

liiyiu Aschii



Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé

Juin 2008

Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
 ᑕᑕᑦ ᑕᑦᑎᑦ ᑕᑦᑎᑦ ᑕᑦᑎᑦ ᑕᑦᑎᑦ ᑕᑦᑎᑦ ᑕᑦᑎᑦ
 Cree Board of Health and Social Services of James Bay

**Institut national
de santé publique**

Québec

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1
Iiyiyiu Aschii, 2003

Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé

AUTEURS

Nathalie Auger

Études et analyses de l'état de santé de la population, direction Recherche, formation et développement

Institut national de santé publique du Québec

Gilles Légaré

Université du Québec à Rimouski &

Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement

Institut national de santé publique du Québec

ÉDITION ET COORDINATION

Gilles Légaré, Marie-Anne Kimpton et Mélanie Anctil
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

ANALYSES STATISTIQUES

Denis Hamel
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

AVEC LA COLLABORATION DE

Jill Torrie, Yv Bonnier-Viger, Marcellin Gangbè, Elena Kuzmina et Pierre Lejeune
Direction de santé publique
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

LECTEUR

Sylvain Leduc
Agence de la santé et des services sociaux du Bas-Saint-Laurent

TRADUCTION

Matthieu Trudeau

MISE EN PAGE

Line Mailloux
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

PUBLICATION

Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
Institut national de santé publique du Québec

*Ce document est disponible en version intégrale
sur le site Web du CCSSBJ au www.creepublichealth.org
et sur le site Web de l'INSPQ au www.inspq.qc.ca*

*Reproduction autorisée à des fins non commerciales
à la condition d'en mentionner la source.*

Photo : George Diamond
Conception graphique : Katya Petrov

Document déposé à Santécom (<http://www.santecom.qc.ca>)
Dépôt légal – 2^e trimestre 2008
Bibliothèque et Archives nationales du Québec
Bibliothèque et Archives Canada
ISBN : 978-2-550-52906-4 (PDF)
© Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (2008)

TABLE DES MATIÈRES

AVANT-PROPOS.....	2
MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES (ESCC), CYCLE 2.1, IYIYIU ASCHII, 2003	2
INTRODUCTION.....	3
1. EXPÉRIENCES MATERNELLES ET DÉPISTAGE DU CANCER.....	3
Aspects méthodologiques.....	3
1.1 Allaitement	4
1.2 Prise d'acide folique	6
1.3 Tabagisme pendant la grossesse	7
1.4 Consommation d'alcool pendant la grossesse	8
1.5 Dépistage du cancer chez les femmes.....	8
1.6 Vue d'ensemble de la section 1	10
2. VACCINATION ANTIGRIPPALE ET EXAMEN MÉDICAL	10
Aspects méthodologiques.....	11
2.1 Vaccination antigrippale.....	11
2.2 Examen médical	12
2.3 Vue d'ensemble de la section 2	12
3. CHANGEMENTS APPORTÉS POUR AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ ET PRÉVENTION EN MATIÈRE DE COMPORTEMENTS SEXUELS	13
Aspects méthodologiques.....	13
3.1 Changements apportés pour améliorer l'état de santé.....	13
3.2 Prévention en matière de comportements sexuels	15
3.3 Vue d'ensemble de la section 3	15
RÉFÉRENCES.....	16
ANNEXE.....	18

AVANT-PROPOS

Ce fascicule présente les résultats d'une enquête de santé menée en 2003 auprès des ménages de la région d'Iiyiyiu Aschii¹. Une enquête similaire avait été réalisée par Santé Québec dans la région en 1991 (Santé Québec, 1994). Après plus de dix ans, il devenait indispensable pour la Direction de santé publique du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) de disposer d'un nouveau portrait de l'état de santé de sa population. L'enquête de 2003 avait donc pour objectif de fournir des renseignements à jour sur les principaux problèmes de santé et leurs déterminants afin de mieux planifier, administrer et évaluer les divers programmes sociaux et sanitaires de la région.

Depuis 2001, la *Loi sur la santé publique* attribue aux directions de santé publique du Québec le mandat de mener des enquêtes périodiques pour évaluer l'état de santé de leur population. Pour remplir ce mandat, les régions sociosanitaires de la province – à l'exception d'Iiyiyiu Aschii et du Nunavik – participent depuis 2000-2001 à l'*Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes* (ESCC) menée par Statistique Canada.

En 2003, la Direction de santé publique d'Iiyiyiu Aschii a décidé de se greffer à cette vaste démarche déjà en cours dans l'ensemble du Canada, et de conduire une enquête de type ESCC sur son territoire (Statistique Canada, 2003). Étant donné qu'elle fait partie du réseau du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec (MSSS), la Direction de santé publique du CCSSSBJ a pu bénéficier de l'expertise de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) pour la coordination de l'analyse des résultats. La rédaction des fascicules a été confiée à différents professionnels du réseau québécois de la santé et de la Direction de santé publique d'Iiyiyiu Aschii, ainsi qu'à des intervenants du milieu universitaire. Les analyses dévoilées présentent à la fois les résultats de divers aspects de la santé des résidents d'Iiyiyiu Aschii, mais offrent aussi des comparaisons avec les données de 1991 pour la région, et les données de 2003 pour le reste du Québec (Santé Québec, 1994; Statistique Canada, 2003). Les analyses s'adressent à tous les intervenants (professionnels, administrateurs, planificateurs et chercheurs) intéressés par l'état de santé des résidents d'Iiyiyiu Aschii.

Dix fascicules ont ainsi été produits dans le cadre de cette enquête :

- Caractéristiques démographiques et sociales de la population habitant Iiyiyiu Aschii

- Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel
- L'usage de la cigarette
- Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et participation aux jeux de hasard et d'argent
- Pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé
- État de santé, espérance de vie et limitation des activités
- Blessures et sécurité dans les transports
- Santé mentale
- Utilisation et appréciation des services de santé
- Méthodes de l'enquête.

Enfin, un dernier fascicule, les *Faits saillants de l'enquête*, présente brièvement l'ensemble des résultats de cette enquête sanitaire.

La réalisation de cette enquête a été rendue possible grâce à la participation de nombreux collaborateurs tout au long de son déroulement. Mentionnons notamment la contribution de Mme Jill Elaine Torrie, directrice des services spécialisés, et de M. Yv Bonnier-Viger, directeur de la santé publique du Conseil cri, lors des étapes de planification et de réalisation sur le terrain. Nous désirons aussi remercier la population crie dont on doit souligner la participation exceptionnelle.

MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE SUR LA SANTÉ DANS LES COLLECTIVITÉS CANADIENNES (ESCC), CYCLE 2.1, IYIYIU ASCHII, 2003

Cette enquête a été effectuée au cours de l'été 2003 auprès d'un échantillon représentatif des résidents de 12 ans et plus des neuf communautés d'Iiyiyiu Aschii : Chisasibi, Eastmain, Mistissini, Nemiscau, Oujé-Bougoumou, Waskaganish, Waswanipi, Wemindji, Whapmagoostui.

L'échantillon prévu de 1 000 personnes a été choisi au hasard parmi les résidents des ménages privés de la région. L'échantillon final inclut à la fois des résidents autochtones et non autochtones. La majorité des entrevues (85 %) ont été réalisées en face-à-face à l'aide d'un questionnaire assisté par ordinateur. Les personnes absentes lors de la première vague de collecte de données au cours de l'été 2003 ont été interviewées par téléphone à la fin de l'automne 2003.

¹ L'appellation crie *Iiyiyiu Aschii* est utilisée tout au long du texte et désigne la région sociosanitaire des Terres-Cries-de-la-Baie-James.

La participation à cette enquête est élevée : des 646 ménages sélectionnés, 581 ont accepté de participer à l'enquête (90 %). Parmi ces ménages, 920 personnes éligibles sur les 1 074 (86 %) ont accepté de répondre aux questionnaires. Le taux de réponse combiné s'élève ainsi à 78 %. Les résultats de l'enquête ont été ajustés en fonction de la population de 12 ans et plus de la région d'Iiyiyiu Aschii faisant partie d'un ménage privé; ce qui exclut les personnes vivant en institution, telles les résidences pour personnes âgées. Notons que cette recherche exclut aussi les enfants de moins de 12 ans. Toutes les données présentées dans ce document ont été pondérées afin de pouvoir les inférer à l'ensemble de la population.

Comme les données proviennent d'un échantillon, elles comportent une erreur d'échantillonnage dont on doit tenir compte. Un coefficient de variation (CV) a pour cette raison été utilisé afin de quantifier la précision des estimés et les barèmes de Statistique Canada ont été utilisés pour en qualifier la précision. La présence d'un astérisque «*» accompagnant une estimation signifie que cette dernière a une estimation marginale (CV entre 16,6 % et 33,3 %). Les estimés dont la précision était jugée inacceptable (CV > 33,3 %), ou ceux dont le nombre de répondants était inférieur à 10, ont été supprimés et remplacés par les lettres « NP ».

Les analyses statistiques concernant les comparaisons entre les sexes, groupes d'âge ou sous-régions ont été effectuées au seuil α de 0,05. Les comparaisons avec l'ensemble du Québec ont, pour leur part, été ajustées afin de prendre en compte les différences entre la structure d'âge de la population d'Iiyiyiu Aschii et celle du reste du Québec; ces comparaisons ont été effectuées au seuil α de 0,01 (Statistique Canada, 2003).

Lorsque les questions posées étaient semblables, les résultats de l'enquête ont pu être comparés avec ceux de l'enquête menée dans la région en 1991 (Santé Québec, 1994). Compte tenu des différences entre les méthodes d'échantillonnage des deux enquêtes, ces comparaisons ne concernent cependant que les Cris âgés de 15 ans et plus et incluent un ajustement des proportions qui tient compte de cette modification dans la structure d'âge de la population. Seules les données brutes sont toutefois présentées dans le texte afin d'éviter toute confusion possible avec les proportions ajustées.

Pour plus de détails concernant les aspects méthodologiques de l'enquête, veuillez consulter le fascicule intitulé *Méthodes de l'enquête*.

INTRODUCTION

Ce fascicule regroupe des informations sur trois aspects relatifs à différents comportements préventifs adoptés, ou non, par les résidents d'Iiyiyiu Aschii en matière de santé. La première section de ce document s'intéresse aux pratiques des femmes entourant la grossesse, telles que l'allaitement du nourrisson, la prise d'acide folique, l'utilisation du tabac et la consommation d'alcool. Sont également abordés dans cette section, l'utilisation du test pour le dépistage du cancer du col de l'utérus ainsi que les examens de dépistage du cancer du sein pour l'ensemble des femmes adultes. La seconde section porte sur la vaccination antigrippale ainsi que sur le recours à l'examen médical annuel pour l'ensemble de la population de la région. La troisième et dernière section s'intéresse à l'adoption de comportements individuels susceptibles d'améliorer sa santé et aborde en terminant certains aspects préventifs liés à la sexualité.

