



ERS

ENQUÊTE RÉGIONALE
SUR LA SANTÉ
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC



COMMISSION DE LA SANTÉ
ET DES SERVICES SOCIAUX
DES PREMIÈRES NATIONS
DU QUÉBEC ET DU LABRADOR

DIABÈTE ET OBÉSITÉ

Faits saillants

Surpoids

- Actuellement, environ trois enfants sur cinq, un adolescent sur deux et quatre adultes sur cinq présentent un surpoids.
- Près de la moitié des enfants, des femmes et des résidents des zones 2, 3 et 4 sont obèses.
- Les personnes en surpoids tendent à présenter davantage de problèmes de santé chroniques, comme le diabète et les problèmes cardiovasculaires, musculosquelettiques et endocriniens-métaboliques.

Diabète

- La prévalence de diabète est restée plutôt stable au cours des dernières années. Cette maladie est pratiquement absente chez les enfants et les adolescents, demeure plutôt rare chez les jeunes adultes, mais touche près d'un adulte d'âge moyen sur quatre et deux aînés sur cinq.
- Chez les personnes non diabétiques, on observe une forte prévalence des facteurs de risque de diabète de type 2, notamment le surpoids (dans l'ensemble de la population) et les antécédents obstétricaux (chez les femmes).
- Une importante proportion des diabétiques fument la cigarette, un comportement qui augmente considérablement les risques de complications du diabète.
- Les diabétiques tendent à présenter un plus grand nombre de problèmes de santé chroniques. Ils sont également exposés à plusieurs complications du diabète.
- Une personne diabétique sur deux avait déjà subi au moins une complication du diabète au moment de l'enquête.



MISE EN CONTEXTE

Ce feuillet a été élaboré dans le but de faciliter la mise en place de stratégies de prévention et de traitement efficaces de l'obésité et du diabète dans les communautés des Premières Nations au Québec, en portant une attention particulière aux comportements de santé comme l'alimentation, l'activité physique et le tabagisme^[1-2]. Les données recueillies dans le cadre de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) permettent de réaffirmer la gravité des problèmes liés au diabète et à l'obésité, et l'urgence de poursuivre les efforts visant à faciliter la prévention, le diagnostic et la prise en charge de ces problèmes à l'aide d'approches qui conviennent à la culture, aux valeurs et aux besoins des Premières Nations au Québec.

EMBONPOINT ET OBÉSITÉ

ENCADRÉ 1

Le surpoids

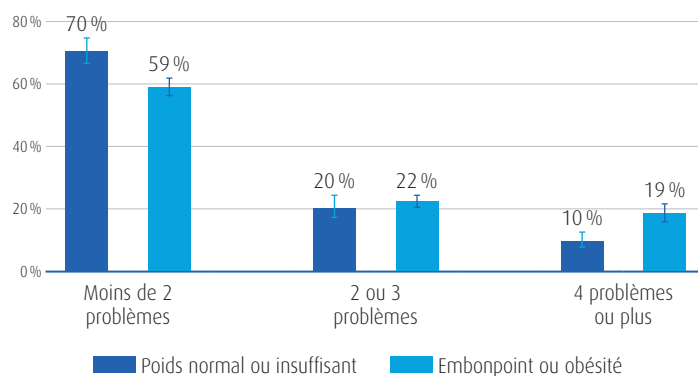
Le surpoids est un problème de santé chronique défini comme une accumulation excessive de graisse corporelle pouvant entraîner des risques pour la santé (p. ex. problèmes cardiovasculaires et musculosquelettiques, cancer)^[3].

Pour estimer le degré de surpoids d'une personne, on utilise généralement l'indice de masse corporelle (IMC), calculé en divisant le poids de la personne (en kilogrammes) par le carré de sa taille (en mètres × mètres). Chez les adultes, le « poids santé » correspond à un IMC de 18,5 à 24,9, l'**embonpoint**, à un IMC de 25,0 à 29,9, et l'**obésité**, à un IMC de 30,0 ou plus. Chez les enfants et les adolescents, la méthode de calcul est un peu plus complexe, puisque les mesures du surpoids varient selon l'âge (la méthode de calcul précise est disponible en ligne)^[3].

Problèmes de santé associés au surpoids

Selon les données recueillies dans le cadre de l'ERS 2015, on peut observer un contraste relativement au nombre de problèmes de santé chroniques des personnes selon qu'elles présentent ou non un surpoids. La **FIGURE 1** indique que la proportion de personnes cumulant au moins quatre problèmes de santé chroniques est environ deux fois plus élevée chez les personnes faisant de l'embonpoint ou étant obèses que chez les personnes ayant un poids normal ou insuffisant.

FIGURE 1
Nombre de problèmes de santé chroniques, selon l'IMC[†]

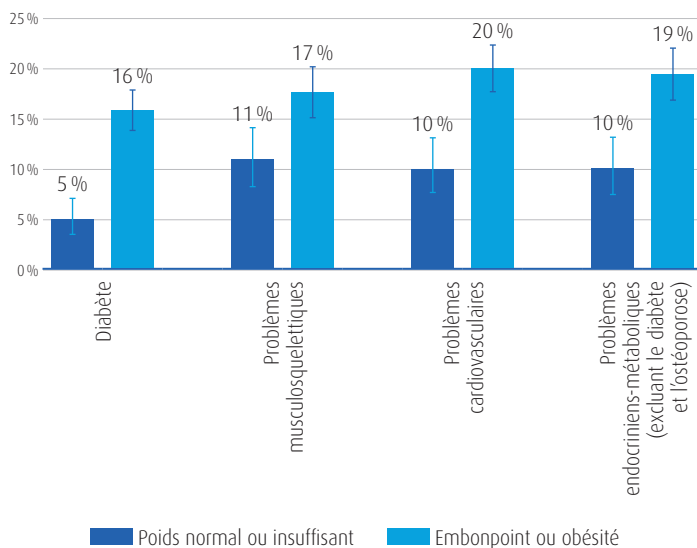


† Les problèmes de santé comptabilisés ici n'incluent pas l'obésité, le diabète de grossesse et la prééclampsie. Les femmes enceintes ne sont pas incluses, car la mesure du surpoids – l'IMC – ne s'applique pas pendant la grossesse.



