INFIRMIÈRE/ENQUÊTEUR

FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION
ET DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK

GLOSSAIRE

Abus sexuels

Avoir été contraint aux activités sexuelles suivantes : baisers, caresses, attouchements, relations sexuelles avec pénétration.

Comportements sexuels à risque

Avoir eu plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédant l'enquête et ne pas utiliser le condom.

MTS

Maladies transmissibles sexuellement.

Partenaires sexuels multiples

Plus d'un partenaire sexuel dans l'année précédant l'enquête.

Test de Pap

Test de Papanicolaou.

Type de village :

Villages «urbains» *Kuujuaq et Kuujuarapik.*

Villages «ruraux» Les douze autres villages qu'ils soient sur la côte de l'Hudson ou sur celle de l'Ungava.

Vêtement de flottaison individuel

Communément appelé gilet de sauvetage.

VTT

Véhicule tout-terrain.

6.0 INTRODUCTION

La santé des femmes demeure, pour la partie méridionale de la province, un sujet fort important, les femmes étant les principales utilisatrices des services sociaux et de santé pour elles et pour leurs enfants. Les femmes sont de tout temps, celles qui prennent soin, qui préviennent, qui guérissent. Cette réalité résiste-t-elle à la distance? Être une femme inuite en 1993, est-ce se préoccuper de la santé des autres en plus de se préoccuper de sa propre santé? Par le biais du court chapitre qui suit, nous tenterons de cerner les comportements préventifs propres aux femmes tels le recours aux diverses techniques de dépistage des cancers du col de l'utérus et du sein, l'utilisation de contraceptifs, l'allaitement, la ménopause, l'utilisation de préservatifs et le nombre de partenaires sexuels.

Les comportements préventifs comme le test de Papanicolaou (test de Pap) et l'examen des seins permettent la détection précoce de cancer du col de l'utérus ou du sein. Le port du condom, quant à lui, aide à prévenir le sida et les autres maladies transmissibles sexuellement (MTS).

La population-cible de cette portion de l'enquête est d'abord celle des femmes inuites âgées de 15 ans et plus. Il convient de souligner l'excellent taux de collaboration obtenu, autant pour le Questionnaire individuel complété par l'interviewer que pour le Questionnaire confidentiel auto-administré. Les plus hauts taux de données manquantes concernant la présente section affectent certaines sous-questions, telles la raison donnée pour n'avoir jamais eu de test de Pap, n'avoir fait ni l'auto-examen des seins ni l'examen des seins par un/e professionnel/le et le nombre de mois d'allaitement du dernier enfant.

6.1 LES COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS CHEZ LES FEMMES

6.1.1 Test de Pap

Dans la mesure où le test est bien administré, la cytologie du col utérin pratiquée à l'aide de la méthode de Papanicolaou constitue un moyen efficace de réduire le taux de mortalité attribuable au cancer du col utérin. Chez les femmes inuites, cette affection occupe le deuxième rang au chapitre des principaux types de cancer et il est trois fois plus fréquent que chez les femmes canadiennes (Gaudette *et al.*, 1990). Le dépistage à l'aide du test de Pap revêt donc une importance particulière pour la population inuite.

La participation des femmes du Nunavik au programme de dépistage se compare favorablement à celle enregistrée dans l'ensemble de la province, 76 % des femmes inuites ayant signalé avoir subi un test de dépistage du cancer du col au cours des deux dernières années (contre 66 % au Québec, ESQ 1987). L'analyse du tableau 6.1 montre que seules les

femmes inuites de 45 ans et plus sont moins nombreuses que les autres Québécoises à avoir subi un test de Pap dans les deux années précédant l'enquête.

TABLEAU 6.1

Proportion de femmes inuites et québécoises (1987) âgées de 15 ans et plus ayant subi un test de Pap au cours des deux années précédant l'enquête, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

GROUPE D'ÂGE	POPULATION			
	INUITE		QUÉBÉCOISE	
	%	Pe	%	Pe
15-24 ans	75,7	532	60,9	293 939
25-44 ans	91,7	738	79,5	857 367
45 ans et +	46,2	195	52,4	461 694
TOTAL	75,9	1 465	66,1	1 613 000

Ces résultats peuvent surprendre, car c'est 10 à 15 % plus de femmes inuites que de Québécoises, âgées de moins de 45 ans, qui déclarent avoir eu un test de Pap dans les deux années précédant l'enquête. L'interprétation de ces comparaisons doit être faite en soulignant qu'au Nunavik, le test de Pap bénéficie d'un programme préventif bien orchestré et ce, dans les quatorze villages, ce qui permet l'atteinte de ces taux de dépistage plus qu'enviables. En effet, suite à l'initiative des services de santé, initiative fort bien soutenue en outre par le personnel infirmier des dispensaires, un programme de prévention a été mis sur pied impliquant que chaque femme inuite ait un registre sur lequel les dates de ses tests de Pap soient consignées. Ainsi, chaque fois qu'une femme inuite passe un test de Pap, elle se voit fixer son prochain rendez-vous. Si celle-ci ne se présente pas, elle sera relancée jusqu'à deux ou trois reprises par le personnel du dispensaire qui l'incite à venir passer son test annuel. Cette offensive de prévention permet, en plus du dépistage précoce du cancer du col de l'utérus, le dépistage plus efficace des MTS chez les femmes. Compte tenu des graves conséquences d'un dépistage tardif de certaines MTS, l'infertilité et la séropositivité étant les pires, cette prévention attentive doit être maintenue et encouragée.

Par ailleurs, parmi les femmes inuites n'ayant jamais eu de test de dépistage, 60 % d'entre elles justifient cet état de fait en disant qu'on ne leur avait pas offert le test. Ceci pourrait

signifier que le programme préventif n'est toutefois pas totalement universel. Il semble qu'il reste des femmes inuites pour qui le test de Pap demeure méconnu.

6.1.2 EXAMEN DES SEINS

Chez les femmes inuites, l'incidence du cancer du sein est cinq fois moindre que dans l'ensemble de la population féminine du sud de la province et ne représente que 5 % de tous les cancers. En termes de fréquence, il vient au cinquième rang derrière le cancer du poumon, du col utérin, du colorectal et des glandes salivaires (Gaudette *et al.*, 1990). De 1989 à 1992, un seul décès attribuable au cancer du sein a été enregistré au Nunavik (Registres des décès du CRSSS Kativik)]. Dans d'autres populations, les programmes de dépistage, comprenant l'examen physique et la mammographie, ont permis la réduction du taux spécifique de mortalité (Shapiro, S., 1976). Les résultats de l'efficacité de l'auto-examen des seins sont moins concluants quant à son efficacité (OMS, 1988).

● Examen des seins par un professionnel

En ce qui concerne l'examen des seins par un professionnel, le taux est semblable chez les femmes inuites et chez les femmes crie (36 et 35 %), mais il est considérablement inférieur au taux provincial (84 %). Parmi les femmes inuites n'ayant jamais subi un examen des seins par un professionnel, 80 % ont déclaré que cet examen ne leur a jamais été offert. Le taux relativement faible d'examen des seins par des professionnels peut refléter le fait que le cancer du sein ne constitue pas une inquiétude prioritaire en matière de santé publique dans la région. En effet, aucun programme préventif régional, semblable à celui du test de Pap, n'a été mis sur pied. La sensibilisation au cancer du sein ainsi que l'enseignement de la technique de l'auto-examen des seins semblent laissés à la discrétion du personnel infirmier de chaque dispensaire. S'il circule certaines brochures d'informations et que certains vidéos sur le sujet sont mis à la disposition des femmes dans chaque dispensaire, le côté incitatif du programme préventif est absent. De plus, le personnel médical et le personnel infirmier mentionnent que les femmes inuites n'apprécient guère cet examen et sont donc peu enclines à accepter, lorsque l'offre leur en est faite, de subir cet examen. Cette fin de non-recevoir de la part des femmes inuites peut avoir comme effet de freiner les tentatives du personnel infirmier. Ainsi, dans le cas de cet examen préventif bien précis, il semble que l'absence d'un programme bien structuré, facilitant l'entrée dans les moeurs de certaines pratiques étrangères à la culture, corresponde à un faible taux de prévention en ce domaine.

● Auto-examen des seins

Quarante-sept pour cent des femmes inuites ont signalé qu'elles s'étaient examiné les seins; ce taux est supérieur à celui enregistré chez les femmes crie (40 %), mais inférieur à celui qu'affichent les Québécoises du reste de la province (67 %, ESQ 1987). De plus, tant chez les Crie que chez les Inuites, l'auto-examen des seins est moins répandu chez les femmes

âgées de 45 ans et plus que chez celles de 25 à 44 ans, ce qui contraste avec les données relatives au sud du Québec (tableau 6.2).

TABLEAU 6.2

Pratique de l'auto-examen des seins chez les populations féminines inuite, crie (1991) et québécoise (1987) âgées de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

GROUPE D'ÂGE	POPULATION					
	INUITE		CRIE		QUÉBÉCOISE	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
15-24 ans	40,6	278	27,0	299	54,8	272 901
25-44 ans	53,1	425	50,5	575	71,5	784 985
45 ans et +	45,2	200	41,5	318	68,6	665 181
TOTAL	46,9	903	39,6	1 192	67,2	1 723 067

Les taux enregistrés pour les femmes inuites, par groupe d'âge ou tous âges confondus, contrastent avec les résultats obtenus pour l'examen des seins par un professionnel. En effet, plus de femmes pratiqueraient l'auto-examen des seins et certaines le pratiqueraient sans l'avoir jamais subi. Ce constat est un peu étonnant. Le phénomène de désirabilité sociale aurait-il influencé les réponses des femmes inuites sur ce sujet? Pratiquent-elles certains types de palpations des seins, qu'elles considèrent comme un auto-examen, parce qu'elles allaitent leurs enfants? Quoi qu'il en soit, on peut penser que la notion d'auto-examen des seins n'est pas la même selon qu'on soit clinicien ou membre de la population étudiée.

Par ailleurs, parmi les femmes inuites ne pratiquant pas l'auto-examen des seins, 68 % donnent comme raison qu'elles ne savent pas comment procéder, tandis que 13 % trouvent que cela n'est pas important. De même chez les femmes crie, 85 % ont donné comme raison qu'elles ne savent pas comment procéder. Un effort de prévention et d'enseignement pourrait être utile aux femmes du Nunavik afin qu'elles pratiquent davantage ce test de dépistage.

6.1.3 GROSSESSE

Vu la diminution du taux de mortalité et le taux élevé de natalité enregistrés au cours des dernières décennies, la population de la région est très jeune, 48 % des habitants ayant moins

de 18 ans. La présente enquête montre que la natalité est largement plus élevée que dans le sud de la province. Comme on le constate au tableau 6.3, les femmes inuites de moins de 25 ans sont cinq fois plus susceptibles que leurs consœurs québécoises d'avoir donné naissance à un enfant ou d'être enceintes.

TABLEAU 6.3

Proportion de femmes inuites, cries (1991) et québécoises (1987) âgées de 15 ans et plus ayant donné naissance à au moins un enfant, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

POPULATION	GROUPE D'ÂGE							
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Inuite	52,1	393	93,0	762	89,5	401	77,0	1 556
Crie	38,7	430	82,0	934	93,1	715	68,9	2 079
Québécoise	10,0	49 289	72,4	797 319	84,1	815 215	64,8	1 661 823

Dans la société inuite contemporaine, porter un enfant demeure une importante fonction sociale de la femme. Chez les adolescentes inuites, la grossesse peut entraîner le décrochage scolaire de même que d'autres problèmes sociaux, mais elle est moins stigmatisée que dans le reste du Québec (tableau 6.4). En fait, avoir des enfants, pour des femmes très jeunes ou même plus âgées, demeure une situation normale et l'adoption par la mère, la tante, la soeur ou même la grand-mère de la jeune fille enceinte joue sans doute un rôle considérable dans le maintien des hauts taux de grossesse dans la cohorte la plus jeune.

TABLEAU 6.4

Proportion de femmes inuites, cries (1991) et québécoises (1987)
 âgées de 15 ans et plus, enceintes au moment des enquêtes
 Santé Québec, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

POPULATION	GROUPE D'ÂGE							
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Inuite	16,1	118	5,3	42	0	0	8,1	160
Crie	4,9	52	5,5	62	0	0	3,8	114
Québécoise	2,6	12 688	3,8	41 628	0,4	3 295	2,3	57 611

6.1.4 ALLAITEMENT

La proportion de femmes inuites et de femmes cries allaitant leur dernier enfant est plus élevée que celle enregistrée pour le sud de la province (tableau 6.5). Par contre, les populations inuite et crie affichent un taux moins élevé d'allaitement dans le groupe d'âge le plus jeune, ce qui porte à croire que l'on assiste peut-être au ralentissement de cette pratique. Par ailleurs, des facteurs non négligeables, comme le coût très élevé du lait maternisé, amènent une pression pour le maintien de cet usage.

On sait que l'allaitement présente plus d'avantages pour la santé de l'enfant s'il se poursuit pendant au moins les six premiers mois de la vie. Chez les Inuites, 54 % des femmes ont allaité leur dernier enfant pendant six mois ou plus⁽¹⁾, comparativement à 56 % chez les Cris.

Chez les femmes inuites, la raison la plus fréquemment invoquée pour ne pas allaiter est l'adoption; vient ensuite le retour à l'école ou au travail. La crainte des BPC ne constitue pas une inquiétude communément invoquée (tableau 6.6). Quant à l'adoption, mentionnons qu'en 1988, 26 % des enfants nés sur le littoral de l'Ungava et 24 % de ceux nés sur la côte de l'Hudson ont été adoptés (SBESC, 1988).

(1) N.B. Les femmes de 45 ans et plus sont sous-représentées dans ces statistiques : elles sont respectivement trois et cinq fois plus nombreuses que les 15-24 ans et les 25-44 ans à ne pas se rappeler la durée de la période d'allaitement du dernier enfant.

TABLEAU 6.5

**Proportion de femmes inuites, crie (1991) et québécoises (1987)
âgées de 15 ans et plus ayant allaité leur dernier enfant,
selon l'âge (%) [Inuite, 1992]**

POPULATION	GROUPE D'ÂGE							
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Inuite*	55,0	212	66,6	504	57,0	209	61,3	925
Crie	58,4	251	67,5	627	65,8	471	65,0	1 349
Québécoise	50,4	24 681	34,7	265 662	16,3	125 174	26,3	415 517

* Comprend l'allaitement seul et l'allaitement combiné au biberon.

TABLEAU 6.6

**Principales raisons invoquées par les femmes inuites et crie (1991)
âgées de 15 ans et plus expliquant que le dernier enfant n'ait pas
été allaité (%) [Inuite, 1992]**

RAISON	POPULATION			
	INUITE		CRIE	
	%	Pe	%	Pe
Adoption	46,9	227	NA	NA
Travail/école	19,7	95	16,7	108
Avis du médecin	8,0	39	26,6	173
Crainte des BPC	4,6	22	NA	NA
Coutume démodée	6,0	29	2,5	16

Un autre facteur pouvant expliquer une diminution du nombre de femmes inuites qui allaitent, ou affectant la durée de l'allaitement, réfère à une modification du style de vie des femmes inuites. Peut-être en viendront-elles à délaisser l'allaitement parce qu'elles étudient et travaillent davantage.

6.2 LES COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS EN REGARD DE LA SEXUALITÉ DU COUPLE

Les résultats de l'enquête révèlent que 22 % des hommes et 17 % des femmes ont dit avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête. Ces taux sont semblables aux résultats des enquêtes menées dans le sud du Canada. Ainsi, dans l'«*Enquête sur la santé en Ontario 1990*» (Ontario, ministère de la Santé, 1992), 20 % des hommes et 14 % des femmes ont répondu avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête. De plus, chez les Inuits, ce sont 32 % des personnes âgées de 15 à 24 ans qui déclarent avoir eu plus d'un partenaire sexuel.

À l'instar d'autres études, dont celle intitulée «*Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes Québécois âgés entre 15 et 29 ans (1991)*», les résultats de la présente enquête montrent une corrélation certaine entre les **comportements sexuels à risque** et d'autres comportements à risque, tels que fumer la cigarette régulièrement, consommer habituellement de l'alcool, consommer de la drogue, etc. En effet, 75 % des Inuits déclarant avoir eu deux partenaires sexuels ou plus au cours des douze mois précédant l'enquête, sont des fumeurs réguliers. De plus, il semble que la multiplication des partenaires sexuels soit aussi reliée à la consommation d'alcool, car 63 % des Inuits qui déclarent deux partenaires sexuels ou plus sont des buveurs habituels. Toujours en regard des Inuits qui présentent un comportement sexuel à risque, 58 % d'entre eux mentionnent avoir consommé de la marijuana au cours des douze mois précédant l'enquête. Enfin, corollairement à ces données, 46 % des Inuits qui présentent un comportement sexuel à risque sont susceptibles d'avoir des problèmes liés à leur consommation excessive d'alcool (indice CAGE élevé); cette proportion est deux fois plus élevée que chez les Inuits rapportant aucun ou un seul partenaire sexuel au cours de l'année précédant l'enquête.

Ainsi, tel qu'observé au sud de la province mais de façon encore plus exacerbée, les Inuits rapportant au moins un comportement sexuel à risque présentent d'autres comportements qui pourraient être dommageables tant pour leur santé physique que mentale. Par ailleurs, ce constat semble devoir être nuancé par le fait que 34 % des Inuits ayant eu deux partenaires sexuels ou plus dans l'année précédant l'enquête déclaraient utiliser le condom, soit trois fois plus que les Inuits déclarant un seul partenaire. Ce phénomène paraît propre aux Inuits du Nunavik. En effet, de manière générale, les enquêtes portant sur ces mêmes sujets sont plutôt unanimes quant au fait qu'une augmentation des comportements à risque, comme boire

de l'alcool et consommer de la drogue, s'accompagne d'une utilisation moins fréquente des préservatifs, l'alcool ou d'autres drogues ayant comme effet d'altérer le jugement des individus et d'inhiber des comportements plus sécuritaires. Ou bien les campagnes de sensibilisation et de prévention ont été très efficaces dans le Nunavik, ou bien les Inuits ont répondu de façon socialement acceptable à la question sur l'utilisation du condom.

6.2.1 CONTRACEPTION

Étant donné le fort taux de natalité et le taux très élevé de MTS dans la région — en 1992, le taux de chlamydia était 23 fois supérieur et le taux de gonorrhée 60 fois supérieur aux taux enregistrés pour le sud du Québec (CRSSS Kativik, 1993) — le recours à la contraception, notamment au condom, pourrait présenter des avantages considérables autant pour les femmes que pour les hommes inuits. Dans la présente enquête, 20 % seulement des Inuits ont dit avoir utilisé au moins une fois dans les douze mois précédant l'enquête un procédé quelconque de contraception. La pratique contraceptive est plus largement répandue chez les personnes de 15 à 24 ans, avec un taux de 27 %. Plus d'hommes (25 %) que de femmes (16 %) disent utiliser des procédés contraceptifs ou préservatifs. Dans les villages de la côte de l'Ungava, 25 % des répondants pratiquent la contraception, par comparaison à 17 % sur la côte de la baie d'Hudson.

Exception faite du condom (12 %), les divers procédés de contraception sont peu employés par la population. Trois pour cent (3 %) des femmes inuites ont eu une ligature des trompes, et 2 % des hommes, une vasectomie. Les contraceptifs oraux ne sont utilisés que par 2 % des femmes, tandis que le stérilet et la méthode du calendrier ne servent respectivement que dans une proportion de 1 %.

La contraception est très peu répandue et la pilule reste, semble-t-il selon les femmes inuites, un «produit chimique» peu utilisé pouvant causer la stérilité à plus ou moins brève échéance. Quant au stérilet, son usage pourrait avoir été restreint et même non recommandé étant donné les taux élevés de propagation de certaines MTS. En effet, le stérilet peut être contre-indiqué chez des femmes identifiées à risques élevés de MTS, agissant comme un vecteur par lequel les MTS se propagent aux trompes de Fallope, pouvant ainsi causer la stérilité. Reste donc le condom qui a vu sa popularité augmenter suite, entre autres, à la médiatisation du sida et aux campagnes de prévention provinciales (distribution de condoms gratuits dans les dispensaires).

Quatorze pour cent des Inuits utilisent le condom (20 % des hommes). Les personnes ayant eu deux à cinq partenaires sexuels au cours de l'année précédente ont utilisé le condom dans une proportion de 37 %. Cette proportion diminue à 23 % chez les répondants ayant eu plus de cinq partenaires. Les rapports sexuels avec des **partenaires multiples** sans protection

constituent donc toujours un risque évident, et ce comportement devrait être ciblé dans les programmes de prévention du sida et des autres MTS.

L'usage du condom semble davantage le fait des répondants de 15 à 24 ans de même que celui des résidants du littoral de l'Ungava (Ungava, 18 %; Hudson, 12 %).

La présente étude ne traite pas du caractère régulier ou occasionnel de l'usage du condom. Par conséquent, les taux enregistrés surestiment vraisemblablement la proportion d'Inuits qui sont réellement protégés, soit contre une grossesse non désirée, soit contre la transmission du sida et des autres MTS.

Au Nunavik, on discute davantage aujourd'hui de la sexualité du couple et de la prévention des MTS qu'on ne le faisait par le passé. Ainsi, dans les années à venir, les attitudes et les comportements pourraient changer sensiblement en regard de la sexualité du couple, de la contraception et de la prévention.

6.3 RÉSUMÉ

L'étude montre qu'une forte proportion de femmes sont régulièrement examinées pour le dépistage du cancer du col utérin. Toutefois, le taux élevé de ce type de cancer se maintient, ce qui porte à conclure que les efforts de dépistage doivent se poursuivre.

Le dépistage du cancer du sein n'est pas systématique. Par ailleurs, la faible incidence de ce type de cancer au Nunavik ne semble pas justifier le recours à des programmes préventifs aussi vigoureux que celui du test de Pap.

Quant aux relations sexuelles avec des partenaires multiples, leur taux est semblable à celui enregistré ailleurs. Toutefois, l'usage peu répandu des contraceptifs et des préservatifs entraîne un taux particulièrement élevé de MTS et un taux élevé de naissances. Le condom est le procédé contraceptif le plus répandu mais, même chez les jeunes (15 à 24 ans), seulement 21 % disent l'avoir utilisé au moins une fois au cours de l'année précédente pour prévenir les MTS.

Les femmes inuites sont quatre à cinq fois plus susceptibles de devenir enceintes que les femmes québécoises.

La proportion de femmes qui allaitent demeure plus élevée que dans le sud de la province; de plus, une femme sur deux (54 %) a allaité son dernier enfant pendant six mois complets. Le fait qu'environ le quart des enfants sont adoptés restreint les taux que l'on pourrait

éventuellement atteindre; toutefois, il importe de poursuivre les efforts en vue de promouvoir l'allaitement.

6.4 RÉFÉRENCES

CONSEIL RÉGIONAL DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX KATIVIK (1993). «Registre des décès» et «Registre des taux de chlamydia et de gonorrhée», données informatisées.

GAUDETTE, L.A. *ET AL.* (1990). «Cancer Patterns in the Inuit Population of Canada 1970-84», *Circumpolar Health*, 1990, p. 443-446.

ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ (1988). *Self-examination in the Early Detection of Breast Cancer*, Genève.

ONTARIO, MINISTÈRE DE LA SANTÉ (1992). *L'Enquête sur la santé en Ontario 1990*.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1988). *Banque de données nationale sur l'allaitement chez les femmes indiennes et inuit*, p. 39.

SANTÉ QUÉBEC (1992). *Consommation d'alcool et de drogues chez les jeunes âgés entre 15 et 29 ans, 1991*, Gouvernement du Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, XIX, 131 p.

SHAPIRO, S. (1976). «Statistical Evidence for Mass Screening for Breast Cancer and Some Remaining Issues», *Cancer Detection Preventive*, 1 : 347-363.

CHAPITRE 6 - SECTION II

NORMES DE SÉCURITÉ RELIÉES AUX VÉHICULES MOTORISÉS, AUX ARMES À FEU ET AUX CHIENS

AUTEURS

FRANÇOIS THERRIEN
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE
MONTRÉAL-CENTRE

STÉPHANE MESSIER
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
CENTRE DE RECHERCHE SUR LES TRANSPORTS

FRANÇOISE BOUCHARD
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE L'OUTAOUAIS

LECTEURS

PETER BARSS
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE
MONTRÉAL-CENTRE

YVONNE ROBITAILLE
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE
MONTRÉAL-CENTRE

SUZANNE ST-PIERRE
INFIRMIÈRE/ENQUÊTEUR

FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION
ET DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK

6.5 LES RISQUES D'ACCIDENTS

La vie traditionnelle des chasseurs-cueilleurs, avec leurs déplacements dans un milieu souvent difficile et par la suite l'usage généralisé d'armes à feu, comportait une série de risques particuliers. Les conditions de vie ont changé mais les déplacements, au village ou sur le territoire, ainsi que la chasse demeurent importants et les chiens sont encore là en grand nombre. L'enquête s'est intéressée à la façon dont les Inuits utilisent les véhicules motorisés, ainsi qu'à leur gestion des armes à feu et aux soins des chiens en regard de la santé.

6.5.1 L'utilisation des véhicules à moteur

Les déplacements sur le territoire ont de tout temps occupé une place importante dans la vie et l'organisation socio-économique des Inuits. Les variations saisonnières, selon la belle expression de Mauss et Beuchat dans leur essai classique (1904-1905) sur la morphologie sociale des Inuits, impliquaient nécessairement, comme il sied à un peuple de chasseurs-cueilleurs, l'utilisation de moyens de transport sur terre (ou sur glace) et sur mer.

Si les activités et les moyens de transport constituaient une condition indispensable à l'exercice de l'économie de subsistance des Inuits (et donc à la reproduction sociale), ils comportaient déjà à l'époque des risques évidents qui ont donné lieu à de multiples tragédies dont on aura souvent lu ou entendu le récit : risque de se perdre dans la toundra, risque de perdre le contrôle des chiens, de partir à la dérive sur un morceau de banquise, de chavirer en *kayak* dans l'eau glacée, etc.

Les transformations profondes et accélérées des conditions de vie des Inuits du Nunavik (sédentarisation, développement des services étatiques, Convention de la Baie James et du Nord québécois, hausse spectaculaire du niveau de vie, etc.) allaient aussi avoir un impact majeur dans le domaine des moyens et activités de transport. Parallèlement aux activités de subsistance (qui demeurent importantes), s'est développée une économie de services, basée au village, et impliquant l'utilisation croissante, sur de minuscules réseaux routiers non reliés, de camions, *pick-up*, fourgonnettes et même ces dernières années, de voitures personnelles et d'autobus scolaires. Les véhicules tout-terrain⁽¹⁾ (VTT) sont devenus fort populaires, tant pour les déplacements à l'intérieur des villages que sur le territoire. Quant à la motoneige, elle fait partie intégrante du paysage nordique depuis plus de trente ans. Pour la plus grande partie de l'année, elle représente le véhicule personnel le plus utilisé, au village comme à l'extérieur, pour des usages tant utilitaires que récréatifs. Avec l'augmentation des revenus, les familles à deux motoneiges ou plus ne sont pas rares et non seulement le nombre mais encore la puissance des machines se sont considérablement accrus.

(1) Les trimotos ont fait leur apparition dans l'Arctique québécois et canadien à la fin des années 1970. Elles ont depuis été remplacées par les quadrimotos qui sont des véhicules beaucoup plus sécuritaires.

Bien qu'il soit impossible d'obtenir des chiffres précis sur le parc de véhicules et son évolution, il est évident que le nombre de véhicules a augmenté de façon quasi exponentielle, principalement au cours des vingt dernières années. La toundra est sillonnée par des engins de plus en plus performants et dans les communautés, à la différence de ce qu'on observe dans le sud de la province, tous les types de véhicules partagent la voie publique. D'ailleurs, la notion même de voie publique ne va pas de soi au Nunavik qui a conservé en grande partie les attitudes et les habitudes d'une époque où l'éloignement et la faible densité de véhicules rendaient sans grandes conséquences l'absence de règles : que ce soit pour l'immatriculation des véhicules, l'exigence du permis de conduire, l'âge des conducteurs, le Nunavik, pour des raisons évidentes, fonctionnait — et comme on le verra, fonctionne encore un peu — d'une manière différente du sud du Québec.

Du côté du transport par eau, l'évolution des trente dernières années a sans doute été moins spectaculaire, car les embarcations traditionnelles (*kayak* et *umiaq*) ont depuis longtemps cédé leur place à la baleinière⁽¹⁾ et au canot à moteur. Plus récemment, on a vu apparaître au Nunavik les *speedboats*. Encore aujourd'hui, des familles entières partent en canot-moteur pour aller camper l'été, et les hommes s'en servent pour les activités, sans doute relativement moins importantes que jadis au plan économique, de chasse et de pêche marines. Tous ces déplacements sur l'eau se font essentiellement sur la baie et le détroit d'Hudson et sur la baie d'Ungava. Aujourd'hui comme hier, même pour un peuple qui connaît de façon exceptionnelle l'environnement marin, les risques liés aux déplacements par mer dans l'Arctique demeurent non négligeables.

6.5.2 Utilisation de véhicules à moteur comme problématique de santé

Afin d'évaluer le risque de subir un accident avec un véhicule motorisé, il est souhaitable d'obtenir une mesure valable de l'exposition au risque. Dans nombre d'études, la variable d'exposition au risque se mesure par le kilométrage annuel ou encore par le nombre d'heures qu'un individu a passé à conduire une automobile, une motoneige ou un bateau. Cette mesure est quantitative et permet d'obtenir, dans plusieurs cas, une estimation pour mesurer le risque. Peuvent s'ajouter à cette mesure, des mesures qualitatives comme par exemple le fait de conduire la nuit, de conduire à grande vitesse, dans un environnement non familier ou avec les facultés affaiblies par l'alcool ou la drogue. Quelques questions tirées du Questionnaire individuel permettent d'évaluer l'exposition au risque (par exemple : fréquence d'utilisation des divers types de véhicules à moteur).

En plus d'estimer le degré d'utilisation des quatre principaux types de véhicules utilisés (l'automobile et la camionnette, les VTT, la motoneige et le bateau), nous pouvons extraire

(1) Le fameux *Peterhead*, embarcation pontée utilisée entre autres pour la chasse au morse et au *béluga*.

du questionnaire divers comportements reflétant l'intégration d'aspects préventifs tels que le port de la ceinture de sécurité, du casque protecteur ou du vêtement de flottaison individuel. Ne pas utiliser ces accessoires de sécurité peut augmenter les risques de blessures, mais aussi le milieu dans lequel l'accident se produit peut en aggraver les conséquences. Par exemple, une personne blessée gravement dans un accident de VTT a plus de chance de s'en sortir sans séquelles permanentes, si l'accident survient en banlieue de Montréal plutôt que dans la toundra, loin du village et des soins médicaux spécialisés. Deux accidents de bateaux similaires peuvent avoir des conséquences très différentes si les occupants tombent dans l'eau glacée plutôt que dans une eau plus tempérée.

6.5.3 Résultats

• Fréquence d'utilisation

Comme nous l'avons dit plus haut, les véhicules motorisés sont maintenant — et depuis relativement peu de temps — omniprésents au Nord. La nature et la taille spécifiques des réseaux routiers nordiques conditionnent le type d'utilisation que les *Nunavimmiut* font des véhicules. Ainsi, des véhicules qui, dans le sud de la province, sont plutôt réservés à des usages récréatifs — VTT et motoneiges — deviennent au Nunavik les principaux véhicules d'usage courant et devancent l'automobile ou le camion : seulement 46 % des répondants disent circuler en automobile au moins une fois par semaine, tandis que cette proportion est de 59 % pour les VTT et atteint près de 77 % pour la motoneige⁽¹⁾. Ces données illustrent bien un aspect de la spécificité nordique en matière d'utilisation de véhicules à moteur (tableau 6.7).

Les différences entre les sexes, quant à l'utilisation des véhicules, sont surtout marquées dans le cas des automobiles et camions où 55 % des hommes contre 37 % des femmes les utilisent au moins une fois par semaine — ce qui reflète probablement le fait, qu'en bonne partie, ces véhicules n'appartiennent pas aux individus mais sont plutôt utilisés dans le cadre du travail et pour des emplois très largement occupés par des hommes (e.g. pour la livraison d'eau, l'enlèvement des ordures, etc.). De plus, les hommes se disent conducteurs ou autant conducteurs que passagers (64 % des hommes c. 21 % des femmes). La motoneige est aussi significativement plus fréquemment utilisée par les hommes que par les femmes (83 % des hommes s'en servent au moins une fois par semaine contre 71 % des femmes) (tableau 6.8).

