

Enquête de santé auprès des Cris 2003

Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes *Cycle 2.1*

liiyiu Aschii



État de santé, espérance de vie et limitation des activités

Juin 2008



Conseil Cris de la santé et des services sociaux de la Baie James
σϯδλ^ε 6λ ΔΓΔ ·ΔΔ^ε <ααβΓCτσ>^λ
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

*État de santé, espérance de vie et
limitation des activités*

AUTEURS

Gilles Légaré
Université du Québec à Rimouski &
Unité Connaissance-surveillance, direction Recherche, formation et développement
Institut national de santé publique du Québec

David Dannenbaum
Direction de santé publique
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

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

Robert Choinière
Unité Études et analyses de l'état de santé de la population, 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

Helen Smeja
Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James

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 : Elmer Georgekish
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 : 978-2-550-52882-1 (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
ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES	4
RÉSULTATS	5
Perception de sa santé.....	5
Espérance de vie et problèmes de santé chroniques	5
Limitation des activités.....	8
Santé bucco-dentaire.....	8
DISCUSSION ET CONCLUSION	9
POINTS IMPORTANTS	10
RÉFÉRENCES.....	10
ANNEXE.....	12

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

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.

au cours de l'été 2003 ont été interviewées par téléphone à la fin de l'automne 2003.

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

La mortalité est fréquemment utilisée comme indicateur afin d'estimer l'état de santé d'une population. Dans la région d'Iiyiyiu Aschii, le taux ajusté de mortalité pour la période 2000-2003 n'était pas significativement différent de celui observé pour l'ensemble du Québec (826/100 000 c. 728/100 000) (Choinière et al., 2006). Ce taux de mortalité apparaissait toutefois significativement plus élevé chez les 0-4 ans (202/100 000 c. 107/100 000) et les 65-74 ans (2 303/100 000 c. 2 006/100 000) dans l'Iiyiyiu Aschii comparativement au reste du Québec². Cette mortalité infantile supérieure ne se traduisait cependant pas par une espérance de vie plus courte dans la région d'Iiyiyiu Aschii qu'en province (77,4 ans c. 79,4 ans), et ce tant chez les femmes (79,0 ans c. 82,1 ans) que les hommes (75,7 ans c. 76,5 ans). Ces taux de décès étaient par ailleurs plus élevés dans la région d'Iiyiyiu Aschii que dans l'ensemble du Québec pour les maladies de l'appareil respiratoire et les traumatismes non intentionnels (Choinière et al., 2006).

La dernière enquête de santé exhaustive menée auprès de l'ensemble de la population d'Iiyiyiu Aschii remonte à 1991 (Santé Québec, 1994). Cette enquête nous apprenait que 23 % des personnes de 15 ans et plus évaluaient leur état de santé comme étant « passable ou mauvais »³. Cette proportion augmentait par ailleurs avec l'âge – les personnes plus âgées se considérant en moins bonne santé que les autres – et se révélait plus élevée dans les villages continentaux (Levasseur & Ferland, 1994). Cette enquête mesurait également la présence de problèmes de santé par le biais d'un informateur clé par ménage. Les cinq troubles les plus fréquemment rapportés par les résidents d'Iiyiyiu Aschii en 1991 étaient, par ordre décroissant d'importance et dans des proportions comparables à celles du Québec : les troubles de l'audition, les maux de tête, les allergies, l'arthrite ou les rhumatismes et les maux de dos. Le diabète demeurait cependant plus prévalent dans la région qu'au Québec en 1991, comme l'ont déjà montré plusieurs autres études (Thouez et al., 1990; Brassard et al., 1993; Dannenbaum et al., 1999). Plus récemment, l'Aboriginal People Survey mené par Statistique Canada en 2001 indiquait que 12 % des Cris de 15 ans et plus jugeaient leur état de santé comme étant « passable ou mauvais » (Bobet, 2004). Selon cette étude, la prévalence des problèmes de santé rapportés par les 15 ans et plus était de 19 % pour

² Étant donné la taille limitée de la population et du faible nombre de décès, ces taux peuvent varier dans le temps.

³ Le complément, 77 %, la considérait comme « bonne, très bonne ou excellente ».

le système cardiovasculaire (incluant l'hypertension), de 12 % pour le diabète, de 10 % pour le système respiratoire et de 8 % pour l'arthrite ou les rhumatismes. De plus, lors de cette enquête, 30 % des Cris estimaient avoir dû limiter « parfois ou souvent » leurs activités régulières à cause d'un problème de santé.

Ce fascicule se divise en quatre sections qui se rapportent chacune à un module spécifique de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1 (2003) à savoir : l'état de santé générale des résidents de la région d'Iiyiyiu Aschii, la présence de problèmes de santé chroniques, la limitation des activités à cause d'un problème de santé et la santé bucco-dentaire.

ASPECTS MÉTHODOLOGIQUES

La perception qu'entretiennent les gens à l'égard de leur état de santé est un indicateur couramment utilisé dans les enquêtes sanitaires afin d'estimer l'état de santé d'une population. Dans le cadre de cette enquête, la question sur le sujet est tirée du module État de santé générale. Cette question demandait aux répondants de juger de leur état de santé global à partir d'une échelle variant « d'excellente » à « mauvaise ». Le libellé de la question utilisée en 2003 diffère par contre sensiblement de la question posée lors de l'enquête de 1991 qui contrôlait pour l'âge en incluant la mention «... *comparativement aux personnes de votre âge, vous considérez-vous en ...* ». Les choix de réponses ont été dichotomisés en deux catégories – « excellente, très bonne, bonne » et « passable, mauvaise » – afin de rendre les questions des deux enquêtes comparables.