La FIGURE 2 montre que le surpoids est associé à des prévalences plus élevées de diabète et de problèmes musculosquelettiques, cardiovasculaires ou endocriniens-métaboliques.

FIGURE 2
Prévalence des problèmes de santé chroniques, selon l'IMC[†]

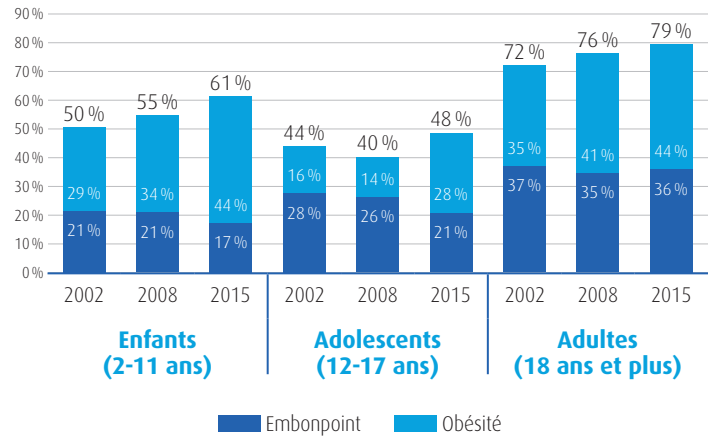


† Les problèmes de santé comptabilisés ici n'incluent pas l'obésité, le diabète de grossesse et la prééclampsie. Les femmes enceintes ne sont pas incluses, car la mesure du surpoids - l'IMC - ne s'applique pas pendant la grossesse. Le diabète - qui fait l'objet de sa propre catégorie - et l'ostéoporose - qui est comptabilisée parmi les problèmes musculosquelettiques - n'ont pas été inclus dans la catégorie des problèmes endocriniens-métaboliques.

Évolution des prévalences d'embonpoint et d'obésité

La FIGURE 3 montre l'évolution des prévalences d'embonpoint et d'obésité au sein de différentes catégories d'âge depuis l'ERS 2002, démontrant que l'ampleur du problème n'a pas diminué. Même parmi les adolescents, chez qui la prévalence de surpoids est la plus faible, environ une personne sur deux fait de l'embonpoint ou est obèse. La tendance la plus inquiétante s'observe chez les 2 à 11 ans. Alors qu'un enfant sur deux présentait un surpoids au moment de l'ERS 2002, près d'un sur deux est désormais obèse et environ trois sur cinq présentent un surpoids. Chez les adultes, les prévalences d'embonpoint et d'obésité sont stables, mais très élevées. Environ quatre adultes sur cinq présentent un surpoids et près d'un sur deux est obèse. Plusieurs adultes présentent donc un risque élevé de développer un diabète de type 2 au cours de leur vie.

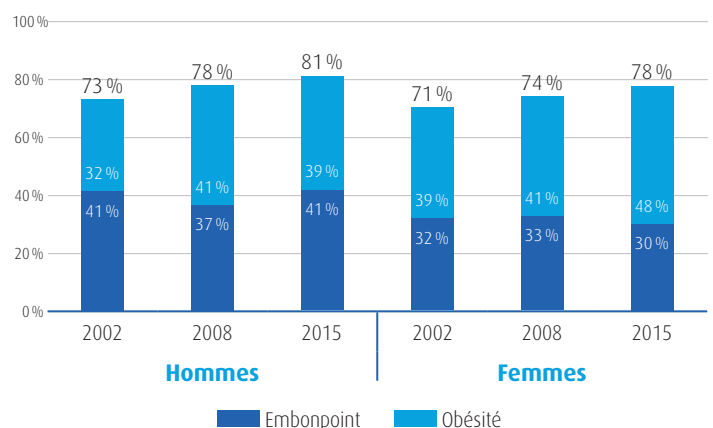
FIGURE 3
Évolution des prévalences d'embonpoint et d'obésité depuis l'ERS 2002, selon l'âge



- **Augmentation significative de la proportion d'enfants obèses [IC 95 %]**, qui est passée de 34 % [30 %-39 %] à 44 % [39 %-49 %] de l'ERS 2008 à l'ERS 2015.
- **Augmentation significative de la proportion d'adolescents obèses [IC 95 %]**, qui est passée de 14 % [11 %-17 %] à 28 % [24 %-32 %] de l'ERS 2008 à l'ERS 2015.
- **Augmentation significative de la proportion d'adultes obèses [IC 95 %]**, qui est passée de 35 % [33 %-38 %] à 44 % [40 %-47 %] de l'ERS 2002 à l'ERS 2015.

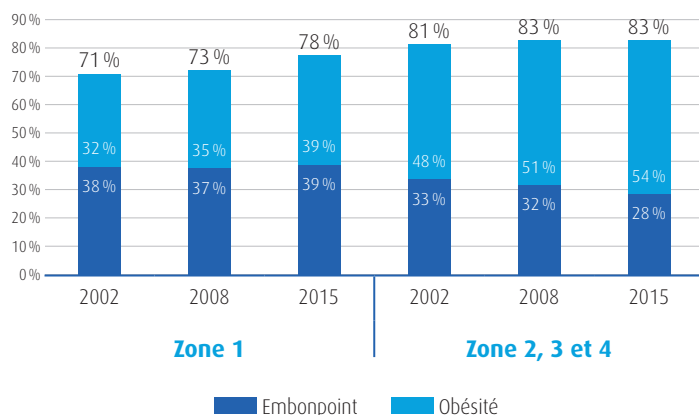
La FIGURE 4 montre l'évolution des prévalences d'embonpoint et d'obésité chez les hommes et les femmes de 18 ans et plus. Bien que la prévalence de surpoids ne varie pas significativement selon le sexe, l'obésité touche particulièrement les femmes : environ une sur deux serait désormais obèse, selon les données de l'ERS 2015.