1. EXPÉRIENCES MATERNELLES ET DÉPISTAGE DU CANCER

La grossesse et la première enfance sont des périodes cruciales du développement des individus. Plusieurs mesures préventives peuvent être introduites et appliquées lors de la maternité. Une mère sera d'ailleurs plus encline à adopter de nouveaux comportements de vie bénéfiques à la fois pour elle et pour son nourrisson au cours de cette période.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

Les questions concernant la grossesse et l'allaitement proviennent du module Expériences maternelles et s'adressaient aux femmes âgées de 15 à 55 ans ayant donné naissance à au moins un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête. Ces questions abordaient la prise d'acide folique pendant la grossesse, la durée de l'allaitement ainsi que la consommation de tabac et d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement.

Les données au sujet de la durée de l'allaitement ou de l'allaitement exclusif sont présentées en fonction des recommandations publiées par l'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2003). Il est aussi à noter que les questions sur la consommation d'alcool sondaient la fréquence de la consommation mais pas la quantité consommée. Les questions portant sur la consommation de tabac ou d'alcool sont par ailleurs sujettes à un biais d'information ainsi qu'à un biais de désirabilité sociale. Ces biais sont généralement observés dans les enquêtes portant sur la consommation de telles substances pour lesquelles les répondants ont tendance à sous-estimer la fréquence de leurs comportements ainsi que les quantités

consommées (Sobell & Sobell, 2003). Il est également probable que les autres comportements préventifs mesurés ici soient affectés, dans une moindre mesure cependant, par ces biais.

Les questions touchant le dépistage du cancer du col de l'utérus proviennent du module Test PAP et s'adressaient aux femmes âgées de 18 ans et plus. Les résultats concernant le dépistage du cancer du sein sont tirés du module Mammographie et touchaient les femmes de 40 ans et plus. Ces résultats sont présentés pour les femmes de 40 ans et plus et celles de 50 ans et plus, soit celles auxquelles s'adressent plus spécifiquement les programmes de dépistage.

1.1 ALLAITEMENT

En 2003, 38 % des femmes de 15 à 55 ans résidant dans la région d'Iiyiyiu Aschii avaient donné naissance à au moins un enfant au cours des cinq années précédant l'enquête, soit un taux plus de deux fois supérieur à celui du reste du Québec (14 %). Deux tiers des femmes de 25 à 34 ans (64 %) et près de la moitié (44 %) des femmes de 15 à 24 ans d'Iiyiyiu Aschii ont donné naissance au cours des cinq années précédant l'enquête. Le nombre de femmes de 35 ans et plus ayant donné naissance au cours de cette période était nettement inférieur (15 %). D'autre part, les probabilités de naissance au cours des cinq années précédant l'enquête étaient deux fois plus élevées (49 %) chez les femmes ayant un niveau de scolarité plus faible que chez les plus scolarisées (23 %) ou les femmes ayant un niveau de scolarité intermédiaire² (29 %) (Tableau 1).

² Le niveau de scolarité a été défini fonction du nombre d'années d'études. La catégorie « peu scolarisé » équivaut à moins de 7 années d'études (moins que le Secondaire 1). La catégorie « moyennement scolarisé » correspond à entre 7 et 11 années d'études (études secondaires complétées ou partiellement complétées). La catégorie « plus scolarisé » équivaut à 12 années d'études ou plus (soit quelques années d'études collégiales ou postsecondaires complétées).

Tableau 1

Proportion de femmes de 15 à 55 qui ont donné naissance au cours des cinq années précédant l'enquête par groupe d'âge et niveau de scolarité (%), Iiyiyiu Aschii, 2003

Total	37,7
Groupe d'âge	
15-24 ans	44,0
25-34 ans	64,1
35-55 ans	14,7
Scolarité	
Peu scolarisé	48,6
Moyennement scolarisé	29,4*
Plus scolarisé	23,4*

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

L'ESCC de 2003 posait aux mères d'Iiyiyiu Aschii plusieurs questions sur les mesures de santé préventives, axées sur quatre thématiques principales : l'allaitement, la prise d'acide folique, l'utilisation du tabac et la consommation d'alcool. Chacune de ces thématiques est abordée à tour de rôle. La question du dépistage du cancer chez les femmes est abordée ultérieurement dans la présente section.

L'allaitement constitue une source optimale d'alimentation pour assurer la croissance et le développement des nouveau-nés. L'Organisation mondiale de la santé (OMS, 2003) recommande d'allaiter les nourrissons au moins pendant les deux premières années de vie. Les six premiers mois devraient être réservés à l'allaitement exclusif, les aliments complémentaires étant introduits par la suite. L'allaitement exclusif et illimité dès la naissance assure une production de lait adéquate et n'est contre indiqué qu'en présence de quelques troubles médicaux (OMS, 2003).

L'ESCC de 2003 demandait aux mères si elles avaient ou non allaité leur nourrisson, la durée de l'allaitement, les motifs de non-allaitement ou de suspension de l'allaitement et si elles avaient eu recours à l'allaitement exclusif.

Un cinquième des mères n'allaitent pas

La majorité des mères vivant dans la région d'Iiyiyiu Aschii et qui ont donné naissance au cours des cinq années précédant l'enquête ont allaité ou tenté d'allaiter leur nourrisson (81 %) (Tableau 2). Cette proportion de mères qui ont allaité est semblable à celle que l'on

dénote dans le reste du Québec. Mais contrairement à une proportion uniforme selon les groupes d'âge pour le reste du Québec, plus les mères crient sont âgées, moins elles sont enclines à allaiter. De fait, 74 % des mères d'Iiyiyiu Aschii de 35 à 55 ans allaitent comparativement à 88 % chez les mères de 15 à 24 ans. D'autre part, les mères de plus faible niveau de scolarité tendent à allaiter en moins grand nombre.

Tableau 2

Proportion d'allaitement du dernier nourrisson par groupe d'âge et niveau de scolarité (%), chez les femmes de 15 à 55 ans qui ont donné naissance au cours des cinq années précédant l'enquête Iiyiyiu Aschii, 2003

Total	81,2
Groupe d'âge	
15-24 ans	88,3
25-34 ans	79,1
35-55 ans	74,4
Scolarité	
Peu scolarisé	76,2
Moyennement scolarisé	87,0
Plus scolarisé	100,0*

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Si un cinquième des enfants ne sont pas allaités, il est encourageant de noter que l'allaitement gagne du terrain au fil des ans. Selon l'étude menée par Santé Québec en 1991, seulement 64 % des mères crient allaitaient leur nourrisson (Santé Québec, 1994).

Motifs invoqués pour ne pas allaiter

Parmi les femmes qui ont accouché au cours des cinq années précédant l'enquête, certaines citent des motifs personnels (40 %) et médicaux (48 %) pour expliquer qu'elles n'allaitent pas ou ne souhaitent pas allaiter (données non présentées). Les motifs personnels invoqués relèvent de la croyance que l'alimentation au biberon est plus simple ou que l'allaitement naturel présente peu d'attrait. Il conviendrait donc de promouvoir l'allaitement comme mesure facile et souhaitable permettant d'améliorer les taux d'allaitement parmi les Cries. Parmi les autres motifs cités moins fréquemment, notons la croyance voulant que les préparations pour nourrissons soient aussi avantageuses que le lait maternel, la nécessité de réintégrer le marché du travail ou de retourner aux études et un père ou un partenaire qui refuse que la mère allaite. Les motifs médicaux invoqués pour ne pas allaiter relèvent avant tout d'une chirurgie (césarienne), d'une naissance prématurée et de troubles médicaux chez la mère ou le

nourrisson. L'allaitement après une césarienne n'étant aucunement contre-indiqué, l'on pourrait envisager de promouvoir l'allaitement après une césarienne pour rehausser les taux d'allaitement.

Rares sont les mères qui allaitent suffisamment longtemps

Si Santé Canada recommandait au moment de l'enquête que l'allaitement des nourrissons se poursuive jusqu'à l'âge d'un an, la recommandation actuelle s'inspire de l'Organisation mondiale de la santé qui recommande que le nourrisson soit allaité pendant au moins les deux premières années de vie (Millar & Maclean, 2005). Les mères d'Iiyiyiu Aschii ne répondent pas à ces deux objectifs. Seul un tiers (32 %) des mères qui allaitent le font pendant six mois ou plus. Près de la moitié d'entre elles (47 %) allaitent sur une période d'un à six mois tandis que 22 % le font pendant moins d'un mois. (Tableau A1, annexe). D'autre part, un nombre beaucoup plus élevé (41 %) de mères québécoises que de mères crient d'Iiyiyiu Aschii allaitent pendant plus de six mois.

Si l'allaitement a gagné du terrain dans la région au cours de la dernière décennie, l'on ne sait vraiment si la durée de l'allaitement a augmenté. De fait, la comparaison des données actuelles à celles obtenues en 1991 dans le cadre de l'enquête de Santé Québec donne à penser que la durée de l'allaitement a diminué au fil des ans (Santé Québec, 1994). En 1991, la moitié des mères qui allaitaient le faisaient pendant six mois ou plus (53 %) comparativement à seulement un tiers en 2003. Plus de mères semblent allaiter pendant six mois ou moins en 2003 que dix ans auparavant. Il convient cependant d'interpréter ces données avec circonspection en raison de la différence des libellés des questions posées dans le cadre des enquêtes de 1991 et 2003.

Les jeunes mères cessent d'allaiter trop rapidement

Dans la région d'Iiyiyiu Aschii, les mères qui allaitent leur nourrisson pendant quatre mois ou plus tendent à être plus âgées (66 % des 25 à 34 ans). Par comparaison, seuls 36 % ou près d'un tiers des mères de 15 à 24 ans allaitent pendant quatre mois ou plus (Tableau A1, annexe). D'autre part, il semble que les mères plus scolarisées soient davantage enclines (62 %) à allaiter pendant quatre mois ou plus que les mères moins scolarisées (46 %).