D'un autre côté, l'espérance de vie nous renseigne elle aussi beaucoup sur l'état de santé d'une population. Bien que cette mesure classique ne faisait à l'origine pas partie de l'enquête, nous avons jugé intéressant de l'intégrer à nos données puisqu'elle permet de calculer un indicateur de vie en bonne santé lorsqu'on tient compte de la présence des incapacités. La méthode utilisée ici pour le calcul de l'espérance de vie, de l'espérance de vie en bonne santé et de l'espérance de vie en institution se base sur celle utilisée par Choynière et collaborateurs (2006) lors de l'élaboration du *Portrait de santé du Québec et de ses régions*. L'espérance de vie est calculée à la naissance ainsi qu'à 65 ans. Cependant, l'espérance de vie à 65 ans affiche une précision moindre que celle calculée à la naissance, mais elle a l'avantage d'informer sur l'état de santé relatif des personnes âgées. L'espérance de vie est bien sûr intimement liée aux données sur la mortalité, ainsi qu'à celles sur l'état de santé générale de la population et à la présence d'incapacités.

En ce qui concerne les problèmes de santé chroniques, ces derniers étaient rapportés par les résidents d'Iiyiyiu Aschii et identifiés parmi une liste de trente-trois problèmes énumérés au module Problèmes de santé chroniques. Ces problèmes devaient par ailleurs avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé et être de longue durée, c'est-à-dire qui durent depuis ou devraient durer plus de six mois. Il s'agit par ailleurs de problèmes de santé autodéclarés, c'est-à-dire que ces problèmes n'ont pas été vérifiés par une source indépendante au moment de l'enquête. Il est, dans ces circonstances, impossible de connaître l'intensité du problème déclaré ou encore sa durée exacte. La présence d'un biais de rappel est aussi possible, particulièrement pour les problèmes ayant une gravité moindre ou ceux survenus il y a plusieurs années pour lesquels on peut suspecter une sous-déclaration plus importante de la part des répondants. De plus, comme l'enquête a eu lieu sur une partie de l'année seulement (saison estivale), il est possible que certains troubles qui se manifestent surtout en hiver soient eux aussi sous-déclarés. Des différences dans le libellé des questions entre les enquêtes de 1991 et de 2003 limitent par ailleurs les comparaisons à certains troubles de santé seulement. Il faut également garder à l'esprit que les modes d'administration du questionnaire diffèrent sensiblement d'une enquête à l'autre : les questions s'adressaient à un seul répondant du ménage en 1991, alors qu'elles étaient posées à chaque personne en 2003.

Les questions portant sur la limitation des activités, qui proviennent du module du même nom, nous renseignent pour leur part sur les limitations actuelles des activités quotidiennes causées par un état ou un problème de santé de longue durée. Ces questions concernent précisément la réduction de la quantité ou du genre d'activités que le répondant peut faire dans quatre sphères de la vie courante : le travail, l'école, les activités domestiques et les autres activités (ex. : déplacements ou loisirs). Quatre questions ont été utilisées pour construire un indice de limitation des activités dont les réponses ont été réparties entre trois catégories : « parfois », « souvent » et « jamais ». Comme nous pouvons le constater, cet indice ne nous renseigne pas sur la gravité de la limitation, mais indique seulement que cette dernière réduit la quantité ou le genre d'activités que la personne affectée peut faire. Cet indice donne ainsi une estimation des limitations causées par un problème de santé physique ou mentale au moment de l'enquête. Il est ainsi possible que cette estimation varie selon le moment de l'année; il faut se rappeler que l'enquête a été effectuée en période estivale et que certaines limitations sont plus manifestes en hiver.

Enfin, les deux questions sur la santé bucco-dentaire proviennent du module du même nom (Santé bucco-

dentaire I) qui s'intéresse d'une part à la perception générale que les répondants entretiennent à propos de la santé de leurs dents et de leur bouche et, d'autre part, à leur capacité à mastiquer de la nourriture ferme. La question sur la perception de la santé bucco-dentaire a été dichotomisée en deux catégories, « bonne, très bonne, excellente » et « passable, mauvaise ». La question sur la capacité à mâcher des aliments fermes ne fait pas référence à la durée de cet état ni à son intensité.

RÉSULTATS

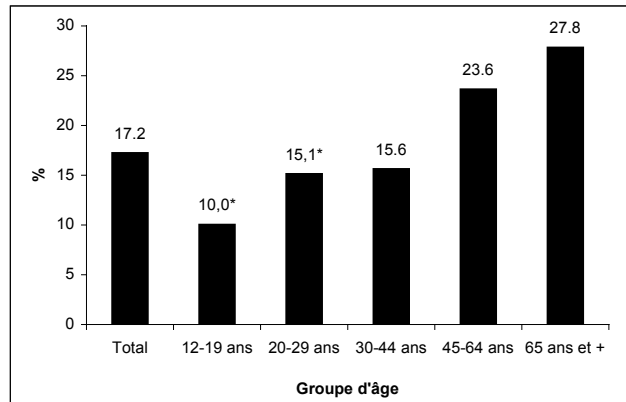
PERCEPTION DE SA SANTÉ

La perception de sa santé est un indicateur intéressant de l'état de santé d'une population et est couramment utilisée dans les enquêtes sanitaires. Cette perception est généralement associée à la présence de problèmes de santé, à l'incapacité, à la détresse psychologique, au recours à des services de santé (Levasseur, 1995; Santé Canada, 1999) ainsi qu'à la mortalité générale (Kyffin, 2005; O'Reilly, 2005).