FIGURE 4
Évolution des prévalences d'embonpoint et d'obésité chez les adultes depuis l'ERS 2002, selon le sexe



La FIGURE 5 montre l'évolution des prévalences de surpoids en fonction de la zone géographique. Malgré des prévalences semblables entre les différentes zones pour le surpoids en général, l'obésité tend à être plus fréquente chez les résidents des zones 2, 3 et 4 que chez ceux de la zone 1.

FIGURE 5
Évolution des prévalences d'embonpoint et d'obésité chez les adultes depuis l'ERS 2002, selon la zone géographique



– **Différence significative entre les proportions d'adultes obèses [IC 95 %] selon la zone** : 39 % [36 %-42 %] en zone 1, comparativement à 54 % [45 %-64 %] en zones 2, 3 et 4.

Somme toute, les fortes prévalences d'obésité et d'embonpoint sont alarmantes, puisqu'on les associe à des risques plus élevés de développer de nombreux problèmes de santé chroniques, comme le diabète de type 2.

DIABÈTE

ENCADRÉ 2 Le diabète^[4-15]

Le diabète est une maladie chronique résultant d'une production insuffisante ou d'une utilisation incorrecte de l'insuline. L'insuline est sécrétée par le pancréas et régule la concentration de glucose (sucre) dans le sang. Il existe plusieurs types de diabète :

- **Le diabète gestationnel (ou diabète de grossesse)** se caractérise par une élévation de la concentration de sucre dans le sang apparaissant pendant la grossesse. Ce diabète est souvent diagnostiqué à l'occasion d'un dépistage prénatal. Les femmes qui en sont atteintes sont plus susceptibles de subir des complications lors de la grossesse ou de l'accouchement (notamment de donner naissance à un bébé dont le poids est supérieur à 9 livres ou 4,1 kilogrammes). Elles sont également plus à risque – tout comme leur enfant – de développer un diabète de type 2 au cours de leur vie^[4, 7-9, 11-15].
- **Le diabète de type 1^[4, 9]** se caractérise par une production insuffisante d'insuline. Les personnes qui en souffrent doivent donc s'injecter de l'insuline chaque jour^[9]. Les causes précises de ce diabète demeurent incertaines, mais selon l'état actuel des connaissances, il ne serait pas évitable.
- **Le diabète de type 2^[4-15]** résulte d'une mauvaise utilisation de l'insuline par l'organisme. Longtemps surnommé « diabète de l'adulte », il touche désormais un nombre croissant d'enfants et d'adolescents^[12-15]. À l'échelle mondiale, l'augmentation de la prévalence du diabète de type 2 coïncide avec l'augmentation de la prévalence d'obésité. L'**obésité** (surtout l'obésité abdominale) représente d'ailleurs l'un des principaux facteurs de risque du diabète de type 2.

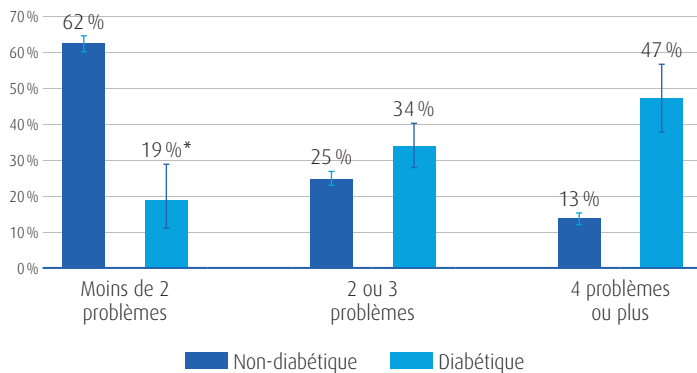
Le diabète de type 2 et l'obésité partagent plusieurs facteurs de risque modifiables, comme les mauvais comportements alimentaires et la sédentarité, et c'est pourquoi ils sont souvent ciblés par les mêmes mesures de prévention. D'autres facteurs sont associés au développement du diabète de type 2, comme l'âge, les antécédents familiaux et la présence de problèmes cardiovasculaires^[5-8].

On recommande de passer un test de dépistage du diabète de type 2 tous les trois ans à partir de l'âge de 40 ans (mais plus tôt et plus souvent chez les personnes qui présentent plusieurs facteurs de risque). On recommande aux personnes déjà diabétiques de modifier certaines habitudes de vie, notamment de cesser de fumer, puisque le tabagisme accroît les risques de complications du diabète^[5-8].

Diabète et problèmes de santé

La FIGURE 6 compare l'état de santé des personnes selon qu'elles se sont déclarées diabétiques ou non au moment de l'ERS 2015. D'emblée, il semble que les diabétiques présentent un plus grand nombre de problèmes de santé que le reste de la population.

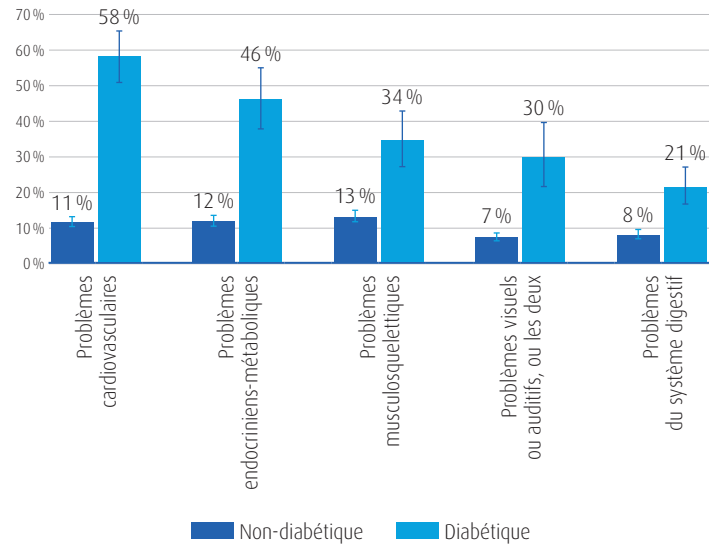
FIGURE 6
Nombre de problèmes de santé chroniques, selon la présence ou non de diabète†



† Les problèmes de santé comptabilisés ici n'incluent pas le diabète (quel qu'en soit le type) et la prééclampsie. Les femmes enceintes ne sont pas incluses dans cette figure, puisque la mesure du surpoids – l'IMC – ne peut être appliquée rigoureusement pendant la grossesse.