Motifs invoqués pour interrompre l'allaitement

Quand on leur demande pourquoi elles ont cessé d'allaiter, la majorité des mères (55 %) citent des troubles d'allaitement (quantité insuffisante de lait maternel, complication ou fatigue liée à l'allaitement,

difficultés techniques à allaiter ou autosevrage du nourrisson). Près de 15 % des mères cessent d'allaiter pour des motifs médicaux. Le sevrage est planifié dans 23 % des cas, essentiellement en raison du retour de la mère au travail ou aux études (données non présentées).

Allaitement exclusif

L'Organisation mondiale de la santé définit l'allaitement exclusif comme une alimentation exclusivement à base de lait maternel, complétée par l'apport de vitamines, de minéraux et de médicaments. Eau, substituts de lait maternel et autres aliments liquides ou solides sont exclus (Millar & Maclean, 2005). L'on recommande l'allaitement exclusif en raison de ses effets bénéfiques sur la santé à la fois du nourrisson et de la mère. L'allaitement exclusif est associé chez le nourrisson à un moindre risque de maladies gastro-intestinales et respiratoires infectieuses, de mort subite du nourrisson et d'affections allergiques. L'allaitement exclusif serait également lié à un meilleur développement neurocognitif et offrirait une meilleure protection contre les maladies chroniques de longue durée telles que diabète et obésité. Il contribuerait d'autre part à protéger la mère contre le cancer du sein, le cancer de l'ovaire et l'ostéoporose. Cette protection serait proportionnelle à la durée et au degré d'exclusivité de l'allaitement (Kramer & Kakuma, 2002).

Santé Canada recommandait, au moment de l'enquête ESCC de 2003, l'allaitement exclusif des nourrissons pendant les quatre premiers mois de vie. Aux fins d'harmonisation avec les directives de l'Organisation mondiale de la santé, l'Association canadienne de santé publique recommande dorénavant l'allaitement exclusif du nourrisson pendant six mois (Millar & Maclean, 2005). La proportion de nourrissons d'Iiyiyiu Aschii allaités exclusivement ne répond ni à l'ancien ni au nouvel objectif canadien. Plus de la moitié des nourrissons (57 %) ne bénéficient pas d'un allaitement exclusif au cours des quatre premiers mois de leur vie et trois quarts des nourrissons (72 %) ne sont pas allaités de manière exclusive pendant les six premiers mois. Après ajustement en fonction de l'âge des mères, ces chiffres sont sensiblement les mêmes que pour le reste du Québec (Tableau A2, annexe).

Lien entre allaitement exclusif, âge et éducation

Comparativement aux mères de 15 à 24 ans, les mères plus âgées de 35 à 55 sont davantage enclines à ne pas recourir à l'allaitement exclusif au cours des quatre premiers mois (78 % c. 51 %) (Tableau A2, annexe). L'on dénote également un écart entre les mères de plus de 35 ans et celles qui ont entre 25 et 34 ans (78 % c. 54 % respectivement ne pratiquent pas l'allaitement

exclusif pendant les quatre premiers mois). La situation est sensiblement la même en ce qui concerne l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois ; 89 % des mères de plus de 35 ans comparativement à 64 % des mères âgées de 15 à 24 ans ne pratiquent pas l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois. Même dans le cas de nourrissons âgés d'un mois, les mères plus âgées sont deux fois plus nombreuses (60 %) que les mères de moins de 25 ans (33 %) à ne pas pratiquer l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois. L'éducation est également un facteur important, particulièrement à l'âge d'un mois, alors que 84 % des mères de niveau de scolarité élevé pratiquent l'allaitement exclusif. À titre comparatif, seulement 57 % des mères de scolarité moyenne ou faible pratiquent l'allaitement exclusif.

Il est toutefois encourageant de noter que malgré les tendances rapportées chez les mères plus âgées et moins scolarisées, l'allaitement exclusif est plus populaire dans la région d'Iiyiyiu Aschii qu'ailleurs au Québec. À titre d'exemple, 28 % des mères de 25 à 34 ans d'Iiyiyiu Aschii pratiquent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois comparativement à seulement 11 % ailleurs au Québec. Parallèlement, 29 % des mères de faible niveau de scolarité vivant dans la région d'Iiyiyiu Aschii pratiquent l'allaitement exclusif pendant les six premiers mois comparativement à 8 % ailleurs au Québec (données non présentées).

1.2 PRISE D'ACIDE FOLIQUE

Les anomalies du tube neural sont des malformations congénitales qui surviennent en début de grossesse. Des études ont démontré que la prise d'acide folique en quantité suffisante peut contribuer à réduire de manière significative les risques d'anomalies du tube neural *in utero* (Van Allen, McCourt & Lee, 2002). Si l'acide folique est naturellement présent dans des aliments tels que légumes et fruits frais, ces sources alimentaires ne fournissent pas les quantités d'acide folique requises par l'organisme. Les autorités canadiennes recommandent depuis 1998 l'enrichissement de la farine blanche, des pâtes et de la semoule de maïs pour accroître l'apport alimentaire d'acide folique (Van Allen *et al.*, 2002). Malheureusement, l'enrichissement des produits alimentaires ne suffit pas à augmenter les concentrations d'acide folique aux concentrations jugées efficaces selon les études épidémiologiques. La prise d'acide folique par voie orale est par conséquent recommandée (Van Allen *et al.*, 2002). D'autre part, les habitudes alimentaires des Cris étant différentes de celles des autres Canadiens, l'apport complémentaire est particulièrement important pour les Cris.

36 % des mères d'Iiyiyiu Aschii qui ont donné naissance au cours des cinq années précédant l'enquête ont eu recours à la prise d'acide folique au cours de leur grossesse. Si ces chiffres ne sont pas très différents de ceux qui s'appliquent au reste du Québec, ils semblent indiquer une consommation insuffisante d'acide folique chez les Cris, ce qui est préoccupant. La prise d'acide folique par les mères ne varie cependant pas de façon importante selon le groupe d'âge. La scolarisation semble être le facteur déterminant de la prise d'acide folique. Il semble que les mères plus scolarisées soient davantage enclines (51 %) que les moins scolarisées (31 %) à prendre de l'acide folique (données non présentées).

1.3 TABAGISME PENDANT LA GROSSESSE

Le tabagisme pendant la grossesse n'est pas sans conséquence. Les nourrissons nés de mères qui fument pendant la grossesse peuvent avoir un poids insuffisant à la naissance et tendent à être de plus petite taille pour un âge gestationnel donné. Les risques d'accouchement d'un mort-né, de mort néonatale et de mort subite du nourrisson sont également plus élevés (Samet & Yoon 2001). L'allaitement semble d'autre part moins fréquent ou de plus courte durée chez les mères qui fument. Les mères fumeuses qui allaitent peuvent également produire moins de lait maternel que les mères non-fumeuses (Samet & Yoon, 2001). D'autre part, la fumée secondaire indirecte peut avoir des répercussions sur la santé du nourrisson, dont des otites, de l'asthme ou une fonction respiratoire diminuée (Samet & Yoon, 2001). L'ESCC de 2003 comportait des questions sur l'utilisation de tabac pendant la grossesse et la période d'allaitement ainsi que sur l'exposition à la fumée secondaire indirecte.

Plus de la moitié des jeunes mères fument pendant leur grossesse

En 2003, 36 % de l'ensemble des mères d'Iiyiyiu Aschii ont consommé du tabac lors de leur dernière grossesse. L'âge est une variable déterminante de la consommation de tabac lors de la grossesse. Plus de la moitié (58 %) des jeunes mères de 15 à 24 ans ont consommé du tabac lors de leur dernière grossesse (Tableau A3, annexe). Les mères de 25 à 34 ans ont consommé moins de tabac que les plus jeunes (28 %). L'éducation est également un facteur lié au tabagisme pendant la grossesse. Il semble y avoir plus de mères hautement scolarisées (80%) que de mères moins scolarisées (59%) qui ne fument pas pendant la grossesse.

Le tabagisme pendant la période d'allaitement est également répandu

L'ESCC de 2003 entendait également déterminer la fréquence quotidienne d'utilisation du tabac chez les mères qui allaitaient. Seulement 66 % des mères qui allaitaient ne fumaient pas. Ici encore le statut de fumeur varie selon l'âge. Si trois quarts des mères de 25 à 34 ne fumaient pas, seulement la moitié (48 %) des mères de moins de 25 ans ne fumait pas. Cela signifie que la moitié des jeunes mères qui allaitent fument. D'autre part, les mères de moins de 25 ans et les mères de 25 à 34 ans sont davantage enclines à fumer pendant l'allaitement (52 % et 24 % respectivement) comparativement aux autres mères québécoises (20 % et 12 % respectivement).

Plusieurs fumeuses cessent de fumer pendant la grossesse

60 % des mères qui avaient l'habitude de fumer n'ont pas fumé lors de leur dernière grossesse et 63 % d'entre elles n'ont pas fumé pendant la période d'allaitement. Ici encore, les mères de 25 à 34 ans qui allaitaient étaient les plus enclines à ne pas fumer (72 %) comparativement aux mères plus jeunes (48 %) (données non présentées).

Malheureusement, l'enquête ESCC n'établissait aucune distinction entre les mères qui ont cessé de fumer en raison de leur grossesse et celles qui ont cessé de fumer pour d'autres motifs avant d'être enceintes. De fait, il est généralement reconnu que la grossesse est une période qui incite bon nombre de femmes à cesser de fumer. Il est par conséquent permis de croire que plusieurs des mères d'Iiyiyiu Aschii qui ont cessé de fumer l'ont fait en raison de leur grossesse. Dans les faits, les données confirment la théorie voulant que la grossesse soit la période toute indiquée pour inciter les mères d'Iiyiyiu Aschii à cesser de fumer.

Les mères qui ont cessé de fumer n'ont pas recommencé à fumer après l'accouchement

Compte tenu d'une proportion de mères non-fumeuses relativement constante entre la grossesse (60 %) et la période d'allaitement après l'accouchement (63 %), il semble que les mères qui ont cessé de fumer au cours de leur grossesse n'aient pas recommencé à fumer pendant la période d'allaitement. D'autre part, on ne dénote pas d'augmentation de la consommation du tabac selon les différents groupes d'âge. Le tabagisme semble même avoir diminué chez les jeunes mères qui allaitent. Il semble donc que la décision des mères d'Iiyiyiu Aschii de cesser de fumer au moment de la grossesse se prolonge au-delà de cette période, peu importe le groupe d'âge. La période de grossesse est donc le moment tout

indiqué d'inciter les mères à cesser de fumer puisque cela peut mener à des changements de comportement à long terme.