Dans la région d'Iiyiyiu Aschii, 17 % des personnes de 12 ans et plus estiment leur santé comme étant « passable ou mauvaise ». La proportion est significativement plus élevée chez les 65 ans et plus (28 %) et les 45-64 ans (24 %), comparativement aux 20-29 ans (15,1%*)⁴ et aux 12-19 ans (10,0%*) (figure 1). On n'observe pas d'écart significatif entre les sexes quant à la perception de sa santé ni entre les deux sous-régions (côtière vs continentale)⁵. La scolarité⁶ est cependant associée à la perception de sa santé : 20 % des personnes peu scolarisées évaluent négativement leur santé, comparativement à 12,0%* des personnes les plus scolarisées (tableau A1, annexe).

Figure 1

Perception de sa santé comme étant passable ou mauvaise selon le groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



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

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Lorsqu'on jette un coup d'œil aux données disponibles pour le reste de la province, on constate que les résidents d'Iiyiyiu Aschii sont plus nombreux à estimer leur santé comme étant « passable ou mauvaise » (17 % c. 11 % pour le reste du Québec). Cette perception négative de sa santé tend cependant à diminuer entre 1991 et 2003 (diminution non significative) chez les Cris de 15 ans et plus, passant de 26 % à 21 %⁷ (données non présentées).

ESPÉRANCE DE VIE ET PROBLÈMES DE SANTÉ CHRONIQUES

De la même façon que la perception de sa santé, l'espérance de vie est un autre indicateur couramment utilisé pour estimer l'état de santé d'une population. L'espérance de vie à la naissance fait une synthèse de la mortalité observée parmi les différents groupes d'âge. Ainsi, un nourrisson né entre 1999 et 2003 dans la région d'Iiyiyiu Aschii peut s'attendre à vivre 77,2 années s'il est soumis toute sa vie aux probabilités de survie observées pendant la période retenue. Cette espérance de vie globale peut par ailleurs être scindée en une espérance de vie en bonne santé (sans incapacité) (64,9 ans) et une espérance de vie en institution (0,3 an). Dans la région d'Iiyiyiu Aschii, l'espérance de vie des hommes à la naissance est inférieure d'un peu plus de trois années à celle des femmes (75,4 ans c. 78,7 ans), tout comme leur espérance de vie en bonne santé (63,4 ans c. 66,4 ans) (tableau A2, annexe). Les hommes de la région ont cependant tendance à vivre avec une incapacité un peu

⁴ L'astérisque signifie qu'il s'agit d'une estimation imprécise (c.v. entre 16,6 % et 33,3 %), donnée à interpréter avec circonspection

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.

⁶ 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).

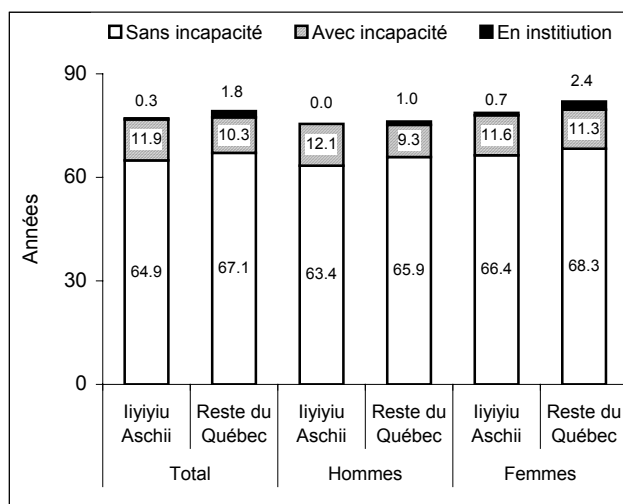
⁷ Cette proportion ne concerne que les Cris de 15 ans et plus et non l'ensemble des résidents de 12 ans et plus.

plus longtemps que les femmes (12,1 ans c. 11,6 ans) (figure 2).

L'espérance de vie à la naissance des résidents d'Iiyiyiu Aschii est, pour sa part, de deux ans inférieure à celle du reste du Québec (77,2 ans c. 79,2 ans pour le reste du Québec), mais selon le sexe, seules les femmes de la région affichent une différence significativement inférieure à celle du reste de la province (78,7 ans c. 81,9 ans) (figure 2). Le nombre d'années vécues sans incapacité des résidents de la région est significativement inférieur à celui du reste du Québec (64,9 ans c. 67,1 ans). Cet écart significativement inférieur de l'espérance de vie sans incapacité est également observé entre les hommes de la région d'Iiyiyiu Aschii et ceux du reste du Québec (63,4 ans c. 65,9 ans).

Figure 2

Espérance de vie à la naissance en fonction de l'incapacité selon le sexe (années), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003



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

D'un autre côté, l'espérance de vie à 65 ans nous renseigne sur l'état de santé des aînés (tableau A2, annexe). À 65 ans, un résident de la région d'Iiyiyiu Aschii peut ainsi s'attendre à vivre environ 17,2 années supplémentaires; cette période apparaît plus longue chez les femmes (18,2 ans) que chez les hommes (15,8 ans) (tableau A2, annexe). À cet âge, le nombre d'années vécues sans incapacité est nécessairement réduit et se chiffre à 8,7 ans, avec un écart entre les hommes et les femmes de plus de trois ans (10,1 ans c. 6,9 ans). L'espérance de vie à 65 ans des résidents d'Iiyiyiu Aschii est significativement inférieure à celle du reste du Québec (17,2 ans c. 18,7 ans); cette différence est toutefois significative pour les femmes seulement (18,2 ans c. 20,5 ans). Il en va de même pour l'espérance de