La FIGURE 7 montre que les problèmes de santé chroniques associés au diabète touchent plusieurs dimensions de la santé. En fait, malgré l'étendue des problèmes de santé associés à l'obésité (FIGURE 2), il semble que le diabète soit associé à un éventail de problèmes encore plus large. Des complications du diabète, comme la rétinopathie, peuvent expliquer l'importance des problèmes visuels. Par contre, la prévalence de ces problèmes – tout comme celle du diabète – augmente significativement avec l'âge. Cette figure ne vise donc pas à établir un lien causal entre le diabète et les problèmes de santé chroniques, mais seulement à souligner que les diabétiques présentent davantage de problèmes de santé chroniques. De plus, les besoins de soins et de services de santé tendent à être plus importants chez les diabétiques que dans le reste de la population.

FIGURE 7
Prévalence des problèmes de santé chroniques, selon la présence ou non de diabète†



† Les problèmes de santé comptabilisés ici n'incluent pas le diabète (quel qu'en soit le type) et la prééclampsie. L'ostéoporose, comptabilisée parmi les problèmes musculosquelettiques, n'a pas été incluse dans la catégorie des problèmes endocriniens-métaboliques. Les femmes enceintes ne sont pas incluses dans cette figure, puisque la mesure du surpoids – l'IMC – ne peut être appliquée rigoureusement pendant la grossesse.



Complications du diabète

La FIGURE 8 présente le bilan des complications rapportées par les personnes souffrant de diabète au moment de l'ERS 2015. Environ un diabétique sur deux aurait déjà subi au moins une complication et près d'un sur trois en aurait déjà subi au moins deux. La plupart des complications touchent le système nerveux, les membres inférieurs, le système circulatoire ou la vue.

Prise en charge du diabète

Pour réduire les risques de complications du diabète, un suivi médical régulier et l'observance du plan de traitement sont essentiels. Ce dernier combine généralement la modification des habitudes de vie (cessation tabagique, alimentation équilibrée et pratique régulière de l'activité physique) à l'approche pharmacologique (hypoglycémifiants ou administration quotidienne d'insuline, ou les deux)^[9-10]. Chez les Premières Nations au Québec, on peut aussi envisager le recours à des méthodes traditionnelles.

Comme le montre la FIGURE 9, l'approche pharmacologique est adoptée par une majorité de personnes diabétiques, tandis que les méthodes traditionnelles sont peu utilisées. Indépendamment des éléments de leur plan de traitement, environ trois diabétiques sur quatre déclarent avoir changé leurs habitudes de vie après avoir reçu leur diagnostic. Malgré tout, on constate que la proportion de fumeurs est sensiblement la même chez les personnes diabétiques (35 %) que chez les non-diabétiques (37 %).

FIGURE 8
Nombre et type des complications du diabète

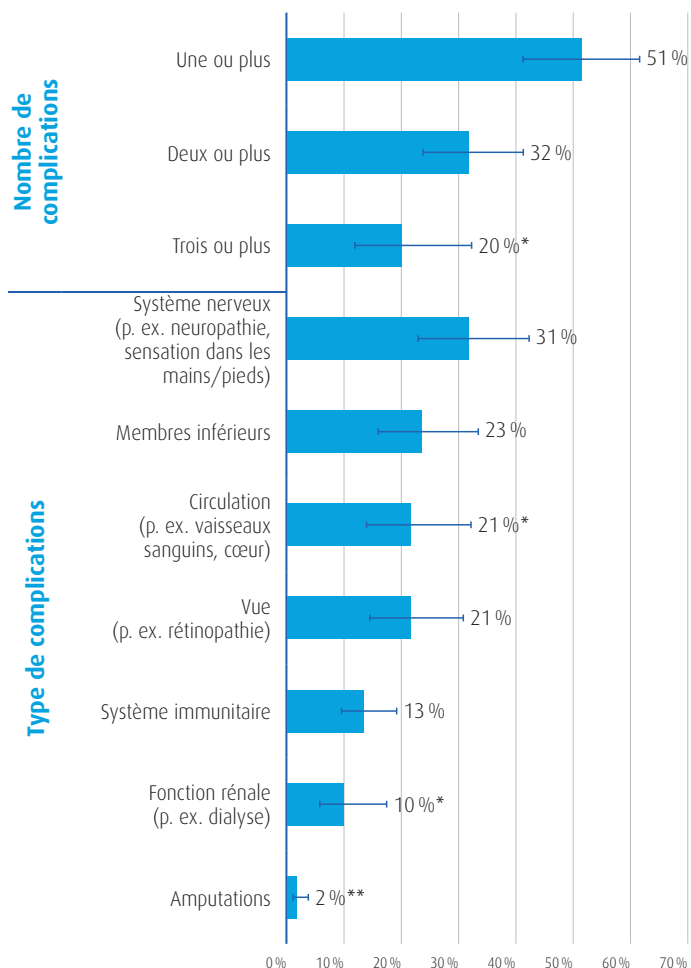
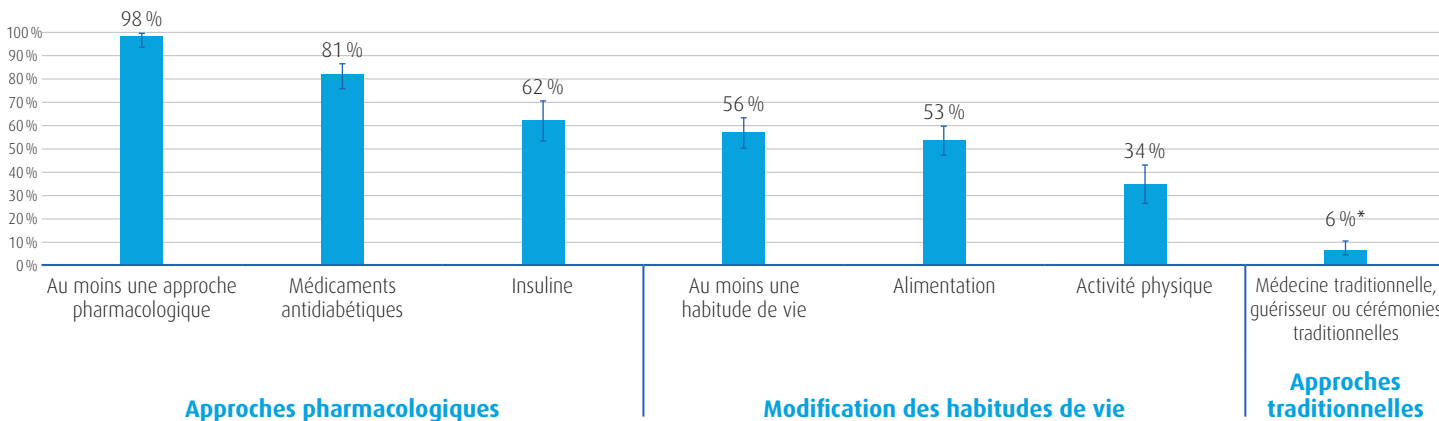