Exposition fréquente à la fumée secondaire indirecte

La fumée secondaire indirecte est de plus en plus considérée comme une voie importante d'exposition au tabac. Un nombre important (29 %) de mères d'Iiyiyiu Aschii sont régulièrement exposées à la fumée secondaire indirecte au cours de leur grossesse et des six premiers mois suivant l'accouchement. Les mères de moins de 25 ans ont deux fois plus de chances d'être exposées à la fumée secondaire indirecte (42 %) que les mères de plus de 25 ans (24 %) (données non présentées).

1.4 CONSOMMATION D'ALCOOL PENDANT LA GROSSESSE

La consommation d'alcool par les mères au cours de la grossesse a de nombreuses répercussions sur le fœtus et par conséquent sur la mère, le nourrisson, la famille et la collectivité. Le syndrome d'alcoolisme fœtal (SAF) est le terme utilisé pour décrire la gamme des effets menant à des déficiences physiques et mentales et à des troubles comportementaux et d'apprentissage à long terme pour la progéniture. Le SAF résulte de la consommation d'alcool pendant la grossesse et peut par conséquent être entièrement évité (Chudley *et al.*, 2005).

Certaines études canadiennes rapportent un taux plus élevé de SAF au sein des collectivités des Premières nations (Chudley *et al.*, 2005). Aucune étude ne s'est jusqu'à maintenant penchée sur le taux de SAF parmi les Cris du Québec. L'ESC de 2003 interrogeait toutefois les mères sur la consommation d'alcool pendant la grossesse et l'allaitement.

La consommation d'alcool chez les jeunes mères soulève des inquiétudes

La majorité des mères affirme n'avoir pas consommé d'alcool durant la grossesse (85 %) et l'allaitement (89 %) (Tableau 3). Malheureusement, les chiffres sont moins flatteurs chez les mères de moins de 25 ans, seulement 77 % d'entre elles niant avoir consommé de l'alcool au cours de leur grossesse et 82 % pendant la période d'allaitement. D'autre part, par comparaison aux autres mères québécoises, les mères d'Iiyiyiu Aschii de 15 à 24 ans représentent le seul groupe d'âge plus enclin à consommer de l'alcool au cours de la grossesse et de la période d'allaitement. La consommation d'alcool rapportée au cours des 25 dernières années chez les mères crieuses enceintes ou qui allaitent est sensiblement la même que pour les autres mères québécoises. Un peu

plus de la moitié des mères d'Iiyiyiu Aschii qui ont consommé de l'alcool pendant la grossesse l'ont fait moins d'une fois par mois (57 %) (données non présentées). Malheureusement, la structure de l'enquête ne permet pas de déterminer la fréquence de consommation d'alcool chez les mères qui consomment de l'alcool plus d'une fois par mois.

Tableau 3

Proportion des mères qui nient avoir consommé de l'alcool au cours de leur grossesse ou de la période d'allaitement par groupe d'âge (%), chez les femmes de 15 à 55 ans qui ont donné naissance au cours des cinq dernières années, Iiyiyiu Aschii, 2003

Nient avoir consommé de l'alcool au cours de	Grossesse	Allaitement
Total	85,2	89,4
Groupe d'âge		
15-24 ans	77,4	82,4
25-34 ans	87,4	90,9
35-55 ans	92,8	100,0

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

1.5 DÉPISTAGE DU CANCER CHEZ LES FEMMES

Les types de cancer considérés comme les plus facilement évitables chez les femmes sont le cancer du col de l'utérus et le cancer du sein. L'ESCC de 2003 comportait plusieurs questions destinées aux femmes sur le dépistage de ces deux types de cancer.

1.5.1 Dépistage du cancer du col de l'utérus

L'Institut national du cancer du Canada (INCC) a rapporté en 2001 340 nouveaux cas de cancer du col de l'utérus pour un taux d'incidence de 8 cas par 100 000 femmes. Après le cancer du sein, le cancer du col de l'utérus est le deuxième type de cancer le plus mortel chez les femmes de 20 à 44 ans (SCC & INCC, 2005). Le cancer du col de l'utérus peut cependant être évité par un dépistage hâtif. Le test PAP est la méthode de dépistage utilisée pour détecter les signes précurseurs du cancer du col de l'utérus. Il n'existe pour le moment aucun programme structuré québécois de dépistage. L'on recommande cependant un test annuel de dépistage chez les femmes sexuellement actives ou qui ont atteint l'âge de 18 ans. L'on recommande après deux frottis négatifs un dépistage à tous les trois ans jusqu'à l'âge de 69 ans (Morrison, 1994).

La plupart des femmes ont passé un test PAP

78 % des femmes de 18 ans et plus d'Iiyiyiu Aschii rapportent avoir passé un test PAP. Deux tiers de toutes

les femmes ont passé un test PAP au cours des trois dernières années précédant l'enquête (45 % au cours de la dernière année précédant l'enquête et 21 % entre un et trois ans avant la tenue de l'enquête). Seulement 12 % des femmes ont passé un test PAP au-delà de la période recommandée de trois ans (Tableau 4). L'âge, le lieu de résidence et le niveau de scolarité n'ont aucune incidence sur le fait d'avoir passé un test PAP au cours des trois années précédant l'enquête. D'autre part, les données issues de l'enquête menée en 1991 par Santé Québec démontrent que la proportion de femmes qui ont passé un test PAP n'a pas évolué depuis les dix dernières années (données non présentées). Près d'un cinquième (22 %) des femmes n'ont jamais passé de test PAP. Les femmes de 65 ans et plus sont celles qui ont le plus tendance à ne pas avoir passé de test PAP (43 %*)³ comparativement aux femmes de 25 à 44 ans (14 %).

Tableau 4

Délai depuis le dernier test PAP (%), femmes de 18 et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Moins d'un an	1 à 3 ans	3 ans ou plus	Jamais
Total	44,8	21,4	12,2	21,6
Groupe d'âge				
18-24 ans	43,8	23,4*	NP	31,1*
25-44 ans	51,3	24,6	10,5*	13,6*
45-64 ans	39,3	19,7*	16,5*	24,5*
65 ans et +	NP	NP	NP	43,4*

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV>33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Motifs invoqués pour ne pas avoir passé de test PAP

La majorité (72 %) des femmes auxquelles l'on demande pourquoi elles n'ont pas passé de test PAP au cours des trois dernières années citent des motifs personnels. L'impression que le test n'est pas nécessaire est le motif le plus souvent invoqué suivi de « pas eu le temps de m'en occuper ». Dédain, crainte et aversion comptaient également parmi les motifs personnels invoqués. Dans 26 % des cas, des femmes ont invoqué des motifs médicaux pour ne pas avoir passé de test PAP (exemples de motifs médicaux invoqués : hystérectomie antérieure, médecin jugeant un test PAP inutile, femme ne pouvant quitter son domicile en raison d'un problème de santé). Les difficultés d'accès au test PAP ne comptaient pas parmi les motifs invoqués. Enfin, il n'y avait pas d'écart

significatif entre les motifs invoqués selon le groupe d'âge ou le niveau de scolarité (données non présentées).

1.5.2 Dépistage du cancer du sein

Le cancer du sein est une cause importante de morbidité et de décès chez les femmes. Le dépistage précoce du cancer du sein se fait par mammographie, un test radiologique. Le taux de mortalité du cancer du sein diminue chez les femmes de plus de 50 ans qui passent un test de dépistage mammaire tous les deux ans (Ringash, 2001). Un programme systématique pan-régional de dépistage du cancer du sein chez les femmes de 50 à 69 ans a été inauguré au Québec en 1998 (MSSS, 1997). Si le cancer du sein est également répandu chez les femmes de 40 à 49 ans, l'efficacité de la mammographie chez les femmes plus jeunes n'est pas encore confirmée. Ce groupe d'âge ne fait pas l'objet d'un dépistage systématique au Québec (Ringash, 2001).

Données démographiques relatives à la mammographie

Dans l'ensemble, 40 % des femmes de 40 ans et plus d'Iiyiyiu Aschii ont passé un examen mammographique. Seule la moitié (54 %) des femmes de 50 ans et plus ont passé une mammographie (il convient de noter que cette proportion a changé depuis l'enquête de 2003. Une comparaison a été établie en 2006 entre cette région et les autres régions du Québec qui présentaient un taux de 85 % chez les femmes de 50 ans et plus). 25 % des femmes de 40 à 49 ans ont quant à elles passé une mammographie. Aucun écart n'a été rapporté au niveau de la couverture mammographique selon le niveau de scolarité (données non présentées).

Ces données qui indiquent une couverture deux fois plus grande chez les femmes de plus de 50 ans que chez celles de moins de 50 ans sont relativement réconfortantes. Mais au moment de l'étude, moins de femmes d'Iiyiyiu Aschii, tous groupes d'âge confondus, avaient passé une mammographie comparativement au reste du Québec, les femmes des autres régions étant presque deux fois plus nombreuses à passer une mammographie (40 % c. 76 % pour le reste du Québec) (données non présentées). La situation s'est toutefois améliorée en 2006.

Les mammographies nécessaires au dépistage

Les motifs invoqués par les femmes d'Iiyiyiu Aschii pour passer une mammographie sont les mêmes pour tous les groupes d'âge. Deux tiers des femmes (63 %) passent une mammographie pour des motifs inhérents au Programme québécois de dépistage du cancer du sein. Le troisième tiers des femmes (32 %) passent une mammographie pour des motifs médicaux (données non présentées). Si les examens mammographiques passés

³ L'astérisque signifie qu'il s'agit d'une estimation imprécise (c.v. entre 16,6% et 33,3%), données à interpréter avec circonspection.

pour des motifs médicaux demeurent bénéfiques, ils ne sauraient être considérés des examens de « dépistage » car ils ne sont pas prescrits à des fins de prévention du cancer du sein mais bien de traitement ou de pronostic.

Fréquence des mammographies

L'on recommande un intervalle de deux ans entre les mammographies (MSSS, 1997 ; Ringash, 2005). Près de deux tiers (72 %) des femmes d'Iiyiyiu Aschii de 40 ans et plus ont passé une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête. Cette proportion est essentiellement la même que pour le reste du Québec (données non présentées). Lorsque l'on demande aux femmes de 50 ans et plus pourquoi elles n'ont pas passé de mammographies au cours des deux années précédant l'enquête, bon nombre d'entre elles (61 %) citent des motifs personnels tels qu'inutilité perçue du test, pas le temps de s'en occuper ou certaines craintes à l'égard du test. Les problèmes d'accès à une mammographie ne sont pas rapportés sur une base suffisante pour en donner la mesure (données non présentées).