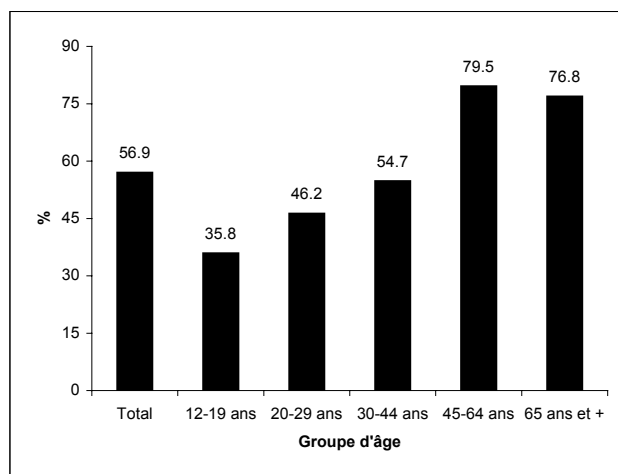
vie sans incapacité à 65 ans qui est significativement inférieure dans la région d'Iiyiyiu Aschii comparativement au reste du Québec (8,7 ans c. 10,1 ans), et ce plus particulièrement chez les hommes (6,9 ans c. 9,7 ans).

L'espérance de vie est intimement liée à l'état de santé d'une population, état de santé qui relève à son tour d'une série d'autres facteurs dont font partie les problèmes de santé chroniques. Dans la présente enquête, la présence de problèmes de santé chroniques (dont la durée est d'au moins six mois) a été vérifiée à partir d'une liste des problèmes les plus courants. Rappelons que ces problèmes autorapportés devaient avoir été diagnostiqués par un professionnel de la santé. Seuls les problèmes les plus fréquemment rapportés par les résidents sont présentés ici.

Dans la région, un peu plus de la moitié des résidents de 12 ans et plus ont rapporté au moins un problème de santé chronique ou de longue durée (57 %). Cette proportion ne varie pas selon le sexe mais tend à augmenter avec l'âge, passant de 36 % chez les 12-19 ans et augmentant graduellement par la suite pour atteindre un plateau de 80 % chez les 45-64 ans et de 77 % chez les 65 ans et plus (figure 3). On n'observe pas de différence selon la sous-région ou le niveau de scolarité dans la proportion des problèmes rapportés (tableau A3, annexe).

Figure 3

Proportion de personnes ayant déclaré au moins un problème de santé chronique ou de longue durée selon le groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



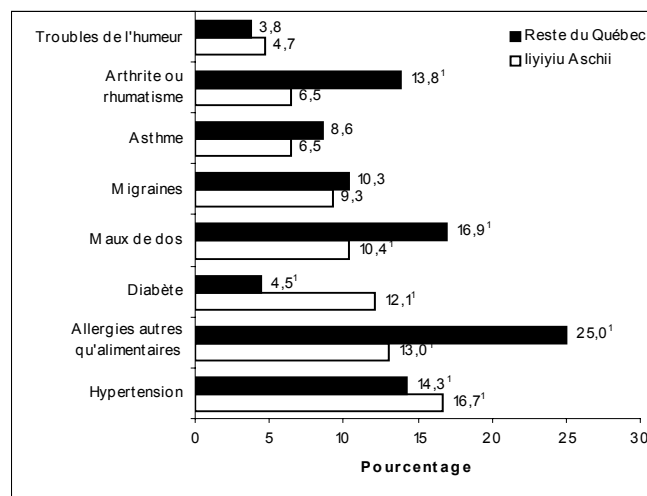
* Estimation imprécise. Donnée à interpréter avec circonspection (CV entre 16,6 % et 33,3 %).

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Les principaux problèmes de santé chroniques rapportés par les résidents de 12 ans et plus sont, par ordre décroissant d'importance, l'hypertension (17 %), les allergies autres qu'alimentaires (13 %), le diabète (12 %), les maux de dos (10 %), les migraines (9 %), l'asthme (7 %), l'arthrite ou rhumatisme (7 %) et les troubles de l'humeur (5 %) (figure 4). Il faut cependant noter qu'une personne pouvait rapporter plus d'un problème de santé. Les femmes rapportent significativement plus d'allergies (autres qu'alimentaires), de diabète et de migraines que les hommes (tableau A4, annexe). Les résidents âgés de 45 ans et plus signalent pour leur part significativement plus d'hypertension (36 %) et de diabète (25 %) que leurs cadets. On n'observe cependant pas d'écart significatif dans les proportions de problèmes rapportés selon la sous-région ou le niveau de scolarité.

Lorsqu'on compare ces résultats au reste de la province, les résidents d'Iiyiyiu Aschii sont significativement moins nombreux (57 %) que ceux du reste du Québec (67 %) à rapporter au moins un problème de santé chronique ou de longue durée (données non présentées). L'hypertension (17 % c. 14 %) et le diabète (12 % c. 5 %) sont rapportés significativement plus souvent dans la région d'Iiyiyiu Aschii (figure 4). À l'inverse, les allergies autres qu'alimentaires (13 % c. 25 %), les maux de dos (10 % c. 17 %) et l'arthrite ou rhumatisme (7 % c. 14 %) sont rapportés significativement plus fréquemment dans le reste du Québec. L'asthme, les migraines et les troubles de l'humeur sont rapportés dans des proportions identiques dans la région d'Iiyiyiu Aschii et le reste du Québec.

Figure 4
 Prévalence des principaux problèmes de santé chroniques déclarés (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003



¹ Les estimations ayant le même exposant sont significativement différentes au seuil $\alpha < 0,05$.

Source : ESCC2.1-Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003.