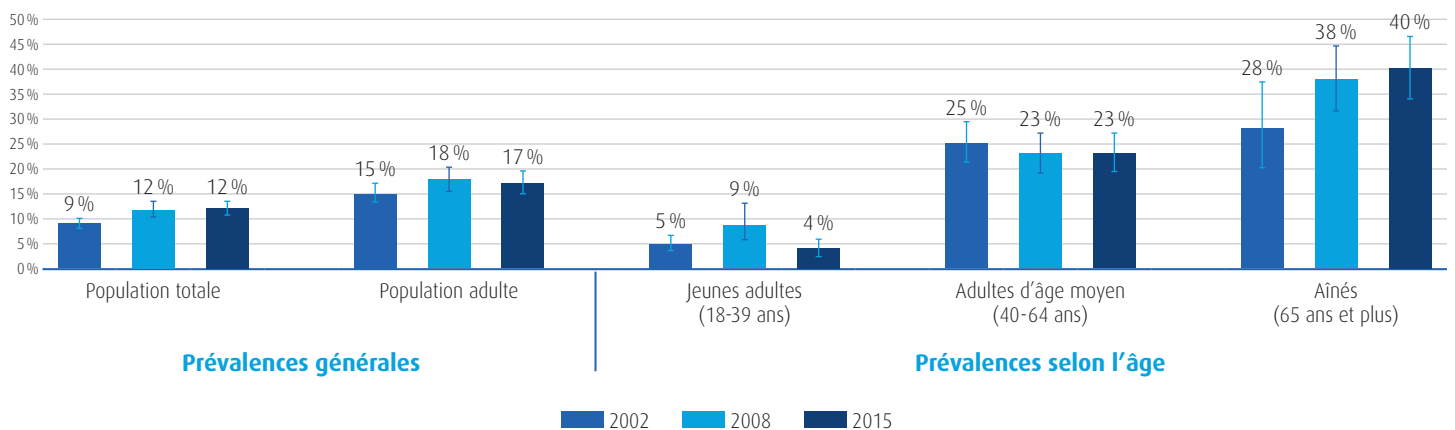
FIGURE 9
Modes de traitement utilisés par les personnes atteintes du diabète



Évolution de la prévalence de diabète

La FIGURE 10 semble indiquer que la proportion de personnes souffrant de diabète est demeurée stable depuis l'ERS 2002, bien qu'elle varie grandement d'un groupe d'âge à l'autre. Le diabète demeure pratiquement absent chez les enfants et les adolescents et plutôt rare chez les jeunes adultes, mais touche environ un adulte d'âge moyen sur quatre et deux aînés sur cinq.

FIGURE 10
Évolution de la prévalence de diabète depuis l'ERS 2002, selon l'âge



La prévalence de diabète ne varie significativement ni selon le sexe, ni selon la zone, ni selon le niveau de revenu, mais tend à différer selon la scolarité, le tabagisme et l'historique de grossesse.