Si on considère maintenant la fréquence d'utilisation en fonction des groupes d'âge 15-24, 25-44 et 45 ans et plus, aucune différence importante n'est observée pour ce qui est des VTT et de la motoneige. Par contre, l'automobile et le camion semblent être moins fréquemment

(1) Ces pourcentages tiennent compte des Inuits (14 % de l'échantillon) qui disent n'avoir jamais circulé en véhicule à moteur au cours des douze mois précédant l'enquête.

utilisés par les plus âgés. Seulement le tiers d'entre eux rapportent utiliser ce type de véhicules plus d'une fois par semaine, tandis qu'environ la moitié des 15-44 ans agissent de même. Encore une fois, ces données sont probablement le reflet qu'au Nunavik ces véhicules appartiennent plutôt à l'univers du travail et que la majorité de la main-d'oeuvre salariée se trouve dans le groupe d'âge 15-44 ans (tableau 6.9).

L'utilisation faite des véhicules à *Kuujuuaq* et à *Kuujuarapik* (villages «urbains») se différencie-t-elle de celle que l'on en fait dans les autres communautés du Nunavik (villages «ruraux») ? Les villages dits «urbains» furent les premiers centres administratifs des deux côtes du Nunavik (Hudson et Ungava); ils sont les plaques tournantes des relations avec le reste du Québec. Ce sont également les premières communautés où les Inuits ont eu accès au travail salarié à grande échelle et il s'agit enfin des communautés où le réseau routier est le plus développé⁽¹⁾. Il n'est donc pas étonnant de constater que l'automobile ou le camion sont relativement plus fréquemment utilisés dans ces villages (65 % des Inuits des villages «urbains» disent les utiliser au moins une fois par semaine contre 40 % pour les villages «ruraux»). Par contre, on ne relève aucune différence notable en ce qui a trait à l'utilisation des VTT et des motoneiges (qui est très importante dans tous les villages) (tableau 6.10). En été, les habitants des villages «ruraux» semblent aussi faire un usage significativement plus fréquent du bateau (47 % l'utilisent plus d'une fois par semaine contre 37 % pour les Inuits des villages «urbains»). De plus, la proportion d'utilisateurs fréquents du bateau est deux fois plus grande chez les hommes (58 %) que chez les femmes (31 %).

TABLEAU 6.7

Fréquence d'utilisation de divers types de véhicules motorisés
par la population inuite âgée de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]

FRÉQUENCE D'UTILISATION	TYPE DE VÉHICULES							
	AUTO/CAMION Pe = 3996		VTT Pe = 4027		MOTONEIGE Pe = 4087		BATEAU Pe = 4026	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Une fois par semaine et plus en saison	45,8	1 832	59,4	2 393	77,0	3 145	44,8	1 805
Moins d'une fois par semaine en saison*	54,2	2 164	40,6	1 634	23,0	942	55,2	2 221

* Inclut ceux qui disent n'avoir utilisé aucun véhicule au cours des douze mois précédant l'enquête.

(1) D'après les données du service d'assistance technique aux municipalités de l'Administration régionale *Kativik*, les villages «ruraux» ont un réseau routier moyen de moins de 8 km. Par contre, *Kuujuuaq* et *Kuujuarapik* (à quoi il faut ajouter les 5 km de *Whapmagoostui*) ont un réseau routier moyen de plus de 17 km (données de 1992).

TABLEAU 6.8
Fréquence d'utilisation de divers types de véhicules motorisés par la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon le sexe (%) [Inuite, 1992]

FRÉQUENCE D'UTILISATION	TYPE DE VÉHICULES											
	AUTO/CAMION Pe = 3996				VTT Pe = 4027				MOTONEIGE Pe = 4087			
	H		F		H		F		H		F	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Une fois par semaine et plus en saison	54,6	1 124	36,6	708	62,8	1 296	55,9	1 097	82,8	1 738	70,8	1 407
Moins d'une fois par semaine en saison *	45,4	935	63,4	1 229	37,2	767	44,1	867	17,2	362	29,2	580

* Inclut ceux qui disent n'avoir utilisé aucun véhicule au cours des douze mois précédant l'enquête.

(Significatif à 99 % pour l'auto/camion et la motoneige seulement.)

TABEAU 6.9
Fréquence d'utilisation de divers types de véhicules motorisés par la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

FRÉQUENCE D'UTILISATION	TYPE DE VÉHICULES																	
	AUTO/CAMION Pe = 3896				VTT Pe = 4027				MOTONEIGE Pe = 4087									
	15-24		25-44		45 et +		15-24		25-44		45 et +		15-24		25-44		45 et +	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Une fois par semaine et plus en saison	48,4	711	50,5	834	32,8	287	62,9	914	58,4	985	55,7	494	74,9	1 122	79,6	1 349	75,4	674
Moins d'une fois par semaine en saison*	51,6	757	49,5	818	67,2	589	37,1	541	41,6	700	44,3	393	25,1	375	20,4	347	24,6	220

* Inclut ceux qui disent n'avoir utilisé aucun véhicule au cours des douze mois précédant l'enquête.

(Significatif à 99 % pour l'auto/camion seulement.)

TABLEAU 6.10
Fréquence d'utilisation de divers types de véhicules motorisés par la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon le type de villages (%) [Inuite, 1992]

FRÉQUENCE D'UTILISATION	TYPE DE VÉHICULES													
	AUTO/CAMION Pe = 3996			VTT Pe = 4027			MOTONEIGE Pe = 4087			BATEAU Pe = 4026				
	URBAIN		RURAL	URBAIN		RURAL	URBAIN		RURAL	URBAIN		RURAL		
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe		
Une fois par semaine et plus en saison	64,7	596	40,2	1 236	58,7	546	79,8	758	76,1	2 387	37,4	364	47,1	1 451
Moins d'une fois par semaine en saison	35,3	325	59,8	1 839	41,3	384	20,2	191	23,9	751	62,6	593	52,9	1 628

(Significatif à 89 % pour l'auto/camion seulement.)

(Significatif à 85 % pour le bateau.)

6.5.4 Comportements préventifs

L'enquête ne pouvait aborder tous les aspects de la prévention dans l'utilisation des véhicules à moteur. Nous avons cependant des données sur les points suivants qui sont de première importance : port de la ceinture de sécurité en auto, port du casque en VTT et en motoneige, port du vêtement de flottaison individuel en bateau et conduite avec facultés affaiblies.

Globalement, le port de la ceinture de sécurité en auto est encore fort peu répandu si on compare les Inuits à l'ensemble du Canada. Ainsi, seulement 12 % des répondants affirment porter la ceinture toujours ou la plupart du temps et 88 % disent le faire jamais ou rarement (tableau 6.11). Le port de la ceinture de sécurité ne varie ni selon le sexe, ni selon que l'on habite les villages «urbains» ou «ruraux». Par ailleurs, les plus jeunes déclarent moins porter la ceinture. Les données canadiennes (Lawson, 1992) sur le port de la ceinture établissent la moyenne nationale à 86 %, avec un sommet à 94 % en Saskatchewan et à Terre-Neuve.

TABLEAU 6.11

Fréquence du port de la ceinture de sécurité et du casque protecteur chez la population inuite âgée de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]

FRÉQUENCE	PORT DE LA CEINTURE		PORT DU CASQUE	
	%	Pe	%	Pe
Toujours / la plupart du temps	11,5	325	4,6	144
Rarement / jamais	88,5	2 505	95,4	2 974
TOTAL	100	2 830	100	3 118

Le port du casque en VTT ou en motoneige est encore moins répandu que le port de la ceinture : moins de 5 % des répondants disent utiliser cette pièce d'équipement toujours ou la plupart du temps. Pour ce qui est du vêtement de flottaison individuel, les porteurs habituels (toujours/la plupart du temps) ne dépassent pas 8 %. Par contre, il y a un comportement préventif qui semble plus enraciné dans la pratique courante des Inuits et qui concerne les déplacements sur le territoire en hiver : pour 77 % des Inuits, les sorties en motoneige hors du village se font généralement avec au moins deux motoneiges.

Au Nunavik comme au sud de la province, la conduite avec facultés affaiblies constitue l'une des principales causes d'accidents. Il est évidemment délicat d'interroger les gens sur leur comportement dans ce domaine et faut-il s'étonner qu'une très large majorité de *Nunavimmiut*

(75, 70 et 68 % selon qu'il s'agit d'automobiles, de VTT ou de motoneiges) prétendent n'avoir jamais conduit sous l'influence de l'alcool ou de drogues. Une infime minorité avoue l'avoir fait souvent et une proportion, somme toute appréciable compte tenu de la nature du sujet, reconnaît l'avoir fait rarement (entre 22 et 30 % selon le type de véhicule).

6.5.5 Discussion

● Comportements préventifs comme indice de modernité

Les comportements préventifs (ou, à l'inverse, la diminution des comportements à risque) s'inscrivent dans un système socioculturel dont tous les éléments sont interreliés. Ainsi, l'adoption de comportements, comme le port de la ceinture ou du casque, suppose infiniment plus que la simple connaissance de leurs bienfaits. Il faut encore, et en plus, un certain niveau de développement des systèmes de transport, une prise de conscience collective d'un problème et d'éléments de solution, des institutions politiques et judiciaires, etc.⁽¹⁾ Au Nunavik, le monde du transport s'est développé rapidement sans que les attitudes et pratiques des voyageurs, de même que la volonté politique et les moyens pratiques pour gérer cette réalité, n'évoluent au même rythme.

6.5.6 Comparaison avec l'enquête Santé Québec 1987 et l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James, 1991

En général, les comportements préventifs à l'égard des véhicules à moteur ne sont pas encore enracinés chez les Inuits du Nunavik. Les données que l'enquête révèle pour la ceinture de sécurité et le casque de VTT sont aux antipodes de ce qu'on retrouve dans l'enquête québécoise de 1987 pour l'ensemble de la population de la province. Ainsi, 95 % des Québécois (ESQ 87) disaient porter la ceinture toujours ou la plupart du temps contre 12 % chez les Inuits du Nunavik. Parmi les Québécois (ESQ 87), 50 % affirmaient porter le casque en VTT, alors que 88 % des Inuits répondent ne jamais le porter : est-il nécessaire de rappeler, cependant, que les Québécois (ESQ 87) sont bombardés depuis au moins deux décennies de messages publicitaires sur l'utilité et l'obligation de ces mesures de sécurité et qu'en outre, depuis 1979, la persuasion s'accompagne d'une certaine dose de coercition⁽²⁾ (tableau 6.12).

(1) Rappelons que les villages nordiques ont seulement commencé à accéder au statut de municipalité en 1975.

(2) Port obligatoire de la ceinture de sécurité; si cette loi n'est pas respectée, une contravention sera dressée.

TABLEAU 6.12

Fréquence du port de la ceinture de sécurité et du casque protecteur chez les populations inuite, cri (1991) et québécoise (1987) âgées de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]

FRÉQUENCE	PORT DE LA CEINTURE DE SÉCURITÉ (AUTO/CAMION)						PORT DU CASQUE PROTECTEUR (VTT)					
	INUIITS		CRIS		QUÉBÉCOIS		INUIITS		CRIS		QUÉBÉCOIS*	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Toujours / La plupart du temps	11,5	325	62,7	3 684	95,1	4 497 488	2,8	88	38,2	673	50,1	247 419
Rarement / Jamais	88,5	2 505	37,3	2 188	4,9	231 125	97,2	3 093	61,8	1 086	49,9	246 424
TOTAL	100	2 830	100	5 872	100	4 728 613	100	3 181	100	1 759	100	493 843

* Dans l'enquête Santé Québec 1987, le choix de réponses était «oui» ou «non».

Il est également intéressant de constater que les Cris, dont le réseau routier est de plus en plus intégré au réseau provincial, présentent des résultats qui sont à peu près à mi-chemin entre ceux de la population générale du Québec et ceux des Inuits : 63 % portent la ceinture de sécurité toujours ou la plupart du temps (38 % pour le casque de VTT). Par contre, pour une pratique typique du milieu nordique autochtone — les déplacements en motoneige sur le territoire — les Cris et les Inuits se déplacent, dans les mêmes proportions, en groupe d'au moins deux véhicules (75 et 77 %, respectivement).

Le questionnaire de l'enquête ne mesure que partiellement la réalité des comportements et pratiques en matière de sécurité avec les véhicules à moteur. Beaucoup d'éléments, autres que l'utilisation de la ceinture et du casque ou la conduite avec facultés affaiblies, auraient pu être abordés, quoique non sans difficulté, dans le cadre d'un questionnaire auto-administré. Ainsi, le très jeune âge de certains conducteurs de VTT, les passagers (souvent très jeunes également) en surnombre, la vitesse, les habitudes de conduite (qu'à l'occasion on pourrait qualifier d'«acrobatiques») sont des phénomènes d'observation courante au Nunavik et qui ont aussi un impact évident sur les traumatismes dus à l'utilisation de véhicules à moteur.

Selon les données du *Keewatin Health Assessment Study* (Moffatt et coll, 1992, p. 43), les habitudes des Inuits du *Keewatin* ressemblent beaucoup à celles des Inuits du Nunavik : 15 % seulement des adultes disent porter la ceinture de sécurité toujours ou la plupart du temps. Personne, à toutes fins pratiques, ne porte de casque en motoneige (99 % ne le portent pas). Par contre, le casque de VTT semble plus populaire : 52 % disent le porter toujours ou la plupart du temps.

6.6 LES CHIENS

Les chiens ont longtemps joué un rôle indispensable dans la vie des Inuits. Animal de trait d'abord, animal de bât lors des déplacements d'été à l'intérieur des terres, le chien pouvait même constituer une réserve alimentaire pour les situations d'extrême urgence. Malgré que la motoneige l'ait supplanté depuis trente ans comme principal moyen de transport, on dénombre encore une importante population canine dans les villages du Nunavik. Les chiens sont parfois errants, mais ils sont en général attachés près de la maison et certains sont élevés et entretenus à des fins de sorties occasionnelles en traîneau (de plus en plus, d'ailleurs, comme attrait d'une industrie touristique embryonnaire).

Il faut comprendre que la vie d'un chien du Nord — traditionnellement, le seul animal domestique des Inuits — ressemble fort peu à celle de ses congénères du sud du Québec. Les chiens du Nord vivent constamment à l'extérieur et, sauf pour les chiots qui sont parfois l'objet d'éphémères cajoleries, sont exposés à de très rudes conditions d'existence. Leur caractère en devient souvent agressif et ils peuvent mordre. De plus, comme la rage est

endémique sur tout le territoire, avec le renard comme principal vecteur, les chiens qui ne sont pas vaccinés courent le risque d'être infectés par des animaux sauvages et peuvent à leur tour transmettre la maladie aux humains.

6.6.1 Résultats

Bien qu'on ne dispose pas de données sur la taille exacte de la population canine, on peut néanmoins se faire une idée de son importance par le fait que 31 % des Inuits disent vivre dans un ménage qui possède au moins un chien (41 % chez les Cris). Cette proportion est significativement plus élevée sur la côte de l'Hudson que sur celle de l'Ungava et dans les villages «ruraux» qu'«urbains».

Le programme de vaccination antirabique mis de l'avant par le ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation du Québec (MAPAQ) semble couvrir une majorité mais non la totalité des chiens : 61 % des Inuits qui ont des chiens disent que les leurs ont été vaccinés au cours des trois dernières années, tandis que 39 % disent que leurs chiens ne l'ont pas été. Il n'y a pas de différence significative entre les deux côtes de même qu'entre les villages «urbains» et «ruraux».

La question des chiens errants revient de façon récurrente parmi les préoccupations des agglomérations nordiques. La majorité des Inuits (69 %) estiment qu'il s'agit là d'un problème important ou même très sérieux. Cette perception est partagée par les résidents des deux côtes et davantage par les femmes que par les hommes. Ces résultats constitueraient donc un encouragement aux administrations locales pour redoubler d'efforts dans l'application des règlements relatifs aux chiens. Une proportion à peu près semblable de répondants à l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James (65 %) trouvait également que les chiens errants représentaient un problème important.

6.7 COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS RELIÉS AUX ARMES À FEU

Dans une population où la chasse revêt une importance économique⁽¹⁾ et symbolique de premier plan, les armes à feu font partie de l'équipement domestique courant des ménages. On les utilise dans la plupart des familles et tout au cours de l'année, même chez les travailleurs salariés pour qui, généralement, la chasse ne peut être pratiquée qu'en vacances ou les fins de semaine.

(1) Bien que le Nunavik ne dépende plus, depuis plusieurs années, d'une économie de subsistance, le gibier (le *country food*) représente toujours une part non négligeable de l'alimentation des Inuits, comme on le voit au Chapitre 5, Section 2.

La chasse constitue la raison d'être quasi exclusive de la possession d'armes à feu chez les Inuits. Contrairement à eux, pour les Euro-Canadiens (et surtout les Américains), d'autres motifs importants président à l'acquisition d'armes (tir sportif, sécurité personnelle, intentions criminelles)⁽¹⁾. Il est évident cependant, que les armes à feu peuvent représenter un risque de blessures et de mortalité. D'une part, des accidents résultent du maniement imprudent d'une arme à feu — comme d'un véhicule — et d'autre part, l'accessibilité généralisée des armes peut faciliter le passage à l'acte d'intentions ou d'impulsions suicidaires ou homicides. À cet égard, rappelons simplement que le taux de suicide est trois fois plus élevé chez les autochtones (Amérindiens et Inuits) du Canada que dans la population générale du pays et que ce problème afflige particulièrement les jeunes de sexe masculin âgés de 15 à 29 ans (SBESC, 1991). Les armes à feu sont évidemment un des principaux moyens utilisés (avec la pendaison).

6.7.1 Résultats

Le Questionnaire individuel ne demandait pas aux répondants de préciser le type d'armes à feu possédé, présumant qu'il s'agissait essentiellement de fusils et de carabines de chasse. Deux questions sont abordées : d'abord la possession d'armes dans les ménages et leur mode d'entreposage. Une majorité d'Inuits (82 %) déclarent qu'il y a au moins une arme chez eux. Ce pourcentage varie peu selon les groupes d'âge. On note cependant que les résidents du secteur B, où la chasse est sans doute relativement plus importante, semblent un peu plus nombreux à posséder des armes (86 % ont répondu oui à la question, contre 80 % dans les autres communautés). Ces données montrent clairement un trait distinctif au Nunavik par rapport à la population canadienne en général où, selon l'Enquête de Promotion de la Santé (SBESC, 1993), seulement 23 % des foyers possèdent une ou plusieurs armes à feu.

Quant à l'entreposage des armes à feu, 54 % des répondants disent les ranger sous clé toujours ou la plupart du temps, tandis que 46 % répondent, quelquefois ou jamais. Les femmes auraient tendance à recourir davantage à ce type d'entreposage : 60 % d'entre elles le feraient la plupart du temps, sinon toujours, comparativement à 50 % des hommes. Il faut toutefois ajouter que l'entreposage sous clé des armes à feu n'est pas la seule et unique façon d'en disposer de façon sécuritaire et qu'il peut être tout à fait convenable de les traiter avec les mêmes égards que, par exemple, les couteaux de cuisine.

(1) Et par conséquent, d'autres types d'armes que les fusils et carabines de chasse.

6.8 RÉSUMÉ

Les éléments de l'enquête qui traitaient des véhicules-moteurs, des chiens et des armes à feu mettent en lumière quelques traits distinctifs de la situation au Nunavik. En ce qui regarde les véhicules, l'adoption de comportements préventifs, comme le port de la ceinture de sécurité ou du casque, est encore peu répandue. Le contexte d'utilisation des véhicules, tellement différent de ce qu'on retrouve dans le Québec méridional, en est sans doute la cause principale. L'accélération du développement économique et sociopolitique entraînera inévitablement une modification des comportements dans le sens des modèles dominants à l'échelle du pays.

Les chiens errants peuvent être une nuisance publique appelant un resserrement des contrôles municipaux et possiblement une intervention des autorités en santé publique. Le programme de vaccination des chiens contre la rage, par ailleurs, semble fonctionner rondement.

Enfin, le problème du suicide dans lequel les armes à feu jouent si souvent un rôle instrumental renvoie davantage au problème de la détresse psychologique qu'à celui du contrôle et de l'entreposage des armes.

6.9 RÉFÉRENCES

LAWSON, J. (1992). «Cost-benefit analysis and cost-effectiveness assessments of a potential regulation requiring airbags in passenger cars in Canada. Prepared for the Canadian Association of Road Safety Professionals, International Conference : Airbags and Seatbelts - Evaluation and Implications for Public Policy», Montréal, du 19 au 30 octobre 1992, 29 p.

MAUSS, M.; BEUCHAT, H. (1904-1905). «Essai sur les variations saisonnières des sociétés Eskimo. Étude de morphologie sociale». *L'Année Sociologique*, IX^{ème} année : 39-132.

MOFFAT, M.E.K. ET AL. (1992). *Keewatin Health Status Assessment Study*. The Northern Health Research Unit, Department of Community Health Sciences, University of Manitoba, Winnipeg, 47 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1993). *Enquête promotion de la santé Canada 1990*, Approvisionnement et Services, Ottawa, 360 p.

SANTÉ ET BIEN-ÊTRE SOCIAL CANADA (1991). *Health Status of Canadian Indians and Inuit - 1990*, Approvisionnement et Services, Ottawa, no de cat. H34-48/1991F, 64 p.

CHAPITRE 7

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL AU NUNAVIK

AUTEURS

BERNARD LAMOTHE
GROUPE DE RECHERCHE HYPOTHÈSE INC.

LOUISE LEMIRE
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DE LANAUDIÈRE

LECTEURS

PIERRE BEAUCAGE
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
DÉPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE

MARC-ADÉLARD TREMBLAY
UNIVERSITÉ LAVAL
DÉPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE

COLETTE PARENT
SANTÉ CANADA
DIRECTION DES SERVICES MÉDICAUX -
SANTÉ DES INDIENS

HÉLÈNE DENONCOURT
INFIRMIÈRE/ENQUÊTEURE

JEAN-GUY BOUSQUET
GESTIONS J.G.B. INC.

FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION ET
DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK

SOLANGE HUDON
UNIVERSITÉ LAVAL
GÉTIC

7.0 INTRODUCTION

Cette partie traite de l'environnement social à partir des éléments reliés à la situation de l'emploi, aux changements culturels, de même qu'à la perception de certains problèmes sociaux dans les communautés composant le Nunavik.

Quelques études et enquêtes ont traité des questions relatives au marché de l'emploi chez les Inuits du Nunavik (Duhaime, 1983; Lemire, 1987; Lamothe et Lemire, 1992). Certaines ont notamment mis en évidence la forte progression du salariat depuis les années 50, de même que l'importance des emplois reliés aux fonctions publique et parapublique dans l'économie du Nunavik. D'autres ont plus particulièrement traité des questions du chômage et du sous-emploi. Or, on sait que le fait d'être sans travail ou dans l'incapacité de conserver son emploi peut avoir des répercussions sur l'état de santé des individus. Dans cette partie, seront abordées les questions se rapportant au statut économique du répondant, au roulement du personnel, à la persistance de l'inactivité, au stress relié à l'emploi et à l'aide reçue par des collègues en cas de difficultés au travail.

Concernant les changements culturels, nous étudierons la perception que les Inuits ont des récents bouleversements qui ont jalonné leur existence, la manière dont ils s'y adaptent et s'ils considèrent qu'ils leur ont été bénéfiques. Ces informations permettent de dégager des pistes et des hypothèses sur les liens possibles entre les changements socioculturels et l'état de santé des Inuits.

La dernière partie traite de la perception qu'ont les Inuits de quelques problèmes sociaux. Certains ouvrages (CRSSS Kativik, 1991b; Simard, 1993b; Lamothe, 1993) ont d'ailleurs mis en évidence la forte prévalence de troubles sociaux, non seulement chez les Inuits du Nunavik mais aussi chez l'ensemble des peuples autochtones du Canada. Peu d'études ont cependant documenté la perception qu'en avaient les personnes aux prises avec de telles difficultés dans leur communauté. Voilà toute l'originalité et la valeur de ces données, d'autant plus que certaines permettent des rapprochements avec les informations recueillies lors de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James (1991).

À partir des fréquences obtenues, il est ainsi possible de savoir si les Inuits sont sensibilisés ou non aux problèmes de violence physique ou verbale entre conjoints, aux batailles et émeutes, à l'utilisation de drogues illégales, à l'abus d'alcool, aux enfants négligés par les parents, à la délinquance juvénile, au respect envers les aînés et aux abus sexuels.

7.1 OCCUPATION PRINCIPALE DES INUITS DU NUNAVIK

Plus de la moitié (54 %) des Inuits du Nunavik déclarent avoir un emploi rémunéré au moment de l'enquête, alors que chez les Cris de la Baie James, cette proportion atteignait 45 % (Tableau 7.1). À cet égard, les hommes (60 %) ainsi que les résidants de la côte de l'Ungava (61 %) comptent les plus fortes proportions de travailleurs rémunérés. Si on dénombre moins de femmes à ce chapitre, elles sont par ailleurs dix fois plus nombreuses (21 %) que les hommes (2 %) à assumer des tâches domestiques. Chez les Cris, on observe à ce chapitre sensiblement les mêmes tendances.

TABLEAU 7.1

**Occupation principale des Inuits et des Cris (1991)
âgés de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]**

OCCUPATION	POPULATION			
	INUITE		CRIE	
	%	Pe	%	Pe
Travail rémunéré	53,5	2 175	45,4	2 742
Sans travail	16,0	651	8,5	517
Tenir maison	11,3	461	12,6	762
Chasse et piégeage	2,2	90	22,1	1 334
Autres (pension de retraite, étudiant, etc.)	17,0	692	11,4	691
TOTAL	100	4 069	100	6 046

Même si les femmes inuites demeurent, comme on pouvait s'y attendre, plus présentes que les hommes dans les tâches domestiques ou reliées aux soins des enfants, il reste que près de la moitié d'entre elles (47 %) occupent un emploi rémunéré. Il serait donc erroné de penser que les femmes du Nunavik n'ont pas, comme celles des régions méridionales, envahi le marché du travail. En 1991, 49 % des Québécoises de 15 ans et plus occupaient un emploi au moment du recensement (Statistique Canada, 1988).

La proportion de personnes sans travail, c'est-à-dire celles vivant de prestations de chômage, d'aide sociale ou qui sont sans emploi sans retirer aucune somme de l'un ou l'autre de ces programmes, s'établit à 16 % dans la région du Nunavik. Si on ne remarque pas de

différences entre les hommes et les femmes (16 % respectivement), il en va autrement selon que l'on habite sur la côte de l'Hudson (20 %) ou que l'on fasse partie de la cohorte des personnes âgées de moins de 35 ans (18 %). En effet, ces derniers (habitants de l'Hudson et les moins de 35 ans) obtiennent au chapitre du chômage et de l'aide sociale, des proportions nettement supérieures aux résidents de l'Ungava (10 %) de même qu'aux individus âgés entre 35 et 64 ans (13 %).

Chez les Cris de la Baie James, la proportion de personnes sans travail atteint 9 %, soit 7 % de moins que chez les Inuits. On peut émettre l'hypothèse que cette différence, qui est par ailleurs significative d'un point de vue statistique, peut s'expliquer par les particularités des programmes d'aide aux chasseurs. Chez les Cris, ces programmes s'apparentent davantage à un programme de sécurité du revenu alors que chez les Inuits, ces derniers visent uniquement le soutien du chasseur en cas de surplus de la ressource. Puisque 22 % des Cris, comparativement à 2 % seulement chez les Inuits, vivent de ce programme, on peut alors comprendre les motifs des différences de la structure d'emploi entre ces deux populations. À cet égard, on se rappellera que les Cris (45 %) étaient moins nombreux que les Inuits (54 %) à occuper un emploi rémunéré. Nul doute que la forte proportion de Cris vivant du programme d'aide aux chasseurs explique cette différence.

Issu de l'Entente de la Baie James et du Nord québécois, le programme d'aide aux chasseurs au Nunavik embauche uniquement des hommes (100 %) et des personnes de 25 ans et plus (92 %). Les jeunes sont donc beaucoup moins représentés que leurs aînés dans ce type d'activité. Ce fait n'est d'ailleurs pas nouveau. Déjà en 1986 et en 1992, des études portant sur l'activité économique (Lemire, 1987; Lamothe et Lemire, 1992) avaient démontré que les jeunes avaient renoncé, partiellement du moins, à ce type d'activité et qu'ils préféraient de beaucoup les emplois salariés, comportant de bonnes conditions de travail, moins d'aléas et de meilleurs revenus.

7.2 NOMBRE D'EMPLOIS OCCUPÉS AU COURS DES DOUZE MOIS PRÉCÉDANT L'ENQUÊTE

Plus de la moitié de la population inuite en âge de travailler (53 %) a occupé un seul emploi au cours des douze mois précédant l'enquête, comparativement à 31 % chez les Cris de la Baie James (Tableau 7.2). De plus, le tiers (33 %) des Inuits et plus de la moitié (57 %) des Cris déclaraient n'avoir eu aucun emploi au cours de cette même période. Par ailleurs, environ une personne sur huit a détenu deux emplois et plus au cours des douze mois précédant l'enquête. Ces données illustrent-elles l'importance des emplois saisonniers et du roulement du personnel chez les autochtones du Nord québécois, surtout chez les jeunes générations ? En fait, les Inuits (67 %) et les Cris (39 %) les plus stables en emploi appartiennent à la cohorte des 25 à 44 ans. On remarque cependant que la proportion de personnes ayant eu un seul emploi reste beaucoup moins élevée chez les Cris.

TABLEAU 7.2
Nombre d'emplois différents occupés par les Inuits et les Cris (1991)
âgés de 15 ans et plus, au cours de l'année précédant l'enquête,
selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

NOMBRE D'EMPLOIS	15-24 ANS						25-44 ANS						45 ANS ET +						TOTAL						
	INUIITS			CRIS			INUIITS			CRIS			INUIITS			CRIS			INUIITS			CRIS			
	%	Pe		%	Pe		%	Pe		%	Pe		%	Pe		%	Pe		%	Pe		%	Pe		
Aucun emploi	39,1	550		57,3	1 245		21,0	358		46,9	1 089		49,2	408		72,8	1 100		33,4	1 314		57,2	3433		
Un seul emploi	42,4	596		27,5	599		66,5	1 132		39,0	906		45,4	375		21,7	327		53,4	2 103		30,5	1832		
Deux emplois et plus	18,5	261		15,2	331		12,5	213		14,1	325		5,4	44		5,5	83		13,2	518		12,3	739		
TOTAL	100	1 407	100	2 175	100	1 703	100	2 320	100	825	100	1 510	100	3 935	100	6004									

Les Inuits de 15 à 24 ans et les personnes de 45 ans et plus enregistrent les plus fortes proportions de personnes ne détenant pas d'emploi au moment de l'enquête (39 et 49 %, respectivement). On observe les mêmes tendances chez les Cris, à la différence toutefois que les pourcentages obtenus demeurent toujours supérieurs à ceux des Inuits. En fait, on compte beaucoup d'étudiants parmi les jeunes de moins de 25 ans et davantage de personnes retraitées ou travaillant aux tâches domestiques dans la cohorte des gens d'âge mûr. Cela expliquerait les fortes proportions de gens déclarant être sans travail tant chez les Inuits que chez les Cris.

Les femmes demeurent plus souvent que les hommes sans emploi reconnu et rémunéré (43 et 25 %, respectivement). L'importance des tâches reliées aux soins des enfants et aux besoins de la famille peuvent sans doute expliquer cette différence entre les sexes. On observe également les mêmes tendances chez les Cris. Les résidents de la côte de l'Hudson sont aussi plus nombreux que ceux de la côte de l'Ungava à ne pas détenir d'emploi reconnu (36 et 29 %, respectivement). Par ailleurs, retenons que *Kuujjuaq* (Centre administratif du Nunavik) est situé sur la côte de l'Ungava.

7.3 STRESS RELIÉ À L'EMPLOI

Près du tiers des Inuits trouvent leur emploi actuel extrêmement ou plutôt stressant et deux personnes sur cinq le considèrent légèrement stressant (tableau 7.3). Si les Inuits âgés de 45 ans et plus et les hommes comptent parmi les personnes les plus affectées par le stress à leur travail (40 c. 34 %, respectivement), il en va autrement chez les jeunes de moins de 25 ans (20 %). On observe aussi une différence significative entre les Inuits (30 %) et les Cris (36 %) dans la perception du stress engendré par leur travail, les Cris le trouvant davantage stressant.

En outre, il s'établit une relation entre l'âge et la perception du stress au travail. En effet, plus l'âge augmente, plus les Inuits ont tendance à trouver leur emploi actuel très ou plutôt stressant. Des différences significatives sont d'ailleurs observées à cet égard entre les jeunes de moins de 25 ans (20 %), les 25 à 44 ans (31 %) et les personnes de 45 ans et plus (40 %).

Or, les Inuits qui vivent le plus de stress au travail sont justement ceux qui, en raison de leur âge, ont été les témoins des changements les plus nombreux et les plus soudains dans leurs activités quotidiennes. Le mode de vie ainsi que le rapport au travail s'en sont trouvés profondément bouleversés. Les jeunes générations, qui sont nées et qui ont grandi avec l'avènement et le développement des services aériens, des télécommunications, de l'informatique et de la bureautique, seraient peut-être plus familières et plus à l'aise avec ces innovations que les personnes d'âge mûr. Il se peut aussi que les jeunes, qui occupent plus

souvent que leurs aînés des emplois à temps partiel exigeant parfois moins de responsabilités, se sentent par conséquent moins contraints par de longues heures de travail, par des horaires trop chargés ou par la complexité de la tâche.