1.6 VUE D'ENSEMBLE DE LA SECTION 1

La grossesse et la période d'allaitement sont des occasions rêvées de promouvoir la santé au sein des Cris du Québec. Il convient de prévoir de futures recherches et/ou interventions en matière de santé publique pour gérer les conclusions clés suivantes de l'enquête ESCC de 2003 :

- Un cinquième des nourrissons ne sont pas allaités.
- Une proportion importante de mères perçoit à tort l'allaitement comme indésirable ou dérangement.
- Les mères qui ont subi des césariennes sont moins enclines à allaiter même en l'absence de contre-indications.
- Rares sont les mères qui allaitent suffisamment longtemps et celles qui pratiquent l'allaitement exclusif pendant la période recommandée des six premiers mois de vie.
- Les mères plus âgées sont moins enclines à allaiter.
- La majorité (64 %) des mères ne prennent pas d'acide folique pendant leur grossesse.
- Le tabagisme pendant la grossesse et la période d'allaitement est très répandu, surtout chez les mères plus jeunes.
- La grossesse est l'occasion idéale d'inciter les mères à cesser de fumer puisque cela peut mener à des changements de comportement à long terme dans la région d'Iiyiyiu Aschii, peu importe le groupe d'âge.

- Plusieurs mères (29 %) sont exposées à la fumée secondaire indirecte.
- La consommation d'alcool pendant la grossesse n'est pas rare.

Les principales conclusions, ci-après, de l'enquête ESCC de 2003 peuvent servir aux fins de planification du dépistage du cancer du col de l'utérus chez les Cris :

- Un cinquième des femmes d'Iiyiyiu Aschii n'ont jamais passé de test PAP.
- Les aînées sont celles qui le plus souvent n'ont pas passé de test PAP. Les aînées sont également les femmes les plus à risque de développer un cancer du col de l'utérus.
- Convictions et motifs personnels sont les principales raisons invoquées pour ne pas avoir passé de test PAP.

Le dépistage du cancer du sein joue un rôle important au niveau de la santé des femmes. Les conclusions ci-après concernant l'utilisation de la mammographie dans la région d'Iiyiyiu Aschii émanent de l'enquête ESCC de 2003 :

- La moitié des femmes de plus de 50 ans d'Iiyiyiu Aschii ont passé une mammographie en 2003, tel que recommandé. La situation s'est tellement améliorée depuis l'enquête en raison des efforts déployés par les services de santé publique que la région occupe dorénavant le premier rang avec 85 % chez les femmes de 50 ans et plus.
- En 2003, les femmes d'Iiyiyiu Aschii étaient deux fois moins nombreuses à passer une mammographie que dans le reste du Québec.
- L'accès à une mammographie n'est pas un problème dans la région d'Iiyiyiu Aschii. Règle générale, les femmes citent des motifs personnels pour ne pas avoir passé de mammographie.

2. VACCINATION ANTIGRIPPALE ET EXAMEN MÉDICAL

La vaccination antigrippale et l'examen médical annuel sont deux mesures de prévention traditionnellement employées dans le cadre des interventions de santé publique. Les résidents cris ont été interrogés sur ces deux mesures de prévention dans le cadre de l'enquête ESCC de 2003.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

L'estimation de la vaccination antigrippale provient des questions du module Vaccin contre la grippe qui s'adressaient à toute la population de 12 ans et plus. Pour les personnes vaccinées, les catégories temporelles utilisées sont : « depuis moins d'un an », « un à deux ans » et « deux ans et plus ».

Les questions portant sur l'examen médical annuel sont tirées du module Examen général et ciblent la population de 12 ans et plus. Ces questions visaient à connaître la proportion de personnes qui avaient consulté pour un examen général sans problème de santé particulier, ou qui avaient passé un tel examen à la suite d'une consultation pour un problème de santé. Le type de professionnel consulté (médecin, infirmière ou autre) n'était pas spécifié dans la formulation des questions de ce module.

2.1 VACCINATION ANTIGRIPPALE

La grippe est une infection respiratoire causée par le virus de l'influenza qui se manifeste le plus souvent au cours des mois d'hiver. L'infection causée par ce virus est réputée pour son taux de morbidité important. De plus, la plupart des décès peuvent être évités par le biais de la vaccination. Une campagne pan-régionale structurée de vaccination existe au Québec. Le vaccin antigrippal est disponible sans frais pour les personnes de 60 ans et plus et pour les membres de certains groupes à risque (MSSS, 2005). Si le programme de vaccination ne s'applique pas aux adultes en bonne santé jugés à faible risque, le Comité consultatif national de l'immunisation recommande la vaccination pour tous les groupes d'âge (Orr, 2005).

Heureusement, les restrictions imposées par le programme québécois de vaccination contre la grippe ne touchent pas la région crie. De fait, le vaccin antigrippal est offert sans frais à l'ensemble de la population d'Iiyiyiu Aschii. Il est donc possible d'envisager une vaccination antigrippale à grande échelle pour les populations crie adultes à haut et faible risque. Les résidents d'Iiyiyiu Aschii ont été interrogés sur la vaccination antigrippale dans le cadre de l'enquête ESCC de 2003.

Données démographiques sur la vaccination antigrippale

Le vaccin antigrippal a été administré au moins une fois à plus de la moitié (57 %) des résidents cris de 12 ans et plus. L'on retrouve chez les Cris plus d'hommes vaccinés (63 %) que de femmes (53 %) (Tableau A4,

annexe). Malgré ces écarts, l'on retrouve plus de Cris des deux sexes vaccinés que dans le reste du Québec (43 %).

Les résidents de Chisasibi et de Mistissini tendent à être moins vaccinés que les autres résidents d'Iiyiyiu Aschii.⁴ Les écarts entre les sexes sont particulièrement prononcés à Mistissini, alors que les hommes sont plus enclins à être vaccinés (63 %) que les femmes (43 %) (Tableau A4, annexe). Si l'on ne note aucun écart entre les sexes dans les zones côtières crie, les hommes des zones continentales sont plus enclins à être vaccinés (64 %) que les femmes (46 %).⁵ Une étude plus approfondie révèle que ce sont surtout les jeunes hommes de moins de 30 ans qui sont plus vaccinés (60 %) que leurs homologues féminins (38 %). L'écart entre les sexes diminue au fur et à mesure qu'augmente l'âge.

Le statut d'immunisation est d'autre part lié à l'âge. Les personnes plus âgées tendent à être plus vaccinées que les personnes de 50 ans et moins. À titre d'exemple, l'on retrouve dans les zones côtières deux fois plus (87 %) de résidents de 65 ans et plus vaccinés que de résidents de 30 à 49 ans (47 %) (Tableau A4, annexe). Cette tendance existe également dans les zones continentales. Les écarts entre les groupes d'âge existent malgré le fait que le vaccin soit offert sans frais. L'on peut en déduire que les écarts au niveau de la couverture vaccinale sont imputables à la nature de la campagne québécoise de vaccination et aux segments de la population visés par les initiatives promotionnelles.

Il est intéressant de noter que le niveau de scolarité, soit faible ou élevé, semble avoir une incidence sur le statut de la vaccination. Ainsi, les Cris de niveau de scolarité intermédiaire sont moins enclins à se faire vacciner (49 %) que les Cris de faible scolarité (63 %) ou de haute scolarité (64 %). Ce lien existe chez les deux sexes (données non présentées).

Calendrier du vaccin antigrippal

Un nouveau vaccin antigrippal est mis au point à chaque année en raison de l'évolution annuelle du profil génétique du virus de la grippe (Orr, 2005). Il est peu

⁴ Quatre regroupements de communautés ont été définis en fonction de la taille de la population de chaque village au moment de l'enquête : 1) Chisasibi (plus de 3 000 habitants), 2) Mistissini (2 000 à 3 000 habitants), 3) Communautés de taille moyenne (1 000 à 2 000 habitants), c.-à-d. Waswanipi, Waskaganish et Wemindji, 4) Communautés de petite taille (moins de 1 000 habitants), c.-à-d. Whapmagoostui, Eastmain, Nemiscau et Oujé-Bougoumou.

⁵ Les neuf communautés d'Iiyiyiu Aschii ont été divisées en deux sous-régions pour fins de comparaison. Les communautés côtières incluent Chisasibi, Wemindji, Eastmain, Waskaganish et Whapmagoostui, tandis que les communautés continentales regroupent Nemiscau, Mistissini, Oujé-Bougoumou et Waswanipi.

probable qu'un vaccin administré lors de la période de grippe antérieure assure une protection adéquate au cours de la nouvelle période de grippe. Il faut donc administrer un nouveau vaccin à chaque année.

Près de la moitié (48 %) des résidents d'Iiyiyiu Aschii ont été vaccinés au cours de l'année précédant l'enquête (Tableau A5, annexe). Cette proportion est similaire à celle que l'on retrouve ailleurs au Québec pour la même année. 19 % des résidents ont été vaccinés dans les deux années précédentes et 34 % il y a plus de deux ans. Plus de femmes (53 %) que d'hommes (44 %) semblent avoir été vaccinées l'année précédant l'enquête. Si dans l'ensemble plus d'hommes ont été vaccinés, il semble que plus de femmes se font vacciner au moment opportun.

D'autre part, la proportion de résidents qui ont reçu le vaccin au cours de l'année précédant l'enquête est relativement constante pour l'ensemble d'Iiyiyiu Aschii. Seuls les résidents de collectivités de taille moyenne (population de 1 000 à 2 000 résidents) font exception, un plus grand nombre d'entre eux ayant reçu le vaccin l'année précédant l'enquête (55 %) comparativement aux résidents de Chisasibi (37 %).

Motifs invoqués pour ne pas avoir été vacciné

Lorsqu'on leur demande pour quels motifs ils n'ont pas été vaccinés au cours de l'année précédente, 74 % des résidents d'Iiyiyiu Aschii citent des motifs personnels. Le principal motif invoqué (56 %) est que « le vaccin est jugé inutile ». Parmi les autres motifs personnels invoqués citons « pas le temps de s'en occuper » et une mauvaise réaction à un vaccin administré antérieurement (données non présentées). Fait à noter, les résidents d'Iiyiyiu Aschii étaient beaucoup moins nombreux à citer des motifs personnels pour ne pas avoir été vaccinés que les résidents d'autres régions du Québec. Les difficultés d'accès au vaccin ne semblent pas jouer un rôle déterminant.