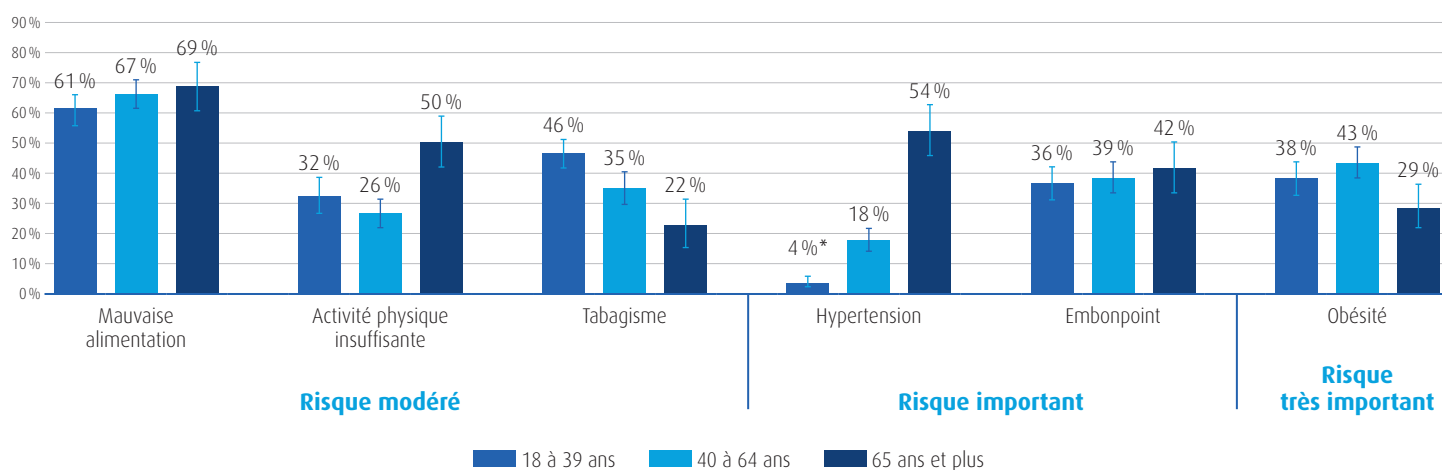
- **Différence significative entre les prévalences de diabète [IC 95 %] selon la scolarité :** 19 % [16 %-22 %] chez les personnes n'ayant pas fait d'études post-secondaires, comparativement à 12 % [8 %-16 %] chez les personnes détenant un diplôme collégial ou universitaire.
- **Différence significative entre les prévalences de diabète [IC 95 %] selon le tabagisme :** 21 % [18 %-24 %] chez les fumeurs et ex-fumeurs quotidiens, comparativement à 11 % [8 %-14 %] chez les personnes n'ayant jamais fumé sur une base quotidienne.
- **Différence significative entre les prévalences de diabète [IC 95 %] selon l'historique de grossesse :** 23 % [20 %-27 %] chez les mères, comparativement à 7 %* [3 %-13 %] chez les femmes n'ayant jamais eu d'enfant.



Facteurs de risque du diabète de type 2

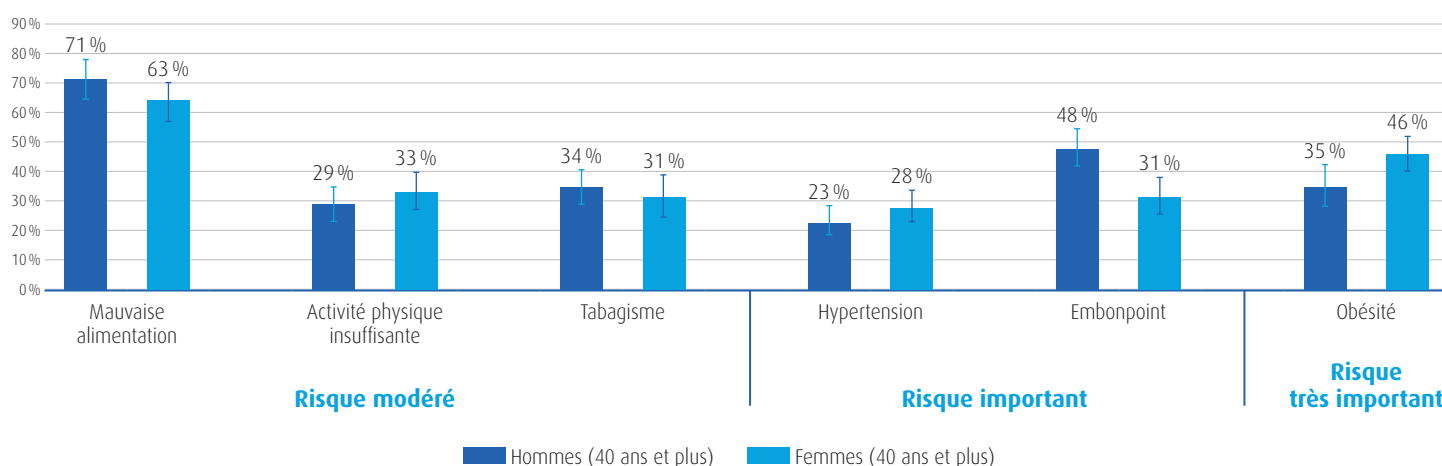
La FIGURE 11 présente la prévalence de certains facteurs de risque de développer un diabète de type 2 chez les adultes non diabétiques. Bien que les adultes âgés de moins de 40 ans soient généralement peu à risque de développer un diabète de type 2, le portrait des habitudes de vie et du surpoids suggère qu’une importante proportion d’entre eux – s’ils ne modifient pas leurs habitudes – risquent de développer un diabète de type 2 lorsqu’ils seront plus vieux.

FIGURE 11
Prévalence de certains facteurs de risque de développer un diabète de type 2 chez les adultes ne souffrant pas de diabète, selon l’âge



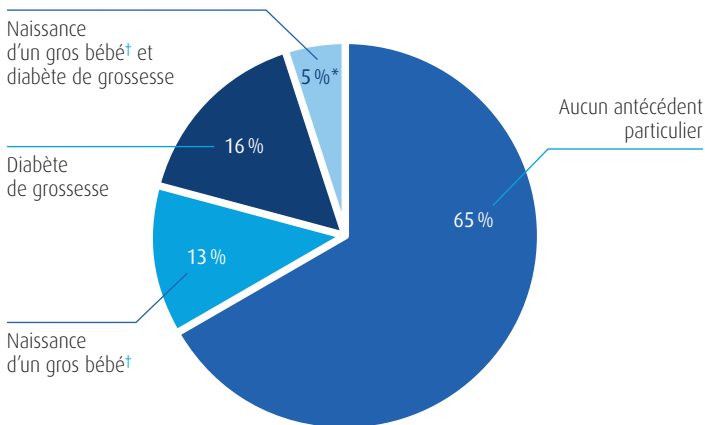
La FIGURE 12 présente la prévalence de ces mêmes facteurs de risque chez les adultes non diabétiques de 40 ans et plus, selon le sexe^[4, 8]. D’ordre général, le surpoids représente un problème majeur touchant environ huit adultes sur dix. Néanmoins, les hommes en surpoids font généralement de l’embonpoint, alors que les femmes tendent à être obèses.