TABLEAU 7.3

Intensité du stress relié à l'emploi chez les Inuits et les Cris (1991)
âgés de 15 ans et plus (%) [Inuite, 1992]

INTENSITÉ DU STRESS	POPULATION			
	INUITE		CRIE	
	%	Pe	%	Pe
Extrêmement et plutôt stressant	29,6	587	35,6	955
Légèrement stressant	41,7	827	28,0	751
Pas stressant du tout	28,7	568	36,4	975
TOTAL	100	1 982	100	2 681

Dans un contexte où le stress au travail semble être présent pour un segment important de la population, il est essentiel de connaître les perceptions des Inuits face à l'aide qu'ils peuvent recevoir de compagnons de travail ou de leurs supérieurs, en cas de difficultés. Quoique les Inuits semblent en général peu enclins à parler des difficultés vécues au travail, il n'en demeure pas moins que des personnes déclarent ne recevoir jamais ou presque jamais d'aide, en cas de problèmes au travail. Vingt-et-un pour cent des femmes (c. 11 %, hommes) et 20 % des jeunes de moins de 25 ans (c. 12 %, 25-44; 19 %, 45 ans et plus) déclarent être souvent laissés sans aide face aux difficultés vécues dans l'exercice de leur emploi.

7.4 CHANGEMENTS CULTURELS ET ADAPTATION

Les Inuits du Nunavik sont pratiquement unanimes à affirmer que leur culture a un peu ou beaucoup changé au cours de leur vie (94 %). À cet égard, les taux varient peu selon l'âge, le sexe et le lieu de résidence des individus.

Un peu plus de la moitié de la population inuite (60 %) juge ces changements favorables alors que 40 % ont une opinion contraire (tableau 7.4). Le profil de celui qui juge ces changements

positifs est un homme de moins de 45 ans habitant la baie d'Ungava. En outre, trois personnes sur quatre disent s'être bien ou très bien adaptées à ces transformations culturelles (tableau 7.5). La cohorte des personnes âgées de 25 à 44 ans estime s'acclimater davantage (81 %) que leurs aînés (61 %) ou leurs cadets (74 %).

TABLEAU 7.4

Proportion de la population inuite âgée de 15 ans et plus jugeant plus ou moins favorablement les changements culturels récents, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

JUGEMENT	GROUPE D'ÂGE							
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Très favorable	7,2	92	11,7	181	5,9	49	8,8	322
Un peu favorable	58,9	749	53,5	833	35,6	299	51,3	1 881
Pas favorable	33,9	430	34,8	542	58,5	492	39,9	1 464
TOTAL	100	1 271	100	1 556	100	840	100	3 667

Cependant, on doit préciser que les jeunes de moins de 25 ans ont été, en proportion, très nombreux à refuser de se prononcer sur les thèmes relatifs aux changements, à l'adaptation à ces changements, à la modification de l'alimentation traditionnelle et à la survie de la langue maternelle. Étant nés pour la plupart pendant ou après que les principaux changements se soient produits au sein de la société inuite et ayant grandi au cours de cette période d'effervescence, ces derniers peuvent se sentir moins concernés ou interpellés par ces questions. Ou peut-être, au contraire, sont-ils plus troublés par ces questions, ce qui en aurait conduit plusieurs à s'abstenir de répondre.

Parmi les nombreux éléments culturels ayant subi de profondes transformations au cours des dernières décennies chez les Inuits du Nunavik, la présente enquête s'attarde à différents facteurs, dont la modification de l'alimentation traditionnelle et la survie de la langue maternelle, *l'inuktitut*.

TABLEAU 7.5

Degré d'adaptation aux changements culturels récents de la population inuite âgée de 15 ans et plus, selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

DEGRÉ D'ADAPTATION	GROUPE D'ÂGE							
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Très bien	16,4	189	21,1	328	15,2	127	18,2	644
Bien	57,9	667	59,4	923	45,5	381	55,6	1 971
Pas très bien	25,7	295	19,5	303	39,3	329	26,2	927
TOTAL	100	1 151	100	1 554	100	837	100	3 542

Seulement 17 % de la population estime que les habitudes alimentaires se sont beaucoup modifiées au cours des dernières années. Ce constat est pour le moins surprenant compte tenu des facilités de transport aérien qui permettent maintenant aux commerces d'offrir une gamme variée de produits importés des régions méridionales. Les Inuits n'ont pas cessé pour autant de se nourrir de produits locaux. Toutefois, on remarque une diversification de l'alimentation avec l'arrivée des produits d'importation. Il est en effet de moins en moins rare qu'un repas soit accompagné de salades, de fromages et qu'on le complète de gâteaux ou de fruits. Nous devons toutefois souligner qu'il est possible que les réponses à cette question aient été affectées par la faible disponibilité, dans certaines communautés nordiques, de produits importés ou encore par leurs prix fort élevés qui ont pour effet d'en réduire la consommation.

Près de huit personnes sur dix (78 %) ne craignent pas pour la survie de leur langue maternelle et cette confiance est plus manifeste sur la côte de l'Ungava (84 %) que sur celle de l'Hudson (74 %). Néanmoins, les résultats d'une enquête, menée à l'automne 1991 chez les Inuits du Nunavik, indiquent que près de 5 % des répondants ont mentionné ne parler «qu'un peu» leur langue maternelle et respectivement 14 % et 13 % de n'écrire et ne lire qu'un peu l'*inuktitut* (Lamothe et Lemire, 1992).

Si la majorité ne craint pas pour la survie de sa langue maternelle, on doit cependant s'interroger sur certains signes avant-coureurs, à savoir qu'une personne sur vingt a dit éprouver de la difficulté à parler sa langue première (Lamothe et Lemire, 1992). D'ailleurs, lors de la présente étude, 86 % des personnes âgées de 45 ans et plus ont répondu aux questions

des enquêteurs en *inuktitut* seulement, alors que les proportions chutent à 34 % chez les jeunes de 15 à 24 ans et à 25 % chez les personnes de 25 à 44 ans. Par ailleurs, 21 % des personnes âgées de 15 à 44 ans ont préféré répondre aux questions en anglais seulement. Finalement, l'utilisation de la langue anglaise lors de cette enquête est deux fois plus répandue sur la côte de l'Ungava (26 %) que sur celle de l'Hudson (12 %).

Il est aussi très intéressant de connaître la fréquence d'écoute de la télévision par la population inuite. Cet indicateur offre un moyen de mesurer un tant soit peu la pénétration et l'influence d'une autre culture au sein de cette société. Ainsi, plus de la moitié (56 %) des Inuits déclarent écouter la télévision moins de sept heures par semaine, un peu plus du quart (26 %), entre sept et quatorze heures et 18 %, quinze heures et plus. Ce sont les hommes, les résidents de la côte d'Hudson ainsi que les personnes de moins de 45 ans qui demeurent les plus grands consommateurs d'émissions télévisées (24 %, 21 % et 20 % respectivement).

À prime abord, il semble que ces données sous-estiment la réalité de manière importante. En effet, de nombreux ménages possèdent un téléviseur occupant une place centrale dans la maisonnée. Le poste, de l'avis de nombreux observateurs, reste souvent allumé une grande partie de la journée et chaque membre de la famille (souvent élargie) se retrouve à un moment ou à un autre de la journée devant le téléviseur, afin d'écouter son émission préférée (hockey et sports divers, *All my children*, dessins animés, films, *CBC North* et sa gamme d'émissions quotidiennes en *inuktitut*, etc.). Il se peut donc que la population ait eu du mal à évaluer ou à quantifier la période réelle d'écoute au cours d'une semaine. Probablement qu'une mesure prise de façon quotidienne plutôt qu'hebdomadaire aurait produit des résultats plus près de la réalité. En outre, il aurait été souhaitable de questionner la population sur la langue d'écoute (anglais, français ou *inuktitut*), car ce facteur peut influencer grandement le nombre d'heures passées devant le poste, surtout chez les plus âgés, souvent unilingues.

En résumé, si la majorité des Inuits du Nunavik (74 %) disent s'adapter aux récents changements culturels, il n'en demeure pas moins qu'une fraction non négligeable (26 %) éprouve des difficultés qui peuvent notamment se traduire sous forme de problèmes sociaux au sein des communautés.

7.5 LA PERCEPTION DES PROBLÈMES SOCIAUX

Entre 61 et 80 % des Inuits considèrent importants ou extrêmement sérieux les problèmes relatifs à la violence physique ou verbale entre conjoints, aux bagarres et aux perturbations de l'ordre public, à la négligence des enfants par leurs parents, à la consommation de drogues illégales et d'alcool, au vandalisme et aux vols chez les jeunes et au manque de respect des jeunes envers les aînés (tableau 7.6).

TABLEAU 7.6

Proportion des populations inuite et crie (1991) âgées de 15 ans et plus évaluant comme «sérieux» ou «extrêmement sérieux» certains problèmes sociaux (%) [Inuite, 1992]

PROBLÈMES SOCIAUX	POPULATION				
	INUITE		CRIE		ÉCART
	%	Pe	%	Pe	%
Jeunes gens n'ayant plus de respect pour les aînés	80,4	3 145	80,9	4 651	0,5
Jeunes gens aux prises avec la loi (vandalisme ou vol)	77,6	2 983	84,9	4 903	7,3
Abus d'alcool	73,4	2 863	84,7	4 967	11,3
Consommation de drogues illégales	69,7	2 552	83,3	4 672	13,6
Enfants négligés par leurs parents	67,4	2 455	73,5	4 108	6,1
Bagarre ou perturbation de l'ordre public	62,7	2 354	73,5	4 240	10,8
Violence physique ou verbale entre conjoints	60,9	2 213	68,6	3 867	7,7

Toutefois, en comparant ces données avec celles de l'Enquête de 1991 auprès des Cris, on observe des différences appréciables quant à la perception que ces deux groupes autochtones ont des problèmes qui affectent leur communauté. Mis à part le manque de respect des jeunes envers les aînés, dont les proportions sont comparables, les Cris se montrent davantage inquiets que les Inuits. En effet, les écarts dans les résultats varient de 6 à 14 % et toutes les différences observées sont significatives (tableau 7.7).

Ces problèmes sociaux seraient-ils plus aigus chez les Cris ou encore les Inuits seraient-ils moins sensibilisés à la présence de ces difficultés au sein de leur communauté? Peut-on aussi envisager la possibilité que la population inuite manifeste une plus grande réticence que les Cris à admettre la gravité de ces problèmes?

TABLEAU 7.7

Problèmes sociaux considérés comme «sérieux» ou «extrêmement sérieux» selon les femmes inuites et criées âgées de 15 ans et plus, les Inuits et les Cries (1991) âgés de 45 ans et plus et les Inuits âgés de 15 ans et plus habitant les côtes de l'Hudson ou de l'Ungava (%) [Inuite, 1992]

PROBLÈMES SOCIAUX	PERSONNES DE 45 ANS ET +						FEMMES						HUDSON		UNGAVA	
	INUTE		CRIE		INUTE		CRIE		INUTE		CRIE		%	Pe	%	Pe
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Perte de respect des aînés	95,2	864	85,8	1 257	84,2	1 630	85,4	2 419	83,9	1 950	85,4	2 419	83,9	1 950	75,2	1 195
Jeunes gens aux prises avec la loi (vandalisme ou vol)	95,6	859	88,7	1 315	82,9	1 543	85,6	2 424	85,4	1 982	85,6	2 424	85,4	1 982	65,8	1 002
Abus d'alcool	84,9	757	85,1	1 271	80,6	1 516	86,5	2 522	77,6	1 805	86,5	2 522	77,6	1 805	67,2	1 058
Consommation de drogues illégales	91,7	781	85,9	1 169	77,1	1 402	87,0	2 393	74,0	1 644	87,0	2 393	74,0	1 644	63,0	908
Enfants négligés par leurs parents	86,9	740	74,8	1 072	73,7	1 344	77,0	2 110	72,2	1 568	77,0	2 110	72,2	1 568	60,3	887
Bagarre ou perturbation de l'ordre public	84,7	721	80,3	1 169	68,1	1 277	77,7	2 209	71,4	1 608	77,7	2 209	71,4	1 608	49,7	746
Violence physique ou verbale entre conjoints	82,7	670	75,1	1 101	61,9	1 122	72,6	2 004	65,9	1 428	72,6	2 004	65,9	1 428	53,5	785

Si la perte de respect des jeunes envers les aînés (80 %) demeure le problème qui semble préoccuper le plus les Inuits du Nunavik, les cas de violence physique et verbale entre conjoints sont, par ordre d'importance, ceux qui semblent les inquiéter le moins (61 %). On observe d'ailleurs le même phénomène chez les Cris de la Baie James. Doit-on en déduire que l'on considère moins sujettes à problèmes les manifestations de violence entre conjoints, que ce type de comportements est socialement plus accepté ou encore que le seuil de tolérance y est plus élevé?

Le fait que cette question sur la violence conjugale (à la fois dans l'enquête chez les Cris comme chez les Inuits) apparaisse en tout premier lieu dans la nomenclature des problèmes sociaux identifiés a pu introduire un biais.

Quoique nous n'ayons pas de données précisant l'ampleur de ce problème à l'échelle de la société inuite, il n'en demeure pas moins, de l'avis de nombreux observateurs privilégiés de la situation nordique, que la violence conjugale est largement répandue. Selon Lévesque, qui a effectué en 1985 une étude dans un hameau du Nunavik, seulement six femmes mariées sur un total de vingt-trois n'avaient jamais été battues au cours de leur vie. Certaines d'entre elles seraient maltraitées à toutes les semaines, d'autres, à chaque fois que le mari buvait. Ces chiffres n'incluent pas les adolescentes et les femmes célibataires (Lévesque, 1985). Retenons par ailleurs, que l'évaluation faite de la gravité de ce problème se trouve relativisée par celle des cinq ou six autres problèmes qui sont mentionnés.

Parmi l'ensemble des problèmes sociaux analysés ici, c'est la violence entre conjoints (62 %) qui inquiète le moins les femmes, même si elles peuvent en être les principales victimes. On observe d'ailleurs le même phénomène chez les femmes cries, à la différence que les trois quarts d'entre elles (73 %) jugent ce problème inquiétant (différence significative entre Inuites et Cries).

Est-il possible que plus une question relève du domaine privé ou intime à la famille (violence entre conjoints, enfants négligés), moins on admet facilement la gravité du problème; ce dernier pouvant représenter une menace à l'intégrité du couple ou de la famille. En contrepartie, lorsqu'il s'agit de questions d'ordre public ou plus extérieures à soi, on considère probablement comme moins engageant de manifester son inquiétude réelle.

Quel que soit le problème social identifié, les personnes de 45 ans et plus, les femmes et les résidents de la côte de l'Hudson se montrent davantage inquiets que les jeunes, les hommes ou les Inuits habitant la côte de l'Ungava. Toutefois, l'âge reste la variable la plus déterminante. Entre 83 et 96 % des personnes âgées de 45 ans et plus considèrent comme importants ou extrêmement sérieux les problèmes sociaux mentionnés et sont davantage inquiètes face à ces manifestations sociales. Elles ont connu de plus intenses bouleversements que les jeunes générations.

De plus, les Inuits de 45 ans et plus se montrent en général plus affectés que les Cris du même âge par les problèmes sociaux mentionnés, à l'exception de l'abus d'alcool qui génère autant d'inquiétudes (85 % respectivement). Pour les autres problèmes que sont la perte de respect envers les aînés (95 % c. 86 %), les enfants négligés par leurs parents (87 % c. 75 %) et la violence conjugale (83 % c. 75 %), les différences enregistrées entre les Cris et les Inuits de 45 ans et plus demeurent significatives (tableau 7.7).

Soulignons finalement que les résidants de la côte d'Hudson manifestent plus d'inquiétudes face aux problèmes sociaux que ceux habitant l'Ungava. Ainsi, entre 66 et 85 % de la population de l'Hudson se dit préoccupée par les troubles qui affectent sa société. Il se peut que les habitants de l'Hudson se sentent plus inquiets par la gravité des problèmes, en raison de la rapidité avec laquelle ces derniers ont atteint leurs communautés. Le changement a probablement été plus accéléré pour les populations des villages de l'Hudson puisque les contacts généralisés avec la modernité y ont été plus tardifs.

7.6 LES ABUS SEXUELS AU NUNAVIK

Au Nunavik, près d'une personne sur trois (31 %) déclare avoir été contrainte au moins une fois dans sa vie à des activités sexuelles, telles que des baisers, des caresses, des attouchements ou des relations sexuelles avec pénétration. Les femmes comptent pour 71 % des victimes de ces abus et elles sont ainsi à peu près 2,5 fois plus souvent abusées que le sont les hommes. En d'autres termes, alors que 41 % des femmes mentionnent avoir été abusées au moins une fois au cours de leur vie, cette proportion chute à 19 % chez les hommes. Malgré tout, on peut être surpris par le fait qu'un homme sur cinq (19 %) a déclaré avoir été abusé sexuellement dans sa vie (tableau 7.8).

Du total des personnes abusées, soit 31 %, 42 %, c'est-à-dire 491 personnes (population estimée) l'ont été à quelques ou à de nombreuses reprises et ces actes se sont produits dans la majorité des cas au cours de l'adolescence (70 %). Une fraction non négligeable l'a aussi été à l'enfance (19 %).

D'ailleurs, selon une étude récente (*Pauktuutit*, 1991), on note que l'âge moyen des agresseurs dans les collectivités nordiques avait tendance à s'abaisser, se situant à 29 ans. Comme les victimes peuvent devenir à leur tour des agresseurs, on aurait observé récemment une augmentation du nombre d'adolescents coupables d'agressions sexuelles envers des enfants (*Pauktuutit*, 1991, p. 5).

Les résultats de la présente enquête indiquent aussi que les victimes abusées sexuellement sont de plus en plus jeunes et que celles-ci sont surtout des adolescentes (71 % contre 29 % chez les garçons). En effet, des 37 % de personnes de 15 à 24 ans ayant mentionné avoir

été contraintes à des activités sexuelles, 87 % l'ont été à l'enfance ou à l'adolescence, alors que cette proportion pour les personnes de 25 ans et plus est de 73 %.

L'ampleur des cas d'abus sexuels semble relativement récente, puisque 16 % des personnes âgées de 45 ans et plus ont indiqué l'avoir été, alors que les proportions grimpent à 37 % pour la cohorte des jeunes de moins de 25 ans et à 32 % pour celle des 25 à 44 ans. Ces chiffres sont-ils conformes à la réalité ou bien les personnes plus âgées auraient-elles plus de réticence à admettre avoir subi ces actes (tableau 7.8)?

Il aurait été intéressant de comparer ces données à celles d'autres études portant sur des populations diverses. Toutefois, les définitions des cas d'abus sexuels diffèrent tellement selon les auteurs, que nous avons dû renoncer à ce projet.

TABLEAU 7.8

Proportion de la population inuite âgée de 15 ans et plus déclarant avoir été ou non abusée sexuellement, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]

ABUS SEXUEL	GROUPE D'ÂGE						SEXE					
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		MASCULIN		FÉMININ		TOTAL	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Jamais abusé	62,7	833	68,1	1 152	84,0	663	81,4	1 474	58,7	1 174	69,5	2 648
Abusé	37,3	497	31,9	539	16,0	126	18,6	337	41,3	825	30,5	1 162
TOTAL	100	1 330	100	1 691	100	789	100	1 811	100	1 999	100	3 810

7.7 RÉSUMÉ

On a constaté que les jeunes de moins de 35 ans éprouvent plus de difficultés que leurs aînés à intégrer le marché du travail. Ils font partie plus souvent que les autres du contingent des personnes sans travail ou reléguées aux emplois précaires et saisonniers.

Les hommes ainsi que les personnes de 45 ans et plus demeurent plus vulnérables au stress relié au travail et les femmes obtiennent moins souvent un emploi reconnu, étant encore les principales responsables du soin des enfants et des tâches domestiques. De plus, les Inuits du Nunavik semblent vivre une situation économique plus favorable que celle des Cris de la Baie James. Ils sont plus nombreux, proportionnellement, à avoir un emploi rémunéré stable et moins affectés que les Cris par le stress au travail.

Un large segment des Inuits interrogés considèrent que leur culture a changé au cours de leur existence. Ces bouleversements sont perçus de manière positive, principalement par des hommes de moins de 45 ans habitant la côte de l'Ungava. Cette situation n'est sans doute pas étrangère au fait que c'est la cohorte des personnes âgées de 25 à 44 ans qui dit s'adapter le mieux aux récentes transformations des activités humaines. Toutefois, plus du tiers de ces personnes estiment que ces changements ne leur ont pas été bénéfiques.

Nous avons aussi remarqué que la perception des Inuits des problèmes sociaux différait de celle des Cris en ce que ces derniers jugeaient, en plus grand nombre, de l'acuité de ces problèmes au sein de leur communauté. Un fait frappe cependant l'esprit. Nous avons vu que les femmes, les personnes âgées de 45 ans et plus et celles habitant la côte de l'Hudson démontraient une plus grande sensibilité face aux problèmes sociaux que tout autre citoyen du Nunavik. Or, en y regardant de près, on distingue clairement que ce portrait est diamétralement opposé à celui des personnes estimant que les bouleversements culturels leur ont été bénéfiques (des hommes, des gens de moins de 45 ans et ceux habitant la côte de l'Ungava).

Est-ce le fruit du hasard si cette dernière cohorte d'individus s'apparente beaucoup à celle qui semble avoir le plus profité des retombées économiques issues des récents changements au Nunavik? Selon une étude récente (Lamothe et Lemire, 1992), les hommes de 30 à 45 ans habitant la côte de l'Ungava bénéficient d'un statut économique et politique enviable au regard des autres citoyens de la région. Plus souvent que les autres, ils détiennent des emplois, permanents dans la plupart des cas et bien rémunérés; ils se partagent les postes politiques et de direction et les taux de sous-emploi y sont inférieurs à ce que l'on retrouve sur la côte de l'Hudson.

Peut-on alors émettre l'hypothèse que ces oppositions marquées puissent illustrer un clivage, sinon un choc entre les générations, les sexes et les résidants des côtes de l'Ungava et de

l'Hudson? En effet, tout se passe comme si les personnes qui disent que les changements culturels ont été bénéfiques ou encore qu'elles s'y sont bien adaptées sont par ailleurs celles qui disent être les moins alertées par les problèmes sociaux qui sévissent dans les communautés nordiques. Le fait que la récente conjoncture leur ait permis, pour de multiples raisons, de se ménager de meilleures conditions d'existence ne serait-il pas à l'origine de leur plus faible sensibilité vis-à-vis les troubles vécus au Nunavik? Ces hypothèses mériteraient sans doute une investigation dans un proche avenir.

D'autre part, près du tiers (30 %) de la population du Nunavik a été victime au cours de son existence d'abus sexuels. Les femmes en sont beaucoup plus fréquemment victimes que les hommes. De plus, les actes auraient tendance depuis quelques années à être commis à l'endroit de personnes de plus en plus jeunes, c'est-à-dire des enfants et des adolescents.

On doit donc s'interroger sur les conséquences de ces abus sexuels. Les enfants et les adolescents sont-ils plus vulnérables que les adultes devant des contraintes de cette nature? Les effets à court et à long termes y sont-ils plus dévastateurs et quels sont-ils? Les efforts de recherche dans l'avenir devraient entre autres porter sur ces questions. Il faudrait aussi s'interroger à savoir pourquoi les femmes dans le Nunavik considèrent la violence conjugale moins grave que les autres problèmes sociaux relevés par l'Enquête Santé Québec auprès des Inuits du Nunavik alors qu'elles en sont, paradoxalement, les principales victimes.

7.8 RÉFÉRENCES

CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Pour la santé et le bien-être dans la région Kativik*, Kuujuaq, 59 p.

DUHAIME, G. (1983). «La sédentarisation au Nouveau-Québec Inuit», *Études Inuit Studies*, Bibliothèque nationale du Canada, 7,2, 25-52.

LAMOTHE, B. (1993). *Adaptation et désintégration sociales chez les Inuit du Québec arctique : rapport préliminaire*, Groupe de recherche Hypothèse pour le compte de la Commission scolaire Kativik, février, IV, 61 p.

LAMOTHE, B., LEMIRE, L. (1992). *Scolarité, formation professionnelle et activité économique au Nunavik*, Groupe de Recherche Hypothèse, pour le compte de l'Administration régionale Kativik, XVII, 107 p.

LEMIRE, L. (1987). *Répertoire des ressources humaines : rapport final*, Administration régionale Kativik, Kuujuaq, VIII, 92 p.

LÉVESQUE, G. (1985). *Alcohol-related Wife-abuse : The Case of Tasiujaq*, Ungava Bay (document non publié), 61 p.

PAUKTUUTIT (1991). *No More Secrets : Acknowledging the Problem of Child Sexual Abuse in Inuit Communities*, Ottawa, 27 p.

SIMARD, J.-J. (1993). *L'état de santé des populations. Étude sur les changements sociaux : 1970-1990 dans les régions autochtones québécoises sous convention*, GÉTIC, Université Laval (document non publié), 114 p.

STATISTIQUE CANADA (1988). *Données du recensement canadien de 1991 : Profil 2B*, Division de la diffusion informatique des données, non paginé.

CHAPITRE 8

LE SUPPORT SOCIAL

AUTEURS

JEAN-PIERRE THOUÉZ
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
DÉPARTEMENT DE GÉOGRAPHIE

ANDRÉ RANNOU
UNIVERSITÉ DE MONTRÉAL
CENTRE DE RECHERCHE SUR LES TRANSPORTS

CLAUDETTE VENNE
DOMRÉMY-MONTRÉAL

MIREILLE JETTÉ
SANTÉ QUÉBEC

LECTEURS

SERGE DE VARENNES
SUICIDE ACTION MONTRÉAL (SAM)

GILLES LÉGARÉ
DIRECTION DE LA SANTÉ PUBLIQUE
RÉGIE RÉGIONALE DE LA SANTÉ ET
DES SERVICES SOCIAUX DU BAS-ST-LAURENT

HÉLÈNE DENONCOURT
INFIRMIÈRE/ENQUÊTEUR

FRANCINE TREMBLAY
DIRECTION DE LA PLANIFICATION
ET DE LA PROGRAMMATION «SORTANTE»
CRSSS KATIVIK

GLOSSAIRE

Ami

Une personne de l'entourage (amis et membres de la famille) à qui l'Inuit pourrait s'adresser s'il avait besoin d'aide ou s'il avait un problème.

Événements stressants «récents»

Dans les douze mois précédant l'enquête...

- avoir quitté sa famille;
- perdu son emploi;
- subi un rejet ou la désapprobation de la part du village;
- souffert d'une maladie grave;
- affecté par la maladie grave d'un autre membre du ménage;
- vécu le décès du conjoint;
- vécu le décès d'un autre être très cher.

Événements stressants «anciens»

Avoir vécu avant l'âge de douze ans...

- le décès de la mère (naturelle ou adoptive);
- le décès du père (naturel ou adoptif);
- le décès d'un autre proche parent.

Taille du cercle d'amis

Avoir peu d'amis	déclarer 0 à 4 amis
Avoir beaucoup d'amis	déclarer 5 amis et plus

Personnes-support

Dans la présente enquête, identifie essentiellement les membres de la famille, les amis, le patron ou les collègues de travail.

8.0 INTRODUCTION

Dans le présent chapitre, nous traitons de l'environnement social à partir des concepts de support social et d'événements stressants. Des variables, telles la **taille du cercle d'amis**, le nombre de **personnes-support**, l'importance de la religion, la satisfaction face à la vie sociale, seront associées aux **événements stressants «anciens»** et **«récents»**, afin de dégager certains corollaires entre les deux concepts de départ.

Nous émettons l'hypothèse que le support social est **négativement corrélé⁽¹⁾** aux événements stressants. Deux explications sont proposées. La première décrit un modèle où le support social joue un rôle préventif vis-à-vis des événements stressants, c'est-à-dire qu'il affaiblirait les appréhensions de manière à ce que ceux-ci soient perçus comme moins stressants. La seconde explication tient au fait que les événements stressants détérioreraient la perception de la disponibilité ou de l'efficacité du support social. Ainsi, les événements stressants feraient écrans à la perception du support social provoquant ou amplifiant la détresse psychologique.

8.1 POSITION DU PROBLÈME

Barrera (1986) fournit une excellente revue des principaux travaux traitant du concept global de support social. Ces études portant sur des populations caucasiennes, les concepts, les mesures et les modèles devront être adaptés à la société inuite et les résultats interprétés avec prudence.

Le support social peut être considéré comme une ressource naturelle, lequel agirait pour prévenir la détresse psychologique, en amortissant les effets des événements stressants (Barrera et Balls, 1982). La notion de support social est envisagée en tant que réseau social et plusieurs caractéristiques permettent de le définir : nombre de personnes-support, fréquence des actes-support, type de support, perception de la disponibilité, etc. La notion de niveau social a déjà été utilisée dans le domaine de la santé, soit en rapport avec la genèse des maladies, soit avec l'étude de la demande de soins. Aujourd'hui, on met plutôt de l'avant la notion de sociabilité — laquelle couvre des pratiques de relations avec la parenté, les amis, le voisinage, etc. — constituant une ressource décisive pour chaque personne (Escaffre, 1992).

(1) Dans le présent chapitre, le terme **corrélé** (ou **corrélacion**) est utilisé dans un sens large et signifie l'existence d'un lien de dépendance réciproque entre deux phénomènes qui varient simultanément (inspiré du Petit Larousse Illustré, 1992, p. 271).

Les données de la présente enquête permettent de saisir le concept global de support social, mais les caractéristiques et les mécanismes sont absents. Ainsi, les questions portant sur la taille du cercle d'amis, sur le nombre de personnes-support (famille et amis) et sur l'importance de la religion dans la vie des Inuits identifient la présence et l'étendue du support social formel et informel. Quant aux types d'événements stressants dont la portée pourrait être atténuée, amoindrie par le support social, il s'agit essentiellement des événements stressants dits «récents», soit avoir quitté sa famille, perdu son emploi, subi un rejet ou la désapprobation de la part du village, souffert d'une maladie grave, être affecté par la maladie grave d'un autre membre du ménage, avoir vécu le décès du conjoint ou d'une autre personne chère dans les douze mois précédant l'enquête. En plus de déterminer la présence ou l'absence des événements stressants «récents», l'enquête s'intéresse aussi à l'intensité du stress qu'il a engendré chez les répondants. Ayant déterminé l'intensité du stress ressenti, nous pouvons tenter de comparer nos résultats à ceux de l'étude de Kirmayer *et al.* (1993). Les résultats de celle-ci montrent que, chez les femmes, la perte de relations significatives, le fardeau des soins à donner aux parents à charge et une violence familiale constante sont les principaux facteurs de stress associés aux crises dépressives et à leur persistance. Chez les hommes, ce sont plutôt l'absence d'un travail valorisant et, chez les jeunes hommes plus spécifiquement, les ruptures amoureuses. «Ainsi, alors que les hommes semblent souffrir beaucoup plus du stress associé au changement de leur culture, les femmes sont, par contre, beaucoup plus susceptibles de souffrir de relations aliénées qui suscitent chez elles des sentiments d'impuissance, de futilité et de vulnérabilité. [...] Cette situation générale peut générer des crises de colère et d'impulsivité chez les hommes et des problèmes d'anxiété et de dépression chez les femmes». Il se peut que ces formes individuelles de stress précipitent des changements dans la structure du réseau social. Par exemple, la violence familiale ou la perte d'un emploi peuvent être à la source des problèmes dans le ménage qui, à leur tour, peuvent provoquer une détérioration du tissu social. Pour leur part, les événements stressants dits «anciens», soit le décès de la mère, du père ou d'un proche parent avant l'âge de douze ans, pourraient jouer le rôle d'un écran entre le support social et l'événement stressant «récent», affaiblissant d'autant le support perçu par l'individu.

Dans cette étude, on ne peut passer sous silence les transformations majeures des fondements de la société inuite présentées dans la première partie du présent chapitre, qui ont occasionné des remises en question et des efforts d'adaptation. Plusieurs problèmes, dont le taux élevé de suicides chez les jeunes (CRKSSS, 1991; Kirmayer, 1993), l'abus d'alcool et de drogues (Blanchet *et al.*, 1992), l'importance des facteurs de risque reliés aux maladies chroniques (Thouez *et al.*, 1989, 1992), l'abandon scolaire (Beauchesne, 1991), ont été jugés déterminants pour le devenir des Inuits. Nous émettons l'hypothèse que la présence du support social (la force des solidarités et les niveaux d'entraide) pourrait protéger les Inuits des effets cumulatifs du stress associé aux conditions traumatiques de leur existence difficile. En somme, l'analyse des relations entre support social et événements stressants s'inscrit dans le cadre général de qualité de vie des individus, des ménages et des villages.

Finalement, les questions soulevées par ce cadre de référence sont : est-ce que les événements stressants altèrent les transactions comportementales et, par conséquent, l'évaluation faite par le répondant du support social? Modifieraient-ils la satisfaction du répondant face à sa vie sociale? Est-ce que des variables structurelles, telles que la religion ou le milieu de travail amortissent l'impact des événements stressants vécus récemment?

