

L'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec

DOCUMENT DE RÉFÉRENCE

Vice-présidence aux affaires scientifiques

Avril 2015

AUTEURES

Odile Bergeron, agente de recherche
Faisca Richer, médecin spécialiste en santé publique
Suzanne Bruneau, conseillère-cadre
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec
Véronique Laberge Gaudin, nutritionniste (Dt. P.), consultante

SOUS LA COORDINATION DE

Suzanne Bruneau, conseillère-cadre
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

MISE EN PAGE

Marie-Christine Gagnon, agente administrative
Vice-présidence aux affaires scientifiques, Institut national de santé publique du Québec

Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca>.

Les reproductions à des fins d'étude privée ou de recherche sont autorisées en vertu de l'article 29 de la Loi sur le droit d'auteur. Toute autre utilisation doit faire l'objet d'une autorisation du gouvernement du Québec qui détient les droits exclusifs de propriété intellectuelle sur ce document. Cette autorisation peut être obtenue en formulant une demande au guichet central du Service de la gestion des droits d'auteur des Publications du Québec à l'aide d'un formulaire en ligne accessible à l'adresse suivante : <http://www.droitauteur.gouv.qc.ca/autorisation.php>, ou en écrivant un courriel à : droit.auteur@cspq.gouv.qc.ca.

Les données contenues dans le document peuvent être citées, à condition d'en mentionner la source.

DÉPÔT LÉGAL – 4^e TRIMESTRE 2015
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA
ISBN : 978-2-550-74187-9 (PDF)

©Gouvernement du Québec (2015)

Collaboration et révision

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Patrice Lacasse
Conseiller à la gouvernance

Sophie Picard
Gestionnaire des services de santé

Francine Vincent
Agente de programme - Vie saine

Patrick Bacon
Agent de projet - Initiative de lutte contre la pauvreté

Marie-Noëlle Caron
Conseillère en santé publique

Nancy Gros-Louis McHugh
Gestionnaire de la recherche

Émilie Grantham
Agente de recherche

Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

Amélie Bouchard
Nutritionniste

D^r Serge Déry
Directeur de santé publique

Marie-Josée Gauthier
Nutritionniste

Hamado Zoungrana
Agent de recherche

Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James – Département de santé publique

D^{re} Elizabeth Robinson
Médecin conseil en santé publique

Paul Linton
Directeur Chisaayiyuu

Bella Petawabano
Directrice Awash

Félix Girard
Dentiste conseil

Elena Kuzmina
Agente de planification, programmation et recherche

Chantal Vinet-Lanouette
Agente de planification, programmation et recherche

Institut national de santé publique du Québec

Carole Blanchet
Conseillère scientifique en surveillance nutritionnelle

Isabelle Duguay
Agente de recherche

Table des matières

Faits saillants.....	1
Sommaire.....	3
1 Introduction	7
2 Les Autochtones au Québec.....	9
2.1 Portrait général	9
2.1.1 Territoires conventionnés.....	9
2.1.2 Territoires non conventionnés	10
2.2 Portrait de santé	10
2.2.1 Obésité.....	11
2.2.2 Diabète	12
2.2.3 Maladies cardiovasculaires.....	14
2.2.4 Anémie et carence en fer	14
2.2.5 Environnement social.....	15
3 Enjeux liés à l'alimentation communs à l'ensemble des populations autochtones au Québec	19
3.1 Modifications des habitudes de vie chez les peuples autochtones.....	19
3.2 L'alimentation autochtone dite traditionnelle	20
3.2.1 Aspects socioculturels et identitaires liés à l'alimentation	22
3.2.2 Allaitement	23
3.2.3 Risques liés à la contamination	24
3.3 Habitudes de consommation et offre alimentaire	25
3.3.1 Habitudes de consommation.....	25
3.3.2 Offre alimentaire.....	27
3.3.3 Coût et qualité des aliments	28
3.3.4 Insécurité alimentaire	29
3.3.5 Initiatives	32
4 Conclusion	33
Références	35
Annexe 1 Carte des communautés autochtones au Québec	43
Annexe 2 Loi sur les Indiens, CBJNQ et CNEQ	47
Annexe 3 Initiatives à portée locale, régionale ou provinciale visant l'amélioration de l'alimentation et l'activité physique et leur disponibilité dans les communautés autochtones au Québec – Liste non exhaustive.....	51