FIGURE 12
Prévalence de certains facteurs de risque de développer un diabète de type 2 chez les adultes de 40 ans et plus ne souffrant pas de diabète, selon le sexe



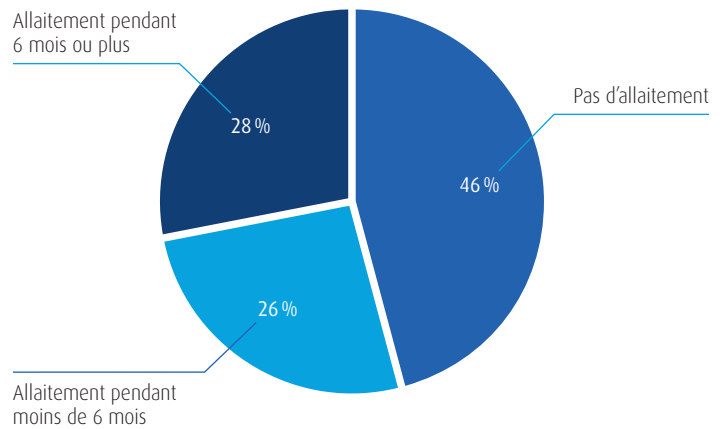
Selon les données présentées dans la **FIGURE 13**, des antécédents obstétricaux qui influencent le risque de développer un diabète de type 2 surviendraient lors d'une grossesse sur trois (selon les données recueillies chez les 5 ans et moins). Environ une grossesse sur cinq serait associée à un diabète de grossesse, qui est un facteur de risque élevé de développer un diabète de type 2 par la suite. Heureusement, les pratiques des mères en matière d'allaitement se sont améliorées au cours des dernières années, de sorte qu'au moment de l'ERS 2015, environ la moitié des jeunes enfants avaient été allaités et le quart l'avaient été pendant six mois ou plus (**FIGURE 14**). Ces tendances sont encourageantes, puisque l'allaitement tend à diminuer les risques de développer un diabète tant pour la mère que pour son enfant.

FIGURE 13
Prévalence d'antécédents obstétricaux qui influencent le développement du diabète de type 2 pour l'ensemble des grossesses (selon les données recueillies chez les enfants de 5 ans et moins)



† Gros bébé = bébé pesant plus de 9 livres ou 4,1 kilogrammes à la naissance.

FIGURE 14
Prévalence de l'allaitement maternel chez les jeunes enfants (0-5 ans)



CONCLUSION

Les prévalences de surpoids et d'obésité sont très élevées dans l'ensemble des Premières Nations au Québec. Au cours des dernières années, la prévalence d'obésité a augmenté significativement chez les enfants et les adolescents et est significativement plus élevée chez les résidents des zones 2, 3 et 4 que chez ceux de la zone 1. La prévalence de diabète, pour sa part, est restée sensiblement la même. Cependant, la proportion des personnes non diabétiques à risque de développer un diabète est très élevée. Les femmes semblent particulièrement vulnérables, d'une part, car environ la moitié d'entre elles sont obèses, et d'autre part, car leur profil de risque est fortement influencé par leurs antécédents obstétricaux. La moitié de la population diabétique avait déjà subi au moins une complication du diabète au moment de l'enquête. Pour prévenir de telles complications, l'observance du plan de traitement est essentielle. Or, les éléments du plan de traitement liés à l'alimentation, à l'activité physique et au tabagisme ne semblent pas toujours respectés. La proportion de fumeurs est d'ailleurs semblable chez les diabétiques et chez les non-diabétiques. Toutefois, les risques de complications du diabète sont beaucoup plus élevés chez les fumeurs que chez les non-fumeurs.

BIBLIOGRAPHIE

- [1] Organisation mondiale de la Santé. *Global Report on Diabetes*. Accessible en ligne : http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/204871/9789241565257_eng.pdf (Consulté en mai 2018).
- [2] Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. *Portrait du diabète dans les communautés des Premières Nations du Québec*. Accessible en ligne : <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/portrait-du-diabete.pdf> (Consulté en mai 2018).
- [3] Shields, M. « L'embonpoint et l'obésité chez les enfants et les adolescents », *Rapports sur la santé*, vol. 17, n° 3, août 2006. Accessible en ligne : <http://publications.gc.ca/Collection-R/Statcan/82-003-XIF/82-003-XIF2005003.pdf> (Consulté en mai 2018).
- [4] Goldenberg, R., et Z. Punthakee. « Définition, classification et diagnostic du diabète, du prédiabète et du syndrome métabolique », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 37, octobre 2013, p. S369-S372.
- [5] McCarthy, M. I. « Genomics, type 2 diabetes, and obesity », *The New England Journal of Medicine*, vol. 363, n° 24, 9 décembre 2010, p. 2339-2350.
- [6] Chen, L., Magliano, D. J., et P. Z. Zimmet. « The worldwide epidemiology of type 2 diabetes mellitus—present and future perspectives », *Nature Reviews Endocrinology*, vol. 8, n° 4, 8 novembre 2011, p. 228-236.
- [7] Young, T. K., Martens, P. J., Taback, S. P., Sellers, E. A., Dean, H. J., Cheang, M., et B. Flett. « Type 2 diabetes mellitus in children: prenatal and early infancy risk factors among native Canadians », *Archives of Pediatrics & Adolescent Medicine*, vol. 156, n° 7, juillet 2002, p. 651-655.
- [8] Agence de la santé publique du Canada (2011). *Questionnaire canadien sur le risque de diabète CANRISK*. Accessible en ligne : <http://health.canada.ca/apps/canrisk-standalone/pdf/canrisk-fr.pdf> (Consulté en novembre 2017).
- [9] Diabète Québec (2014). *Médicaments antidiabétiques*. Accessible en ligne : <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/ressources/getdocumentutile/Medicaments-antidiabetiques-AVRIL-2017.pdf> (Consulté en novembre 2017).
- [10] Zhu, P., Pan, X.-F., Sheng, L., Chen, H., et A. Pan. « Cigarette Smoking, Diabetes, and Diabetes Complications: Call for Urgent Action », *Current Diabetes Reports*, vol. 17, n° 9, septembre 2017.
- [11] Sellers, E. A., Dean, H. J., Shafer, L. A., Martens, P. J., Phillips-Beck, W., Heaman, M., Prior, H. J., Dart, A. B., McGavock, J., Morris, M., et A. A. Torshizi. « Exposure to gestational diabetes mellitus: Impact on the development of early-onset type 2 diabetes in Canadian First Nations and non-First Nations offspring », *Diabetes Care*, vol. 39, n° 12, décembre 2016, p. 2240-2246.
- [12] Shubair, M. M., et P. K. Tobin. « Type 2 diabetes in the First Nations population: a case example of clinical practice guidelines », *Rural and Remote Health*, vol. 10, n° 4, 14 octobre 2010, p. 1-7.
- [13] Panagiotopoulos, C., Riddell, M. C., et E. A. Sellers. « Le diabète de type 2 chez les enfants et les adolescents », *Canadian Journal of Diabetes*, vol. 37, octobre 2013, p. S542-S547.
- [14] Zimmet, P. Z. « Diabetes and its drivers: the largest epidemic in human history? », *Clinical Diabetes and Endocrinology*, vol. 3, n° 1, janvier 2017, p. 1.
- [15] Canadian Diabetes Association. *2015 Report on Diabetes: Driving Change*, Toronto, Ontario, CDA, 2015. Accessible en ligne : <https://www.diabetes.ca/getmedia/5a7070f0-77ad-41ad-9e95-ec1bc56ebf85/2015-report-on-diabetes-driving-change-english.pdf.aspx> (Consulté en mai 2018).