2.2 EXAMEN MÉDICAL

Une visite annuelle chez le médecin pour un examen médical général a longtemps été perçue comme une pratique préventive nécessaire, bien que son efficacité n'ait pas été démontrée (Claperton, 2005). En 1979, le Groupe d'étude canadien sur l'examen médical périodique publiait une étude qui prônait une stratégie basée sur une approche par problème selon les différents âges de la vie (Claperton, 2005 ; Stachenko, 1994). Ces visites de routine sont toutefois plus difficiles à réaliser dans la région d'Iiyiyiu Aschii compte tenu du nombre limité de médecins de famille. Elles constituent cependant un bon moment pour initier un processus de

changement dans les habitudes de vie des patients. L'ESCC demandait ainsi aux résidents d'Iiyiyiu Aschii s'ils avaient déjà consulté un médecin pour subir un examen médical général sans avoir de problème de santé particulier.

Délai depuis le dernier examen médical

Dans la région, près de quatre personnes sur dix (39 %) auraient eu un examen médical dans la dernière année, 20 % dans une période entre un à trois ans et 8 % depuis plus de trois ans (Tableau A6, annexe). Au total, une personne sur trois (33 %) n'aurait jamais reçu un examen médical général. Cette proportion ne varie pas selon le sexe mais tend à diminuer avec l'âge. Ainsi, 52 % des jeunes de 12 à 19 ans n'avaient jamais eu d'examen médical en 2003, contre 19 % chez les 45 ans et plus. Ce type de consultation semble plus fréquent chez les résidents des communautés continentales. Il n'y a, par ailleurs, pas de différence significative entre les proportions de consultation pour un examen général au cours de la dernière année entre la région et le reste du Québec, bien qu'on observe une proportion plus importante de résidents de la région n'ayant jamais eu un tel examen (33 % c. 19 %).

Motifs invoqués pour ne pas avoir passé d'examen médical au cours des trois dernières années

Les personnes qui n'ont pas eu d'examen général au cours des trois dernières années invoquent le plus souvent des raisons personnelles (75 %) (pas nécessaire, crainte, manque de temps), plutôt que des motifs instrumentaux (12 %) (non-disponibilité du service, délai trop long, problème de transport) ou médicaux (pas nécessaire selon le médecin) (données non présentées). Les motifs invoqués pour ne pas avoir consulté au cours des trois dernières années ne varient pas selon le sexe ou le groupe d'âge. Rappelons toutefois qu'un tel examen général annuel n'est pas nécessairement recommandé par le Guide canadien de médecine clinique préventive (Stachenko, 1994).

2.3 VUE D'ENSEMBLE DE LA SECTION 2

Les futures activités de prévention de la grippe concernant Iiyiyiu Aschii devraient prendre en compte les conclusions fondamentales suivantes de l'enquête ESCC de 2003 :

- Les jeunes adultes, les femmes et les personnes moyennement scolarisées sont les plus susceptibles de ne pas se faire vacciner
- La couverture vaccinale est moindre à Chisasibi.
- L'inutilité perçue du vaccin est le principal motif

invoqué pour ne pas se faire vacciner.

- Plus de la moitié de la population aurait vu un médecin pour un examen médical préventif non spécifique au cours des trois dernières années. Cet examen médical pourrait être l'occasion idéale de promouvoir les mesures de santé préventives, y compris la vaccination antigrippale.

3. CHANGEMENTS APPORTÉS POUR AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ ET PRÉVENTION EN MATIÈRE DE COMPORTEMENTS SEXUELS

Cette troisième section aborde les changements de comportements initiés ou anticipés par les résidents d'Iiyiyiu Aschii en vue d'améliorer leur état de santé. On y aborde également certains aspects préventifs touchant la sexualité.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

L'enquête a permis de connaître les intentions des gens en ce qui concerne la modification de certains comportements préventifs reliés à la santé dans les douze mois précédant l'enquête et au cours de l'année suivante. Des questions supplémentaires portaient sur les obstacles susceptibles d'entraver l'adoption de ces comportements. Ces questions proviennent du module Changements pour améliorer la santé et s'adressaient à la population de 12 ans et plus. Ces questions ne mesuraient ni l'intensité ni la durée des changements apportés ou prévus par les individus.

Les questions portant sur les comportements sexuels sont pour leur part tirées du module Comportement sexuel et visaient les personnes âgées de 15 à 49 ans. Il est à noter que la sexualité est un sujet intime, peu évoqué en public chez les Cris (Reigneau, 1990). Les taux de non-réponse aux questions du module sur la sexualité varient de 10 %, pour la question générale sur l'activité sexuelle, à près de 55 % pour celle abordant l'usage du condom. Ces taux de non-réponse varient par ailleurs selon certaines caractéristiques des répondants. Le taux de non-réponse tend ainsi à augmenter avec l'âge et apparaît plus élevé dans les communautés côtières. La proportion de non-réponse ne semble toutefois pas varier entre les hommes et les femmes. Il convient pour cette raison d'interpréter les données présentées sur la sexualité avec circonspection ; ces dernières ne sont présentées qu'à titre indicatif.

3.1 CHANGEMENTS APPORTÉS POUR AMÉLIORER L'ÉTAT DE SANTÉ

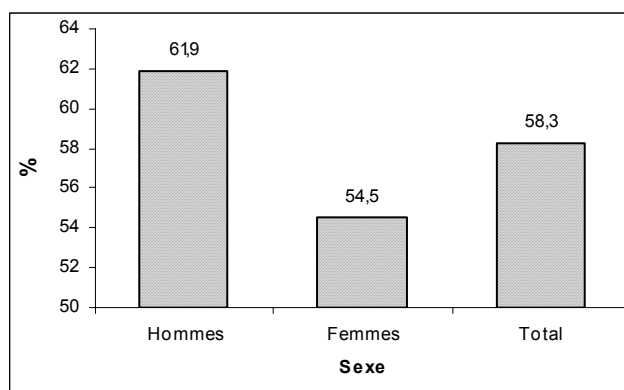
Les différentes actions menées en promotion de la santé favorisent une prise de conscience et appellent à modifier les comportements en vue de favoriser l'adoption de modes de vie plus sains auprès des populations. Ces messages sont véhiculés à différents niveaux – lors de consultations médicales au niveau communautaire par les éducateurs en santé ou dans les médias par exemple – et tiennent de plus en plus compte des caractéristiques des populations auxquelles ils s'adressent (Lyons & Langille, 2000 ; Stachenko, 1994). Ces actions et initiatives en matière de promotion de la santé ne sont sans doute pas sans conséquence sur la santé des populations. Il est reconnu que la prévalence de plusieurs problèmes de santé chroniques – tels les maladies cardiovasculaires, le diabète, l'hypertension artérielle, certains cancers, ainsi que plusieurs facteurs de risque de ces maladies (tabagisme, sédentarité, obésité) – peut être diminuée par la modification de comportements individuels. À cet égard, la région d'Iiyiyiu Aschii affiche une prévalence très élevée de diabète et une proportion importante de personnes aux prises avec un problème d'obésité ou de surpoids (Légaré, 2004). Une modification des comportements de santé associés à ces problématiques pourrait permettre de prévenir nombre de ces maladies chroniques.

La majorité des résidents ont posé des gestes concrets pour améliorer leur état de santé

Près de six personnes sur dix (58 %) ont affirmé avoir modifié leur comportement au cours de l'année précédant l'enquête afin d'améliorer leur état de santé. Significativement plus d'hommes que de femmes et de personnes de 45 ans et plus ont rapporté avoir modifié un quelconque comportement afin d'améliorer leur état de santé (Figure 1). La modification de comportements est également associée au niveau d'éducation, la proportion passant de 51 % chez les personnes ayant le niveau de scolarité le plus faible à 71 % chez les plus scolarisées (données non présentées).

Figure 1

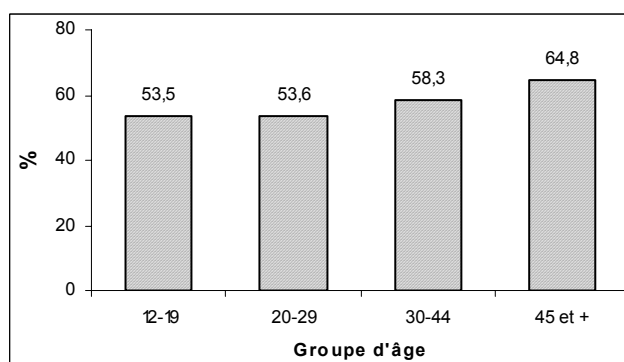
Proportion de particuliers qui ont posé certains gestes pour améliorer leur état de santé au cours des douze derniers mois par sexe (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii.

Figure 2

Proportion de particuliers qui ont posé certains gestes pour améliorer leur état de santé au cours des douze derniers mois par groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii.

Parmi les personnes qui ont rapporté avoir modifié un quelconque comportement afin d'améliorer leur santé, la moitié (50 %) ont dit avoir fait plus d'exercices physiques ou de sport, le quart (26 %) ont affirmé avoir perdu du poids ou changé leurs habitudes alimentaires et environ le cinquième (18 %) auraient diminué, voire cessé de fumer, ou encore diminué leur consommation d'alcool au cours de la dernière année (Tableau A7, annexe). Ces comportements rapportés varient par ailleurs selon le sexe : les femmes seraient plus nombreuses à avoir changé d'habitudes alimentaires ou à avoir perdu du poids (35 % c. 19 %), alors que les hommes seraient plus nombreux à avoir diminué leur consommation d'alcool ou de tabac (22 % c. 14 %). Les adolescents (12 à 19 ans) qui ont rapporté avoir modifié

un comportement sont proportionnellement plus nombreux à affirmer avoir fait plus d'exercices ou de sport. Les jeunes adultes affirment pour leur part dans une proportion de 30 % avoir réduit leur consommation de tabac ou d'alcool.

Mis à part ces comportements rapportés, les trois quarts des résidents de la région (75 %) croient qu'ils pourraient faire autre chose pour améliorer leur santé. Cette proportion ne varie toutefois pas selon le sexe ou le groupe d'âge (données non présentées). Lorsqu'on demande aux résidents quels autres comportements pourraient contribuer à améliorer leur santé, près de la moitié (47 %) affirment qu'ils feraient plus d'exercices, le tiers (33 %) voudraient perdre du poids ou changer leurs habitudes alimentaires et 15 % cesseraient de fumer (Tableau A8, annexe). Ces intentions varient selon le sexe : les hommes sont davantage enclins à faire plus d'exercices physiques (54 % c. 39 %), tandis que les femmes sont plus nombreuses à envisager perdre du poids ou modifier leurs habitudes alimentaires (41 % c. 26 %). Parmi les répondants qui projettent adopter de nouvelles habitudes pour améliorer leur état de santé, une personne sur trois (32 %) mentionne que certains obstacles pourraient l'empêcher d'atteindre ses objectifs (données non présentées). Les obstacles invoqués sont majoritairement (86%) reliés à des considérations personnelles (manque de volonté, trop difficile, fatigue, manque de temps), alors que seulement 10 % des motifs soulevés sont associés à une incapacité physique ou un problème de santé (données non présentées).