8.2 RÉSULTATS

Dans une première partie, nous tentons de cerner l'importance du support social à partir de la taille du cercle d'amis, du nombre de personnes-support (famille, amis, patron, collègues de travail) et de l'importance de la religion. Dans un deuxième temps, le support social est étudié en fonction de la satisfaction face à la vie sociale. Finalement, les événements stressants «anciens» et «récents» sont analysés en relation avec le support social.

8.3 SUPPORT SOCIAL

8.3.1 Cercle d'amis et personnes-support

Lorsqu'on demande aux Inuits s'ils se décrivent comme des personnes n'ayant pas, ayant peu ou beaucoup d'amis, la majorité (51 %) déclarent avoir peu d'amis, 46 % disent en avoir beaucoup et finalement 3 % mentionnent ne pas en avoir. Afin de mieux cerner l'importance de ce cercle d'amis, les Inuits ont dû évaluer le nombre de personnes de leur entourage (incluant amis et famille) auxquelles ils pourraient s'adresser s'ils avaient besoin d'aide. Les personnes déclarant ne pas avoir d'amis identifient, en moyenne, deux personnes à qui elles recourraient en cas de problèmes; celles qui mentionnent en avoir peu évaluent à quatre, en moyenne, le nombre de personnes aidantes et, enfin, ce sont sept personnes (en moyenne) qui sont identifiées par les Inuits qui disent avoir beaucoup d'amis. Ainsi, à l'évaluation de la taille du cercle d'amis correspond un réseau plus ou moins grand de personnes aidantes, un nombre de personnes-support qui, par extension, permet d'évaluer le support social dont affirme bénéficier une personne.

En fait, il semble que l'absence d'amis ne signifie pas l'absence de support social, puisque les Inuits qui disent ne pas avoir d'amis mentionnent tout de même bénéficier du support de deux personnes. Force nous est de constater que ces dernières appartiennent probablement au cercle familial. Ainsi, la famille constitue la base du support social à laquelle vient se greffer un certain nombre d'amis (peu ou beaucoup), créant de la sorte le réseau social de l'Inuit. Compte tenu de la taille toujours imposante de la famille inuite moyenne, il n'est pas étonnant que les personnes aidantes appartiennent d'abord à la famille, noyau du réseau social inuit.

Il semble que les hommes inuits déclarent avoir plus d'amis que les femmes. En effet, deux fois plus de femmes que d'hommes déclarent ne pas avoir d'amis (5 % c. 2 %) et si la majorité des femmes inuites déclarent avoir peu d'amis, la majorité des hommes déclarent en avoir beaucoup. Quant à l'âge, les 45 ans et plus sont les plus nombreux à déclarer ne pas avoir d'amis (9 % pour l'ensemble parmi lesquels quatre fois plus de femmes que d'hommes). La majorité des personnes âgées de 15-24 ans disent avoir peu d'amis (53 %); quant aux Inuits de 25 à 44 ans, ils se partagent presque également et entièrement entre les catégories «peu» et «beaucoup» d'amis (50 et 48 %, respectivement). En fait, si la majorité des hommes de 25-44 ans disent avoir beaucoup d'amis (61 %), la majorité des femmes du même âge (64 %) déclarent en avoir peu, illustrant ainsi une différence marquée au niveau du nombre d'amis, un des constituants du réseau social.

Ainsi, en regard du cercle d'amis, les hommes inuits perçoivent le leur, plus grand et la majorité d'entre eux identifient, en moyenne, sept personnes pouvant potentiellement leur venir en aide. Quant aux femmes, elles sont majoritaires à mentionner avoir peu d'amis et donc, compter sur l'appui de moins de personnes (quatre en moyenne) pour faire face à certains problèmes (tableau 8.1).

Enfin, plus les femmes vieillissent, plus leur cercle d'amis se restreint et moins nombreuses seront les personnes-support sur qui elles pourront compter en cas de besoin (tableau 8.1). Chez les hommes, le cercle d'amis atteint sa taille maximale lorsque ceux-ci sont dans la cohorte des 25-44 ans : par la suite ce réseau d'amitié se résorbe, les hommes demeurant toutefois presque deux fois plus nombreux que les femmes (38 c. 22 %) à pouvoir compter sur l'appui de sept personnes-support en moyenne.

TABLEAU 8.1

Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus déclarant peu ou beaucoup d'amis, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]

GROUPE D'ÂGE	SEXE							
	HOMMES				FEMMES			
	0-4 PERSONNES		5 PERSONNES ET +		0-4 PERSONNES		5 PERSONNES ET +	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
15-24 ans	56,1	323	43,9	253	66,3	411	33,7	209
25-44 ans	33,3	260	66,7	522	68,4	462	31,6	213
45 ans et +	61,7	204	38,3	126	78,3	297	21,7	83
TOTAL	46,7	787	53,3	901	69,9	1 170	30,1	505

8.3.2 La religion composante formelle du support social

Dans les sociétés où la religion demeure prépondérante, l'Église constitue un lieu privilégié favorisant l'établissement de liens sociaux, renforçant ainsi l'unité du groupe autour de croyances partagées. À l'opportunité de socialiser, d'échanger, s'ajoute l'occasion d'obtenir une aide spirituelle et morale. Dans les communautés inuites, la pratique religieuse reste populaire et souvent, constitue un des rares supports formels offerts par la communauté. Pour les trois quarts des Inuits (71 %, hommes; 79 %, femmes), la religion joue, encore aujourd'hui, un rôle très important dans leur vie (tableau 8.2).

Ainsi, si la religion est très importante tant pour les hommes que pour les femmes, nous constatons que plus les Inuits avancent en âge, plus ils sont nombreux à y accorder une grande importance. Par ailleurs, une constante se dégage : plus les femmes vieillissent, plus elles sont nombreuses à déclarer la religion très importante; chez les hommes, c'est à partir de 45 ans qu'ils sont les plus nombreux à y attacher une importance semblable.

TABLEAU 8.2

Degré d'importance accordé à la religion par les Inuits âgés de 15 ans et plus, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]

RELIGION	SEXE	GROUPE D'ÂGE							
		15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		TOTAL	
		%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Très importante	Hommes	66,0	476	66,5	587	86,1	395	70,7	1 458
	Femmes	66,3	495	79,0	642	97,8	452	78,6	1 589
Plus ou moins importante	Hommes	26,2	189	26,2	231	9,5	44	22,5	464
	Femmes	31,8	238	18,9	153	1,1	5	19,6	396
Pas du tout importante	Hommes	7,8	56	7,3	64	4,4	20	6,8	140
	Femmes	1,9	14	2,1	17	1,1	5	1,8	36

Si le réseau social est en partie composé de la famille et des amis, la religion, quant à elle, fournit un support social plus formel. Les données présentées au tableau 8.3 permettent de distinguer des différences au niveau du type de support (formel et informel) perçu tant par les hommes que par les femmes. Alors que le réseau social des hommes semble plus diversifié (famille, amis plus nombreux et religion), celui des femmes semble d'abord et surtout se construire par le biais des deux institutions que sont la famille et la religion. De plus, nous constatons que lorsque le cercle d'amis se restreint — les hommes, à partir de 45 ans et les femmes à partir de 24 ans — la religion semble en quelque sorte suppléer aux amis et offrir, avec la famille, l'essentiel du support social. Cette compensation pourrait expliquer que les hommes et les femmes inuites se déclarent également satisfaits face à leur vie sociale, cela sans égard aux composantes de leur réseau social respectif. Le milieu de travail peut aussi, en certaines occasions, offrir du support aux employés qui vivent des difficultés et du stress engendrés par la tâche à accomplir. Encore une fois, autant les hommes que les femmes (70 % c. 66 %) se déclarent soutenus par leur patron, leur contremaître ou les collègues lorsqu'ils rencontrent des difficultés dans leur travail.

TABLEAU 8.3

Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus déclarant avoir beaucoup d'amis et considérant la religion comme très importante, selon le sexe et l'âge (%) [Inuite, 1992]

GROUPE D'ÂGE	SEXE							
	HOMMES				FEMMES			
	5 AMIS ET PLUS		RELIGION TRÈS IMPORTANTE		5 AMIS ET PLUS		RELIGION TRÈS IMPORTANTE	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe
15-24 ans	43,9	253	66,0	476	33,7	209	66,3	495
25-44 ans	66,7	522	66,5	587	31,6	213	79,0	642
45 ans et +	38,3	126	86,1	395	21,7	83	97,8	452
TOTAL	53,3	901	70,7	1 458	30,1	505	78,6	1 589

8.4 ÉVÉNEMENTS STRESSANTS «ANCIENS» ET «RÉCENTS»

8.4.1 Événements stressants «anciens»

Concernant les événements stressants «anciens», les données de l'enquête nous indiquent que bon nombre d'Inuits ont eu à vivre la perte d'un être significatif avant l'âge de douze ans. En effet, un Inuit sur six rapporte le décès de sa mère avant l'âge de douze ans, près d'un sur quatre, le décès du père et plus de la moitié ont vécu le décès d'un membre de leur famille. En regard du nombre de personnes-support que les Inuits affectés par ce décès rapportent, nous constatons que les personnes dont la mère est décédée avant qu'ils aient atteint l'âge de douze ans semblent davantage indiquer avoir peu ou pas d'amis. Compte tenu de l'explication selon laquelle un événement stressant peut parfois faire écran au support social, nous pouvons émettre l'hypothèse que les Inuits ayant vécu en bas âge le décès d'une personne chère (mère, père ou autre personne significative), seraient plus nombreux à déclarer un réseau social plus restreint. De plus, cette perte se traduisant plus souvent par un réseau amputé d'une personne-support importante et significative, le lien d'attachement pourrait s'établir plus difficilement à cause d'une possible peur de perdre à nouveau. Par ailleurs, des éléments, tels l'étendue de la famille inuite moyenne et la tradition d'adoption particulière à cette société, font en sorte qu'une personne peut déclarer avoir deux mères (l'une naturelle

et l'autre adoptive), plusieurs frères et soeurs. Il est donc cohérent que les risques de perdre un être cher soient accrus d'autant.

8.4.2 Événements stressants «récents»

Comme pour les événements stressants «anciens», l'événement stressant «récent» le plus fréquemment rapporté (le quart des Inuits), pour les douze mois précédant l'enquête, est le décès d'un proche (tableau 8.4). Si cette proportion semble très importante, nous devons la relativiser par le grand nombre de parents «proches» des Inuits. Les autres événements stressants récents les plus fréquents sont la maladie grave du répondant, quitter sa famille, perdre son emploi, etc.

TABLEAU 8.4

Proportion d'Inuits âgés de 15 ans et plus ayant vécu un ou plusieurs événements stressants «récents», selon le sexe (%) [Inuite, 1992]

ÉVÉNEMENT	SEXE				TOTAL	
	HOMMES		FEMMES		%	Pe
	%	Pe	%	Pe		
Quitter sa famille	13,8	290	19,1	385	16,4	675
Perdre son emploi	15,8	331	15,1	296	15,5	627
Rejet ou désapprobation par la communauté	12,0	246	7,3	143	9,7	389
Maladie grave du répondant	19,7	404	22,2	442	21,0	846
Maladie grave d'un autre membre du ménage	14,3	295	8,8	176	11,6	471
Décès du conjoint	0,9	18	1,7	34	1,3	52
Décès d'un proche	26,7	545	26,2	520	26,5	1 065

En regard du sexe, quelques différences doivent être notées : plus de femmes que d'hommes déclarent avoir quitté leur famille au cours des douze mois précédant l'enquête et plus nombreux sont les hommes ayant vécu un rejet ou une désapprobation par la communauté, de même qu'une maladie grave d'un autre membre du ménage. Nous pouvons émettre l'hypothèse que le départ plus fréquent des femmes est associé au fait qu'«elle quitterait sa

famille pour aller vivre avec son conjoint». Quant au fait que les hommes soient plus nombreux à mentionner le rejet (ou désapprobation) par la communauté, Kirmayer (1993) souligne que ces derniers extériorisent leur stress par des crises de colère et d'impulsivité, à savoir des comportements beaucoup plus agressifs et sujets à une certaine répréhension de la part des autres membres de leur communauté. Enfin, le fait qu'autant d'hommes que de femmes déclarent avoir souffert d'une maladie grave mais que, par ailleurs, les hommes déclarent davantage avoir cohabité avec quelqu'un de gravement malade suscite quelques interrogations. Serait-ce que les hommes et les femmes interprètent différemment la notion de gravité d'une maladie? En effet, le rôle social traditionnel de chacun étant très différent — les femmes soignent et prennent soin; les hommes pourvoient aux besoins matériels — permet de prétendre que la femme serait plus à même d'évaluer la gravité d'une maladie à cause de l'ampleur des tâches que suppose la prise en charge d'une personne gravement atteinte.

8.5 SUPPORT SOCIAL ET ÉVÉNEMENTS STRESSANTS «ANCIENS» ET «RÉCENTS»

La présente section tente d'établir des relations entre les notions de support social et les événements stressants sur la base des deux explications de Barrera et Balls (1982) qui prévoient, soit : 1) une corrélation⁽¹⁾ positive, le support social agissant comme modérateur des effets du stress (*buffering effect*) ou 2) une corrélation négative, le stress détériorant la perception de la disponibilité ou de l'efficacité du support social disponible.

8.5.1 Corrélation positive

Les Inuits n'ayant pas vécu d'événements stressants «anciens» sont plus nombreux à estimer faible le niveau de stress engendré par la maladie d'un membre du foyer (événement vécu comme légèrement ou pas stressant du tout). Ainsi, il est possible, suivant la théorie de Barrera et Balls (1982), que le support social ait, dans ce cas précis, agi comme tampon en amortissant la tension ressentie lors d'un événement porteur d'un potentiel élevé de stress.

De la même façon, le deuil d'un être cher ne semble pas susciter chez les Inuits davantage de stress, selon qu'ils ont vécu ou non un événement stressant «ancien». Cette situation particulière vient de nouveau corroborer le rôle du support social qui peut jouer, en limitant la portée traumatique du décès d'une personne «proche». Nous aurions pu croire que le deuil actuel aurait pu faire revivre les pertes antérieures créant ainsi un effet cumulatif. Dans ce cas, s'il y a eu un événement stressant «ancien», celui-ci n'a pas eu pour effet de détériorer

(1) Entendu au sens courant plutôt qu'au sens statistique.

la perception du support social. Si l'événement stressant «récent» demeure porteur de stress, il n'a toutefois pas servi à catalyser les deuils antérieurs de personnes significatives, grâce au support social formel et informel dont disposent les individus.

8.5.2 Corrélation négative

Les Inuits ayant souffert d'une maladie grave dans les douze mois précédant l'enquête semblent avoir expérimenté un sentiment de solitude, symptôme d'une indisponibilité du réseau social. Sans prétendre que le réseau social est inexistant, il semble toutefois perçu inefficace à absorber une partie du stress dont est porteur un tel événement. Cette donnée nous porte à croire que le stress a bloqué l'accès au support social.

Il aurait été intéressant de pousser davantage l'investigation des notions de support social et d'événements stressants, en observant les corrélations entre celui-là et le niveau de détresse psychologique, l'autoévaluation de la santé, l'indice de santé globale, etc. Malheureusement, la taille de l'échantillon permet seulement de proposer des hypothèses d'interprétation, de souligner des tendances et de proposer de nouvelles pistes d'analyse.

8.6 RÉSUMÉ

L'analyse de différents constituants du support social a permis de mettre en évidence des différences quant aux composantes du réseau social des hommes et des femmes inuits. Ainsi, il semblerait que le réseau social des femmes s'articule davantage à partir de valeurs institutionnelles et plus traditionnelles, telles la famille et la religion. Quant à celui des hommes, les amis y occupent une plus grande place pour la majeure partie de la vie. Par ailleurs, autant les femmes que les hommes se disent satisfaits de leur vie sociale et mentionnent, dans une même proportion, recevoir du support de leurs compagnons ou compagnes de travail.

En regard des événements stressants tant «anciens» que «récents», ils sont nombreux et se traduisent souvent par des deuils réels (perte d'êtres chers) ou symboliques (par exemple, la perte d'emploi). Soulignons que la taille des familles inuites, les pratiques d'adoption, l'espérance de vie plus réduite, les conditions de vie nordique difficiles sont autant de conditions propices à la multiplication des événements stressants. Malgré ces caractéristiques particulières et l'accélération des changements sociaux dont les Inuits du Nunavik sont les témoins privilégiés, le support social donné par la famille et la communauté semble restreindre la portée de ces bouleversements.

8.7 RÉFÉRENCES

- BARRERA, M. (1986). «Distinction between Social Support Concepts, Measures and Models», *American Journal of Community Psychology*, 14,4 : 413-445.
- BARRERA, M.; BALLS, P. (1982). «Assessing Social Support as a Prevention Resources : An Illustrative Study» in : *Strategies for Needs Assessment in Prevention*, 1983 : 59-74.
- BEAUCHESNE, L. (1991). *Les abandons au secondaire : profil sociodémographique*, Direction générale de la recherche et du développement, ministère de l'Éducation, novembre, 22 p.
- BLANCHET, C.; COUSINEAU, D.; FOGGIN, P.; LAFONTAINE, P. (1992). *Faits saillants de l'enquête de santé réalisée chez les Inuit du Nord québécois 1983-1984*, Québec, ministère de la Santé et des Services sociaux, 52 p.
- CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (1991). *Pour la santé et le bien-être dans la région Kativik*, Kuujuaq, 59 p.
- ESCAFFRE, J.-P. (1992). «Formes de sociabilité et prises en charge hospitalières» in : Levy E. et Mizrahi, A. eds, *Colloque européen : de l'analyse économique aux politiques de Santé*, Paris : CREDES et CES 291-299.
- KIRMAYER, L.J.; CORIN, E.; CORRIVEAU, A.; FLETCHER, C. (1993). «Culture et maladie mentale chez les Inuit du Nunavik», *Santé mentale au Québec*, XVIII, 1 : 53-70.
- (1991). *Le petit Larousse illustré 1992 en couleurs...*, Paris, Larousse, p. 271.
- THOUEZ, J.-P.; FOGGIN, P.; ÉKOÉ, J.M.; NADEAU, M.; RANNOU, A. (1993). «Géographie de la santé et modes de vie : l'obésité et l'hypertension artérielle chez les Cris et les Inuit du Nord du Québec», *L'espace géographique*, 22 : 166-178.
- THOUEZ, J.-P.; RANNOU, A.; FOGGIN, P. (1992). «The Practice of traditional activities : Hunting, fishing, trapping and health among the Crees of Northern Quebec», *Geographia Medica*, 8 : 03-96.
- THOUEZ, J.-P.; RANNOU, A.; FOGGIN, P. (1989). «The Other Face of Development : Health Status and Indicators of Malnutrition : The Case of Crees and Inuit of Northern Quebec», *Social Sciences Medicine.*, 29 : 965-989.

**CONCLUSION ET PISTES D'ACTION RELATIVES
AUX DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ**

(PARTIE I)

L'ENVIRONNEMENT PHYSIQUE

Cette enquête a permis d'estimer l'exposition humaine aux contaminants présents dans la chaîne alimentaire des habitants du Nunavik. Si le plomb et le mercure n'apparaissent pas être un problème majeur pour la santé des adultes du Nunavik, les risques potentiels les plus préoccupants concernent le système nerveux du fœtus en développement et les atteintes neurocomportementales qui pourraient y être associées. Même si les concentrations sanguines en organochlorés sont près de dix fois plus élevées que dans le reste de la province, il serait surprenant d'observer des effets chroniques chez l'adulte. Toutefois, rappelons que le fœtus est plus sensible à l'action toxique de ces contaminants.

Parallèlement à ces risques toxiques potentiels, la consommation de produits marins qui caractérisent les Inuits du Nunavik est d'une importance capitale. En effet, les nombreux nutriments présents dans ces aliments leur confèrent un haut degré de protection contre les maladies ischémiques. De plus, chez l'enfant, les acides gras polyinsaturés ont des effets bénéfiques de plus en plus reconnus, en particulier sur l'acuité visuelle et sur l'augmentation du poids à la naissance. Rien ne justifie donc pour le moment de recommander une limitation de la consommation de produits marins pour la population inuite du Nunavik.

Afin d'évaluer l'exposition du fœtus aux contaminants, un programme de dépistage à la naissance (cordon ombilical) est en cours au Nunavik et doit être maintenu pour permettre, si nécessaire, l'énoncé de recommandations sur des actions à prendre.

LES HABITUDES DE VIE

Les données de Santé Québec sur les habitudes de vie des Inuits du Nunavik nous donnent l'occasion de tracer un bilan de ces habitudes et de comparer les résultats à ceux obtenus lors d'enquêtes précédentes.

La répartition de ces bonnes habitudes est diversifiée. En effet, elles sont différentes selon qu'on s'adresse à des jeunes de 15 à 24 ans, à des adultes d'âge intermédiaire (25 à 44 ans) ou à des aînés (45 ans et plus). Ceci est sans doute propre à chaque génération ou aux comportements qui changent avec l'âge. Il est également difficile de qualifier globalement les hommes et les femmes, les habitudes bonnes ou mauvaises ne semblant pas être attribuables à un groupe précis.

Si on compare ces résultats avec ceux de l'enquête Santé Québec 1987 sur la consommation de cigarettes, d'alcool et de drogues, il en ressort que le tabagisme est deux fois plus élevé qu'au Québec. Quant à la consommation d'alcool (hebdomadaire), globalement elle est inférieure à celle de l'ensemble des Québécois, mais, dans les villages inuits où la vente

d'alcool est libre, celle-ci devient comparable. L'usage des drogues (hachisch et cocaïne) est plus important chez les Inuits que chez les Québécois.

En ce qui a trait au tabagisme, il apparaît donc prioritaire d'élaborer des stratégies d'intervention auprès de groupes cibles. Il faut également intervenir auprès des jeunes, à l'école et dès le primaire, puisqu'un enfant inuit sur dix commence à fumer avant l'âge de douze ans. Enfin, étant donné la proportion plus élevée de consommation d'alcool (par occasion) et de drogues, l'élaboration de programmes de prévention primaire ou secondaire appropriés, adaptés à la réalité de la société inuite, devient donc prioritaire.

Quant à l'alimentation, les données de cette enquête révèlent que le tiers des Inuits et encore plus sur la côte de l'Hudson ont mentionné avoir manqué de nourriture au cours du mois précédant l'enquête. Ce problème d'insécurité alimentaire mérite d'être examiné de plus près, car il faudrait définir s'il est lié soit à un manque de nourriture traditionnelle ou à une conjoncture temporairement défavorable. Quant aux enfants de moins de 15 ans, particulièrement vulnérables au plan nutritionnel, des programmes pris en charge par la commission scolaire pourraient être mis en place, afin de pallier le manque de nourriture qui affecte à la fois la santé et la réussite scolaire. Nous suggérons que des études complémentaires sur leurs habitudes alimentaires soient effectuées, afin d'adapter la consommation alimentaire à un style de vie en changement.

LES COMPORTEMENTS PRÉVENTIFS

Les comportements préventifs se définissent comme des précautions prises par des personnes dans le but de prévenir l'apparition d'un problème de santé.

Il est rassurant de constater que la participation des femmes du Nunavik au programme de dépistage du cancer du col utérin (test de Pap) se compare favorablement à celle de l'ensemble des Québécoises. Comme ce type de cancer présente une prévalence élevée, il est important d'en maintenir le dépistage.

En ce qui concerne l'examen des seins par un professionnel, le taux de participation à cet examen est semblable chez les femmes inuites et chez les femmes cries, mais il est considérablement inférieur à celui des femmes québécoises. Quant à celles n'ayant jamais subi un examen des seins par un professionnel, une forte proportion a déclaré que cet examen ne leur avait jamais été offert. Également, moins de la moitié des femmes inuites ont signalé qu'elles s'étaient examiné les seins; elles sont plus nombreuses que les femmes cries, mais moins nombreuses que les Québécoises.

Le nombre de partenaires sexuels est un autre facteur de risque. Moins du quart des hommes et une proportion plus faible de femmes ont déclaré avoir eu plus d'un partenaire sexuel au cours des douze mois précédant l'enquête. Cette proportion grimpe à plus du tiers chez les Inuits âgés de 15 à 24 ans. Ces taux sont semblables à ceux enregistrés ailleurs. Toutefois, l'usage peu répandu des contraceptifs et de préservatifs entraîne un taux particulièrement élevé de grossesse en bas âge ainsi que de MTS.

Les femmes inuites sont quatre à cinq fois plus susceptibles de devenir enceintes que les femmes québécoises. La proportion de femmes inuites qui allaitent demeure plus élevée que dans l'ensemble du Québec, mais au sein de la population inuite, cette proportion est moins élevée dans le groupe d'âge le plus jeune, ce qui porte à croire que l'on assiste peut-être à un ralentissement de cette pratique. Toutefois, le fait qu'environ le tiers des enfants sont adoptés restreint les taux que l'on pourrait éventuellement atteindre. Il importe de poursuivre les efforts en vue de promouvoir l'allaitement, pratique qui représente le plus d'avantages pour la santé de l'enfant.

En ce qui a trait à la prévention reliée aux véhicules moteurs, les VTT et la motoneige sont les véhicules les plus utilisés au Nunavik. Le port du casque en VTT et en motoneige est toutefois très peu répandu, autant chez les Inuits que chez les Cris, comparativement à un nombre plus élevé de Québécois. Le comportement préventif le plus enraciné, autant chez les Inuits que chez les Cris, est lié aux sorties hors du village qui se font généralement avec au moins deux motoneiges. Moins de la moitié des Inuits circulent en automobile au moins une fois par semaine, surtout dans le cadre de leur travail (emplois très largement occupés par des hommes) et le port de la ceinture de sécurité n'y est pas répandu.

Le monde du transport s'étant développé rapidement sans que les moyens pratiques pour gérer cette réalité n'évoluent au même rythme, il serait temps d'éveiller la conscience des *Nunavimmiut* à l'utilité et à l'obligation de ces mesures de sécurité.

Le programme de vaccination anti-rabique, mis de l'avant par le MAPAQ, constitue une autre mesure de prévention. Il couvre une majorité, mais non la totalité des chiens. Quant aux chiens errants, cette question préoccupe la majorité des Inuits. Ces résultats constitueraient donc un encouragement, pour les administrations locales, à redoubler d'efforts dans l'application des règlements relatifs aux chiens.

L'ENVIRONNEMENT SOCIAL

Des éléments de l'environnement social, comme l'emploi, les changements culturels, la perception de certains problèmes sociaux dans la communauté, le soutien social, les événements stressants, etc. peuvent être liés à la santé.

Les Inuits de moins de 35 ans éprouvent plus de difficultés que leurs aînés à intégrer le marché du travail. Il sont, plus souvent que les autres, sans travail ou relégués aux emplois précaires et saisonniers. De plus, les hommes ainsi que les femmes de 45 ans et plus demeurent plus vulnérables au stress relié au travail et les femmes obtiennent moins souvent un emploi reconnu. Par contre, les Inuits semblent vivre une situation économique plus favorable que celle des Cris de la Baie James; ils sont plus nombreux à détenir un emploi stable et moins affectés que les Cris par le stress au travail.

En ce qui a trait à leur culture, une large proportion d'Inuits considèrent qu'elle a changé au cours de leur existence. Ces changements sont perçus de manière positive, principalement par les hommes de moins de 45 ans habitant la côte de l'Ungava. Ce sont les personnes âgées de 25 à 44 ans qui disent s'adapter le mieux aux récentes transformations des activités humaines. Toutefois, le tiers de la population estime que ces changements ne lui ont pas été bénéfiques.

Quant à la perception qu'ont les Inuits des problèmes sociaux, ce sont les femmes, les personnes âgées de 45 ans et plus et celles habitant la côte de l'Hudson qui démontrent une plus grande sensibilité face à ces problèmes, ce qui est à l'opposé des personnes estimant que les changements culturels leur ont été bénéfiques.

D'autre part, près du tiers de la population du Nunavik a été victime, au cours de son existence, d'abus sexuels. Ces abus se produisent beaucoup plus fréquemment chez les femmes et, depuis quelques années, à l'endroit de personnes de plus en plus jeunes, c'est-à-dire des enfants et des adolescents. Des efforts de recherche devraient porter sur les conséquences et les effets de ces abus à court et à long termes.

Enfin, concernant le soutien social, l'enquête montre que, quoique le réseau social des hommes et des femmes soit constitué différemment, il semble tout aussi satisfaisant et efficace à contrer certains effets des événements stressants tant «récents» qu'«anciens».

ANNEXE 1

ANALYSE DES MÉNAGES MULTIFAMILIAUX

Les ménages multifamiliaux posent une série de problèmes à l'analyse. Parce que nous ne détenons pas l'information exprimant la relation de parentèle entre chacun des membres du ménage (nous ne possédons que le lien entre le répondant principal et les autres membres du ménage), nous ne sommes pas en mesure de reconstituer les familles de recensement. Au plan sanitaire, nous savons que l'isolement social peut être néfaste. À l'opposé, dans le cas des ménages très nombreux, nous ne pouvons que spéculer un phénomène qui pourrait être similairement néfaste à la santé dans les cas d'exiguïté des lieux et de promiscuité. Dans tous les cas, il demeure intéressant de décrire, par le détail le plus menu possible, les ménages multifamiliaux qui représentent une facette du gréganisme de la société inuite.

Les ménages multifamiliaux représentent plus du quart (26,2 %) de tous les ménages au Nunavik et regroupent plus du tiers de la population (33,8 %). Les ménages multifamiliaux se composent, en moyenne, de 6,3 personnes, dont presque la moitié sont des enfants mineurs (2,9 enfants mineurs). Près de sept personnes âgées sur 10 (69,2 %) vivent dans ce type de ménage.

Les liens de parenté avec le répondant principal sont le plus souvent celui d'enfant (dans 39,4 % des cas) et de petit-enfant (16,4 % des cas). Nous retrouvons à peu près tous les liens de parenté de premier et de deuxième degré. Ces ménages comprennent rarement des personnes hors de la famille (moins de un pour cent des personnes dans les ménages multifamiliaux sont des amis ou des chambreurs).

La structure familiale la plus fréquente est verticale, où nous retrouvons trois générations dans le même ménage (le cas de quatre générations existe mais est très rare, l'espérance de vie des Inuits ne permettant pas souvent la survie de membres d'une quatrième génération) sans parentage d'autre sorte. Presque les deux tiers (62,2 %) des ménages multifamiliaux sont dans ce cas et sont composés d'un couple (ou d'une personne veuve) vivant avec un ou plusieurs de ses enfants (il arrive qu'un seul enfant vive avec un conjoint) et d'un ou plusieurs petits-enfants.

La seconde structure la plus fréquente correspond à une structure plus horizontale (22,0 % des ménages multifamiliaux sont dans ce cas). Typiquement, il s'agit d'un couple avec des enfants (ou d'une famille monoparentale) qui vit avec le frère ou la soeur d'un des conjoints. La dernière structure regroupe environ le sixième des ménages multifamiliaux (15,9 %). Elle est caractérisée par la grande taille des ménages et la quantité de liens de parentage entre ses membres. Dans tous les cas, nous y retrouvons trois générations, auxquelles s'ajoutent soit des frères ou soeurs, des oncles ou tantes, des neveux ou nièces ou des beaux-frères ou belles-soeurs.

ANNEXE 2

ANALYSE DE LA NON-RÉPONSE PARTIELLE À LA QUESTION DU REVENU

La question du revenu est, de loin, celle pour laquelle la proportion des données manquantes est la plus élevée : 48,3 % des réponses sont «utilisables», 38,0 % des «ne sait pas» et 13,7 % des refus - 51,7 % des réponses sont donc manquantes. Avec la suite de cette annexe nous tentons d'identifier les sous-groupes qui affirment ne pas savoir ou qui refusent de fournir le revenu du ménage.

Les valeurs manquantes apparaissent significativement plus souvent chez les femmes (trois fois sur quatre elles ne savent pas).

Les 15-24 ans et les 45 et plus ne savent pas.

Les moins scolarisés ne savent pas. Les rares personnes scolarisées pour lesquelles nous n'avons pas de données ont plus tendance à refuser de répondre.

Les célibataires et les personnes veuves ne savent pas (cf l'âge).

Le statut d'adoption ne joue pas dans la présence d'information (hors les personnes adoptées pour lesquelles nous n'avons pas de réponse ont significativement plus tendance à refuser de répondre que les personnes non adoptées - rappelons que les personnes adoptées sont plus scolarisées).

Les personnes qui travaillent sont celles qui ont répondu le plus souvent. Les personnes qui répondent le moins sont les personnes aux études (cf l'âge) et les personnes qui tiennent maison (cf les femmes). Les personnes aux études refusent de répondre alors que les personnes qui travaillent ou qui tiennent maison déclarent ne pas connaître leur revenu.

Chez les travailleurs, les valeurs manquantes sont également réparties selon le secteur d'activité (les gens ne savent pas leur revenu); de même pour les catégories professionnelles.