Faits saillants

- L'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec a subi d'importantes modifications en quelques décennies. Elle est passée d'une alimentation basée sur les ressources naturelles locales à une alimentation mixte ou reposant exclusivement sur les produits vendus en commerce.
- Cumulée à un style de vie sédentaire et exacerbée par les conditions sociales dans lesquelles vivent plusieurs familles et communautés autochtones, l'alimentation de type commercial, souvent riche en sucres raffinés, en gras trans et en sodium et faible en nutriments essentiels, contribue à l'émergence de maladies chroniques tels l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires.
- L'alimentation dite traditionnelle est saine et riche en nutriments variés et essentiels (fer, zinc et vitamines A, B, C et D). Les aliments qui composent cette diète ont en général une teneur élevée en protéines animales, en plus d'être souvent riches en acides gras essentiels. La consommation de ces aliments est largement promue pour ses bienfaits sur la santé globale des individus.
- Une alimentation saine et variée inclut des produits de la chasse, de la trappe, de la pêche et de la cueillette, mais passe aussi par l'accès à des aliments de bonne qualité et à faibles coûts.
- L'éloignement et l'isolement géographique, de même que l'accès au territoire peuvent constituer des obstacles à franchir pour les Premières Nations et les Inuits en vue de s'approprier une alimentation saine.
- L'accès à une alimentation saine et variée dans les communautés autochtones est déjà encouragé et doit être poursuivi. Diverses stratégies implantées dans les communautés montrent le dynamisme et le pouvoir d'agir des communautés lorsqu'elles disposent des moyens nécessaires.
- Un effort de promotion des saines habitudes de vie devrait viser la petite enfance avec l'objectif de rejoindre l'environnement familial et communautaire. Il importe d'enseigner très tôt l'importance d'une bonne alimentation et de permettre aux aînés de transmettre des pans de leur culture à travers l'alimentation.
- Un grand nombre de familles subissent régulièrement l'insécurité alimentaire en raison d'un contexte socioéconomique particulièrement défavorable. De nombreuses familles et communautés autochtones au Québec sont encore aujourd'hui confrontées à la pauvreté et à ses effets délétères.
- L'amélioration de l'alimentation de ces citoyens sera défavorisée tant que des actions concrètes ne seront entreprises pour mettre fin à ces inégalités.

Sommaire

L'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec a subi d'importantes modifications au cours des dernières décennies. Le passage d'une alimentation basée sur les ressources naturelles locales à une alimentation mixte ou reposant exclusivement sur les aliments vendus en commerce a eu des conséquences importantes sur l'état de santé de ces populations. Cumulée à un style de vie sédentaire, l'alimentation de type commercial, souvent riche en sucres raffinés, en gras trans et en sodium et faible en nutriments essentiels, contribue à l'émergence de maladies chroniques tels l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires.

Parallèlement, plusieurs communautés inuites et des Premières Nations font encore face à un contexte socioéconomique particulièrement défavorable où de nombreuses familles sont confrontées à des conditions qui compromettent leur santé physique, psychologique ainsi que leur intégrité identitaire et culturelle. L'insuffisance ou l'insalubrité des logements et des infrastructures, les difficultés d'accès à des services de santé et éducatifs de qualité, la pauvreté, le chômage et la faible scolarisation des populations locales sont encore vécus dans plusieurs communautés. Un grand nombre de familles subissent même régulièrement l'insécurité alimentaire. Au Canada, l'insécurité alimentaire dans les communautés autochtones a d'ailleurs été constatée et désignée comme une préoccupation majeure par le rapporteur spécial de l'ONU lors de sa visite au pays en mai 2012.

Cette conjoncture laisse parfois bien peu de place aux préoccupations entourant les choix d'une saine alimentation et l'acquisition de saines habitudes de vie.

Contexte du projet

Dans le cadre des travaux d'élaboration de la future Politique pour une saine alimentation au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a demandé à l'équipe Santé des Autochtones de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) de produire un document de référence sur l'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec. Pour y arriver, l'équipe s'est assurée la collaboration de certains de ses partenaires principaux, dont la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSBJ).

Principaux constats

État de santé

Au Québec, comme ailleurs au Canada, bien que la santé des Premières Nations et des Inuits se soit sensiblement améliorée, force est de constater que les disparités observées entre celle-ci et la population générale demeurent préoccupantes.

Dans les populations autochtones au Québec :

- L'espérance de vie à la naissance est plus courte d'un peu plus de 5 ans.
- Les taux de surpoids sont nettement plus élevés que pour la population générale.
- La prévalence du diabète est préoccupante, particulièrement chez les Premières Nations.
- Les maladies cardiovasculaires sont en augmentation, même chez les Inuits qui sont davantage protégés de ces maladies grâce à une alimentation très riche en oméga-3.

- L'anémie et la carence en fer sont souvent rapportées au Nunavik.