La prévalence de certains problèmes rapportés semble avoir augmenté entre les enquêtes de 1991 et de 2003 (tableau A5, annexe). Ainsi, les Cris de 15 ans et plus ont rapporté significativement plus de diabète (17 % c. 9 %), d'hypertension (24 % c. 11 %), d'asthme, d'emphysème, de bronchite chronique⁸ (11 % c. 4 %*) et de migraines (10 % c. 7 %) en 2003 qu'en 1991. Il est intéressant de noter que les prévalences d'asthme, de bronchite ou d'emphysème et d'hypertension ont augmenté pour tous les groupes d'âge entre ces deux enquêtes. Le diabète a pour sa part augmenté chez les plus de 25 ans alors que les migraines rapportées ont crû de façon significative parmi les Cris âgés de 65 ans et plus (données non présentées).

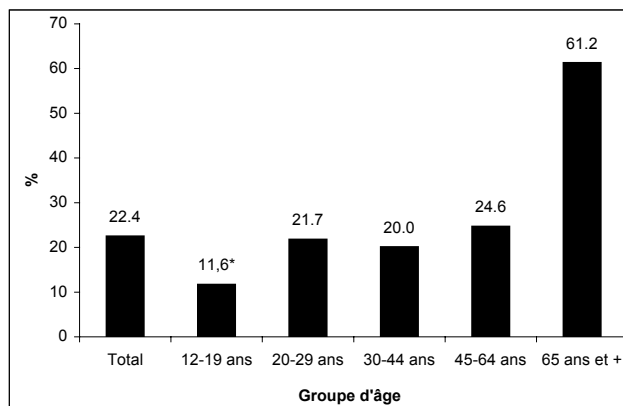
⁸ Lors de l'enquête de 1991, le libellé de la question comprenait asthme, emphysème ou bronchite chronique alors que seul l'asthme était mesuré dans l'enquête de 2003.

LIMITATION DES ACTIVITÉS

L'indice de limitation des activités est une mesure de l'incidence des problèmes de santé de longue durée sur les principales sphères de la vie soit : la maison, le travail, l'école et les autres activités. Seule la catégorie « parfois ou souvent » est présentée ici. Au total, 22 % des résidents de la région rapportent limiter « parfois ou souvent » leurs activités courantes à cause d'un problème de santé. On n'observe pas de différence significative entre les sexes, mais cette proportion augmente de façon marquée avec l'âge; les jeunes de 12-19 ans affichent la proportion significativement la plus basse (12 %) et celle-ci grimpe à 20 % chez les 30-44 ans, puis à 25 % chez les 45-64 ans et augmente ensuite de façon marquée (62 %) chez les 65 ans et plus (figure 5).

Figure 5

Indice de limitation des activités courantes (parfois ou souvent) à cause d'un état ou d'un problème de santé de longue durée selon le groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



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

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

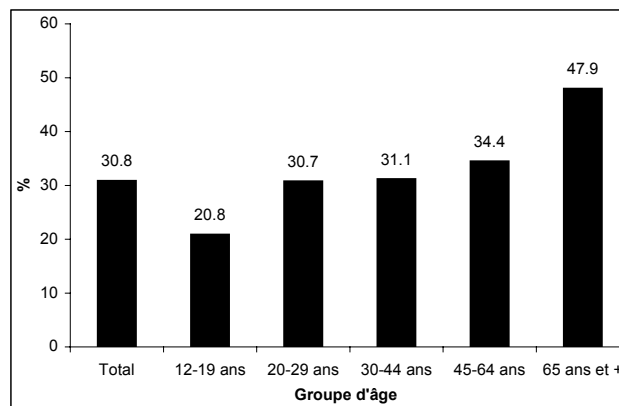
La proportion des résidents de la région d'Iiyiyiu Aschii affirmant être limités « parfois ou souvent » dans leurs activités quotidiennes par un problème de santé de longue durée est significativement plus élevée dans les communautés continentales (28 %) que dans les communautés côtières (19 %) (tableau A6, annexe). La scolarité est également associée à l'indice de limitation des activités courantes; les personnes les plus scolarisées sont celles qui affichent la plus faible proportion de limitation des activités (16 %). Par ailleurs, on n'observe pas d'écart significatif entre la région et le reste du Québec relativement à cet indice de limitation des activités.

SANTÉ BUCCO-DENTAIRE

Le dernier élément de santé examiné dans ce fascicule concerne la santé bucco-dentaire des résidents d'Iiyiyiu Aschii. Deux indicateurs sont retenus ici soit la perception de sa santé dentaire comme étant « passable ou mauvaise » ainsi que l'incapacité à mastiquer de la nourriture ferme. Un peu moins du tiers des résidents de 12 ans et plus (31 %) perçoivent leur santé bucco-dentaire comme étant « passable ou mauvaise ». Cette proportion ne varie pas selon le sexe mais augmente avec l'âge, passant de 21 % chez les adolescents – groupe qui se différencie significativement de tous les autres groupes d'âge – à 31 % chez les adultes de 20 à 44 ans, puis à 34 % chez les 44-64 ans pour enfin grimper à près d'une personne âgée sur deux (48 %) chez les 65 ans et plus (figure 6).

Figure 6

Perception de sa santé bucco-dentaire (passable ou mauvaise) selon le groupe d'âge (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003



Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Il n'y a pas d'écart entre les communautés côtières et continentales sur cet aspect, mais on observe une association entre la perception de sa santé bucco-dentaire et la scolarité : les personnes ayant un faible niveau de scolarité sont proportionnellement plus nombreuses à avoir une perception négative de cet aspect de leur santé (tableau A7, annexe). Les résidents de la région d'Iiyiyiu Aschii sont également plus nombreux que ceux du reste du Québec (22 % c. 14 %) à percevoir leur santé bucco-dentaire de manière négative (données non présentées).