Les personnes parlant seulement l'*inuktitut* présentent plus de valeurs manquantes. Les personnes parlant l'*inuktitut* et le français ont plus tendance à refuser de répondre que les autres.

Il n'y a pas de différence selon que les personnes fréquentent les services pentecôtistes pour la présence de valeurs manquantes, mais les gens fréquentant ces services et pour lesquels nous n'avons pas d'information concernant le revenu ont plus souvent refusé de répondre.

ANNEXE 3

TABLEAUX COMPLÉMENTAIRES

TABLEAU A-2.1

Répartition des ménages, des personnes, selon le type de famille (% et moyenne) [Inuite, 1992]

STRUCTURE FAMILIALE	MÉNAGES		PERSONNES		NOMBRE MOYEN DE PERSONNES
	%	Pe	%	Pe	
Verticale	62,1	232	66,1	1 580	6,6
Horizontale	22,0	82	16,8	402	4,9
Mixte	15,9	59	17,1	410	7,1
TOTAL	100	373	100	2 392	6,3

F = 5,85; d.l. = 2; p = 0,043

TABLEAU A-4.1

Répartitions de la population inuite d'au moins 15 ans selon l'usage de drogues, le type de drogues, le groupe d'âge et le sexe (Pe) [Inuite, 1992]

GROUPE	MARIJUANA-HASCHISCH			COCAÏNE OU CRACK			SUBSTANCE TOXIQUE			AUTRE DROGUE			TOTAL			
	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	(1)	(2)	(3)	
	TOTAL	1 642	636	1 415	3 209	175	181	3 196	610	116	3 366	243	124	1 340	626	1 477
Hommes	612	351	861	1 589	108	142	1 520	404	62	1 591	182	77	508	359	897	
Femmes	1 030	285	554	1 620	67	39	1 676	206	54	1 775	61	47	832	267	580	
ÂGE/SEXE																
15-19 ans/TOTAL	339	88	257	622	19	35	588	94	62	653	55	30	258	92	289	
Hommes	147	45	140	308	19	35	296	55	28	335	36	17	103	63	158	
Femmes	192	43	117	314	0	0	272	39	34	318	19	13	155	29	131	
20-24 ans/TOTAL	173	130	324	477	35	63	477	111	40	557	13	33	140	112	324	
Hommes	43	79	175	210	18	44	208	63	27	254	0	26	43	54	175	
Femmes	130	51	149	267	17	19	269	48	13	303	13	7	97	58	149	
25-44 ans/TOTAL	501	350	730	1 403	90	73	1 366	353	7	1 365	151	61	387	357	780	
Hommes	170	180	458	730	41	54	653	245	0	622	122	35	125	187	476	
Femmes	331	170	272	673	49	19	713	108	7	743	29	26	262	170	284	
45 ans et +/TOTAL	629	68	104	707	31	10	785	52	7	791	24	0	555	65	104	
Hommes	251	48	88	340	31	10	364	41	7	380	24	0	237	55	88	
Femmes	378	20	16	367	0	0	421	11	0	411	0	0	318	10	16	

Légende : (1) Abstinents; (2) Ex-usagers; (3) Usagers actuels (les 12 mois précédant l'enquête).

TABLEAU A-5.1

Relation perçue entre l'alimentation et la santé chez les populations âgées de 18 à 74 ans (%) [Inuite, 1992]

ALIMENT	POPULATION					
	INUITE (1992)		CRIE (1991)		QUÉBÉCOISE (1990)	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Sel et santé	49,4	1 706	81,3	4 276	77,0	3 787 530
Gras et problèmes cardiaques	54,7	1 897	83,8	4 406	ND	ND
«Calories vides» et santé	70,4	2 441	84,0	4 422	ND	ND

Proportions excluant les NR/R mais incluant les NSP et les indécis regroupés.

TABLEAU A-5.2

Consommation de sucre ou de gras jugée excessive chez les populations âgées de 18 à 74 ans (%) [Inuite, 1992]

CONSOMMATION	POPULATION					
	INUITE (1992)		CRIE (1991)		QUÉBÉCOISE (1990)	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
Trop de sucre	31,9	1 049	42,7	2 119	33,2	1 572 513
Trop de gras	25,9	856	45,7	2 294	37,2	1 742 669

Proportions excluant les NSP et les NR/R.

TABLEAU A-5.3

Nature et fréquence des changements d'habitudes alimentaires, parmi ceux qui ont déclaré avoir tenté d'en changer au cours des douze mois précédant l'enquête, populations âgées de 18 à 74 ans (%) [Inuite, 1992]

NATURE DES CHANGEMENTS	POPULATION					
	INUITE (1992)		CRIE (1991)		QUÉBÉCOISE (1990)	
	%	Pe	%	Pe	%	Pe
TOTAL DES PERSONNES AYANT TENTÉ DE CHANGER LEURS HABITUDES ALIMENTAIRES	16,5	549	44,6	2 304	62,0	3 100 360
• Plus de fruits	78,9	415	80,3	1 832	74,6	2 293 588
• Moins de pâtisseries et friandises	77,7	394	81,2	1 830	79,5	2 438 227
• Plus de légumes	72,4	376	76,9	1 745	77,8	2 394 745
• Moins de gras	69,8	363	86,4	1 971	88,2	2 720 435
• Moins de «junk food»	68,5	355	85,3	1 940	NA	NA
• Moins de sucre	65,3	342	75,1	1 672	78,1	2 396 548
• Moins de sel	50,9	262	73,5	1 664	72,6	2 234 111
• Moins de viande	31,7	168	58,3	1 330	41,8	1 284 176

TABLEAU A-5.4

Addition habituelle («oui») ou occasionnelle («parfois oui, parfois non») de gras à différents aliments d'origine végétale, populations âgées de 18 à 74 ans (%) [Inuite, 1992]

ALIMENT D'ORIGINE VÉGÉTALE	POPULATION											
	INUITE (1992)								CRIE (1991)		QUÉBÉCOISE (1990)	
	18-24 ANS		25-44 ANS		45-74 ANS		TOUS		%	Pe	%	Pe
	%	Pe	%	Pe	%	Pe	%	Pe				
Pain	94,0	895	93,7	1 598	78,5	636	90,2*	3 129	96,2	5 066	91,7	4 580 805
Bannique	29,8	286	39,4	660	30,2	247	34,5	1 193	67,3	3 537	49,2 (sur brioches, croissants, muffins)	2 447 963
Pomme de terre	88,3	864	87,4	1 491	75,8	614	85,0*	2 969	83,7	4 398	67,0	3 336 192
Légumes cuits	52,8	510	55,3	940	42,4	342	51,6*	1 792	44,1	2 310	46,7	2 325 002

* Effet significatif de l'âge, chez les Inuits.

TABLEAU A-5.5

Consommation de graisses crues et de matières grasses avec la viande ou le poisson chez les Inuits selon l'âge (%) [Inuite, 1992]

CONSUMMATION	GROUPE D'ÂGE						TOTAL	
	15-24 ANS		25-44 ANS		45 ANS ET +		%	Pe
	%	Pe	%	Pe	%	Pe		
GRAISSES CRUES								
• Graisse de caribou	65,3	964	75,1	1 266	70,8	612	70,6	2 842
• Graisse de phoque*	38,9	575	71,1	1 198	76,8	665	60,5	2 438
• Graisse de béluga*	25,9	383	49,9	841	36,3	314	38,2	1 538
• Graisse d'ole*	18,2	269	28,3	479	39,0	337	26,9	1 085
• Autres graisses	2,5	36	1,9	32	0	0	1,7	68
• Aucune graisse crue*	17,5	259	9,5	160	7,3	63	12,0	482
MATIÈRES GRASSES AVEC VIANDE OU POISSON								
• Misirak*	74,3	1 058	76,1	1 298	89,0	786	78,3	3 142
• Lard*	11,5	164	12,5	214	4,8	43	10,5	421
• Shortening	3,9	56	6,6	113	2,4	21	4,7	190
• Autres (beurre, graisse de phoque, etc.)*	2,9	41	11,0	188	3,9	34	6,5	262
• Aucune addition de gras*	16,0	229	9,6	163	7,5	66	11,4	458

* Effet significatif de l'âge.

TABLEAU A-5.6

Utilisation du gras dans la préparation des aliments chez
les populations inuite et crie (1991) (%) [Inuite, 1992]

GRAS DANS LA PRÉPARATION DES ALIMENTS	POPULATION			
	INUITE		CRIE	
	%	Pe	%	Pe
AJOUT DE GRAS POUR LA CUISSON DE LA VIANDE À LA POËLE				
• Oui	89,3	1 262	79,5	1 357
• Parfois oui, parfois non	7,7	108	19,5	333
• Non	3,0	42	1,0	18
TOTAL	100	1 412	100	1 708
TYPE DE GRAS POUR VIANDE À LA POËLE				
• Beurre	45,2	618	ND	ND
• Lard	62,5	854	ND	ND
• Shortening	8,6	117	ND	ND
• Margarine	17,5	240	ND	ND
• Huile	27,7	378	ND	ND
USAGE QUI EST FAIT DU GRAS DE CUISSON				
• Jeté	88,0	1 236	76,9	1 291
• Consommé	8,2	115	8,3	140
• L'un ou l'autre	3,8	54	14,8	249
TOTAL	100	1 405	100	1 680
GRAS UTILISÉ POUR LA GRANDE FRITURE				
• Lard ou shortening	62,6	861	38,7	656
• Huile végétale	19,2	263	51,0	864
• Pas de grande friture	18,2	250	9,4	159
• Gras d'oie	ND	ND	0,9	15
TOTAL	100	1 374	100	1 694

TABLEAU A-5.7

**Acheteurs réguliers de légumes chez les populations
inuite et crie (1991) (%) [Inuite, 1992]**

LÉGUME	POPULATION			
	INUITE		CRIE	
	%	Pe	%	Pe
• Pommes de terre	80,1	1 128	98,2	1 672
• Oignons	75,1	1 061	88,6	1 504
• Laitue	54,6	768	84,6	1 414
• Tomates	53,7	757	87,2	1 470
• Carottes	50,7	716	85,1	1 444
• Petits pois	43,9	620	81,6	1 365
• Champignons	33,3	468	65,8	1 086
• Concombre	30,5	430	53,9	874
• Chou-fleur	23,4	331	16,6	265
• Brocoli	22,2	314	22,9	373
• Poivron vert	21,7	305	56,2	924

ANNEXE 4

INSTRUMENTS DE CUEILLETTE

- 4.1 FICHE D'IDENTIFICATION**
- 4.2 QUESTIONNAIRE MÉNAGE**
- 4.3 QUESTIONNAIRE-CONTRÔLE MÉNAGE**
- 4.4 QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL**
- 4.5 QUESTIONNAIRE-CONTRÔLE INDIVIDUEL**
- 4.6 QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL**
- 4.7 VISITE EN CLINIQUE**
- 4.8 VISITE EN CLINIQUE - MESURES DE CONTRÔLE DE QUALITÉ**
- 4.9 RAPPEL ALIMENTAIRE DE 24 HEURES**
- 4.10 QUESTIONNAIRE DE FRÉQUENCE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE**

ANNEXE 4.1

FICHE D'IDENTIFICATION

(INSTRUMENT #1)

Enquête Santé Québec auprès des Inuit du Québec nordique

FICHE D'IDENTIFICATION (cette fiche est confidentielle)

Numéro de la maison ou Adresse: _____ _____ _____ Téléphone: (____) _____

1. Numéro du ménage:

1						0
---	--	--	--	--	--	---

(1-6)

2. No. interviewer:

--	--

(7-8)

3. Résultat final de la FICHE D'IDENTIFICATION:----->

--	--

(9-10)

4. Date d'obtention du résultat final:----->

mois		jour	

(11-14)

5. Nombre d'essais pour obtenir le résultat final:----->

--	--

(15-16)

6. Dans le ménage: Une famille = 1, Plus d'une famille = 2

--

(17)

7. Nombre de personnes dans le ménage:----->

--	--

(18-19)

8. Nombre de personnes de 15 ans et plus:----->
(Pour le questionnaire INDIVIDUEL)

--	--

(20-21)

9. Nombre de personnes de 18 à 74 ans:----->
(Pour VISITE EN CLINIQUE et RAPPEL 24-HEURES)

--	--

(22-23)

10. Combien de FICHE D'IDENTIFICATION pour le ménage:----->

--

(24)

13. Incluant 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)

Prénom

Nom de Famille

14. Numéro de la personne dans le ménage:

					0
--	--	--	--	--	---

15. Quelle est la date de naissance de _____?

(25-29)

--	--	--	--	--	--

Année(30-31) mois(32-33)

16. Ce qui signifie que _____ est âgé(e) de...
(calculez l'âge)

--	--	--	--

âge(34-35)

17. Vérifiez le sexe de chacun(e) et codez:

1= homme 2= femme

--

(36)

18. Montrez la Fiche "A" au répondant et demandez:
Quel est le lien de parenté entre vous et _____?
(SI AUTRE PRÉCISEZ)

0	1	9	9
---	---	---	---

(37-38) (39-40)

19. **QUEST. MÉNAGE:** Y a-t-il des réponses?
[pour int. princ.] 1=oui, 2=non

--

(41)

20. (Si non) Raison de la non-réponse

--	--

(42-43)

21. **QUEST. INDIVIDUEL:** Y a-t-il des réponses?
[pour int. local] 1=oui, 2=non, 3=NA

--

(44)

22. (Si non) Raison de la non-réponse

--	--

(45-46)

23. **QUEST. CONFIDENTIEL:** Y a-t-il des réponses?
[Santé Québec] 1=oui, 2=non, 3=NA

--

(47)

24. (Si non) Raison de la non-réponse

--	--

(48-49)

25. **VISITE EN CLINIQUE:** Y a-t-il des réponses?
[pour inf.] 1=oui, 2=non, 3=NA

--

(50)

26. (Si non) Raison de la non-réponse

--	--

(51-52)

27. **RAPPEL 24-HRES:** Y a-t-il des réponses? [pour inf.]
QUESTIONNAIRE DE FRÉQUENCE 1=oui, 2=non, 3=NA

--

(53-54)

28. (Si non) Raison de la non-réponse

--	--

(55-56) (57-58)

<p>Prénom</p> <p>Nom de famille</p> <p>[][][][][]</p> <p>(59-63)</p> <p>[][] [][]</p> <p>Année(64-65)mois(66-67)</p> <p>[][]</p> <p>âge(68-69)</p> <p>[]</p> <p>(70)</p>	<p>Prénom</p> <p>Nom de famille</p> <p>[][][][][]</p> <p>(93-97)</p> <p>[][] [][]</p> <p>Année(98-99)mois(100-101)</p> <p>[][]</p> <p>âge(102-103)</p> <p>[]</p> <p>(104)</p>	<p>Prénom</p> <p>Nom de famille</p> <p>[][][][][]</p> <p>(127-131)</p> <p>[][] [][]</p> <p>Année(132-133)mois(134-135)</p> <p>[][]</p> <p>âge(136-137)</p> <p>[]</p> <p>(138)</p>	<p>Prénom</p> <p>Nom de famille</p> <p>[][][][][]</p> <p>(161-165)</p> <p>[][] [][]</p> <p>Année(166-167)mois(168-169)</p> <p>[][]</p> <p>âge(170-171)</p> <p>[]</p> <p>(172)</p>	<p>Prénom</p> <p>Nom de famille</p> <p>[][][][][]</p> <p>(195-199)</p> <p>[][] [][]</p> <p>Année(200-201) mois(202-203)</p> <p>[][]</p> <p>âge(204-205)</p> <p>[]</p> <p>(206)</p>
<p>[][] [][]</p> <p>(71-72) (73-74)</p>	<p>[][] [][]</p> <p>(105-106) (107-108)</p>	<p>[][] [][]</p> <p>(139-140) (141-142)</p>	<p>[][] [][]</p> <p>(173-174) (175-176)</p>	<p>[][] [][]</p> <p>(207-208) (209-210)</p>
<p>[] (75)</p> <p>[][] (76-77)</p> <p>[] (78)</p> <p>[][] (79-80)</p> <p>[] (81)</p> <p>[][] (82-83)</p> <p>[] (84)</p> <p>[][] (85-86)</p> <p>[][] (87-88)</p> <p>[][] [][]</p> <p>(89-90) (91-92)</p>	<p>[] (109)</p> <p>[][] (110-111)</p> <p>[] (112)</p> <p>[][] (113-114)</p> <p>[] (115)</p> <p>[][] (116-117)</p> <p>[] (118)</p> <p>[][] (119-120)</p> <p>[][] (121-122)</p> <p>[][] [][]</p> <p>(123-124) (125-126)</p>	<p>[] (143)</p> <p>[][] (144-145)</p> <p>[] (146)</p> <p>[][] (147-148)</p> <p>[] (149)</p> <p>[][] (150-151)</p> <p>[] (152)</p> <p>[][] (153-154)</p> <p>[][] (155-156)</p> <p>[][] [][]</p> <p>(157-158) (159-160)</p>	<p>[] (177)</p> <p>[][] (178-179)</p> <p>[] (180)</p> <p>[][] (181-182)</p> <p>[] (183)</p> <p>[][] (184-185)</p> <p>[] (186)</p> <p>[][] (187-188)</p> <p>[][] (189-190)</p> <p>[][] [][]</p> <p>(191-192) (193-194)</p>	<p>[] (211)</p> <p>[][] (212-213)</p> <p>[] (214)</p> <p>[][] (215-216)</p> <p>[] (217)</p> <p>[][] (218-219)</p> <p>[] (220)</p> <p>[][] (221-222)</p> <p>[][] (223-224)</p> <p>[][] [][]</p> <p>(225-226) (227-228)</p>

DATE ET HEURE DE RENDEZ-VOUS POUR LE QUESTIONNAIRE MÉNAGE:

COMMENTAIRES DE L'INTERVIEWER PRINCIPAL :
(QUESTIONNAIRE MÉNAGE)

COMMENTAIRES DE L'INTERVIEWER LOCAL:
(QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL)

COMMENTAIRES DE L'INFIRMIER/IÈRE:

FICHE D'IDENTIFICATION (cette fiche est confidentielle)

ANNEXE 4.2

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

(INSTRUMENT #2)

VERSION FRANÇAISE

LORS DE LA COLLECTE DE DONNÉES, SEULE LA VERSION BILINGUE ANGLAISE/INUKTITUT DES INSTRUMENTS A ÉTÉ UTILISÉE. LA VERSION FRANÇAISE A ÉTÉ PRODUITE POUR FACILITER LA COMPRÉHENSION DU CONTENU DE L'ENQUÊTE.

2					
---	--	--	--	--	--

*Enquête Santé Québec auprès des
Inuit du Québec nordique*

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

Questionnaire complété par l'interviewer

KATIVIK REGIONAL COUNCIL
OF HEALTH AND SOCIAL
SERVICES (KRCHSS)
P.O. BOX 9
KUUJJUAQ (QUEBEC)
JOM 1C0
(819) 964-2961

SANTÉ QUÉBEC
600 QUEST. BOUL. RENÉ-LÉVESQUE
10^{ème} ÉTAGE
MONTREAL (QUÉBEC)
H3B 1N4
(514) 873-4749

2					
---	--	--	--	--	--

--	--

No. Int.

*Enquête Santé Québec auprès des
Inuit du Québec nordique*

QUESTIONNAIRE MÉNAGE

Questionnaire complété par l'interviewer

--

DE

--

KATIVIK REGIONAL COUNCIL
OF HEALTH AND SOCIAL
SERVICES (KRCHSS)
P.O. BOX 9
KUUJJUAQ (QUEBEC)
JOM 1C0
(819) 964-2961

SANTÉ QUÉBEC
600 QUEST. BOUL. RENÉ-LÉVESQUE
10^{ème} ÉTAGE
MONTREAL (QUÉBEC)
H3B 1N4
(514) 873-4749

SECTION 1 - INCAPACITÉ AU COURS DES DEUX DERNIÈRES SEMAINES

Les questions qui suivent portent sur l'état de santé des membres de votre foyer au cours des deux dernières semaines.

POSEZ LES QUESTIONS SUIVANTES POUR CHAQUE PERSONNE

10. a) Au cours des 2 dernières semaines, a-t-elle (elle) gardé la lit toute la journée ou presque (y compris les nuits passées à l'hôpital) à cause de la maladie?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

-----> Passez à Q.11a)

b) Pendant combien de jours? Mbre jours

NE PAS LIRE LES BOUTS DE PHRASE ENTRE PARENTHÈSES S'ILS NE S'APPLIQUENT PAS

11. a) (Sans compter ce(s) jour(s) d'allitement) y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces deux semaines où d'allier sur le territoire, d'aller travailler, d'aller à l'école ou de tenir maison à cause de la maladie?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

-----> Passez à Q.12a)

b) Pendant combien de jours? Mbre jours

12. a) (Sans compter le(s) jour(s) déjà mentionné(s)) y a-t-il eu des (d'autres) jours au cours de ces 2 semaines où à dû diminuer ses activités habituelles à cause de la maladie?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

-----> Passez à Q.13a)

b) Pendant combien de jours? Mbre jours

13. a) Ce qui fait un total de _____ jours pendant les 2 dernières semaines que _____ a dû limiter ses activités pour des raisons de maladie.

PRÉCISER LE NOMBRE DE JOURS SI 0 ÉCRIREZ 00, ps 10a)

SI CHAQUE PERSONNE À 00, PASSEZ À Q.14

SI DERNIÈRE PERSONNE, PASSEZ À Q.16

b) Quelle était la principale maladie ou le problème de santé qui a obligé _____ à arrêter ou à diminuer ses activités?

PRÉCISER LE PROBLÈME DE SANTÉ ET INSCRIRE DANS LA ZONE

c) Ce problème était-il dû à un accident?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(ps, 10a)

d) Quel genre d'accident _____ a-t-elle (elle) eu?

PRÉCISER L'ACCIDENT ET INSCRIRE DANS LA ZONE

e) Quel genre de blessure était-ce?

ps, 10a)

SECTION 2 - RECOURS AUX SERVICES DE SANTÉ OU SERVICES SOCIAUX

Les questions qui suivent portent sur les consultations faites au cours des 2 dernières semaines.

RECORDÉZ LA RÉPONSE "1", "NON" OU "9".
SI 1 OU 9, 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 ou de problèmes sociaux :

- a- Un(e) infirmier(ère)... 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)
- b- Un(e) médecin généraliste..... 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)
- c- Un(e) médecin spécialiste (précisez le genre de spécialiste sous la boîte C) 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)
- d- Une sage-femme..... 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)
- e- Un(e) infirmier(ère) auxiliaire..... 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)
- f- un(e) dentiste ou denturologiste..... 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)
- g- Un(e) optométriste ou ophtalmologiste..... 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)
- h- Un(e) travailleur(euse) social(e) ou communautaire ou un(e) conseiller(ère) du même genre..... 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)

(SI OUI) PRÉCISEZ LA PROFESSION
SOUS LA BOÎTE E

i- Toute autre personne qui fait des traitements ou qui donne des conseils. 1-Oui Non 8-ne sait pas (QUI?) (QUI?)

(SI OUI) PRÉCISEZ LA PROFESSION
SOUS LA BOÎTE I

SI AUCUN MEMBRE DU FOYER N'A CONSULTÉ,
PASSEZ À LA QUESTION 16

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 vous avez consultée au cours des 2 dernières semaines ?

PRÉCISEZ LA PROFESSION
AU-DESSUS DES 2 BOÎTES

b) Où a eu lieu la dernière consultation de _____ ?

PRÉCISEZ LE LIEU
AU-DESSUS DES 2 BOÎTES

c) Quelle était la principale maladie, le problème de santé ou problème social à l'origine de cette consultation?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET
INSCRIVEZ DANS LA BOÎTE

d) Depuis combien de temps _____ a-t-elle (elle) ce problème?

- ?- Jour
- ?- Semaine
- ?- Mois
- ?- Année
- 8- Nap
- 9- NR/R

NOMBRE DE :

PRÉCISEZ L'UNITÉ À
CÔTÉ DES 2 BOÎTES

pp, 15a)

SECTION 3 - CONSOMMATION DE MÉDICAMENTS

Les questions qui suivent portent sur les médicaments que les membres du foyer ont pris au cours des 2 dernières années, (pilules, onguents, sirop).

ENCERCLEZ LA RÉPONSE "1", "NON" OU "8".
SI 1 OU 8, ÉCRIVIEZ DANS LA COLONNE APPROPRIÉE,
MONTRÉZ LA FICHE "C" ET DEMANDEZ :

16. Riez ou avant-hier, est-ce que quelqu'un du foyer a fait usage des produits suivants :
- | | | |
|--------------------------------------------------------------------|--------------|--------------------------|
| 01-a Analgésique (pilule contre la douleur) comme l'aspirine?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 02-b Tranquillisants, sédatifs ou somnifères?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 03-c Médicaments pour le cœur ou la pression sanguine?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 04-d Antibiotiques?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 05-e Remèdes ou médicaments pour l'estomac?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 06-f Laxatifs?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 07-g Remèdes contre la toux ou le rhume?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 08-h Onguents pour la peau? | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 09-i Vitamines ou minéraux | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 10-j Remèdes traditionnels inuits?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 11-k Médicaments contre le diabète?..... | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |
| 12-l Tout autre médicament? | 1=Oui (QUI?) | Non 8=ne sait pas (QUI?) |

(SI OUI) PRÉCISEZ LE TYPE DE MÉDICAMENT SOUS LA BOÎTE L

- 13-m Pilule contraceptive (Femme seulement) (12 ans et plus)
- 1=Oui (QUI?) Non 8=ne sait pas (QUI?)

SI AUCUN MEMBRE DU FOYER N'A PRIS UN MÉDICAMENT, PASSEZ À LA QUESTION 23a)

Pour chacun des médicaments utilisés dans les deux dernières années, nous vous demandons certaines informations supplémentaires.

TRANSCRIRE LE CODE DU PREMIER MÉDICAMENT UTILISÉ (code apparaissant à la question 16)

17. 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, (elle) pris ce médicament au moins une fois par semaine?
- 1- Oui
2- Non
8- Nsp
9- NR/R
- (ATTENTION SI ANTIBIOTIQUE)
- c) Quel était le principal problème de santé ou la maladie pour laquelle (lequel) _____ a pris ce médicament?
- PRÉCISEZ LE PROBLÈME DE SANTÉ ET INSCRIVEZ DANS LA BOÎTE
- d) Pouvez-vous nous préciser le nom exact de ce médicament (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?
- PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT ET L'INSCRIRE SOUS LES BOÎTES

TRANSCRIRE LE CODE DU DEUXIÈME MÉDICAMENT
UTILISÉ (code apparaissant à la question 16)

16. 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
- 6- 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 la maladie pour laquelle (lequel) _____ a pris ce médicament?

PRÉCISER LE PROBLÈME ET
INSCRIRE DANS LA BOÎTE

d) Pouvez-vous nous préciser le nom exact de ce médicament (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISER LE NOM DU MÉDICAMENT ET
L'INSCRIRE SOUS LES BOÎTES

TRANSCRIRE LE CODE DU TROISIÈME MÉDICAMENT
UTILISÉ (code apparaissant à la question 16)

19. 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 la maladie pour laquelle (lequel) _____ a pris ce médicament?

PRÉCISER LE PROBLÈME ET
INSCRIRE DANS LA BOÎTE

d) Pouvez-vous nous préciser le nom exact de ce médicament (allez voir sur le contenant, le tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISER LE NOM DU MÉDICAMENT ET
L'INSCRIRE SOUS LES BOÎTES

TRANSCRIRE LE CODE DU QUATRIÈME MÉDICAMENT
UTILISÉ (code apparaissant à la question 16)

20. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un
médecin, d'un dentiste ou d'un(e) infir-
mier(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 la
maladie pour laquelle (lequel) _____ a pris ce
médicament?

PRÉCISER LE PROBLÈME ET
INSCRIRE DANS LA ZONE

d) Pouvez-vous nous préciser le nom exact de ce
médicament (allez voir sur le contenant, le
tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISER LE NOM DU MÉDICAMENT ET
L'INSCRIRE SOUS LES BOÎTES

TRANSCRIRE LE CODE DU CINQUIÈME MÉDICAMENT
UTILISÉ (code apparaissant à la question 16)

21. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un
médecin, d'un dentiste ou d'un(e) infir-
mier(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 la
maladie pour laquelle (lequel) _____ a pris ce
médicament?

PRÉCISER LE PROBLÈME ET
INSCRIRE DANS LA ZONE

d) Pouvez-vous nous préciser le nom exact de ce
médicament (allez voir sur le contenant, le
tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISER LE NOM DU MÉDICAMENT ET
L'INSCRIRE SOUS LES BOÎTES

TRANSCRIRE LE CODE DU SIXIÈME MÉDICAMENT
UTILISÉ (code apparaissant à la question 16)

22. a) Ce médicament a-t-il été obtenu sur l'avis d'un
médecin, d'un dentiste ou d'un(e) infir-
mier(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 la
maladie pour laquelle (lequel) _____ a pris ce
médicament?

PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET
INSCRIVEZ DANS LA ZONE

d) Pouvez-vous nous préciser le nom exact de ce
médicament (allez voir sur le contenant, le
tube ou la boîte, si nécessaire)?

PRÉCISEZ LE NOM DU MÉDICAMENT ET
L'INSCRIRE SOUS LES BOÎTES

SI UNE PERSONNE UTILISE PLUS DE 6 MÉDICAMENTS,
ÉCRIVEZ DANS L'ANNÉE À LA FIN DU QUESTIONNAIRE,
PRÉCISEZ LE NOMBRE D'ANNÉES COMPLÉTES
DANS LA BOÎTE.

SECTION 4 - ACCIDENTS ET BLESSURES

Les questions suivantes portent sur des blessures
suffisamment graves pour limiter les activités normales
d'une personne; blessures telles que fracture, coupure
profonde, foulure à une cheville, brûlure, chute, 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
8- Nsp
9- NR/R

-----> PASSES À LA Q.27

POUR CHAQUE PERSONNE QUI A EU UNE BLESSURE,
DEMANDEZ :

b) Est-ce que _____ a été blessé(e) dans
un :

- | | Oui | Non | Nsp | NR/R |
|---------------------------------------------------------|-----|-----|-----|------|
| 1- Accident de bateau | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 2- Accident avec un
véhicule tout-terrain | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 3- Accident en auto/
camion/camionnette | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 4- Accident de moto/motocycle | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 5- Bagarre | 1 | 2 | 8 | 9 |
| 6- Autre type d'accident
(précisez sous
la boîte) | 1 | 2 | 8 | 9 |

24. Où cet accident est-il arrivé?

- 1- Dans le village
- 2- Dans un autre village
- 3- Sur le territoire
- 4- Ailleurs (précisez sous la boîte)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

25. Au cours de quelle saison?

- 1- Printemps
- 2- Été
- 3- Automne
- 4- Hiver
- 8- Nsp
- 9- NR/R

26. Est-ce que _____ a dû être hospitalisé(e) pour cette
blessure au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

SECTION 5 - LIMITATION DES ACTIVITÉS

Les questions suivantes portent sur les limitations que peut imposer l'état de santé d'une personne au niveau de ses activités normales dans les différents secteurs de sa vie.

POSEZ CES QUESTIONS POUR CHAQUE PERSONNE DU FOYER

27. Habituellement _____ peut-il (elle) sortir de la maison lorsqu'il fait beau?

- 1- Oui
- 2- Non

28. Est-ce que _____ doit habituellement rester assis(e) ou couché(e) pour la plus grande partie de la journée à cause de son état de santé?

- 1- Oui
- 2- Non

29. 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'un problème de santé?

INTERVIEWER : S'IL S'AGIT D'UN ENFANT D'ÂGE PRÉSCOLAIRE (MOINS DE 6 ANS), DEMANDEZ S'IL (ELLE) EST CAPABLE DE PARTICIPER À DES ACTIVITÉS NORMALES POUR UN(E) ENFANT DE SON ÂGE

- 1- Oui
- 2- Non -----> PASSEZ À Q. 30

30. (Si oui) Depuis combien de temps _____ est-il(elle) restreint(e) dans ses activités?

- 1- Depuis la naissance
- 2- Depuis _____ années
- 3- Depuis _____ mois
- 4- Depuis moins d'un mois

**NBRE D'ANNÉES
NBRE DE MOIS**

31. Est-ce que l'état de santé de _____ restreint ses activités à la maison?

- 1- Oui
- 2- Non

32. Est-ce que l'état de santé de _____ le(la) rend incapable de faire la plupart des travaux ménagers quotidiens?

- 1- Oui
- 2- Non

33. _____ est-il(elle) restreint(e) dans sa capacité de travailler en dehors du foyer ou de poursuivre ses études à cause de son état de santé?

- 1- Oui
- 2- Non

34. _____ est-il(elle) incapable de travailler en dehors du foyer ou de poursuivre ses études à cause de son état de santé?

- 1- Oui
- 2- Non

35. _____ est-il(elle) restreint(e) dans d'autres activités _____ comme les loisirs ou les déplacements entre la maison et le lieu de travail ou l'école à cause de son état de santé?