En plus des problèmes de santé physique, les populations autochtones font face à de nombreuses problématiques de nature psychosociale qui atteignent leur santé et leur bien-être individuel et collectif sur les plans physiques, sociaux, émotifs et mentaux. Ces problématiques ne sont pas que des affections individuelles et ne peuvent être traitées comme telles. Les inégalités sociales et de santé auxquelles sont confrontées les populations autochtones sont le reflet d'un long historique de politiques assimilatrices.

Modification des habitudes de vie

Bien que le rapport à l'alimentation dite traditionnelle varie énormément selon les nations, il n'en demeure pas moins que cette alimentation est fortement valorisée et, lorsque les conditions s'y prêtent, elle est très recherchée. Cependant, dans tous les cas, la diminution de la fréquence de la consommation d'aliments traditionnels a été largement documentée.

De nombreux facteurs sont généralement évoqués pour expliquer cette diminution, voire l'abandon de la consommation d'aliments traditionnels par les populations autochtones à travers le temps. Les sources consultées réfèrent à la colonisation, aux traumatismes historiques, aux barrières politiques et légales pour accéder aux territoires, au déclin de certaines espèces, aux coûts associés à la pratique de la chasse et de la pêche et aux projets de développement des ressources naturelles. Dans certaines régions, les messages de santé publique sur les risques de contamination associés à la consommation de certaines espèces animales ont parfois eu pour effet de réduire la confiance de la population à l'égard de leur consommation. Cependant, de nos jours, les experts s'entendent pour dire que les bénéfices nutritionnels de la consommation de ces aliments l'emportent généralement sur les risques.

Alimentation traditionnelle

Plusieurs experts ont démontré que l'alimentation dite traditionnelle est saine et riche en nutriments variés et essentiels (fer, zinc et vitamines A, B, C et D). En effet, les aliments qui composent cette diète ont en général une teneur élevée en protéines animales, en plus d'être souvent riches en acides gras essentiels. Par exemple, les aliments traditionnels d'origine marine sont de très bonnes sources d'acides gras oméga-3 bien connus pour leurs effets cardioprotecteurs.

Cela dit, la valeur nutritive des aliments traditionnels outrepassé l'unique cadre de l'acte alimentaire. En effet, l'ensemble des activités entourant l'acquisition, la préparation et la transformation des aliments favorisent non seulement une saine alimentation, mais également le maintien de valeurs sociales, culturelles et identitaires.

Habitudes de consommation et offre alimentaire

L'accès au territoire est un déterminant physique essentiel pour favoriser la consommation d'aliments traditionnels. Cependant, l'emplacement géographique de certaines communautés, situées davantage en milieu urbain, rend difficile l'accès au territoire.

En contrepartie, l'éloignement ou l'isolement géographique de plusieurs communautés représentent une barrière importante pour accéder à des aliments sains, variés, de bonne qualité et à faible coût dans les commerces alimentaires. Généralement, les personnes qui habitent des communautés éloignées ou isolées doivent s'approvisionner presque exclusivement dans les commerces alimentaires disponibles sur leur territoire. Plusieurs experts ont démontré que plus grand est l'isolement géographique, plus élevé est le coût et plus faibles sont la qualité et la diversité des

produits alimentaires offerts, particulièrement les fruits et les légumes. À l'inverse, les personnes établies dans les communautés près de villes plus importantes ont accès à une plus grande diversité et à une qualité d'aliments qui sont parfois vendus à meilleur prix.

Le coût élevé des aliments vendus dans les commerces alimentaires et les coûts associés à la chasse et à la pêche s'ajoutent aux conditions de pauvreté qui affectent de nombreuses communautés autochtones au Québec. Un grand nombre de familles subit même régulièrement l'insécurité alimentaire ce qui compromet leur santé physique et mentale ainsi que leur qualité de vie.

Initiatives

Afin d'améliorer l'alimentation et les comportements alimentaires de leurs citoyens, diverses initiatives ont été implantées dans plusieurs communautés autochtones. Il n'y a qu'à penser aux cuisines collectives, banques alimentaires, services alimentaires à domicile pour les aînés, repas communautaires, activités pratiquées dans le territoire (marche dans la forêt, cueillette de petits fruits, sorties de chasse et de pêche, etc.), événements sociaux et culturels, sans oublier les célébrations saisonnières.

Des initiatives canadiennes et québécoises visant à promouvoir une bonne alimentation et un mode de vie actif ou, dans les milieux vulnérables, dédiées à combler les besoins alimentaires de base, peuvent également être accessibles aux communautés autochtones qui en font la demande.

Toutes ces initiatives contribuent sans aucun doute à la santé et au bien-être des communautés qui en bénéficient. Si, au Nunavik et dans le territoire d'Eeyou Istchee, elles peuvent être déployées à l'ensemble des communautés de ces territoires, dans bien d'autres cas, ces initiatives reposent sur des volontés locales et peuvent être fragilisées par un financement non récurrent.