Enfin, une personne sur vingt-cinq (4 %) affirme être incapable de mastiquer de la nourriture ferme. Cette proportion ne varie pas selon le sexe, le groupe d'âge, la sous-région ou la scolarité et elle est identique à celle observée dans le reste du Québec (tableau A8, annexe).

DISCUSSION ET CONCLUSION

Deux indicateurs généraux de l'état de santé de la population d'Iiyiyiu Aschii – soit la perception globale de sa santé et l'espérance de vie (à la naissance et à 65 ans) – ont été utilisés afin d'estimer l'état de santé globale de la population. Dans la région, 17 % des résidents de 12 ans et plus jugent négativement leur santé. Bien que cette proportion soit plus élevée que dans le reste du Québec (11 %), on note néanmoins une amélioration sur cet aspect depuis l'enquête de 1991 (23 % c. 19 % en 2003).

Les données présentées précédemment montrent par ailleurs que l'espérance de vie à la naissance des résidents d'Iiyiyiu Aschii atteint 77,2 années, mais elle demeure somme toute inférieure de deux années à celle du reste du Québec (79,2 années) (écart que l'on observe cependant chez les femmes seulement). Ceci place la région à l'avant-dernier rang des dix-huit régions du Québec en termes d'espérance de vie, soit au-dessus du Nunavik qui arrive au dernier rang avec une espérance de vie qui n'atteint que 63,3 années (Choinière et al., 2006). La faible espérance de vie notée au Nunavik s'explique en partie par un taux élevé de décès traumatiques chez les jeunes, dont un taux de suicide particulièrement important (Choinière et al., 2006). L'écart de deux années d'espérance de vie qui distingue les résidents d'Iiyiyiu Aschii de ceux du reste du Québec est par ailleurs très inférieur à l'écart observé entre l'ensemble des Indiens inscrits du Canada et le reste de la population canadienne, écart qui était de 7,2 ans pour les hommes et de 5,2 ans pour les femmes en 2000 (Santé Canada, 2006).

L'espérance de vie à 65 ans des résidents d'Iiyiyiu Aschii, qui est de 17,2 années, est également inférieure à celle de l'ensemble du Québec (18,7 années), mais l'écart observé n'est significatif que pour les femmes. La présence d'une mortalité prématurée associée à certaines maladies chroniques pourrait en partie expliquer cette différence. Les prévalences élevées de diabète et d'obésité pourraient ainsi contribuer à diminuer cette espérance de vie dans les années à venir, réduisant ainsi les récents gains réalisés dans ce domaine comme tend à le montrer une étude américaine (Olshansky et al., 2005).

Significativement moins de résidents d'Iiyiyiu Aschii rapportent un problème de santé de longue durée comparativement à ceux du reste du Québec; cette proportion augmente par ailleurs avec l'âge dans les deux régions. Il ne s'agit pas ici d'un effet lié à l'âge de la population car cette comparaison tient compte de ce facteur. Il est toutefois possible qu'un biais d'information différentiel puisse être présent ici comme on le retrouve

généralement dans ce type d'enquête où les répondants ont tendance à sous-déclarer certains problèmes de santé. Lorsqu'on examine les problèmes rapportés individuellement, les résidents de la région rapportent plus fréquemment des problèmes sérieux tels que l'hypertension, des allergies et particulièrement plus de diabète que ceux du reste du Québec. Ces problèmes, auxquels s'ajoutent aujourd'hui les problèmes respiratoires (asthme, bronchite et emphysème) et les migraines, ont tous connu une augmentation depuis l'enquête de 1991.

En 1989, Thouez et collaborateurs (1990) avaient mesuré une prévalence d'hypertension de 17 % chez les hommes et de 22 % chez les femmes d'Iiyiyiu Aschii. La prévalence du diabète constituait néanmoins à l'époque, et constitue encore aujourd'hui, l'affection la plus préoccupante dans cette population. Celle-ci a fait l'objet de nombreuses publications et a suscité la mise en place d'un système de suivi systématique des cas connus à la fin des années 1990 dans la région (Dannenbaum et al., 1999). Cette prévalence élevée de diabète, combinée à un nombre élevé de personnes hypertendues, risque d'entraîner des conséquences fâcheuses au sein de la population crie. Une récente étude menée auprès de la population de l'Ontario estime que les diabétiques auraient une espérance de vie diminuée de plus de douze années comparativement aux personnes non atteintes de cette maladie chronique (Manuel & Schultz, 2004). Dans cette province, il a été estimé que l'élimination du diabète hausserait l'espérance de vie des hommes de 2,8 années et celle des femmes de 2,6 années (Manuel & Schultz, 2004). Au-delà des pertes en espérance de vie, cette étude rapporte aussi que les diabétiques ont significativement plus de problèmes de mobilité, d'incapacités à long terme, de restriction des activités courantes et qu'ils s'estiment généralement en moins bonne santé que les personnes exemptes de cette maladie (Manuel & Schultz, 2004).

Une personne sur cinq rapporte par ailleurs des limitations dans ses activités courantes – proportion identique à celle du Québec – et cette dernière augmente avec l'âge. Cette incapacité risque sans doute d'augmenter dans l'avenir compte tenu de la prévalence élevée de certains problèmes de santé de longue durée comme le diabète.

L'indicateur de santé bucco-dentaire laisse pour sa part entrevoir une situation défavorable pour la région comparativement au reste du Québec avec près d'une personne sur trois qui perçoit négativement sa santé dentaire, soit le double de ce qui observé ailleurs au Québec.