- 1- Oui
- 2- Non

36. Pour _____ quel est le principal problème de santé qui lui impose ces restrictions?

**PRÉCISEZ LE PROBLÈME ET
INSCRIVEZ DANS LA BOÎTE**

37. Est-ce que ce problème est le résultat d'un accident ou d'une blessure?

- 1- Oui
- 2- Non

INTERVIEWER : POUR LES ENFANTS DE MOINS D'UN AN, PASSEZ À LA SECTION 6, QUESTION 46.

38. Est-ce qu'à cause d'un handicap ou d'un problème de santé _____ a besoin de l'aide d'une autre personne pour prendre soin de lui-même (elle-même), c'est-à-dire pour manger, se laver, s'habiller ou se déplacer dans la maison?

- 1- Oui
- 2- Non -----> PASSEZ À LA Q. 40

39. Qui assure cette aide?

- 1- une personne apparentée (y compris en union libre) vivant dans ce ménage
- 2- une personne apparentée (y compris en union libre) ne vivant pas dans ce ménage
- 3- une personne non apparentée, peu importe son lieu de résidence

40. Est-ce que, à cause d'un handicap ou d'un problème de santé, a besoin de l'aide d'une autre personne 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 -----> PASSES À LA SECTION 6, QUESTION 46

INTERVIEWER : S'IL S'AGIT D'UNE PERSONNE DE MOINS DE 15 ANS, PASSES À LA SECTION 6, QUESTION 46.

Pour lesquelles des activités suivantes s-t-il (elle) besoin d'aide à cause de son handicap ou de son problème de santé :

41. Pour préparer les repas?

- 1- Oui
- 2- Non

42. Pour faire les travaux ménagers légers?

- 1- Oui
- 2- Non

43. Pour faire les travaux ménagers lourds?

- 1- Oui
- 2- Non

44. Pour faire les travaux extérieurs?

- 1- Oui
- 2- Non

45. Pour faire les courses?

- 1- Oui
- 2- Non

SECTION 6 - PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

Les questions suivantes portent sur les problèmes de santé de longue durée.

ENCERCLER LE 1, le 2, le 3, le 4, le 5, le 6, le 7, le 8, le 9, le 10, le 11, le 12, le 13, le 14, le 15, le 16, le 17, le 18, le 19, le 20, le 21, le 22, le 23, le 24, le 25, le 26, le 27, le 28, le 29, le 30, le 31, le 32, le 33, le 34, le 35, le 36, le 37, le 38, le 39, le 40, le 41, le 42, le 43, le 44, le 45, le 46, le 47, le 48, le 49, le 50, le 51, le 52, le 53, le 54, le 55, le 56, le 57, le 58, le 59, le 60, le 61, le 62, le 63, le 64, le 65, le 66, le 67, le 68, le 69, le 70, le 71, le 72, le 73, le 74, le 75, le 76, le 77, le 78, le 79, le 80, le 81, le 82, le 83, le 84, le 85, le 86, le 87, le 88, le 89, le 90, le 91, le 92, le 93, le 94, le 95, le 96, le 97, le 98, le 99, le 100, le 101, le 102, le 103, le 104, le 105, le 106, le 107, le 108, le 109, le 110, le 111, le 112, le 113, le 114, le 115, le 116, le 117, le 118, le 119, le 120, le 121, le 122, le 123, le 124, le 125, le 126, le 127, le 128, le 129, le 130, le 131, le 132, le 133, le 134, le 135, le 136, le 137, le 138, le 139, le 140, le 141, le 142, le 143, le 144, le 145, le 146, le 147, le 148, le 149, le 150, le 151, le 152, le 153, le 154, le 155, le 156, le 157, le 158, le 159, le 160, le 161, le 162, le 163, le 164, le 165, le 166, le 167, le 168, le 169, le 170, le 171, le 172, le 173, le 174, le 175, le 176, le 177, le 178, le 179, le 180, le 181, le 182, le 183, le 184, le 185, le 186, le 187, le 188, le 189, le 190, le 191, le 192, le 193, le 194, le 195, le 196, le 197, le 198, le 199, le 200, le 201, le 202, le 203, le 204, le 205, le 206, le 207, le 208, le 209, le 210, le 211, le 212, le 213, le 214, le 215, le 216, le 217, le 218, le 219, le 220, le 221, le 222, le 223, le 224, le 225, le 226, le 227, le 228, le 229, le 230, le 231, le 232, le 233, le 234, le 235, le 236, le 237, le 238, le 239, le 240, le 241, le 242, le 243, le 244, le 245, le 246, le 247, le 248, le 249, le 250, le 251, le 252, le 253, le 254, le 255, le 256, le 257, le 258, le 259, le 260, le 261, le 262, le 263, le 264, le 265, le 266, le 267, le 268, le 269, le 270, le 271, le 272, le 273, le 274, le 275, le 276, le 277, le 278, le 279, le 280, le 281, le 282, le 283, le 284, le 285, le 286, le 287, le 288, le 289, le 290, le 291, le 292, le 293, le 294, le 295, le 296, le 297, le 298, le 299, le 300, le 301, le 302, le 303, le 304, le 305, le 306, le 307, le 308, le 309, le 310, le 311, le 312, le 313, le 314, le 315, le 316, le 317, le 318, le 319, le 320, le 321, le 322, le 323, le 324, le 325, le 326, le 327, le 328, le 329, le 330, le 331, le 332, le 333, le 334, le 335, le 336, le 337, le 338, le 339, le 340, le 341, le 342, le 343, le 344, le 345, le 346, le 347, le 348, le 349, le 350, le 351, le 352, le 353, le 354, le 355, le 356, le 357, le 358, le 359, le 360, le 361, le 362, le 363, le 364, le 365, le 366, le 367, le 368, le 369, le 370, le 371, le 372, le 373, le 374, le 375, le 376, le 377, le 378, le 379, le 380, le 381, le 382, le 383, le 384, le 385, le 386, le 387, le 388, le 389, le 390, le 391, le 392, le 393, le 394, le 395, le 396, le 397, le 398, le 399, le 400, le 401, le 402, le 403, le 404, le 405, le 406, le 407, le 408, le 409, le 410, le 411, le 412, le 413, le 414, le 415, le 416, le 417, le 418, le 419, le 420, le 421, le 422, le 423, le 424, le 425, le 426, le 427, le 428, le 429, le 430, le 431, le 432, le 433, le 434, le 435, le 436, le 437, le 438, le 439, le 440, le 441, le 442, le 443, le 444, le 445, le 446, le 447, le 448, le 449, le 450, le 451, le 452, le 453, le 454, le 455, le 456, le 457, le 458, le 459, le 460, le 461, le 462, le 463, le 464, le 465, le 466, le 467, le 468, le 469, le 470, le 471, le 472, le 473, le 474, le 475, le 476, le 477, le 478, le 479, le 480, le 481, le 482, le 483, le 484, le 485, le 486, le 487, le 488, le 489, le 490, le 491, le 492, le 493, le 494, le 495, le 496, le 497, le 498, le 499, le 500, le 501, le 502, le 503, le 504, le 505, le 506, le 507, le 508, le 509, le 510, le 511, le 512, le 513, le 514, le 515, le 516, le 517, le 518, le 519, le 520, le 521, le 522, le 523, le 524, le 525, le 526, le 527, le 528, le 529, le 530, le 531, le 532, le 533, le 534, le 535, le 536, le 537, le 538, le 539, le 540, le 541, le 542, le 543, le 544, le 545, le 546, le 547, le 548, le 549, le 550, le 551, le 552, le 553, le 554, le 555, le 556, le 557, le 558, le 559, le 560, le 561, le 562, le 563, le 564, le 565, le 566, le 567, le 568, le 569, le 570, le 571, le 572, le 573, le 574, le 575, le 576, le 577, le 578, le 579, le 580, le 581, le 582, le 583, le 584, le 585, le 586, le 587, le 588, le 589, le 590, le 591, le 592, le 593, le 594, le 595, le 596, le 597, le 598, le 599, le 600, le 601, le 602, le 603, le 604, le 605, le 606, le 607, le 608, le 609, le 610, le 611, le 612, le 613, le 614, le 615, le 616, le 617, le 618, le 619, le 620, le 621, le 622, le 623, le 624, le 625, le 626, le 627, le 628, le 629, le 630, le 631, le 632, le 633, le 634, le 635, le 636, le 637, le 638, le 639, le 640, le 641, le 642, le 643, le 644, le 645, le 646, le 647, le 648, le 649, le 650, le 651, le 652, le 653, le 654, le 655, le 656, le 657, le 658, le 659, le 660, le 661, le 662, le 663, le 664, le 665, le 666, le 667, le 668, le 669, le 670, le 671, le 672, le 673, le 674, le 675, le 676, le 677, le 678, le 679, le 680, le 681, le 682, le 683, le 684, le 685, le 686, le 687, le 688, le 689, le 690, le 691, le 692, le 693, le 694, le 695, le 696, le 697, le 698, le 699, le 700, le 701, le 702, le 703, le 704, le 705, le 706, le 707, le 708, le 709, le 710, le 711, le 712, le 713, le 714, le 715, le 716, le 717, le 718, le 719, le 720, le 721, le 722, le 723, le 724, le 725, le 726, le 727, le 728, le 729, le 730, le 731, le 732, le 733, le 734, le 735, le 736, le 737, le 738, le 739, le 740, le 741, le 742, le 743, le 744, le 745, le 746, le 747, le 748, le 749, le 750, le 751, le 752, le 753, le 754, le 755, le 756, le 757, le 758, le 759, le 760, le 761, le 762, le 763, le 764, le 765, le 766, le 767, le 768, le 769, le 770, le 771, le 772, le 773, le 774, le 775, le 776, le 777, le 778, le 779, le 780, le 781, le 782, le 783, le 784, le 785, le 786, le 787, le 788, le 789, le 790, le 791, le 792, le 793, le 794, le 795, le 796, le 797, le 798, le 799, le 800, le 801, le 802, le 803, le 804, le 805, le 806, le 807, le 808, le 809, le 810, le 811, le 812, le 813, le 814, le 815, le 816, le 817, le 818, le 819, le 820, le 821, le 822, le 823, le 824, le 825, le 826, le 827, le 828, le 829, le 830, le 831, le 832, le 833, le 834, le 835, le 836, le 837, le 838, le 839, le 840, le 841, le 842, le 843, le 844, le 845, le 846, le 847, le 848, le 849, le 850, le 851, le 852, le 853, le 854, le 855, le 856, le 857, le 858, le 859, le 860, le 861, le 862, le 863, le 864, le 865, le 866, le 867, le 868, le 869, le 870, le 871, le 872, le 873, le 874, le 875, le 876, le 877, le 878, le 879, le 880, le 881, le 882, le 883, le 884, le 885, le 886, le 887, le 888, le 889, le 890, le 891, le 892, le 893, le 894, le 895, le 896, le 897, le 898, le 899, le 900, le 901, le 902, le 903, le 904, le 905, le 906, le 907, le 908, le 909, le 910, le 911, le 912, le 913, le 914, le 915, le 916, le 917, le 918, le 919, le 920, le 921, le 922, le 923, le 924, le 925, le 926, le 927, le 928, le 929, le 930, le 931, le 932, le 933, le 934, le 935, le 936, le 937, le 938, le 939, le 940, le 941, le 942, le 943, le 944, le 945, le 946, le 947, le 948, le 949, le 950, le 951, le 952, le 953, le 954, le 955, le 956, le 957, le 958, le 959, le 960, le 961, le 962, le 963, le 964, le 965, le 966, le 967, le 968, le 969, le 970, le 971, le 972, le 973, le 974, le 975, le 976, le 977, le 978, le 979, le 980, le 981, le 982, le 983, le 984, le 985, le 986, le 987, le 988, le 989, le 990, le 991, le 992, le 993, le 994, le 995, le 996, le 997, le 998, le 999, le 1000.

MONTREZ LA FICHE "D" ET DEMANDEZ :

46. Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de :

a- Anémie.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
b- Maladies de la peau....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
c- Allergies.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
(Précisez sous la boîte)			
d- Sérieux maux de dos ou de la colonne.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
e- Arthrite ou rhumatisme.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
f- Autres problèmes sérieux des os ou des articulations.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
g- Cancer.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
h- Paralysie cérébrale....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
i- Diabète.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
j- Emphysème ou bronchite chronique ou toux persistante ou asthme.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
k- Déficience mentale ou retard intellectuel grave.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
l- Dépression.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
m- Épilepsie	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)

47. a) Et maintenant, y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente tout autre problème de santé chronique, physique ou mental, ou tout autre handicap?

1- Oui (Qui?)
 2- Non
 8- Nsp
 9- NR/R

-----> PASSES À LA Q. 48a)

b) (Si oui) Quelle est la maladie ou le problème de santé de _____?

PÉRICULEUX LE PROBLÈME ET INSCRIVEZ DANS LA SOUS

48. a) Y a-t-il un ou plusieurs membres de votre foyer qui ont été omis sur votre liste parce qu'ils sont actuellement dans un hôpital, un centre d'accueil ou un autre établissement?

1- Oui
 2- Non
 8- Nsp
 9- NR/R

-----> PASSES À LA Q. 49

b) (Si oui) Combien? NOMBRE

(SI OUI) DEMANDEZ POUR CHAQUE PERSONNE :

c) Quel est son âge?

d) De quel sexe est-il(elle)?
 1- Homme
 2- Femme

e) Quel est son lien de parenté avec vous?
 MONTREZ LA FICHE «A»

f) Dans quel hôpital ou institution est-il(elle)?
 INSCRIVEZ LE NOM SUR LA LIGNE

g) Est-il(elle) là depuis plus de trois mois?
 1- Oui
 2- Non
 8- Nsp
 9- NR/R

n- Hypertension (haute pression).....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
o- Maladie de coeur.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
p- Troubles urinaires ou maladie de rein.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
q- Ulcères d'estomac.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
r- Autres troubles digestifs.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
s- Coïtre ou troubles de la thyroïde.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
t- Migraines ou maux de tête fréquents.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
u- Incapacité ou handicap suite à la perte d'un membre.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
v- Paralysie suite à un accident.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
w- Paralysie suite à une attaque ou à une hémorragie cérébrale.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
x- Périodes de grande nervosité ou d'irritabilité.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
y- Périodes de confusion ou de perte de mémoire fréquentes.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
z- Incapacité ou handicap dû à l'obésité.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
aa- Périodes de 6 mois ou plus à avoir des visions, entendre des voix ou avoir peur sans raison.....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
bb- La croyance que son esprit est tourmenté par une malédiction (possédé).....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)
cc- Problèmes auditifs....	1-Oui (QUI?)	Non	8-Nsp (QUI?)

SECTION 7 - AUDITION ET VISION

Les questions suivantes portent sur les problèmes d'audition et de vision.

49. a) Est-ce que quelqu'un dans le foyer a de la difficulté à entendre une conversation normale?

- 1- Oui (Qui?) -->
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

INSCRIVEZ LE PROBLÈME
AUDITIF DANS LA ZONE

b) Est-ce que quelqu'un dans le foyer porte un appareil auditif?

- 1- Oui (Qui?)
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.50a)

POUR CHAQUE PERSONNE PORTANT UN APPAREIL
AUDITIF, DEMANDEZ :

c) Est-ce que _____ a de la difficulté à entendre même avec son appareil auditif?

- 1- Oui (Qui?) -->
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

INSCRIVEZ LE PROBLÈME
AUDITIF DANS LA ZONE

50. a) Est-ce que _____ porte des lunettes ou des verres de contact?

- 1- Oui
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.50c)

b) Est-ce que _____ a de la difficulté à voir même avec des lunettes ou des verres de contact?

- 1- Oui (Qui?) -->
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

INSCRIVEZ LE PROBLÈME
VISUEL DANS LA ZONE

c) Est-ce que _____ a des problèmes à lire même lunettes ou verres de contact?

- 1- Oui (Qui?) -->
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

INSCRIVEZ LE PROBLÈME
VISUEL DANS LA ZONE

d) Est-ce que _____ a de la difficulté à reconnaître un ami de l'autre côté de la rue même lunettes ou verres de contact?

- 1- Oui (Qui?) -->
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

INSCRIVEZ LE PROBLÈME
VISUEL DANS LA ZONE

SECTION 8 - SANTÉ DENTAIRE

Les questions suivantes portent sur la santé dentaire.

51. a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que _____ est allé chez le dentiste?

- 1- Oui (Oui?) -----> PASSEZ À LA Q.51c)
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

b) (SI NON) Est-ce que _____ est allé chez le dentiste au cours des 5 dernières années?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(ps, 51a)

SI LA DERNIÈRE PERSONNE DU FOYER,
PASSEZ À LA Q.51d)

c) Quelle était la raison de la dernière consultation de _____?

UNE SEULE RÉPONSE

- 1- Soins dentaires d'urgence
- 2- Examen de routine
- 3- Restauration (plombage)
- 4- Prothèses dentaires
- 5- Extraction dentaire
- 6- Autre (précisez sous la boîte)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(ps, 51a)

d) Est-ce que quelqu'un dans le foyer a une(des) prothèse(s) dentaire(s)?

- 1- Oui (Oui?)
- 2- Non -----> PASSEZ À LA Q.51h)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

POUR CHAQUE PERSONNE QUI A UNE(DES) PROTHÈSE(S) DENTAIRE(S), DEMANDEZ :

51. e) Est-ce que _____ a une(des) prothèse(s) dentaire(s)...

- 1- En haut seulement --> PASSEZ À LA 51f)
- 2- En bas seulement --> PASSEZ À LA 51g)
- 3- En haut et en bas --> PASSEZ À LA SECTION 9
- 8- Nsp
- 9- NR/R

f) Est-ce que _____ porte sa prothèse dentaire supérieure?

- 1- De façon permanente
- 2- Seulement le jour
- 3- Seulement lors des repas
- 4- Occasionnellement
- 5- Jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

g) Est-ce que _____ porte sa prothèse dentaire inférieure?

- 1- De façon permanente
- 2- Seulement le jour
- 3- Seulement lors des repas
- 4- Occasionnellement
- 5- Jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

h) NIS, est-ce que _____ s'est brossé les dents?

- 1- Oui
- 2- Non ----> PASSEZ À LA SECTION 9
- 8- Nsp
- 9- NR/R

i) (SI OUI) Combien de fois _____ s'est-il(elle) brossé les dents NIS?

PRÉCISEZ COMBIEN DE FOIS
À CÔTÉ DE LA BOÎTE

SECTION 9 - PROBLÈMES DE SANTÉ

DESCENDRE DE LA ZONE

S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈME DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSES À LA SECTION 10.

POUR CHACUN DES PROBLÈMES DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE DE CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE :

TRANSCRIVEZ :

1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

PROBLÈME DE SANTÉ 1

J'aimerais maintenant vous poser une question sur la maladie ou le problème de santé que vous avez mentionné auparavant.

a) Depuis combien de temps _____ a-t-il(elle) _____ (problème)?

LIRE LE CHOIX DE 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
- 7- Problème résolu
- 8- Nsp
- 9- NR/R

DESCENDRE DE LA ZONE

S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈME DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSES À LA SECTION 10.

POUR CHACUN DES PROBLÈMES DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE DE CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE :

TRANSCRIVEZ :

1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

PROBLÈME DE SANTÉ 2

J'aimerais maintenant vous poser une question sur la maladie ou le problème de santé que vous avez mentionné auparavant.

a) Depuis combien de temps _____ a-t-il(elle) _____ (problème)?

LIRE LE CHOIX DE 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
- 7- Problème résolu
- 8- Nsp
- 9- NR/R

DESCENDRE DE LA ZONE

S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈME DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSES À LA SECTION 10.

POUR CHACUN DES PROBLÈMES DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE DE CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE :

TRANSCRIVEZ :

1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

PROBLÈME DE SANTÉ 3

J'aimerais maintenant vous poser une question sur la maladie ou le problème de santé que vous avez mentionné auparavant.

a) Depuis combien de temps _____ a-t-ll(elle) _____ (problème)?

LIRE LE CHOIX DE 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
- 7- Problème résolu
- 8- Nsp
- 9- NR/R

DESCENDRE DE LA ZONE

S'IL N'Y A PAS DE PROBLÈME DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSES À LA SECTION 10.

POUR CHACUN DES PROBLÈMES DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE DE CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE :

TRANSCRIVEZ :

1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

PROBLÈME DE SANTÉ 4

J'aimerais maintenant vous poser une question sur la maladie ou le problème de santé que vous avez mentionné auparavant.

a) Depuis combien de temps _____ a-t-ll(elle) _____ (problème)?

LIRE LE CHOIX DE 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
- 7- Problème résolu
- 8- Nsp
- 9- NR/R

DESCENDRE DE LA ZONE

SI IL N'Y A PAS DE PROBLÈME DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE POUR AUCUN DES MEMBRES DU FOYER, PASSES À LA SECTION 10.

POUR CHACUN DES PROBLÈMES DE SANTÉ INSCRIT DANS LA ZONE DE CHAQUE PERSONNE, POSEZ LA QUESTION SUIVANTE :

TRANSCRIVEZ :

1. LE PROBLÈME
2. LE NUMÉRO DE LA QUESTION

PROBLÈME DE SANTÉ 5

J'aimerais maintenant vous poser une question sur la maladie ou le problème de santé que vous avez mentionné auparavant.

a) Depuis combien de temps _____ a-t-il(elle) _____ (problème)?

LIRE LE CROIX DE 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
- 7- Problème résolu
- 8- Nsp
- 9- NR/R

SI UNE PERSONNE DU FOYER A PLUS DE 5 PROBLÈMES DE SANTÉ, ÉCRIVEZ DANS L'ANNÉE À LA FIN DU QUESTIONNAIRE. PRÉCISEZ LE NOMBRE D'ANNÉES COMPLÉTÉES DANS LA BOÎTE.

SECTION 10 - RENSEIGNEMENTS SOCIO-DÉMOGRAPHIQUES

POUR CHAQUE MEMBRE DU FOYER

52. a) À quel âge _____ est-il(elle) venu(e) vivre sur le territoire du Nunavik?

- 1- Depuis la naissance
- 2- Plus tard (précisez à quel âge au-dessus des 2 boîtes)
- 3- Nsp
- 9- NR/R

b) Quelle est la langue que _____ a apprise au premier lieu dans son enfance et qu'il (elle) comprend encore?

UNE SEULE RÉPONSE

- 1- Inuktitut
- 2- Anglais
- 3- Français
- 4- Autre (précisez sous la boîte)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

MONTRER LA FICHE «B» ET DEMANDER :

53. Quelle a été la principale occupation de _____ au cours des 2 dernières semaines?

- 01- Travail
- 02- École
- 03- Tenir maison
- 04- Parti(e) sur le territoire
- 05- Ne travaillait pas pour des raisons de santé
- 06- Ne travaillait pas pour d'autres raisons (précisez au-dessus des 2 boîtes)
- 07- Vacances
- 08- À la retraite pour des raisons de santé
- 09- À la retraite pour d'autres raisons (précisez au-dessus des 2 boîtes)
- 10- Enfant d'âge préscolaire
- 11- Autre (précisez au-dessus des 2 boîtes)
- 98- Nsp
- 99- NR/R

pa. 52a)

54. a) Quelqu'un dans le foyer demeure-t-il dans cette maison depuis moins d'un an? (exception faite des enfants de moins d'un an)

1- Oui (Qui?)

2- Non
8- Nsp
9- NR/R

-----> PASSES À LA SECTION 11

b) À quel endroit _____ demeurerait-il(elle) auparavant?

Précisez le nom de la ville ou du village au-dessus des 2 boîtes

SECTION 11 - NUTRITION

À LA PERSONNE QUI FAIT LA CUISINE

55. À quelle fréquence ajoutez-vous du sel aux aliments quand vous cuisinez?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 4

- 1- Souvent
- 2- Quelquefois
- 3- À l'occasion
- 4- Presque jamais/jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

56. Lorsque vous faites frire de la viande dans une poêle, utilisez-vous un corps gras tel du lard, du beurre, de la margarine ou autre?

- 1- Oui
- 2- Parfois oui, parfois non
- 3- Non
- 4- Ne mange jamais de viande --> PASSES À LA Q.58
- 8- Nsp
- 9- NR/R

57. Quel corps gras utilisez-vous le plus souvent pour faire frire de la viande dans une poêle?

- 1- Beurre
- 2- Lard
- 3- Saïndoux/shortening
- 4- Margarine
- 5- Huile
- 6- Autre (précisez sous la boîte)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT

58. Après la cuisson jetez-vous le corps gras ou le mangez-vous tel quel ou dans une sauce?

- 1- Le jette
- 2- Le mange
- 3- Autant l'un que l'autre
- 8- Nsp
- 9- NR/R

59. Quel corps gras utilisez-vous le plus souvent pour
faire de la grande friture?

- 1- Ne cuisine pas «à grande friture»
- 2- Lard ou saindoux/shortening
- 3- Graisse d'ois
- 4- Huile végétale
- 8- Nsp
- 9- NR/R

60. De quelle façon mangez-vous le plus souvent votre
poisson?

- 1- Frit
- 2- Bouilli
- 3- Rôti (à feu vif ou au four)
- 4- Cru
- 8- Nsp
- 9- NR/R

61. De quelle façon mangez-vous le plus souvent vos
merisiers marinés?

- 1- Frit
- 2- Bouilli
- 3- Rôti (à feu vif ou au four)
- 4- Cru
- 8- Nsp
- 9- NR/R

62. De quelle façon mangez-vous le plus souvent votre
bannock?

- 1- Frite
- 2- Bouillie
- 3- Rôtie (à feu vif ou au four)
- 4- Crue
- 8- Nsp
- 9- NR/R

63. De quelle façon préparez-vous le plus souvent votre
bannock?

- 1- Frite
- 2- «À grande friture»
- 3- Cuite au four
- 4- À feu vif
- 5- Ne fait pas de bannock
- 8- Nsp
- 9- NR/R

64. À quelle fréquence achetez-vous des plats cuisinés?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 4

- 1- Souvent
- 2- Quelquefois
- 3- À l'occasion
- 4- Presque jamais/jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

-----> PASSES À LA Q.66

65. Quelle la principale raison pour laquelle vous
achetez des plats cuisinés?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES.
INSCRIRE UNE SEULE RÉPONSE.

- 1- Manque de temps
- 2- Ne sait pas cuisiner
- 3- N'aime pas faire les plats non traditionnels
(«qaallunak»)
- 4- Nourriture traditionnelle non disponible
- 5- Meilleur goût
- 6- Plus facile
- 7- Autre (précisez sous les 2 boîtes)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

66. Achetez-vous les légumes suivants régulièrement ou non?

	Régulièrement	Pas régulièrement	Jamais	Np	NR/R
a) Brocoli	1	2	3	8	9
b) Carottes	1	2	3	8	9
c) Chou-fleur	1	2	3	8	9
d) Concombre	1	2	3	8	9
e) Poivron vert	1	2	3	8	9
f) Laitue	1	2	3	8	9
g) Champignons	1	2	3	8	9
h) Oignons	1	2	3	8	9
i) Pois	1	2	3	8	9
j) Tomates	1	2	3	8	9
k) Patates	1	2	3	8	9

SI VOUS AVEZ ENCERCLÉ AU MOINS UN CODE 2 OU 3, PASSEZ À LA Q.67; SINON, PASSEZ À LA Q.68.

67. Pour quelle raison n'achetez-vous pas de légumes plus régulièrement?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 01- Trop dispendieux
- 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- Détrangent l'estomac
- 07- Autre (précisez sous les 2 boîtes)
- 08- Sans raison
- 98- Nsp
- 99- NR/R

68. Habituellement, combien de repas prenez-vous par jour?

- 1- Un
- 2- Deux
- 3- Trois
- 4- Plus de trois
- 8- Nsp
- 9- NR/R

69. a) Allez-vous chercher de la nourriture provenant du congélateur communautaire (programme de sécurité du revenu des trappeurs)?

UNE SEULE RÉPONSE.

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 5.

- 1- Souvent
- 2- Quelques fois
- 3- À l'occasion

-----> PASSEZ À LA Q.69c)

- 4- Presque jamais/jamais

- 5- Pas de congélateur communautaire dans le village (NAP)

---> PASSEZ À LA Q.69c)

- 8- Nsp
- 9- NR/R

b) Pourquoi n'allez-vous pas chercher de nourriture dans le congélateur communautaire (programme de sécurité du revenu des trappeurs)?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 1- Jamais eu besoin
- 2- Le congélateur est toujours vide
- 3- C'est gênant d'aller au congélateur communautaire
- 4- Autre (Précisez sous la boîte)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

c) Au cours du dernier mois, est-il arrivé qu'il n'y ait pas eu assez de nourriture dans la maison?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

MERCI BEAUCOUP DE VOTRE PARTICIPATION!

LANGUE DE L'ENTREVUE

- 1- En Inuktitut seulement
- 2- En anglais seulement
- 3- Dans les deux langues

ANNEXE 4.3

QUESTIONNAIRE-CONTRÔLE MÉNAGE

VERSION FRANÇAISE

LORS DE LA COLLECTE DE DONNÉES, SEULE LA VERSION BILINGUE ANGLAISE/*INUKTITUT* DES INSTRUMENTS A ÉTÉ UTILISÉE. LA VERSION FRANÇAISE A ÉTÉ PRODUITE POUR FACILITER LA COMPRÉHENSION DU CONTENU DE L'ENQUÊTE.

8			9		
---	--	--	---	--	--

(1-6)

NUMÉRO DU PARTICIPANT

NO. INT.

--	--

(7-8)

*Enquête Santé Québec auprès des
Inuit du Québec nordique*

QUESTIONNAIRE MÉNAGE-CONTRÔLE

Questionnaire complété par l'interviewer

DATE DE L'ENTREVUE

9					
---	--	--	--	--	--

(9-14)

ANNÉE MOIS JOUR

**CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX (CRKSSS)
C.P. 9
KUUJJUAQ (QUÉBEC)
J0M 1C0
(819) 964-2961**

**SANTÉ QUÉBEC
600 OUEST, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE
10^{ÈME} ÉTAGE
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3B 1N4
(514) 873-4749**

1. Adresse

2. Nombre de personnes dans le ménage
incluant les enfants

Total :

<input type="text"/>	<input type="text"/>	(15-16)
----------------------	----------------------	---------

3. Combien d'entre eux sont :

Féminin

<input type="text"/>	(17)
----------------------	------

Masculin

<input type="text"/>	(18)
----------------------	------

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
8- Nsp
9- NR/R

(19)

29. 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'un problème de santé?

1- Oui
2- Non

(20)

46. Y a-t-il quelqu'un dans le foyer qui présente un problème de :

i- Diabète.....

1= Oui Non 8= Nsp
(QUI?) (QUI?)

i (21)

48. a) Y a-t-il un ou plusieurs membres de votre foyer qui ont été omis sur votre liste parce qu'ils sont actuellement dans un hôpital, un centre d'accueil ou un autre établissement?

1- Oui
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

(22)

49. b) Est-ce que quelqu'un dans le foyer porte un appareil auditif?

1- Oui (Qui?)

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

(23)

51. a) Au cours des 12 derniers mois, est-ce que _____ est allé chez le dentiste?

1- Oui (Qui?)

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

(24)

d) Est-ce que quelqu'un dans le foyer a une(des) prothèse(s) dentaire(s)?

1- Oui (Qui?)

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

(25)

52. b) Quelle est la langue que _____ a apprise en premier lieu dans son enfance et qu'il (elle) comprend encore?

UNE SEULE RÉPONSE

1- Inuktitut

2- Anglais

3- Français

4- Autre (précisez sous la boîte)

8- Nsp

9- NR/R

(26)

(27)

55. À quelle fréquence ajoutez-vous du sel aux aliments quand vous cuisinez?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 4

- 1- Souvent
- 2- Quelquefois
- 3- À l'occasion
- 4- Presque jamais/jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(28)

62. De quelle façon mangez-vous le plus souvent votre viande?

- 1- Frite
- 2- Bouillie
- 3- Rôtie (à feu vif ou au four)
- 4- Crue
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(29)

68. Habituellement, combien de repas prenez-vous par jour?

- 1- Un
- 2- Deux
- 3- Trois
- 4- Plus de trois
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(30)

ANNEXE 4.4

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

(INSTRUMENT #3)

VERSION FRANÇAISE

LORS DE LA COLLECTE DE DONNÉES, SEULE LA VERSION BILINGUE ANGLAISE/INUKTITUT DES INSTRUMENTS A ÉTÉ UTILISÉE. LA VERSION FRANÇAISE A ÉTÉ PRODUITE POUR FACILITER LA COMPRÉHENSION DU CONTENU DE L'ENQUÊTE.

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

*Enquête Santé Québec auprès des
Inuit du Québec nordique*

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

Questionnaire complété par l'interviewer

KATIVIK REGIONAL COUNCIL
OF HEALTH AND SOCIAL
SERVICES (KRCHSS)
P.O. BOX 9
KUUJJUAQ (QUEBEC)
JQM 1C0
(819) 964-2961

SANTÉ QUÉBEC
600 OUEST, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE
10^{ÈME} ÉTAGE
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3B 1N4
(514) 873-4749

3							
---	--	--	--	--	--	--	--

No. Int.