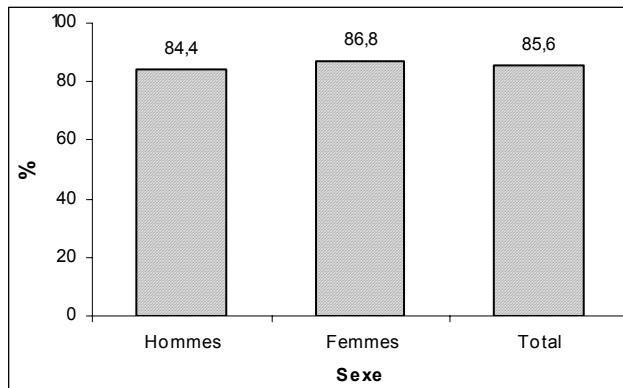
D'autres résidents prévoient modifier leurs comportements au cours de l'année à venir

Cette enquête vérifiait aussi les intentions des résidents relativement à la modification de leur comportement dans l'année à venir. Bien que la moitié des résidents d'Iiyiyiu Aschii aient dit avoir modifié un comportement afin d'améliorer leur santé physique au cours de l'année précédant l'enquête, ils sont encore plus nombreux (86 %) à avoir l'intention d'adopter de nouveaux comportements en ce sens au cours de la prochaine année (Figure 2). Cette proportion ne varie pas significativement selon le sexe, mais tend à augmenter avec l'âge passant de 76 % chez les adolescents à 90 % chez les 45 ans et plus. Les comportements envisagés par les personnes qui prévoient faire quelque chose pour améliorer leur état de santé au cours de la prochaine année sont : commencer ou faire plus d'exercices (66 %), perdre du poids ou améliorer ses habitudes alimentaires (41 %), diminuer ou cesser de fumer (17 %), adopter un

autre comportement (17%) (gérer son stress, prendre des vitamines, etc.) (données non présentées)⁶.

Figure 3

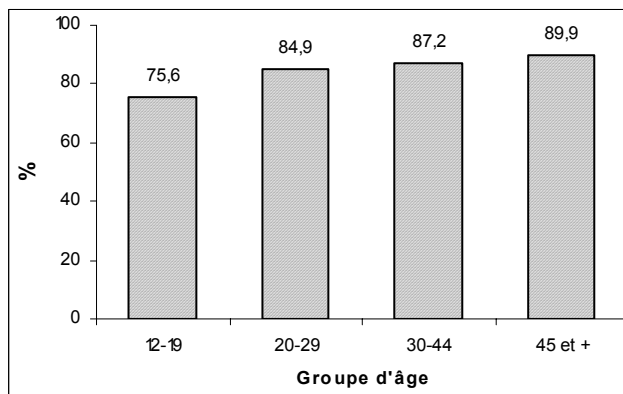
Proportion de particuliers qui prévoient améliorer leur état de santé au cours de la prochaine année par sexe (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Figure 4

Proportion de particuliers qui prévoient améliorer leur état de santé au cours de la prochaine année par groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

3.2 PRÉVENTION EN MATIÈRE DE COMPORTEMENTS SEXUELS

Certains comportements sexuels peuvent contribuer à détériorer la santé des individus. Il est à noter qu'il existe peu de données sur les pratiques sexuelles en milieu autochtone et que ces dernières concernent généralement les infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS) ou encore les grossesses à l'adolescence

(Rotermann, 2005). L'ESCC a mesuré différents aspects liés à l'activité sexuelle des personnes de 15 à 49 ans d'Iiyiyiu Aschii.

Près de neuf résidents sur dix (89 %) âgés de 15 à 49 ans affirment avoir déjà eu des relations sexuelles. Cette proportion ne varie pas selon le sexe mais augmente avec l'âge passant de 65 % chez les 15-19 ans (48 % chez les mineurs de 15 à 17 ans), à 95 % chez les adultes de 30-49 ans (Tableau A9, annexe). Parmi ces personnes, 18 % ont affirmé avoir eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans ; cette proportion est plus élevée chez les adolescents de 15-19 ans pour lesquels elle atteint 34 % et diminue à 12 % chez les adultes de 30-49 ans (Tableau A10, annexe). Cette dernière donnée semble indiquer que l'âge auquel les personnes ont eu leurs premières relations sexuelles aurait diminué dans la région au cours des dernières années. On n'observe cependant pas d'écart significatif selon le sexe ou la sous-région de résidence.

Parmi les personnes ayant déjà eu des relations sexuelles, 84 % ont affirmé avoir eu un seul partenaire dans la dernière année ; 16 % ont donc eu plus d'un partenaire. La proportion des personnes ayant eu plus d'un partenaire ne varie pas selon le sexe, mais tend à augmenter chez les plus jeunes pour atteindre 37 % chez les 15-19 ans, alors qu'elle n'est que de 9 % parmi les résidents de 30 à 49 ans (Tableau A11, annexe). Il convient toutefois d'interpréter ces données avec prudence car le taux de non-réponse à cette question s'élève à 30 %.

Le port du condom constitue un moyen de protection efficace contre plusieurs infections transmises par le sang ou le sexe (ITSS). Parmi les personnes qui ont rapporté avoir eu plus d'un partenaire au cours de la dernière année, sept sur dix (70 %) auraient utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle. Cette proportion ne varie pas significativement selon le sexe, le groupe d'âge ou la sous-région (données non présentées). Cette donnée n'est fournie qu'à titre indicatif et il faut l'utiliser avec prudence car le taux de non-réponse s'élève à 70 % pour cette question spécifique.

3.3 VUE D'ENSEMBLE DE LA SECTION 3

- Si plusieurs résidents rapportent avoir d'ores et déjà modifié leurs comportements (58 %), un nombre encore plus grand de résidents souhaitent le faire dans un avenir rapproché (86 %).

⁶ Il est à noter que plus d'un comportement pouvait être rapporté ce qui explique que la somme des proportions dépasse 100 %.

- Les principaux comportements envisagés pour l'avenir sont : faire plus d'exercices, perdre du poids ou modifier son alimentation, diminuer ou cesser de fumer. De tels comportements sont reconnus pour avoir le potentiel de faire diminuer la prévalence de plusieurs maladies chroniques telles les maladies cardio-vasculaires et plusieurs types de cancer. Un exemple est celui du diabète dont la prévalence est très élevée dans la région.
- Les obstacles à la modification de comportements sont principalement d'ordre personnel (manque de volonté, trop difficile, fatigue, manque de temps), plutôt qu'instrumental (disponibilité ou accessibilité physique des services).
- L'âge auquel les personnes ont leurs premières relations sexuelles tend à diminuer dans le temps. Plus du tiers des adolescents de 15-17 ans et le quart des 20-29 ans rapportent avoir eu plus d'un partenaire au cours de la dernière année.

RÉFÉRENCES

- Chudley, A.E., Conry, J., Cook, J.L., Looock, C., Rosales, T., Leblanc, N., (2005). "Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis". *Canadian Medical Association Journal*, 172, S1-S21.
- Claperton, I. (2005). "Pourquoi un numéro sur la prévention au cabinet du médecin?" *Le médecin du Québec*, 40(5), 29-30.
- Kramer, M.S. & Kakuma, R. (2002). *The Optimal Duration of Exclusive Breastfeeding. A Systematic Review*. World Health Organisation, Geneva.
- Légaré, G. (2004). *Project of Diabetes Surveillance Among the Cree of Eeyou Istchee*, Institut national de santé publique du Québec & Cri Board of Health and Social Services of James Bay, 81p.
- Lyons, R., & Langille, L. (2000). *Mode de vie sain: rehausser l'efficacité des approches axées sur le mode de vie pour améliorer la santé*. Dalhousie, Canada : Santé Canada.
- Millar, W.J. & Maclean, H. (2005). « L'allaitement maternel ». *Rapports sur la santé*, 16(2), 25-34.
- Morrison, B.J. (1994). "Screening for Cervical Cancer". In *Canadian Task Force for Preventive Health Care. Screening for cervical cancer*. [En ligne]. <http://www.ctphc.org>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (1997). « Programme québécois de dépistage du cancer du sein : Document de références s'adressant aux médecins de première ligne ». Dans *Bibliothèque nationale du Québec*, [En ligne]. http://www.msss.gouv.qc.ca/sujets/prob_sante/cancer/download.php?id=209347,119,3
- Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) (2005). « Influenza ». Dans *Ministère de la santé et des services sociaux*. [En ligne]. http://www.msss.gouv.qc.ca/en/sujets/prob_sante/influenza.html (Page consultée le 29 décembre 2005).
- Orr, P. (2005). "Statement on Influenza vaccination for the 2005-2006 season: National Advisory Committee on Immunization". *Canada Communicable Disease Report*, [En ligne]. 31, ACS-6. <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccdr-rmtc/05pdf/acs-dcc3106.pdf>
- Reigneau, J.-J. (1990). « La sexualité des Cris ». *L'infirmière canadienne*, 86(9), 38-42.
- Ringash, J. (2001). "Canadian Task Force on Preventive Health Care. Preventive health care, update: screening mammography among women aged 40-49 years at average risk of breast cancer". *Canadian Medical Association Journal*, 164(4), 469-476.
- Rotermann, M. (2005). "Sex, Condoms and STD's Among Young People". *Health Reports*, 16(3), 39-45.
- Samet, J.M. & Yoon S.Y. (2001). "Women and the tobacco epidemic. Challenges for the 21st century". Dans *World Health Organisation*. [En ligne]. http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/WHO_NMH_TFI_01.1.pdf
- Santé Québec. Daveluy, C., Lavallé, C., Clarkson, M., & Robinson, E. (dir.) (1994). *Et la santé des Cris, ça va? Rapport de l'Enquête Santé Québec auprès des Cris de la Baie James 1991*. Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Sobell, T.L. & Sobell L.T. (2003). "Alcohol Consumption Measure in Assessing Alcohol Problems". In *A Guide for Clinicians and Researchers*. [En ligne] <http://alcoholism.about.com/gi/dynamic/offsite.htm?zi=1/XJ&sdn=alcoholism&zu=http%3A%2F%2Fwww.niaaa.nih.gov%2F>
- Société canadienne du cancer (SCC) & Institut national du cancer du Canada (INCC). (2005). *Statistiques canadiennes sur le cancer 2005*. Toronto, Canada.