POINTS IMPORTANTS

- Dans la région d'Iiyiyiu Aschii, un résident sur six estime sa santé comme étant « passable ou mauvaise ».
- L'espérance de vie des résidents d'Iiyiyiu Aschii à la naissance est de deux ans inférieure à celle des résidents du reste du Québec (77,2 ans c. 79,2 ans). Cette différence est d'un peu plus de trois années entre les femmes des deux régions (78,7 ans c. 81,9 ans).
- Plus de la moitié (57 %) des résidents d'Iiyiyiu Aschii ont rapporté avoir eu au moins un problème de santé de longue durée. Les cinq principaux problèmes rapportés en 2003 sont : l'hypertension, les allergies autres qu'alimentaires, le diabète, les maux de dos et les migraines.
- De façon générale, on observe une augmentation entre 1991 et 2003 de la prévalence de certains des principaux problèmes de santé chroniques rapportés :
 - Asthme, bronchite ou emphysème (4 % c. 11 %)
 - Hypertension (11 % c. 24 %)
 - Diabète (9 % c. 17 %)
- Un répondant sur cinq affirme avoir limité « parfois ou souvent » ses activités quotidiennes à cause d'un état ou d'un problème de santé de longue durée.
- Significativement plus de résidents de la région d'Iiyiyiu Aschii évaluent leur santé bucco-dentaire de manière négative comparativement à ceux du reste du Québec (22 % c. 14 %).

RÉFÉRENCES

Bobet, E. (2004). *Eeyou Istchee Aboriginal People Survey 2001: A report prepared by the Cree Board of Health and Social Services of James Bay from responses given by 906 Eeyouch to Statistics Canada in the spring of 2001*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.

Brassard et al. (1993). Prevalence of diabetes mellitus among the James Bay Cree of northern Quebec, *CMAJ*, 149(3), 303-307.

Choinière, R., Ferland, M. et al. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006*. Québec : Institut national de santé publique du Québec.

Dannenbaum, D., Verronneau, M., et al. (1999). Comprehensive Computerized Diabetes Registry. *Canadian Family Physician*, 45(2), 364-370.

Kyffin, R.E. et al. (2005). Mortality rates and self reported health: database analysis by English local authority area. *British Medical Journal*, 329, 887-888.

Levasseur, M. & Ferland, P. (1994). État de santé et ses conséquences. In 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*, 121-151. Montréal : ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.

Levasseur, M. (1995). Perception de l'état de santé. In Bellerose, C. et al. *Et la santé ça va en 1992-1993? Rapport de l'enquête sociale et de santé 1992-1993*. Montréal : Santé Québec, vol. 1, 199-209.

Manuel, D.G. & Schultz, S.E. (2004). Health-Related Quality of Life and Health-Adjusted Life Expectancy of People With Diabetes in Ontario, Canada, 1996-1997. *Diabetes Care*, 27(2), 407-414.

Martens, P.J., Sanderson, D., et al. (2005). Mortality Comparisons of First Nations to all Other Manitobans. *Canadian Journal of Public Health*, 96(1), S33-38.

Olshansky, S.J., Passaro, D.J., et al. (2005). A Potential Decline in Life Expectancy in the United States in the 21st Century. *The New England Journal of Medicine*, 352(11), 1138-1145.

O'Reilly et al. (2005). Self Reported Health and Mortality: Ecological Analysis based on Electoral Wards Across the United Kingdom. *British Medical Journal*, 331, 938-939.

Santé Canada (1999). *Rapport statistique sur la santé de la population canadienne*. Ottawa : Santé Canada, Comité consultatif fédéral, provincial, territorial sur la santé de la population.

Santé Canada (2006). *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*. Ottawa : Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

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.

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.

Thouez, J.P., Ekoé, J.M., et al. (1990). Obesity, Hypertension, Hyperuricemia and Diabetes Mellitus among the Cree and Inuit of Northern Québec. *Arctic Medical Research*, 49,180-188.

ANNEXE

Tableau A1

Perception de sa santé comme étant mauvaise ou passable selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Total	17,2
Sexe	
Hommes	16,3
Femmes	18,2
Groupe d'âge	
12-19 ans	10,0 ^{*1,2}
20-29 ans	15,1 ^{*3}
30-44 ans	15,6
45 ans et plus	23,6 ¹
65 ans et plus	27,8 ^{2,3}
Sous-région	
Côtière	16,0
Continental	18,9
Scolarité	
Peu scolarisé	19,7 ¹
Moyennement scolarisé	16,7
Plus scolarisé	12,2 ^{*1}

^{1,2,3} Les estimations ayant le même exposant sont significativement différentes au seuil $\alpha = 0,05$.

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

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A2

Espérance de vie à la naissance et à 65 ans selon le type (années), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii et reste du Québec, 2003

	Espérance de vie		
	Totale	En bonne santé (sans incapacité)	En institution
Espérance de vie à la naissance			
Iiyiyiu Aschii			
Total	77,2 ¹	64,9 ¹	0,3
Hommes	75,4	63,4 ²	0,0
Femmes	78,7 ²	66,4	0,7
Reste du Québec			
Total	79,2 ¹	67,1 ¹	1,8
Hommes	76,3	65,9 ²	1,0
Femmes	81,9 ²	68,3	2,4
Espérance de vie à 65 ans			
Iiyiyiu Aschii			
Total	17,2 ³	8,7 ^{*3}	0,4
Hommes	15,8	6,9 ⁴	0,0
Femmes	18,2 ⁴	10,1	0,7
Reste du Québec			
Total	18,7 ³	10,1 ³	2,0
Hommes	16,5	9,7 ⁴	1,2
Femmes	20,5 ⁴	10,4	2,7

¹⁻⁴ Les estimations ayant le même exposant sont significativement différentes au seuil $\alpha = 0,05$.