--	--	--	--

*Enquête Santé Québec auprès des
Inuit du Québec nordique*

QUESTIONNAIRE INDIVIDUEL

Questionnaire complété par l'interviewer

KATIVIK REGIONAL COUNCIL
OF HEALTH AND SOCIAL
SERVICES (KRCHSS)
P.O. BOX 9
KUUJJUAQ (QUEBEC)
JQM 1C0
(819) 964-2961

SANTÉ QUÉBEC
600 OUEST, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE
10^{ÈME} ÉTAGE
MONTRÉAL (QUÉBEC)
H3B 1N4
(514) 873-4749

1- 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- Moyenne
- 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- Plutôt satisfait(e)
- 3- Pas très satisfait(e)
- 4- Pas satisfait(e) du tout
- 8- Nsp
- 9- NR/R

2- TABAGISME

Passons maintenant à quelques questions sur la cigarette ou l'usage du tabac.

4. a) Présentement, fumez-vous la cigarette?

- 1- Oui -----> PASSEZ À LA Q.4b)
- 2- Non -----> PASSEZ À LA Q.8

b) Fumez-vous la cigarette régulièrement ou à l'occasion?

- 1- Régulièrement
- 2- Occasionnellement
- 8- Nsp
- 9- NR/R

c) Quel genre de cigarettes fumez-vous habituellement?

- 1- Commerciale
- 2- Roulée à la main
- 3- Les deux
- 8- Nsp
- 9- NR/R

5. Fumez-vous la cigarette tous les jours?

- 1- Oui
- 2- Non -----> PASSEZ À LA Q.8
- 8- Nsp
- 9- NR/R

6. Combien de cigarettes fumez-vous par jour?

- | | |
|--|--|
| | |
|--|--|
- Nombre de cigarettes
- 98- Nsp
 - 99- NR/R

7. À quel âge avez-vous commencé à fumer la cigarette tous les jours?

Age

99- NR/R

PASSEZ À LA Q.12, SECTION 3, PAGE 4.

8. Avez-vous déjà fumé la cigarette régulièrement?

1- Oui -----> PASSEZ À LA Q.9

2- Non -----> PASSEZ À LA Q.12

9. Combien de cigarettes par jour fumez-vous habituellement?

nombre de cigarettes

99- NR/R

10. À quel âge avez-vous commencé à fumer de façon régulière?

Age

98- Nap

99- NR/R

11. À quel âge avez-vous cessé de fumer tous les jours?

Age

98- Nap

99- NR/R

3- VOTRE POIDS

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions au sujet de votre poids.

12. Essayez-vous présentement de perdre du poids, d'en gagner ou ni l'un ni l'autre?

1- Perdre du poids

2- Gagner du poids

3- Ni l'un ni l'autre -----> PASSEZ À LA Q.15

8- Nap

9- NR/R

13. Lesquelles des méthodes suivantes utilisez-vous pour perdre du poids?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES DE 01 À 05, ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

1- Suivre un régime

2- Faire de l'exercice

3- Sauter des repas

4- Participer à un programme de contrôle du poids (ex.: Weight watchers)

5- Autre (précisez) _____

6- Aucune

8- Nap

9- NR/R

14. Pourquoi voudriez-vous perdre du poids?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 01 À 05, ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

01- Pour améliorer mon apparence

02- Pour améliorer mon état de santé

03- Pour réduire mes risques d'infarctus

04- Pour contrôler ma tension artérielle

05- Pour contrôler mon taux de cholestérol

06- Pour ralentir le durcissement des artères

07- Pour diminuer mon risque de diabète

08- Autre (précisez) _____

98- Nap

99- NR/R

4- EXERCICE

Les questions suivantes portent sur l'exercice physique.

15. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux les activités que vous faites habituellement lorsque vous êtes dans le village?

MONTREZ LA FICHE «F» ET LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 4

- 1- Durant la journée, je suis habituellement assis(e) et je marche peu
- 2- Durant la journée, je suis souvent debout/je marche beaucoup mais je n'ai pas à transporter ou soulever des charges souvent
- 3- Habituellement, je transporte ou souève des charges légères/je dois souvent monter des escaliers ou des pentes
- 4- Je travaille dur/je transporte des choses très lourdes
- 8- Nsp
- 9- NR/R

16. Laquelle des phrases suivantes décrit le mieux les activités que vous faites habituellement lorsque vous êtes ailleurs sur le territoire?

MONTREZ LA FICHE «F» ET LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 4

- 1- Durant la journée, je suis habituellement assis(e) et je marche peu
- 2- Durant la journée, je suis souvent debout/je marche beaucoup mais je n'ai pas à transporter ou soulever des charges souvent
- 3- Habituellement, je transporte ou souève des charges légères/je dois souvent monter des escaliers ou des pentes
- 4- Je travaille dur/je transporte des choses très lourdes
- 5- Je ne vais pas ailleurs sur le territoire (NAP)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

Nous aimerions maintenant parler des activités que vous faites dans vos temps libres.

17. Au cours des 3 derniers mois, combien de fois avez-vous pratiqué un sport ou une activité physique (ex : hockey, baseball, volleyball, conditionnement physique) pendant au moins 20 minutes à chaque fois ?

- 1- Plus d'une fois par semaine
- 2- Environ une fois par semaine
- 3- Environ une fois par mois
- 4- Quelques fois

Jamais
Nsp
NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.19

18. Ces activités physiques sont-elles suffisamment soutenues pour causer la transpiration ou l'essoufflement?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 3

- 1- La plupart du temps
- 2- Quelquefois
- 3- Jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

5- VOS MOYENS DE TRANSPORT

Nous voulons maintenant savoir quel genre de véhicule vous utilisez et à quelle fréquence.

19. Au cours des 12 derniers mois, vous êtes-vous déplacé(e) dans un véhicule motorisé quelconque?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q. 22a)

20. L'automobile, le camion ou la camionnette

a) En automobile, en camion ou en camionnette, êtes-vous habituellement :

- 1- Conducteur/trice
- 2- Passager/ère
- 3- Autant l'un que l'autre
- 4- Je ne voyage jamais en automobile, en camion ou en camionnette (NAP)
- 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

21. a) À quelle fréquence vous déplacez-vous en automobile, en camion ou en camionnette?

- 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
- 7- NAP
- 8- Nsp
- 9- NR/R

b) Avez-vous déjà conduit [une automobile, un camion ou une camionnette] sous l'influence de l'alcool ou d'une autre drogue?

- 1- Souvent
- 2- Rarement
- 3- Jamais
- 4- Je ne conduis jamais d'automobile, de camion ou de camionnette (NAP)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

22. Véhicule tout-terrain (3 ou 4 roues)

a) Vous arrive-t-il de circuler en véhicule tout-terrain (3 ou 4 roues)

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q. 23a)

b) Lorsque vous conduisez un 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) En saison, à quelle fréquence 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

d) Avez-vous déjà conduit un véhicule tout-terrain sous l'influence de l'alcool ou d'une autre drogue?

- 1- Souvent
- 2- Rarement
- 3- Jamais
- 4- Je ne conduis pas de tout-terrain (NAP)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

23. Motoneige

a) Avez-vous déjà conduit une motoneige?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.24a)

b) Lorsque vous conduisez une motoneige, portez-vous un casque de sécurité?

1- Toujours

2- La plupart du temps

3- Rarement

4- Jamais

9- NR/R

c) En saison, à quelle fréquence 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) Lors de vos déplacements à l'extérieur du village, y a-t-il une autre motoneige qui vous accompagne?

1- Toujours

2- La plupart du temps

3- Rarement

4- Jamais

5- Je ne vais jamais en dehors du village (NAP)

9- NR/R

e) Avez-vous déjà conduit une motoneige sous l'influence de l'alcool ou d'une autre drogue?

1- Souvent

2- Rarement

3- Jamais

4- Je ne conduit jamais de motoneige (NAP)

8- Nsp

9- NR/R

24. Bateau à moteur

a) Avez-vous déjà conduit un bateau à moteur?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.25a)

b) Si oui, portez-vous un gilet de sauvetage?

1- Toujours

2- La plupart du temps

3- Rarement

4- Jamais

9- NR/R

c) En saison, à quelle fréquence utilisez-vous un bateau à moteur?

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) Avez-vous déjà conduit un bateau à moteur sous l'influence de l'alcool ou d'une autre drogue?

1- Souvent

2- Rarement

3- Jamais

4- Je ne conduis jamais de bateau à moteur (NAP)

8- Nsp

9- NR/R

25. Natation

a) Savez-vous nager?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

31. 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 à cause de vols ou de vandalismes?

- 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

31. h) Quelle importance accordez-vous au problème des chiens errants dans le village quant au risque qu'ils blessent quelqu'un?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 4

- 1- Pas du tout un problème
- 2- Problème relativement mineur
- 3- Problème important
- 4- Problème extrêmement grave
- 8- Nsp
- 9- NR/R

i) Avez-vous un ou plusieurs chiens?

- 1- Oui
 - 2- Non
 - 8- Nsp
 - 9- NR/R
- > PASSEZ À LA Q.31k)

j) Au cours des 12 dernières années, vos chiens ont-ils été vaccinés contre la rage?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

k) Avez-vous une ou plusieurs armes à feu dans votre maison ou dans votre "shack"?

- 1- Oui
 - 2- Non
 - 8- Nsp
 - 9- NR/R
- > PASSEZ À LA Q.32

l) Lorsqu'elles ne sont pas utilisées, est-ce que toutes vos armes à feu sont gardées sous clé?

- 1- Toujours
- 2- La plupart du temps
- 3- Quelquefois
- 4- Jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

8- LES CHANGEMENTS IMPORTANTS DANS VOTRE VIE

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur les changements importants de votre vie.

32. Lorsque vous étiez enfant, avant l'âge de 12 ans :

a) Votre mère naturelle ou adoptive est-elle décédée?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

b) Votre père naturel ou adoptif est-il décédé?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

c) Un autre membre de votre famille naturelle ou adoptive est-il décédé?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

MONTREZ LA FICHE "H" ET DEMANDEZ :

33. a) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous quitté votre famille?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.33b)

Si oui, cela at-il été pour vous :

- 1- Extrêmement stressant
- 2- Assez stressant
- 3- Légèrement stressant
- 4- Pas stressant du tout
- 8- Nsp
- 9- NR/R

33. b) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous perdu votre emploi?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.33c)

Si oui, cela at-il été pour vous :

- 1- Extrêmement stressant
- 2- Assez stressant
- 3- Légèrement stressant
- 4- Pas stressant du tout
- 8- Nsp
- 9- NR/R

c) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous subi un rejet ou de la désapprobation de la part de votre village?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.33d)

Si oui, cela at-il été pour vous :

- 1- Extrêmement stressant
- 2- Assez stressant
- 3- Légèrement stressant
- 4- Pas stressant du tout
- 8- Nsp
- 9- NR/R

d) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une maladie grave (physique ou mentale)?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.33e)

Si oui, cela at-il été pour vous :

- 1- Extrêmement stressant
- 2- Assez stressant
- 3- Légèrement stressant
- 4- Pas stressant du tout
- 8- Nsp
- 9- NR/R

9- LA SANTÉ DES FEMMES

Les questions suivantes concernent, de façon spécifique, la santé des femmes.

CES QUESTIONS NE S'ADRESSENT QU' AUX FEMMES.
LES HOMMES DOIVENT PASSER À LA QUESTION 41 (SECTION 10).

34. a) À quand remonte votre dernier prélèvement vaginal (Pap test)?

- 1- Moins de 12 mois
2- 1 à 2 ans
3- Plus de 2 ans
4- Jamais
- > PASSEZ À LA Q.35a)

- 8- Nsp
9- NR/R
- > PASSEZ À LA Q.35a)

b) Si jamais, pouvez-vous me dire pourquoi?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ
TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 1- N'a pas été offert
2- Ne va jamais à la clinique
3- Pas intéressée
4- Autre (précisez) _____

- 8- Nsp
9- NR/R

35. 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 LA Q.36a)
-----> PASSEZ À LA Q.35b)
-----> PASSEZ À LA Q.36a)

b)

33. e) Au cours des 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 LA Q.33f)

Si oui, cela at-il été pour vous :

- 1- Extrêmement stressant
2- Assez stressant
3- Légèrement stressant
4- Pas stressant du tout
8- Nsp
9- NR/R

f) Au cours des 12 derniers mois, votre conjoint(e) est-il(elle) décédé(e)?

- 1- Oui
2- Non
9- NR/R
- > PASSEZ À LA Q.33g)

Si oui, cela at-il été pour vous :

- 1- Extrêmement stressant
2- Assez stressant
3- Légèrement stressant
4- Pas stressant du tout
8- Nsp
9- NR/R

g) Au cours des 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 LA Q.34a)

Si oui, cela at-il été pour vous :

- 1- Extrêmement stressant
2- Assez stressant
3- Légèrement stressant
4- Pas stressant du tout
8- Nsp
9- NR/R

SI LE RÉPONDANT EST UN HOMME PASSEZ À LA QUESTION 41

35. b) Si non, pouvez-vous me dire pourquoi?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ
TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 1- N'a pas été offert
- 2- Me va jamais à la clinique
- 3- Pas intéressée
- 4- Autre (précisez) _____

8- Nsp
9- NR/R

36. a) Avez-vous déjà examiné vous-même vos seins pour y dépiéter des tumeurs ou des kystes?

- 1- Oui -----> PASSEZ À LA Q. 37
- 2- Non

8- Nsp
9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q. 37

b) Si non, pouvez-vous me dire pourquoi?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ
TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 1- Ne sait pas comment faire
- 2- Ne croit pas que ce soit important
- 3- C'est désagréable ou douloureux
- 4- Autre (précisez) _____

8- Nsp
9- NR/R

37. Prenez-vous des pilules contraceptives soit pour éviter une grossesse ou pour régulariser votre cycle menstruel, ou pour une autre raison?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

38. Êtes-vous enceinte actuellement?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

39. a) Avez-vous eu des enfants?

- 1- Oui -----> PASSEZ À LA Q. 39b)
- 2- Non -----> PASSEZ À LA Q. 40a)
- 9- NR/R

b) En quelle année avez-vous donné naissance à votre dernier enfant?

Année de naissance

98- Nsp
99- NR/R

c) Ce dernier enfant, l'avez-vous...

- 1- Allaité
- 2- Nourri au biberon-----> PASSEZ À LA Q. 39e)
- 3- Les deux méthodes
- 8- Nsp
- 9- NR/R

d) Pendant combien de temps avez-vous allaité votre dernier enfant?

Mois-----> PASSEZ À LA Q. 40a)

98- Nsp
99- NR/R

e) Si l'enfant n'était pas allaité, pouvez-vous me dire pourquoi?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ
TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 1- Crainte des BPC
- 2- Travail ou va à l'école
- 3- Pratique démodée
- 4- Recommandation du médecin
- 5- Donné en adoption
- 6- Autre (précisez) _____

8- Nsp
9- NR/R

40. a) En quelle année avez-vous donné naissance à votre avant-dernier enfant? Année de naissance

97- Seulement un enfant-----> PASSEZ À LA Q.40e)
98- Nsp
99- NR/R

b) Cet avant-dernier enfant, l'avez-vous...
1- Allaité
2- Nourri au biberon-----> PASSEZ À LA Q.40d)
3- Les deux méthodes
8- Nsp
9- NR/R

c) Pendant combien de temps avez-vous allaité cet avant-dernier enfant?
 Mois-----> PASSEZ À LA Q.40e)
98- Nsp
99- NR/R

d) Si cet enfant n'était pas allaité, pouvez-vous me dire pourquoi?

e) Traversez-vous présentement votre ménopause?
1- Oui -----> PASSEZ À LA Q.41
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

f) Si OUI, votre ménopause est-elle terminée?
1- Oui
2- Non
8- Nsp
9- NR/R

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 1- Crainte des BPC
- 2- Travaille ou va à l'école
- 3- Pratique démodée
- 4- Recommandation du médecin
- 5- Donné en adoption
- 6- Autre (précisez) _____

10- DIABÈTE

Passons maintenant à quelques questions sur le diabète (sucre dans le sang).

41. Votre médecin ou un(e) infirmier(ère) vous a-t-il(elle) déjà dit que vous faisiez du diabète (sucre dans le sang)?

- 1- Oui
- 2- Non -----> PASSEZ À LA NUTRITION (Q.45)
- 8- Nsp
- 9- NR/R

42. Quel âge aviez-vous lorsqu'on vous a dit, pour la première fois, que vous faisiez du diabète?
 (indiquez l'âge, aussi précisément que possible)

- 98- Nsp
- 99- NR/R

43. Suivez-vous un traitement pour contrôler votre diabète?

- 1- Oui
- 2- Non -----> PASSEZ À LA NUTRITION (Q.45)

44. De quel traitement s'agit-il?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 1- Insuline
- 2- Pilules pour contrôler la glycémie
- 3- Régime alimentaire
- 4- Perdre du poids
- 5- Autre (précisez) _____

- 8- Nsp
- 9- NR/R

11- NUTRITION

Les questions suivantes concernent vos habitudes alimentaires.

45. À table, ajoutez-vous du sel à vos aliments...

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 4.

- 1- Souvent
- 2- Quelquefois
- 3- Occasionnellement
- 4- Presque jamais/jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

46. Voici quelques affirmations. Pour chacune d'entre elles, indiquez si vous êtes d'accord ou non.

	En Accord	En désaccord	Ni l'un ni l'autre	Nsp	NR/R
a) La quantité de sel que vous mangez peut nuire à votre santé.....	1	2	3	8	9
b) Quelqu'un qui mange gras risque plus que les autres d'avoir une maladie cardiaque.....	1	2	3	8	9
c) Les personnes obèses risquent plus de contracter certaines maladies que les personnes de poids normal....	1	2	3	8	9
d) Les aliments achetés au magasin ne sont pas aussi sains ni aussi nourrissants que les aliments traditionnels.....	1	2	3	8	9
e) Manger des bonbons et du "junk food" influence ma santé.....	1	2	3	8	9
f) Une personne a besoin d'une épaisse couche de graisse pour se protéger du froid.....	1	2	3	8	9
g) Manger des aliments traditionnels est démodé, les aliments achetés au magasin sont meilleurs et plus modernes.....	1	2	3	8	9
h) Les aliments achetés au magasin sont meilleurs puisque la nourriture traditionnelle est contaminée par les BPC et d'autres contaminants....	1	2	3	8	9

47. Depuis un an, diriez-vous que vous avez essayé de changer vos habitudes alimentaires, exception faite d'un régime alimentaire spécial?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q. 49

48. Avez-vous essayé d'apporter l'un des changements suivants?

INDIQUEZ 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 gras.....	1	2	8	9
d) Manger moins de sucre.....	1	2	8	9
e) Manger moins de pâtisseries et moins 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 de "junk food" (croûtilles, boisson gazeuse, chocolat).....	1	2	8	9

49. 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

50. Habituellement, ajoutez-vous du lard, du beurre ou de la margarine sur les aliments suivants?

	Oui	Non	Parfois et parfois non	Je n'en mange pas	Nsp	NR/R
a) Pain (rêti ou non).....	1	2	3	4	8	9
b) «Bannock».....	1	2	3	4	8	9
c) Pommes de terre.....	1	2	3	4	8	9
d) Autres légumes cuits.....	1	2	3	4	8	9

51. a) Quel corps gras mangez-vous avec la viande ou le poisson?

Encercliez toutes les réponses qui conviennent

- 1- «Hisirak» (gras faisandé)
- 2- Lard
- 3- Saindoux/Shortening
- 4- Autre (précisez) _____

5- Je ne mange pas de gras avec la viande ou le poisson

- 8- Nsp
- 9- NR/R

b) Y a-t-il un corps gras que vous mangez cru?

Encercliez toutes les réponses qui conviennent

- 1- Graisse d'oe
- 2- Graisse de phoque
- 3- Graisse de béluga
- 4- Graisse de caribou
- 5- Autre (précisez) _____

6- Je ne mange pas de corps gras cru

- 8- Nsp
- 9- NR/R

51. d) En camping, mangez-vous plus de nourriture traditionnelle qu'à la maison?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

e) Selon vous, pourquoi les mets préparés («TV Dinners») sont-ils si populaires?

Encercliez toutes les réponses qui conviennent

- 01- Ils sont très nourrissants
- 02- Leur apparence est très attrayante
- 03- Enlève la faim rapidement
- 04- Ils sont rapides à préparer
- 05- Je ne sais pas cuisiner
- 06- Toute la famille aime ces mets
- 07- Je suis certain(e) que les enfants ont quelque chose à manger
- 08- Autre (préciser) _____

- 98- Nsp
- 99- NR/R

52. a) Au cours du dernier mois, combien de fois des morceaux de phoques ont-ils été apportés à la maison?

- fois
- 98- Nsp
- 99- NR/R

b) Au cours du dernier mois, combien de fois des morceaux de béluga ont-ils été apportés à la maison?

- fois
- 98- Nsp
- 99- NR/R

c) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous mangé de la viande de phoque?

- 1- Tous les jours
- 2- 2 à 3 fois par semaine
- 3- Une fois par semaine
- 4- 2 à 3 dans le mois
- 5- Une fois dans le mois
- 6- Moins d'une fois dans le mois
- 7- Jamais

52. d) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous mangé de la graisse de phoque (incluant le «misirak» fait à partir de la graisse de phoque)?
- 1- Tous les jours
 - 2- 2 à 3 fois par semaine
 - 3- Une fois par semaine
 - 4- 2 à 3 dans le mois
 - 5- Une fois dans le mois
 - 6- Moins d'une fois dans le mois
 - 7- Jamais
- e) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous mangé de la viande de béluga?
- 1- Tous les jours
 - 2- 2 à 3 fois par semaine
 - 3- Une fois par semaine
 - 4- 2 à 3 dans le mois
 - 5- Une fois dans le mois
 - 6- Moins d'une fois dans le mois
 - 7- Jamais
- f) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous mangé du «béluga blubber» (i.e. peau et fine couche de graisse de béluga) (incluant le «misirak» fait à partir de béluga)?
- 1- Tous les jours
 - 2- 2 à 3 fois par semaine
 - 3- Une fois par semaine
 - 4- 2 à 3 dans le mois
 - 5- Une fois dans le mois
 - 6- Moins d'une fois dans le mois
 - 7- Jamais
- g) Au cours du dernier mois, à quelle fréquence avez-vous mangé de la «peau de béluga»?
- 1- Tous les jours
 - 2- 2 à 3 fois par semaine
 - 3- Une fois par semaine
 - 4- 2 à 3 dans le mois
 - 5- Une fois dans le mois
 - 6- Moins d'une fois dans le mois
 - 7- Jamais
- h) Avez-vous déjà entendu parlé de contamination (BPC) de la chaîne alimentaire, dans la région Kativik?
- 1- Oui
 - 2- Non
- > PASSEZ À LA Q.53
- i) Si oui, voudriez-vous avoir plus d'information sur la situation qui prévaut dans la région Kativik?
- 1- Oui
 - 2- Non

52. j) Vos habitudes de vie ont-elles changé depuis que vous avez entendu parler du taux élevé de BPC dans le lait maternel des femmes inuit?
- 1- Oui
 - 2- Non
- > PASSEZ À LA Q.53
- k) Si oui, pouvez-vous identifier certains de ces changements?
- Encerclez toutes les réponses qui conviennent
- 01- Je mange moins de mammifères marins
 - 02- Je mange moins de poisson
 - 03- Je ne mange plus de mammifères marins
 - 04- Je ne mange plus de poisson
 - 05- Je mange moins de «blubber» et de graisse provenant des mammifères marins
 - 06- Je ne mange plus de graisse et de «blubber» provenant des mammifères marins
 - 07- Je n'allaité plus
 - 08- J'allaité moins longtemps
 - 09- Autre (précisez) _____
-
- 98- NSP
 - 99- NR/R

12- TENSION ARTÉRIELLE

Passons maintenant à quelques questions sur la tension artérielle...

53. Avant cette enquête, votre tension artérielle a-t-elle déjà été vérifiée par un médecin ou un(e) infirmier(ère)?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.55

54. Combien de temps s'est-il écoulé depuis la dernière fois que votre tension artérielle a été vérifiée?

1- Moins de 6 mois

2- 6 à 12 mois

3- Plus d'un an

8- Nsp

9- NR/R

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 3

55. Un médecin, un(e) infirmier(ère) ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous faisiez de l'hypertension?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.61

56. Un traitement ou un programme vous a-t-il été prescrit concernant votre hypertension?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.61

57. Quel était ce traitement ou programme?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 01- Prendre des médicaments
- 02- Suivre un régime alimentaire sans sel
- 03- Surveiller votre poids
- 04- Éviter le stress, ralentir vos activités et relaxer
- 05- Diminuer votre consommation de tabac ou cesser de fumer
- 06- Diminuer votre consommation d'alcool
- 07- Suivre un programme d'exercice physique
- 08- Autre (précisez) _____

98- Nsp

99- NR/R

58. a) Suivez-vous encore ce programme (traitement) ou suivez-vous un programme différent?

1- Suis le même programme -----> PASSEZ À LA Q.59

2- Suis un programme différent

3- Ne suis plus aucun programme

8- Nsp

9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.59

b) Quel programme suivez-vous présentement?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 01- Prendre des médicaments
- 02- Suivre un régime alimentaire sans sel
- 03- Surveiller votre poids
- 04- Éviter le stress, ralentir vos activités et relaxer
- 05- Diminuer votre consommation de tabac ou cesser de fumer
- 06- Diminuer votre consommation d'alcool
- 07- Suivre un programme d'exercice physique
- 08- Utiliser la méthode du biofeedback
- 09- Aucun
- 10- Autre (précisez) _____

98- Nsp

99- NR/R

59. Présentement, prenez-vous des médicaments contre l'hypertension?

-----> PASSEZ   LA P. 61

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

60. Avez-vous déjà pris des médicaments contre l'hypertension?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

61. Selon vous, votre tension artérielle est-elle normale présentement?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

62. D'après vous, quelles sont les causes de l'hypertension?

INSCRIRE UN MAXIMUM DE 3 RÉPONSES.
SI LE RÉPONDANT HÉSITE, INSISTEZ.

<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____
<input type="checkbox"/>	_____

- 98- Nsp
- 99- NR/R

63. Pouvez-vous me donner les principales causes des maladies ou problèmes cardiaques?

NE PAS LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES. ENCERCLEZ
TOUTES LES RÉPONSES QUI CONVIENTENT.

- 01- Mauvaise alimentation
- 02- Embonpoint ou ob siti 
- 03- Surconsommation de matières grasses
- 04- Surconsommation de sel
- 05- Taux de cholestérol trop élevé
- 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- Hérédité
- 12- Tension artérielle élevée/hypertension
- 13- Art roscl rose/durcissement des artères
- 14- Autre (précisez) _____

- 98- Nsp/NK
- 99- NR/R

13- TRAVAIL ET OCCUPATIONS

J'aimerais maintenant vous poser quelques questions sur votre travail et vos occupations.

64. a) Combien d'emplois différents (temps plein, partiel ou temporaire) avez-vous occupé depuis l'autome dernier, y compris l'emploi que vous avez présentement?
- (Si aucun, codez 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 actuelle?

UNE SEULE RÉPONSE

- 01- Salarié(e) à temps plein
02- Salarié(e) à temps partiel
03- Travail occasionnel (avec salaire)
04- Travailleur autonome (artiste, à sa compagnie)
05- Programme de sécurité du revenu des trappeurs
06- Tient maison
07- À la retraite ou avec pension
08- Assurance-chômage
09- Bien-être social
10- Étudiant(e)
11- Autre (précisez)

----> PASSEZ À LA Q. 66a)

----> PASSEZ À LA Q. 68

----> PASSEZ À LA Q. 65

- 98- Nsp
99- NR/R

65. Depuis combien de temps êtes-vous sans emploi (sans salaire)?

- OU
- 1- Années
2- Mois (Si moins d'un mois, codez 01)
3- N'a jamais travaillé
8- Nsp
9- NR/R

PASSEZ À LA Q. 68

66. a) Combien d'heures par semaine travaillez-vous?

- 98- Nsp
99- NR/R

- b) Quel genre de travail faites-vous? (Donnez une description détaillée, ex: conducteur de camion, commis de bureau, interprète)

- 9998- Nsp
9999- NR/R

- c) Quels sont vos instruments de travail? Que faites-vous? (Vous construisez quoi? Réparez quoi? Conseillez qui? Décrivez)

- d) Pour quel genre d'entreprise, de secteur d'activités économiques ou de service travaillez-vous? (Donnez une description détaillée, ex: construction domiciliaire, épicerie, commission scolaire, conseil municipal...)

- 9997- Nsp
9998- NR/R

67. a) Cet emploi est-il saisonnier?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

b) Trouvez-vous votre emploi actuel :

- 1- Extrêmement stressant
- 2- Plutôt stressant
- 3- Légèrement stressant
- 4- Pas stressant du tout
- 8- Nsp
- 9- NR/R

c) Votre supérieur, votre contremaître ou vos compagnons(compagnes) de travail vous aident-ils lorsque vous rencontrez des difficultés dans votre travail?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 5

- 1- Souvent
- 2- Quelquefois
- 3- À l'occasion
- 4- Presque jamais/jamais
- 8- Nsp
- 9- NR/R

14- RENSEIGNEMENTS DÉMOGRAPHIQUES

Les questions suivantes nous permettront d'analyser certains facteurs liés à la santé tels l'âge, le sexe, les revenus.

68. Indiquez le sexe du répondant :

- 1- Homme
- 2- Femme

69. Quelle est votre date de naissance?

/ /
année / mois

- 98- Nsp
- 99- NR/R

70. Quel âge avez-vous? (VÉRIFIEZ)

/
âge

MONTREZ LA FICHE «J» ET DEMANDEZ :

71. Présentement, quel est votre état matrimonial?

- 1- Jamais marié(e) et ne vivant avec personne en couple
- 2- Divorcé(e)/séparé(e) et ne vivant avec personne en couple
- 3- Marié(e) ou vivant avec quelqu'un en couple
- 4- Veuf/veuve et ne vivant avec personne en couple
- 8- Nsp
- 9- NR/R

MONTREZ LA FICHE "N" ET DEMANDEZ :

72. Quel est le plus haut niveau de scolarité que vous ayez complété? (même si vous fréquentez toujours l'école)

ENCERCLEZ UNE SEULE RÉPONSE

- 00- Pas de scolarité officielle
- 01- Quelques années d'école primaire
- 02- Primaire complété
- 03- Quelques années d'école secondaire
- 04- Secondaire complété
- 05- Études partielles dans une école de métiers ou un collège commercial privé, un institut technique, un CEGEP, une école de sciences infirmières, une école normale.
- 06- Entraînement sur le lieu de travail (organisation nordique)
- 07- 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, d'une école normale
- 08- Études partielles à l'université
- 09- Université complétée (Certificat, Baccalauréat, Maîtrise, Doctorat)
- 98- Nsp
- 99- NR/R

Pour plus de précision, inscrire le nom du diplôme ou certificat le plus élevé obtenu

73. a) Habituellement, quelle langue parlez-vous à la maison?

- 1- Inuktitut
- 2- Anglais
- 3- Français
- 4- Autre (précisez) _____

- 8- Nsp
- 9- NR/R

b) Parlez-vous une autre langue?

- 1- Oui (précisez) _____

- 2- Non
- 9- NR/R

74. 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 LES CHOIX DE RÉPONSES 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

75. a) Avez-vous des enfants?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

-----> PASSEZ À LA Q.75d)

b) Si oui, combien?

c) Combien vivent encore avec vous?

d) Avez-vous déjà donné un(des) enfant(s) en adoption?

- 1- Oui
 - 2- Non
 - 7- NAP
 - 9- NR/R
- > PASSEZ À LA Q.75f)

15- CHANGEMENTS CULTURELS

Les questions suivantes permettront d'établir un lien entre les changements culturels et la santé.

77. a) Sentez-vous, su' su' course de votre vie, la culture Inuit a changé?
- 1- Beaucoup
 - 2- Un peu
 - 3- Pas du tout
 - 8- Nsp
 - 9- NR/R
- b) Ce changement a-t-il été favorable pour vous?
- 1- Très
 - 2- Un peu
 - 3- Non
 - 8- Nsp
 - 9- NR/R
78. Comment vous adaptez-vous à ces changements culturels?
- 1- Très bien
 - 2- Bien
 - 3- Pas très bien
 - 8- Nsp
 - 9- NR/R
79. À quel point votre façon de vous nourrir a-t-elle changé?
- 1- Beaucoup
 - 2- Un peu
 - 3- Aucunement
 - 8- Nsp
 - 9- NR/R

75. e) Si oui, combien?

f) Avez-vous déjà adopté un(des) enfant(s)?

- 1- Oui
 - 2- Non
 - 7- NAP
 - 8- Nsp
 - 9- NR/R
- > PASSEZ À LA Q. 75h

g) Si oui, combien?

h) Avez-vous été adopté(e)?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

76. a) Quelle est votre religion?