MÉTHODOLOGIE EN BREF

La troisième vague de l'Enquête régionale sur la santé (ERS) chez les Premières Nations vise à décrire l'état de santé de la population au sein des communautés des Premières Nations au Québec. Elle a été réalisée de février 2015 à mai 2016 dans 21 communautés issues de huit nations et a permis de joindre 3 261 personnes (825 enfants de 0 à 11 ans, 769 adolescents de 12 à 17 ans et 1 667 adultes de 18 ans et plus) qui ont répondu à un questionnaire électronique soumis par des agents de terrain.

Les données suivies du signe «*» ont un coefficient de variation de 16,6 % à 33,3 % et doivent être interprétées avec prudence. Le signe «**» indique un coefficient de variation supérieur à 33,3 %. Ces données ne sont pas publiées, à l'exception des estimations inférieures à 5 %. Ces dernières doivent être interprétées avec prudence. Les traits présentés dans les diagrammes à bâtons ou à barres correspondent aux intervalles de confiance calculés selon un niveau de confiance de 95 %.

Dans certains cas, les données sont présentées selon la zone géographique de la communauté des répondants. Ces zones se définissent comme suit¹ :

- Zone 1 (urbaine) : moins de 50 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 2 (rurale) : entre 50 et 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 3 (isolée) : plus de 350 km d'un centre de services relié par une route ;
- Zone 4 (difficile d'accès) : pas de route.

Centre de services : la localité la plus proche pour accéder aux fournisseurs, aux banques et aux services gouvernementaux.

Dans le cadre de l'ERS, le terme « communauté » est utilisé pour représenter les « réserves indiennes ».

Pour plus de détails, veuillez consulter le feuillet *Méthodologie* de l'ERS.

Le rapport de l'ERS est constitué de 20 feuillets thématiques. L'ensemble des feuillets peut être consulté au centre de documentation de la CSSSPNQL : <https://centredoc.cssspnql.com>.

¹ AANC <http://fnp-pnn.aandc-aadnc.gc.ca/fnp/main/Definitions.aspx?lang=fra#Geography> [consulté le 2018-01-03].

Rédaction

Nicolas Couët, analyste de données,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Comité consultatif régional

André Simpson, épidémiologiste, Institut national de santé
publique du Québec

Françoise Gédéon, coordonnatrice des services sociaux,
familles d'accueil, Gesgapegiag

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Martine Awashish, coordonnatrice – programme de prévention
du suicide, Services de santé d'Opitciwan

Oumar Ba, gestionnaire régional, Direction générale de la santé
des Premières nations et des Inuits

Serge Rock, Danny Robertson, coordonnateur régional jeunesse,
Assemblée des Premières Nations Québec-Labrador

Sony Diabo, aîné de Kahnawake

Révision du contenu

Marie-Noëlle Caron, conseillère en santé publique,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Relecteurs

Faisca Richer, Secteur Santé des Autochtones,
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu-Olivier Côté, analyste principal de données,
Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Nancy Gros-Louis McHugh, gestionnaire du secteur de la
recherche, Commission de la santé et des services sociaux
des Premières Nations du Québec et du Labrador

Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques,
CSSSPNQL

Vicky Viens

Graphisme et mise en page

Patricia Carignan, designer graphique

L'emploi du masculin dans ce document vise uniquement
à alléger le texte, et ce, sans préjudice envers les femmes.

Ce document est aussi disponible en anglais et peut être
téléchargé à partir du site Web de la CSSSPNQL :
<https://centredoc.cssspnql.com>.

Crédits photos : Manon Dumas, Shutterstock et Thinkstock.

Citation suggérée :

Commission de la santé et des services sociaux des Premières
Nations du Québec et du Labrador. (2018). *Enquête régionale
sur la santé des Premières Nations du Québec – 2015 :
Diabète et obésité*. Wendake : CSSSPNQL.

ISBN : 978-1-77315-157-1

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /
Bibliothèque et Archives Canada

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL

© CSSSPNQL – 2018