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

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

Tableau A3

Prévalence d'au moins un problème de santé chronique ou de longue durée déclaré selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Total	56,9
Sexe	
Hommes	54,6
Femmes	59,4
Groupe d'âge	
12-19 ans	35,8 ^{1,2,3}
20-29 ans	46,2 ^{4,5}
30-44 ans	54,7 ^{1,6,7}
45-64 ans	79,5 ^{2,4,6}
65 ans et plus	76,8 ^{3,5,7}
Sous-région	
Côtière	55,7
Continental	58,7
Scolarité	
Peu scolarisé	58,2
Moyennement scolarisé	52,5
Plus scolarisé	61,0

¹⁻⁷ Les estimations ayant le même exposant sont significativement différentes au seuil $\alpha = 0,05$.

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A4

Prévalence des principaux problèmes de santé rapportés selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Problèmes de santé	Hypertension	Allergies autres qu'alimentaires	Diabète	Maux de dos	Migraines	Asthme	Arthrite ou rhumatisme	Troubles de l'humeur
Total	16,7	13,0	12,1	10,4	9,3	6,5	6,5	4,7
Sexe								
Hommes	17,2	9,1 ¹	9,0 ¹	10,1	6,7 ¹	5,8	5,3*	4,7*
Femmes	16,1	17,3 ¹	15,5 ¹	10,7	12,1 ¹	7,4	7,9	4,7
Groupe d'âge								
12-19 ans	NP	9,5*	NP	NP	4,6*	4,1*	NP	NP
20-29 ans	NP	14,4*	5,1* ^{1,2}	8,9*	7,9*	4,6*	NP	6,4*
30-44 ans	15,6 ¹	15,4	11,3 ¹	12,5	10,9*	6,0*	4,9*	6,0*
45 ans et plus	36,2 ¹	11,9*	24,8 ²	13,4	11,5*	9,8*	15,5	5,0*
Sous-région								
Côtière	18,3	14,1	10,5	10,7	10,5	6,6	8,2	3,7*
Continental	14,3	11,5	14,6	10,0	7,3*	6,4*	4,0*	6,3*
Scolarité								
Peu scolarisé	19,8	12,6	15,0	13,8	9,7	7,4	-	7,1*
Moyennement scolarisé	11,4	9,6*	8,8*	6,2*	8,6*	5,4*	-	NP
Plus scolarisé	14,1*	18,0	9,7*	8,9	9,4*	6,7*	-	2,9*

^{1,2} Les estimations ayant le même exposant sont significativement différentes au seuil $\alpha = 0,05$.

* 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).

- Donnée non présentée.

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A5

Prévalence des principaux problèmes de santé rapportés selon l'année de l'enquête (%), population crie de 15 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 1991 et 2003

Problème de santé	1991	2003
Hypertension	11,4 ¹	23,6 ¹
Diabète	8,8 ¹	17,1 ¹
Maux de dos	9,3	11,9
Migraines	7,0 ¹	10,2 ¹
Asthme, bronchite ou emphysème	3,6* ¹	10,8 ¹
Arthrite ou rhumatisme	9,9	10,1

¹ Les estimations ayant le même exposant sont significativement différentes au seuil $\alpha = 0,05$.

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

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii 2003 et Enquête Santé Québec 1991.

Tableau A6

Indice de limitation des activités courantes (parfois ou souvent) à cause d'un état ou d'un problème de santé de longue durée selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Total	22,4
Sexe	
Hommes	20,8
Femmes	24,1
Groupe d'âge	
12-19 ans	11,6* ^{1,2,3,4}
20-29 ans	21,7 ^{1,5}
30-44 ans	20,0 ^{2,6}
45-64 ans	24,6 ³
65 ans et plus	61,2 ^{4,5,6}
Sous-région	
Côtière	18,5 ¹
Continente	28,2 ¹
Scolarité	
Peu scolarisé	23,7 ¹
Moyennement scolarisé	26,6 ²
Plus scolarisé	15,7 ^{1,2}

¹⁻⁶ Les estimations ayant le même exposant sont significativement différentes au seuil $\alpha = 0,05$.

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

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A7

Perception de sa santé buccale (passable ou mauvaise) selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Total	30,8
Sexe	
Hommes	32,6
Femmes	28,9
Groupe d'âge	
12-19 ans	20,8 ^{1,2,3,4}
20-29 ans	30,7 ^{1,5}
30-44 ans	31,1 ^{2,6}
45-64 ans	34,4 ³
65 ans et plus	47,9 ^{4,5,6}
Sous-région	
Côtière	29,9
Continente	32,2
Scolarité	
Peu scolarisé	37,9 ^{1,2}
Moyennement scolarisé	24,9 ¹
Plus scolarisé	22,6 ²

¹⁻⁶ Les estimations ayant le même exposant sont significativement différentes au seuil $\alpha = 0,05$.

Source : ESCC 2.1-Iiyiyiu Aschii, 2003.

Tableau A8

Incapacité à mâcher de la nourriture ferme selon certaines caractéristiques (%), population de 12 ans et plus, Iiyiyiu Aschii, 2003

Total	4,2
Sexe	
Hommes	4,2*
Femmes	4,3*
Groupe d'âge	
12-19 ans	NP
20-29 ans	NP
30-44 ans	4,4*
45 ans et plus	6,8*
Sous-région	
Côtière	4,1
Continente	4,5
Scolarité	
Peu scolarisé	4,5*
Moyennement scolarisé	6,2*
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.