- 1- Aucune
- 2- Catholique romaine
- 3- Anglicane
- 4- Pentecôtiste -----> PASSEZ À LA Q. 77a)
- 5- Autre (précisez)

- 8- Nsp
- 9- NR/R

b) Assistez-vous également à des offices ou des rencontres pentecôtistes?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

80. Sentez-vous que la langue Inuktitut survit....

- 1- Très bien
- 2- Bien
- 3- Mal
- 8- Nap
- 9- NR/R

81. Combien d'heures par semaine regardez-vous la télévision (T.V.)?

- 1- Jamais
- 2- Moins de 7 heures
- 3- 7 à 14 heures
- 4- 15 heures et plus
- 8- NP
- 9- NR/R

LANGUE DE L'ENTREVUE

- 1- Inuktitut seulement
- 2- Anglais seulement
- 3- Les deux

ANNEXE 4.5

QUESTIONNAIRE-CONTRÔLE INDIVIDUEL

VERSION FRANÇAISE

LORS DE LA COLLECTE DE DONNÉES, SEULE LA VERSION BILINGUE ANGLAISE/INUKTITUT DES INSTRUMENTS A ÉTÉ UTILISÉE. LA VERSION FRANÇAISE A ÉTÉ PRODUITE POUR FACILITER LA COMPRÉHENSION DU CONTENU DE L'ENQUÊTE.

9			9		
---	--	--	---	--	--

(1-6)

NUMÉRO DU PARTICIPANT

NO. INT.

--	--

(7-8)

*Enquête Santé Québec auprès des
Inuit du Québec nordique*

INDIVIDUEL-CONTRÔLE

Questionnaire complété par l'interviewer

DATE DE L'ENTREVUE

9					
---	--	--	--	--	--

(9-14)

ANNÉE MOIS JOUR

**CONSEIL RÉGIONAL KATIVIK
DE LA SANTÉ ET DES SERVICES
SOCIAUX (CRKSSS)
C.P. 9
KUUJJUAQ (QUÉBEC)
J0M 1C0
(819) 964-2961**

**SANTÉ QUÉBEC
600 OUEST, BOUL. RENÉ-LÉVESQUE
10^{ÈME} ÉTAGE
MONTREAL (QUÉBEC)
H3B 1N4
(514) 873-4749**

3. Jusqu'à quel point êtes-vous satisfait(e) de votre état de santé? Diriez-vous que vous êtes...

- 1- Très satisfait(e)
- 2- Plutôt satisfait(e)
- 3- Pas très satisfait(e)
- 4- Pas satisfait(e) du tout
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(15)

12. Essayez-vous présentement de perdre du poids, d'en gagner ou 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

(16)

25. Natation

- a) Savez-vous nager?
- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(17)

30. 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

(18)

31. 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

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

(19)

33. d) Au cours des 12 derniers mois, avez-vous souffert d'une maladie grave (physique ou mentale)?

1- Oui

2- Non

9- NR/R

(20)

> si oui, cela at-il été pour vous :

1- Extrêmement stressant

2- Assez stressant

3- Légèrement stressant

4- Pas stressant du tout

8- Nsp

9- NR/R

(21)

47. Depuis un an, diriez-vous que vous avez essayé de changer vos habitudes alimentaires, exception faite d'un régime alimentaire spécial?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

(22)

52. h) Avez-vous déjà entendu parler de contamination (BPC) de la chaîne alimentaire, dans la région Kativik?

1- Oui

2- Non

(23)

53. Avant cette enquête, votre tension artérielle a-t-elle déjà été vérifiée par un médecin ou un(e) infirmier(ère)?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

(24)

55. Un médecin, un(e) infirmier(ère) ou un autre professionnel de la santé vous a-t-il déjà dit que vous faisiez de l'hypertension?

1- Oui

2- Non

8- Nsp

9- NR/R

(25)

71. Présentement, quel est votre état matrimonial?

- 1- Jamais marié(e) et ne vivant avec personne en couple
- 2- Divorcé(e)/séparé(e) et ne vivant avec personne en couple
- 3- Marié(e) ou vivant avec quelqu'un en couple
- 4- Veuf/veuve et ne vivant avec personne en couple
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(26)

73. a) Habituellement, quelle langue parlez-vous à la maison?

- 1- Inuktitut
- 2- Anglais
- 3- Français

(27)

4- Autre (précisez) _____

(28)

- 8- Nsp
- 9- NR/R

75. a) Avez-vous des enfants?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- NR/R

(29)

75. h) Avez-vous été adopté(e)?

- 1- Oui
- 2- Non
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(30)

77. a) Sentez-vous, qu'au cours de votre vie, la culture Inuit a changé?

- 1- Beaucoup
- 2- Un peu
- 3- Pas du tout
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(31)

80. Sentez-vous que la langue Inuktitut survit....

- 1- Très bien
- 2- Bien
- 3- Mal
- 8- Nsp
- 9- NR/R

(32)

ANNEXE 4.6

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

(INSTRUMENT #4)

VERSION FRANÇAISE

LORS DE LA COLLECTE DE DONNÉES, SEULE LA VERSION BILINGUE ANGLAISE/INUKTITUT DES INSTRUMENTS A ÉTÉ UTILISÉE. LA VERSION FRANÇAISE A ÉTÉ PRODUITE POUR FACILITER LA COMPRÉHENSION DU CONTENU DE L'ENQUÊTE.

4					
---	--	--	--	--	--

*Enquête Santé Québec auprès des
Inuit du Québec nordique*

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

KATIVIK REGIONAL COUNCIL
OF HEALTH AND SOCIAL
SERVICES (KRCHSS)
P.O. BOX 9
KULLUUAQ (QUEBEC)
J0M 1C0
(819) 964-2961

SANTÉ QUÉBEC
600 QUÉST. BOUL. RENÉ-LÉVESQUE
10 ÈME ÉTAGE
MONTREAL (QUÉBEC)
H3B 1N4
(514) 873-4749

4					
---	--	--	--	--	--

No. Interviewer

--	--

*Enquête Santé Québec auprès des
Inuit du Québec nordique*

QUESTIONNAIRE CONFIDENTIEL

KATIVIK REGIONAL COUNCIL
OF HEALTH AND SOCIAL
SERVICES (KRCHSS)
P.O. BOX 9
KULLUUAQ (QUEBEC)
J0M 1C0
(819) 964-2961

SANTÉ QUÉBEC
600 QUÉST. BOUL. RENÉ-LÉVESQUE
10 ÈME ÉTAGE
MONTREAL (QUÉBEC)
H3B 1N4
(514) 873-4749

CONFIDENTIEL

1- DIVERS PROBLÈMES PERSONNELS

POUR L'INTERVIEWER : SUIVRE LES PROCÉDURES
AFIN D'ASSURER LA CONFIDENTIALITÉ

Les questions suivantes 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. Au cours de la dernière semaine, pouvez-vous nous dire à quelle fréquence...

	Jamais	De temps en temps	Souvent
1. Vous êtes-vous senti(e) désespéré(e) en pensant à l'avenir?.....	1	2	3
2. Avez-vous eu des blancs de mémoire?..	1	2	3
3. Vous êtes-vous senti(e) découragé(e) ou avez-vous eu les "bleus"?.....	1	2	3
4. Vous êtes-vous senti(e) tendu(e) ou sous pression?.....	1	2	3
5. Vous êtes-vous laissé(e) emporter contre quelqu'un ou quelque chose?..	1	2	3
6. Vous êtes-vous senti(e) ennuyé(e) ou peu intéressé(e) par les choses?....	1	2	3
7. Avez-vous ressenti des peurs ou des craintes?.....	1	2	3
8. Avez-vous eu des difficultés à vous souvenir des choses?.....	1	2	3
9. Avez-vous pleuré facilement ou vous êtes-vous senti(e) sur le point de pleurer?.....	1	2	3
10. Vous êtes-vous senti(e) agité(e) ou nerveux(se) intérieurement?.....	1	2	3
11. Vous êtes-vous senti(e) négatif(ve) envers les autres?.....	1	2	3
12. Vous êtes-vous senti(e) facilement contrarié(e) ou irrité(e)?.....	1	2	3
13. Vous êtes-vous fâché(e) pour des choses sans importance?.....	1	2	3
14. Avez-vous désiré être seul(e)?.....	1	2	3

CONFIDENTIEL

2- SUICIDE

15. Vous est-il déjà arrivé de penser sérieusement à vous suicider (à vous enlever la vie)?

1- Oui

2- Non

9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.19

16. Cela s'est-il passé au cours des 12 derniers mois?

1- Oui

2- Non

9- Refus

17. Avez-vous déjà fait une tentative de suicide (essayé de vous enlever la vie)?

1- Oui

2- Non

9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.19

18. Cela s'est-il passé au cours de 12 derniers mois?

1- Oui

2- Non

9- Refus

CONFIDENTIEL

3- ALCOOL

19. Avez-vous déjà consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

- 1- Oui
2- Non
9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.32a)

20. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous déjà consommé de la bière, du vin, des liqueurs fortes ou d'autres boissons alcoolisées?

- 1- Oui
2- Non
9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.30

21. a) Habituellement, à quelle fréquence consommez-vous des boissons alcoolisées (bière, vin ou liqueurs fortes)?

LIRE LES CHOIX DE RÉPONSES 1 À 4

- 1- Chaque jour
2- 1 à 6 fois par semaine
3- 1 à 3 fois par mois
4- Moins d'une fois par mois
9- Refus

b) La dernière fois que vous avez commandé de la bière, du vin ou des liqueurs fortes d'une épicerie «du sud» (i.e. en dehors de la région de Kativik), quelle quantité avez-vous commandée?

- six bières ("six pack")
----- 12 bières ("caisse de 12")
----- 24 bières ("caisse de 24")
----- bouteille(s) de vin
----- bouteille(s) de liqueurs fortes

22. Lorsque vous buvez des boissons alcoolisées, combien de consommations prenez-vous en moyenne PAR JOUR?

Nous entendons 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
99- Refus

CONFIDENTIEL

23. Au cours des 12 derniers mois, vos habitudes de boire ont-elles changé?

- 1- Je bois plus qu'avant
2- Je bois moins qu'avant
3- Mes habitudes n'ont pas changé
9- Refus

24. 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 «gueule de bois» (vous remettez d'une brosse)?

- 1- Presque tous les jours
2- Assez souvent
3- Rarement
4- Jamais
9- Refus

25. Avez-vous déjà été critiqué(e) par des personnes de votre entourage à cause de votre consommation d'alcool?.....

Table with 3 columns: Oui, Non, Refus. Row 1: 1, 2, 9

26. Avez-vous déjà pensé que vous devriez diminuer votre consommation d'alcool?.....

Table with 3 columns: Oui, Non, Refus. Row 1: 1, 2, 9

27. Avez-vous déjà tenté de diminuer votre consommation d'alcool?.....

Table with 3 columns: Oui, Non, Refus. Row 1: 1, 2, 9

28. Vous êtes-vous déjà senti(e) mal à l'aise ou coupable à cause de votre consommation d'alcool?.....

Table with 3 columns: Oui, Non, Refus. Row 1: 1, 2, 9

CONFIDENTIEL

29. Au cours des 12 derniers mois, vos habitudes de boire vous ont-elles occasionné des problèmes tels :
- | | Oui | Non | Refus |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-----|-------|
| 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 | 9 |
| b) Vous avez eu des difficultés au travail ou aux études à cause de l'alcool..... | 1 | 2 | 9 |
| c) Vous avez eu des problèmes de santé dus à l'alcool..... | 1 | 2 | 9 |
| d) Vous avez été arrêté(e) pour conduite en état d'ébriété..... | 1 | 2 | 9 |
| e) Vous avez perdu un emploi (ou vous avez été chassé(e) de l'école) parce que vous buviez..... | 1 | 2 | 9 |
| f) Vous avez été renvoyé(e) chez-vous parce que vous étiez en état d'ébriété dans un lieu public..... | 1 | 2 | 9 |
| g) Vous vous êtes blessé(e) ou vous avez blessé quelqu'un accidentellement lorsque vous étiez en état d'ébriété..... | 1 | 2 | 9 |
| h) Vous vous êtes blessé(e) ou vous avez blessé quelqu'un dans une bataille ou une chicane lorsque vous étiez en état d'ébriété..... | 1 | 2 | 9 |
| i) Vous avez dû être hospitalisé(e) ou suivre une cure de désintoxication à cause de vos problèmes d'alcool..... | 1 | 2 | 9 |

30. Sans compter les fois où vous avez eulement goûté, à quel âge avez-vous commencé à boire des boissons alcoolisées?

ans

99- Refus

31. Si vous avez déjà bu mais n'avez pas bu au cours de la dernière année, à quel âge avez-vous cessé de boire?

ans

97- Je n'ai jamais cessé de boire

99- Refus

CONFIDENTIEL

4- DROGUES

32. Voici une liste de quelques drogues parmi les plus connues. Nous aimerions savoir s'il vous est arrivé de prendre l'une de ces drogues :

a) Marijuana ou hashish

- 1- Oui
 2- Non
 9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.32c)

b) Si oui, en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
 2- Non
 9- Refus

c) Cocaine ou crack

- 1- Oui
 2- Non
 9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.32e)

d) Si oui, en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
 2- Non
 9- Refus

CONFIDENTIEL

32. e) Avez-vous déjà essayé de vous droguer (de vous "geler") en reniflant de la colle, de l'essence ou tout autre solvant?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.32g)

f) Si oui, en avez-vous reniflé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- Refus

Précisez le type de solvant: _____

g) Avez-vous déjà consommé d'autres drogues?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.33

h) Si oui, en avez-vous consommé au cours des 12 derniers mois?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- Refus

Précisez le type de ces autres drogues : _____

i) 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
- 9- Refus

CONFIDENTIEL

5- COMPORTEMENTS SEXUELS

33. a) Présentement, utilisez-vous une méthode contraceptive?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- Refus

-----> PASSEZ À LA Q.34

b) Si oui, laquelle (lesquelles)?

- 01- Méthode du calendrier
- 02- Stérilet
- 03- Pilule contraceptive
- 04- Condom
- 05- Diaphragme
- 06- Vasectomie
- 07- Ligature des trompes
- 08- Autre (Précisez) _____

99- Refus

c) Utilisez-vous le condom pour vous protéger des MTS?

- 1- Oui
- 2- Non
- 9- Refus

CONFIDENTIEL

34. Au cours des 12 derniers mois, combien de partenaire(s) sexuel(s) avez-vous eu(s)?

- 1- Aucun
- 2- Un
- 3- 2 à 5
- 4- 6 et plus
- 9- Refus

35. Vous a-t-on déjà contraint(e) à certaines activités sexuelles (baisers, caresses, attouchements, relations sexuelles avec pénétration)?

- 1- Jamais -----> MERCI DE VOTRE PARTICIPATION

2- Une fois
3- Quelques fois -----> PASSEZ À LA Q.36
4- Souvent

36. Quand cet(ces) événement(s) s'est ou se sont produit(s), étiez-vous enfant, adolescent(e) ou adulte?

- 1- Enfant
- 2- Adolescent(e)
- 3- Adulte
- 4- Au cours de toutes ces périodes
- 9- Refus

Merci beaucoup de votre collaboration!

Pour protéger la confidentialité, mettre le questionnaire dans l'enveloppe et cacher.

ANNEXE 4.7

VISITE EN CLINIQUE

(INSTRUMENT #5)

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC CHEZ LES INUIT

SQCV/I1

VISITE EN CLINIQUE (18 à 74 ANS)

Numéro de participant: -----> (1-6)

Numéro de matricule d'infirmier(ère): -----> (7-8)

V1- Résultat de la visite: -----> (voir codes des résultats) (9-10)

V2- Date de la visite: -----> MOIS JOUR (11-14)

V3- Sexe du répondant: 1- homme, 2- femme -----> (15)

S'il s'agit d'une femme, posez les questions V4, V5, V6 et V7.

(si non passez à la question V8)

V4- Êtes-vous présentement en ménopause? -----> (16)
1- OUI --> passez à V7
2- NON
8- NSP
9- NR/R

V5- Êtes-vous présentement enceinte? -----> (17)
1- OUI --> passez à V7
2- NON
8- NSP
9- NR/R

V6- Allaitiez-vous présentement? -----> (18)
1- OUI --> passez à V7
2- NON
8- NSP
9- NR/R

V7- Quelle est la date de vos dernières menstruations? ► ANNÉE MOIS JOUR (19-24)
98- NSP, 99- NR/R

POULS

V8- Pouls: -----> (25-27)
999- NR/R

TENSION ARTÉRIELLE

SQC/I2

	S	D
CLINIQUE V9-1 Tension artérielle (première lecture) : -----> 999- tension non prise	<input type="text"/>	<input type="text"/> (28-33)
CLINIQUE V9-2 Tension artérielle (deuxième lecture) : -----> 999- tension non prise	<input type="text"/>	<input type="text"/> (34-39)
V10-1 Le RAPPEL 24 heures a-t-il été complété? -----> (ou sera-t-il complété?) 1- OUI 2- NON--> passez à V11 3- NAP (femme enceinte ou allaitante)--> passez à V11	<input type="checkbox"/> (40)	
RAPPEL V10-2 Tension artérielle (première lecture) : -----> 999- tension non prise	<input type="text"/>	<input type="text"/> (41-46)
RAPPEL V10-3 Tension artérielle (deuxième lecture) -----> 999- tension non prise	<input type="text"/>	<input type="text"/> (47-52)

MESURES D'ANTHROPOMÉTRIE

ATTENTION : les mesures doivent être seulement métriques.

Ne prenez aucune mesure pour les femmes enceintes.

V11-1 Grandeur : -----> 999- mesure non prise 997- NAP (femme enceinte)	<input type="text"/>	(53-55)
V11-2 Poids : -----> 999- mesure non prise 997- NAP (femme enceinte)	<input type="text"/>	(56-58)
V11-3 Taille : -----> 999- mesure non prise 997- NAP (femme enceinte)	<input type="text"/>	(59-61)
V11-4 Hanches : -----> 999- mesure non prise 997- NAP (femme enceinte)	<input type="text"/>	(62-64)

EXAMEN BUCCO-DENTAIRE

SQCV/I3

V12- Le(la) participant(e) accepte-il(elle)
l'examen bucco-dentaire?-----> (65)
1- OUI
2- NON --> passez à V47

Codes pour chacune des 32 dents : 0= absence de dent
1= dent présente mais sans antagoniste
2= dent présente ayant une prothèse amovible comme antagoniste
3= dent présente ayant une dent naturelle ou prothèse fixe comme antagoniste

	V13	V14	V15	V16	V17	V18	V19	V20	V21	V22	V23	V24	V25	V26	V27	V28	
	(66)	(67)	(68)	(69)	(70)	(71)	(72)	(73)	(74)	(75)	(76)	(77)	(78)	(79)	(80)	(81)	
	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	
DROIT HAUT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GAUCHE HAUT
DROIT BAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	GAUCHE BAS
	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	
	V29	V30	V31	V32	V33	V34	V35	V36	V37	V38	V39	V40	V41	V42	V43	V44	
	(82)	(83)	(84)	(85)	(86)	(87)	(88)	(89)	(90)	(91)	(92)	(93)	(94)	(95)	(96)	(97)	

V45- Le sujet présente-t-il une édentation complète? ----> (98)
1- OUI
2- NON--> passez à V47

V46- Si OUI, le sujet porte-t-il au moment de
l'entrevue des prothèses dentaires?-----> (99)
1- OUI
2- NON

ÉCHANTILLONS SANGUINS

V47- Résultat de la prise de sang-----> (100-101)
(voir codes des résultats)

ATTENTION: si le(la) participant(e) refuse la prise de sang, passez à V57.

ÉCHANTILLONS SANGUINS - (suite)

SQCV/I4

- V48- À combien d'heures remonte le dernier repas? -----> (102-103)
00- non à jeun
- V49- Date du prélèvement:-----> MOIS JOUR (104-107)
- V50- Heure de la prise de sang:-----> HEURE MIN. (108-111)
(inscrivez en heures internationales)
- V51- Tube (héparine) pour MÉTAUX LOURDS: (112)
1- OUI, 2- NON----->
- V52- Tube (bouchon rouge) pour CHOLESTÉROL: (113)
1- OUI, 2- NON----->
- V53- Tube (bouchon jaune) pour INSULINÉMIE GLYCÉMIE: (114)
1- OUI, 2- NON----->
- V54- Tube (bouchon bleu) pour OMÉGA3: (115)
1- OUI, 2- NON----->
- V55- Tube (bouchon blanc) pour ORGANOCHLORÉS: (116)
1- OUI, 2- NON----->
- V56- Tube (bouchon vert) pour GLOBULES ROUGES: (117)
1- OUI, 2- NON----->
- V57- Est-ce que ce(tte) participant(e) est (118)
censé(e) avoir des mesures de contrôle
de qualité?----->
- 1- OUI--> Poursuivez la clinique avec la formule MESURES DE CONTRÔLE DE QUALITÉ
2- NON--> Remerciez le(la) participant(e)

REMARQUES:

ANNEXE 4.8

VISITE EN CLINIQUE

MESURES DE CONTRÔLE DE QUALITÉ

ENQUÊTE SANTÉ QUÉBEC CHEZ LES INUIT

VISITE EN CLINIQUE (18 à 74 ANS)

MESURES DE CONTRÔLE DE QUALITÉ:

- Numéro initial du participant:-----> (1-5)
- Numéro de contrôle du participant:-----> 6 9 (6-11)
- Numéro de matricule d'infirmier(ère): -----> (12-13)
- M1- Résultat de la mesure de contrôle:-----> (voir codes des résultats) (14-15)
- M2- Date de la visite: -----> MOIS JOUR (16-19)
- M2-1 Sexe du répondant: 1- homme, 2- femme -----> (20)
- M3- À combien d'heures remonte le dernier repas? -----> (21-22)
00- non à jeun
- M3-1 Résultat de la prise de sang-----> (voir codes des résultats) (23-24)

ATTENTION: si le(la) participant(e) refuse la prise de sang, passez à M4-1 (au verso)


- V3-2 Tube pour MÉTAUX LOURDS:
1- OUI, 2- NON-----> (25)
- V3-3 Tube (bouchon rouge) pour CHOLESTÉROL:
1- OUI, 2- NON-----> (26)
- V3-4 Tube (bouchon jaune) pour INSULINÉMIE GLYCÉMIE:
1- OUI, 2- NON-----> (27)
- V3-5 Tube (bouchon bleu) pour OMÉGA3:
1- OUI, 2- NON-----> (28)
- V3-6 Tube (bouchon blanc) pour ORGANOCHLORÉS:
1- OUI, 2- NON-----> (29)
- V3-7 Tube (bouchon vert) pour GLOBULES ROUGES:
1- OUI, 2- NON-----> (30)

MESURES DE CONTRÔLE DE QUALITÉ:
MESURES D'ANTHROPOMÉTRIE


ATTENTION: les mesures doivent être seulement métriques.

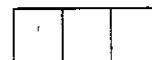

Ne prenez aucune mesure pour les femmes enceintes.

M4-1 Grandeur : ----->  (31-33)
 999- mesure non prise
 997- NAP (femme enceinte)

M4-2 Poids : ----->  (34-36)
 999- mesure non prise
 997- NAP (femme enceinte)

M4-3 Taille : ----->  (37-39)
 999- mesure non prise
 997- NAP (femme enceinte)

M4-4 Hanches : ----->  (40-42)
 999- mesure non prise
 997- NAP (femme enceinte)

M5- **CONTRÔLE** Tension artérielle (une lecture) : ----->  **S**  **D** (43-48)
 999- tension non prise

REMERCIEZ LE(LA) PARTICIPANT(E)

REMARQUES:

ANNEXE 4.9

RAPPEL ALIMENTAIRE DE 24 HEURES

(INSTRUMENT #6)

VERSION FRANÇAISE

LORS DE LA COLLECTE DE DONNÉES, SEULE LA VERSION BILINGUE ANGLAISE/*INUKTITUT* DES INSTRUMENTS A ÉTÉ UTILISÉE. LA VERSION FRANÇAISE A ÉTÉ PRODUITE POUR FACILITER LA COMPRÉHENSION DU CONTENU DE L'ENQUÊTE.

ANNEXE 4.10

QUESTIONNAIRE DE FRÉQUENCE DE CONSOMMATION ALIMENTAIRE

(INSTRUMENT #7)

VERSION FRANÇAISE

LORS DE LA COLLECTE DE DONNÉES, SEULE LA VERSION BILINGUE ANGLAISE/INUKTITUT DES INSTRUMENTS A ÉTÉ UTILISÉE. LA VERSION FRANÇAISE A ÉTÉ PRODUITE POUR FACILITER LA COMPRÉHENSION DU CONTENU DE L'ENQUÊTE.

ENQUÊTE SUR LA SANTÉ ET L'ALIMENTATION DES INUIT

II. Fréquence de la consommation

J'aimerais vous poser quelques questions sur les aliments et les boissons que vous prenez (aliments traditionnels et aliments achetés en magasin). Tout d'abord, j'aimerais savoir si vous avez consommé des aliments traditionnels au cours des quatre dernières saisons. Je vais vous poser une série de questions au sujet de chaque type d'aliments traditionnels (veuillez remettre la carte à la personne interviewée).

Commençons par le BÉLUGA (frais, congelé ou cuit).

1. Avez-vous consommé du BÉLUGA au cours de la dernière année?

Inscrire OUI ou NON dans la première colonne. (Si NON, passer à l'aliment traditionnel suivant)

2. Si oui, au cours de quelle(s) saison(s) en avez-vous consommé?

Vous pouvez cocher une ou plusieurs saisons dans les colonnes appropriées. Pour ce premier aliment, donnez la définition de saisons. Si la définition de la personne interviewée diffère, inscrivez les différences sur cette fiche en encerclant ou en ajoutant les mois visés, et servez-vous de sa définition pour cette partie du questionnaire.

HIV hiver
 PRI printemps
 ÉTÉ été
 AUT automne
 NSP ne sait pas ou ne se rappelle pas

3. Combien de fois avez-vous consommé du BÉLUGA pendant cette(ces) saison(s)?

Inscrire la lettre choisie dans la colonne «combien de fois?»

A. une fois par jour
 B. plusieurs fois par jour
 C. une ou deux fois par semaine
 D. trois ou quatre fois par semaine
 E. une fois par mois
 F. une ou deux fois pendant la saison
 G. ne se rappelle pas

4. Sur la base du modèle «PO-3», quelle est votre portion habituelle de BÉLUGA?

Inscrire le nombre sous la rubrique «portion habituelle» NOTE : s'il y a quelque doute, veuillez noter l'information sous la rubrique «commentaires».

Définition des saisons

HIVER : mi-novembre, décembre, janvier, février et mars
 PRINTEMPS : avril, mai et juin
 ÉTÉ : juillet et août
 AUTOMNE : septembre, octobre jusqu'à mi-novembre

ALIMENTS NATURELS	OUI NON	SAISON					FRÉQUENCE	PORTION HABITUELLE	COMMENTAIRES
		HIV	PRI	ÉTÉ	AUT	NSP			
1 Béluga (frais, congelé ou cuit)								PO-3	
2 Béluga (séché)								PO-3	
3 Foie de béluga								PO-3	
4 Blanc de béluga (y compris le misirak)								TASSE	
5 Peau de béluga								PO-3	
6 Phoque (frais, congelé ou cuit)								PO-3	
7 Phoque (séché)								PO-3	
8 Foie de phoque								PO-3	
9 Gras de phoque (y compris le misirak)								PO-3	
10 Caribou (frais, congelé ou cuit)								PO-3	
11 Caribou (séché)								PO-3	
12 Muktuk								PO-3	
13 Lapin								PO-3	
14 Baleine, narval								PO-3	
15 Morse								PO-3	
16 Oie et canard (frais, congelés ou cuits)								PO-3	
17 Oie et canard (séchés)								BLANC	
18 Lagopède (<i>ptarmigan</i>)								CHACUN	
19 Omble chevalier (frais, congelé ou cuit)								PO-3	
20 Omble chevalier (séché)								PO-3	
21 Saumon (frais, congelé ou cuit)								PO-3	
22 Saumon (séché)								PO-3	
23 Petits fruits sauvages								TASSE	

Numéro de référence : _____

Dans cette deuxième partie du questionnaire de fréquence, j'aimerais savoir si vous avez consommé les aliments suivants, achetés en magasin, mais seulement AU COURS DU DERNIER MOIS.

Commençons par le POULET.

- | | |
|----------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------|
| 1. Avez-vous consommé du POULET au cours du dernier MOIS? | Si NON, inscrire zéro sous la rubrique «mois» et passer à l'aliment suivant. |
| 2. Si OUI, combien de fois avez-vous consommé du poulet au cours du dernier mois? | Inscrire le(s) nombre(s) sous la rubrique appropriée. |
| 3. En combien de ... (morceaux, tranches, verres, etc.) consistait votre portion habituelle? | Inscrire le(s) nombre(s) sous la rubrique «portion habituelle». |

ALIMENTS OU BOISSONS ACHETÉS EN MAGASIN	Combien de fois avez-vous consommé ...			PORTION HABITUELLE	COMMENTAIRES
	FRÉQUENCE				
	PAR JOUR	PAR SEMAINE	PAR MOIS		
24 Poulet (poitrine, cuisse ou entier)				morceau	
25 Poulet pané, frit et congelé (Ex. Flamingo, Schneiders)				morceau	
26 Côtelettes de porc				côtelette	
27 Saucisse de Francfort				morceau	
28 Viandes froides en conserve (Ex. Klik, Prem)				boîte	
29 Viandes froides, tranchées				tranche	
30 Fèves au lard en conserve				boîte	
31 Ragoût de bœuf en conserve				boîte	
32 Pizza, petite Pizza, grande				entière pointe	
33 Bœuf haché ou croquettes de bœuf congelées				croquette	
34 Corned-beef				PO-3	
35 Steak, T-bone				Steak	
36 Saumon rose en conserve				boîte	
37 Sardines en conserve (Ex. Brunswick)				boîte	

Numéro de référence : _____

ALIMENTS OU BOISSONS ACHETÉS EN MAGASIN	Combien de fois avez-vous consommé ...			PORTION HABITUELLE	COMMENTAIRES
	FRÉQUENCE				
	PAR JOUR	PAR SEMAINE	PAR MOIS		
38 Bâtons de poisson congelés				bâton	
39 Beurre d'arachides				cuillerée	
40 Tranches de fromage				tranche	
41 Fromage cheddar				tranche	
42 Oeufs				oeuf	
43 Bannock				morceau	
44 Pain blanc				tranche	
45 Pain de blé entier				tranche	
46 Macaroni au fromage (Ex. Kraft Dinner)				PO-3	
47 Flocons d'avoine				PO-3	
48 Riz, macaroni et spaghetti				PO-3	
49 Gâteaux, beignes et tartes				morceau	
50 Biscuits Pilot				biscuit	
51 Biscuits				biscuit	
52 Boisson gazeuse (Ex. Coke, 7-up)				verre	
53 Tang				verre	
54 Jus de pomme ou d'orange pur, congelé (Ex. McCain)				verre	
55 Patates frites (consommées à la maison)				PO-3	
56 Croustilles (chips)				sac de 200 gr.	
57 Pommes de terre en purée Carnation/Sheriff				PO-3	
58 Pommes de terre fraîches, cuites				pomme de terre	
59 Carottes (fraîches, en conserve ou congelée)				PO-3	
60 Tomates en conserve				PO-3	
61 Maïs en conserve				PO-3	
62 Fruits en conserve				tasse	
63 Fruit frais (Ex. pomme, banane)				fruit	

Numéro de référence : _____

ALIMENTS OU BOISSONS ACHETÉS EN MAGASIN	Combien de fois avez-vous consommé ...			PORTION HABITUELLE	COMMENTAIRES
	FRÉQUENCE				
	PAR JOUR	PAR SEMAINE	PAR MOIS		
64 Saindoux (en tartine ou en trempette)				cuillerée à table	
65 Quelle sorte de lait prenez-vous habituellement dans le thé ou le café?					
a. lait entier frais				cuillerée à table	
b. lait frais 2 % / lait U.H.T.(Grand Pré)				cuillerée à table	
c. lait entier en poudre (Canada Boy)				cuillerée à table	
d. lait écrémé en poudre (Carnation)				cuillerée à table	
e. lait concentré, dilué				cuillerée à table	
f. lait concentré, non dilué				cuillerée à table	
g. Coffeemate				cuillerée à table	
h. ne boit pas de thé, ni de café					
i. n'utilise pas de lait, ni de crème					
66 Quelle sorte de lait prenez-vous habituellement avec vos céréales?					
a. lait entier frais				verre	
b. lait frais 2 % / lait U.H.T.(Grand Pré)				verre	
c. lait entier en poudre (Canada Boy)				verre	
d. lait écrémé en poudre (Carnation)				verre	
e. lait concentré, dilué				verre	
f. lait concentré, non dilué				verre	
g. ne mange pas de céréales					
67 Quelle sorte de lait buvez-vous habituellement?					
a. lait entier frais				verre	
b. lait frais 2 % / lait U.H.T.(Grand Pré)				verre	
c. lait entier en poudre (Canada Boy)				verre	
d. lait écrémé en poudre (Carnation)				verre	
e. lait concentré, dilué				verre	
f. lait concentré, non dilué				verre	
g. ne boit pas de lait, ni de crème					