Stachenko, S. (1994). « Les lignes directrices pour la médecine préventive : leur rôle dans la prévention clinique et la promotion de la santé ». *Guide canadien de médecine clinique préventive*. Ottawa: Groupe Communication Canada.

Statistique Canada. (2003). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), Cycle 2.1*. Ottawa : Division de la statistique de la santé. [En ligne]. http://www.statcan.ca/francais/concepts/health/cycle2_1/index_f.htm.

Van Allen, M.I., McCourt, C. & Lee, N.S. (2002). "Preconception health: folic acid for the primary prevention of neural tube defects. A resource document for health professionals". Dans *Minister of Public Works and Government Services Canada*. [En ligne]. http://www.phac-aspc.gc.ca/fa-af/pdf/backgroundunder_full.pdf.

Organisation mondiale de la santé. (2003). "Global Strategy for Infant and Young Child Feeding". Dans *World Health Organisation*. [En ligne]. http://www.who.int/nutrition/publications/gf_infant_feeding_text_eng.pdf (Page consultée le 2 août 2006).

ANNEXE

Tableau A1

Durée de l'allaitement du dernier nourrisson par groupe d'âge des mères et par niveau de scolarité (%), femmes de 15 à 55 ans qui ont donné naissance et allaité au cours des cinq dernières années, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Moins d'un mois	1 à 6 mois	6 mois ou plus	4 mois ou plus
Total	21,7	46,5	31,8	50,9
Groupe d'âge				
15-24 ans	NP	55,2*	NP	35,9
25-34 ans	NP	41,4*	45,4	66,0
35-55 ans	NP	NP	NP	NP
Scolarité				
Peu scolarisé	25,0*	47,0	28,0*	45,6
Moyennement scolarisé	NP	NP	46,4*	58,7*
Plus scolarisé	NP	NP	NP	62,0*

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV>33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A2

Durée de l'allaitement exclusif du dernier nourrisson par groupe d'âge des mères et par niveau de scolarité (%), femmes de 15 à 55 ans qui ont donné naissance et allaité au cours des cinq dernières années, Iiyiyiu Aschii, 2003

	1 mois ou moins	4 mois ou moins	6 mois ou moins
Total	60,6	42,9	28,0
Groupe d'âge			
15-24 ans	66,7	48,8*	36,5*
25-34 ans	63,6	46,2	28,2*
35-55 ans	40,1*	NP	NP
Scolarité			
Peu scolarisé	56,5	41,5	28,8*
Moyennement scolarisé	57,2	44,1*	34,1*
Plus scolarisé	83,8	54,9*	NP

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV>33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A3

Tabagisme au cours de la dernière grossesse par groupe d'âge et niveau de scolarité (%), femmes de 15 à 55 ans qui ont donné naissance au cours des cinq dernières années, Iiyiyiu Aschii, 2003

Total	36,2
Groupe d'âge	
15-24 ans	58,0
25-34 ans	28,4
35-55 ans	NP
Scolarité	
Peu scolarisé	40,6
Moyennement scolarisé	41,1*
Plus scolarisé	NP

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV>33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A4

Proportion de résidents ayant déjà été vaccinés contre la grippe par sous-région, collectivité et groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Total	Hommes	Femmes
Total	56,6	60,5	52,3
Cris seulement	58,5	63,4	53,2
Sous-région			
Côtière	57,3	58,5	56,0
12-29 ans	56,2	59,4	52,7
30-49 ans	46,7	49,4	44,1
50-64 ans	72,0	62,9	82,2
65 ans et +	86,8	96,9	77,1
Continental	55,5	63,5	46,1
12-29 ans	49,9	59,8	38,3
30-49 ans	51,7	62,2	41,1
50-64 ans	76,6	72,5	86,1
65 ans et +	83,2	80,8	84,7
Communautés			
Chisasibi (plus de 3 000 habitants)	50,1	55,7	43,6
Mistissini (2 000 à 3 000 habitants)	53,3	63,0	42,5
Communautés de taille moyenne (1 000 à 2 000 habitants)	60,5	59,9	61,2
Communautés de petite taille (moins de 1 000 habitants)	62,8	65,6	59,3

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A5

Calendrier de vaccination antigrippale (%), population de 12 ans et plus ayant déjà été vaccinée, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Moins d'un an	1 à 2 ans	Plus de 2 ans
Total^a	47,8	18,6	33,6
Hommes	44,0	20,4	35,5
Femmes	52,6	16,2	31,2
Communautés			
Chisasibi (plus de 3 000 habitants)	37,0	14,5	48,5
Hommes	30,9	16,4	54,8
Femmes	46,4	15,4	38,8
Mistissini (de 2 000 à 3 000 habitants)	50,1	14,9	34,9
Hommes	54,7	14,4	30,9
Femmes	42,7	15,8	41,5
Communautés de taille moyenne (de 1 000 à 2 000 habitants)	55,3	20,0	24,7
Hommes	45,9	25,0	29,1
Femmes	64,5	15,1	20,4
Communautés de petite taille (moins de 1 000 habitants)	44,4	24,4	31,2
Hommes	45,0	27,5	27,5
Femmes	43,6	20,3	36,1

^a Normalisé selon l'âge

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A6

Délai depuis le dernier examen médical selon le sexe, le groupe d'âge, la sous-région et la communauté (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003

	Délai depuis le dernier examen			
	Jamais	Moins d'un an	1 à 3 ans	3 ans ou plus
Total	32,5	39,2	20,2	8,1
Sexe				
Hommes	33,7	35,0	20,1	11,2
Femmes	31,3	43,7	20,4	4,2
Groupe d'âge				
12-19 ans	51,9	25,6	18,1*	NP
20-29 ans	36,4	32,4	23,3	7,9*
30-44 ans	31,8	34,2	22,3	11,7
45 ans et +	19,2	57,0	17,2	6,6*
Sous-région				
Côtière	37,3	33,7	18,9	10,1
Continentale	25,3	47,4	22,3	5,0*
Communautés				
Chisasibi (plus de 3 000 résidents)	41,6	26,7	22,4	9,4*
Mistissini (de 2 000 à 3 000 résidents)	31,8	45,6	19,0	4,4*
Communautés de taille moyenne (de 1 000 à 2 000 résidents)	31,8	39,4	18,4	10,4
Communautés de petite taille (moins de 1 000 résidents)	22,1	48,7	22,0*	7,2*
Reste du Québec	18,7¹	38,8	25,4¹	17,2¹
12-19 ans	34,8 ¹	27,2	25,6	12,4 ¹
20-29 ans	25,6 ¹	27,5	26,8	26,1 ¹
30-44 ans	20,1 ¹	32,6	26,9	20,4 ¹
45 ans et +	11,2	49,6	23,2	15,4 ¹

¹ Renvoi à un écart statistiquement significatif

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV>33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003.

Tableau A7

Comportements adoptés au cours de la dernière année afin d'améliorer sa santé selon le sexe et le groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus ayant rapporté avoir modifié au moins un comportement, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Font plus d'exercice	Ont perdu du poids ou modifié leurs habitudes alimentaires	Consommant moins d'alcool/ de tabac	Autre
Total	50,0	26,1	18,4	5,6*
Sexe				
Hommes	53,0	19,2	22,3	5,5*
Femmes	46,3	34,5	13,6	5,7*
Groupe d'âge				
12-19 ans	64,2	18,9*	15,3*	NP
20-29 ans	37,6	28,3	30,2	NP
30-44 ans	45,6	27,6	20,2	6,6*
45 ans et +	53,7	27,1	11,5*	7,6*

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV>33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A8

Changements envisagés au cours de la prochaine année afin d'améliorer sa santé selon le sexe et le groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Faire plus d'exercice	Perdre du poids ou modifier leurs habitudes alimentaires	Cesser de fumer	Autre
Total	46,6	33,0	15,3	5,1*
Sexe				
Hommes	54,0	25,7	15,6	4,6*
Femmes	39,1	40,5	15,0	5,5*
Groupe d'âge				
12-19 ans	43,3	28,0	24,8*	NP
20-29 ans	40,8	35,2	20,2	NP
30-44 ans	45,8	32,8	16,3	5,1*

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV>33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A9

Proportion de personnes ayant déjà eu des relations sexuelles selon le sexe, le groupe d'âge et la sous-région (%), population de 15 à 49 ans, Iiyiyiu Aschii, 2003

	A déjà eu des relations sexuelles
Total	89,4
Sexe	
Hommes	87,8
Femmes	91,0
Groupe d'âge	
15-19 ans	64,7
20-29 ans	91,1
30-49 ans	95,3
15-17 ans	48,1
18-29 ans	91,2
30-39 ans	96,6
40-49 ans	93,7
Sous-région	
Côtière	87,5
Continentale	91,9

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A10

Proportion de personnes ayant eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans selon le sexe, le groupe d'âge et la sous-région (%), population de 15 à 49 ans ayant déjà eu une relation sexuelle, Iiyiyiu Aschii, 2003

	Première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans
Total	17,7
Sexe	
Hommes	17,9
Femmes	17,6
Groupe d'âge	
15-19 ans	34,1*
20-29 ans	23,2
30-49 ans	11,7
15-17 ans	45,3*
18-29 ans	23,2
30-39 ans	14,1*
40-49 ans	NP
Sous-région	
Côtière	18,8
Continentale	16,6

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

NP Donnée non publiée (CV>33,3% ou moins de 10 répondants).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A11

Population sexuellement active^a selon le nombre de partenaires au cours des 12 derniers mois, le sexe, le groupe d'âge et la sous-région (%), population de 15 à 49 ans, Iiyiyiu Aschii, 2003

	1 partenaire	2 partenaires et plus	Non-réponse partielle
Total	84,0	16,0	30,1
Sexe			
Hommes	78,0	22,0	32,5
Femmes	89,8	10,2*	27,6
Groupe d'âge			
15-19 ans	62,7	37,3*	37,8
20-29 ans	76,6	23,4*	27,4
30-49 ans	91,5	8,5*	29,9
Sous-région			
Côtière	82,3	17,7	39,1
Continental	85,7	14,3	18,0

^a Personnes ayant déjà eu des relations sexuelles.

* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6% et 33,3%).

Source : ESCC 2.1 – Iiyiyiu Aschii, 2003.