Conclusion

La littérature consultée et les données présentées font ressortir l'urgence de soutenir les Premières Nations et les Inuits dans leurs efforts de réappropriation d'une alimentation saine et variée qui entraînera à coups sûrs des bénéfices sur leur état de santé global et leur qualité de vie. L'émergence de véritables pistes d'action ne peut se faire sans leur entière participation et leur leadership.

L'amélioration de l'alimentation des Premières Nations et des Inuits suppose que soient encouragées les activités faisant la promotion de la valeur des aliments provenant du territoire et les initiatives qui facilitent leur accès. La poursuite d'efforts soutenus doit également encourager l'accès à une alimentation saine, variée, de qualité et à coût abordable dans l'ensemble des communautés.

De nombreuses familles et communautés inuites et des Premières Nations sont encore confrontées à la pauvreté et à ses effets délétères. L'amélioration de l'alimentation de ces citoyens sera défavorisée tant que des actions concrètes ne seront entreprises pour mettre fin à ces inégalités.

1 Introduction

Dans le cadre des travaux d'élaboration de la future Politique pour une saine alimentation au Québec, le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) a invité l'équipe Santé des Autochtones de l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) à produire un document de référence sur l'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec. Pour y arriver, l'équipe s'est assurée de la collaboration de certains de ses partenaires principaux, dont la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ).

Il est maintenant admis que le fardeau grandissant des maladies chroniques à l'échelle mondiale est associé à une transition (plus ou moins rapide et plus ou moins récente, selon les populations) des habitudes de vie, notamment à une alimentation élevée en gras, en sucres et en sodium. Le tout, conjugué à un déclin de l'activité physique en général, rend la situation très préoccupante. Or, les déterminants individuels et environnementaux des habitudes alimentaires sont complexes et varient d'un contexte à l'autre. Les efforts pour réduire le fardeau des maladies chroniques dans ces sociétés nécessitent alors que nous abordions l'alimentation selon une approche qui est congruente avec les spécificités sociales, culturelles et économiques de chacune.

Il en est de même pour les populations autochtones au Canada, au Québec, ainsi qu'ailleurs dans le monde. En effet, la rapide transition des populations autochtones d'une alimentation et d'un mode de vie basés exclusivement sur une relation étroite avec le territoire à une alimentation « commerciale » ou mixte, et à un style de vie sédentaire, est en grande partie responsable de l'augmentation du risque de maladies chroniques, tels l'obésité et le diabète, dans ces populations. De plus, les conditions socioéconomiques souvent défavorables et l'éloignement géographique de certaines de ces communautés limitent l'accès des populations à une alimentation saine.

Les conséquences de ces facteurs sur l'augmentation importante de l'obésité et du diabète dans de nombreuses populations autochtones au Québec montrent l'importance d'agir en tenant compte de la culture, des transitions et des défis particuliers vécus par ces populations aujourd'hui et à travers l'histoire.

La première section du document présente un portrait général des Autochtones au Québec. Une seconde section décrit les aspects socioculturels et identitaires liés à l'alimentation et donne un aperçu général de l'offre alimentaire disponible pour les communautés autochtones.

2 Les Autochtones au Québec

2.1 Portrait général

Au Québec, le terme autochtone renvoie spécifiquement aux Premières Nations et aux Inuits. Les 11 nations autochtones représentent un peu plus de 93 541 personnes, soit plus de 1 % de la population[105]. Ces 11 nations se répartissent en 1 nation inuite et 10 Premières Nations soit les Abénaquis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Hurons-Wendats, les Innus, les Malécites, les Mi'gmaq, les Mohawks et les Naskapis (voir carte à l'Annexe 1). Les Autochtones habitent dans l'une des 55 communautés dispersées dans la majorité des régions du Québec.

À elles seules, les régions sociosanitaires du Nunavik (17), des Terres-Cries-de-la-Baie-James (18) et de la Côte-Nord (09) comptent 50 % de la population autochtone. Le quart des communautés ont une population inférieure à 500 personnes et plus de la moitié en compte moins de 1 000. Du point de vue démographique, les Autochtones sont une population jeune dont plus de la moitié est âgée de moins de 30 ans[104].

Chacune des 11 nations se distingue l'une de l'autre en termes culturels, linguistiques et géographiques ainsi que par différents statuts juridiques et politiques. Au Québec, la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (nation crie et inuite) et la Convention du Nord-Est (nation naskapie) a donné un statut particulier aux membres de ces trois nations en leur accordant un statut juridique différent des huit autres Premières Nations de la province (voir Annexe 2). Ces trois nations occupent des territoires dits conventionnés. Tous ces facteurs structurels font en sorte que les communautés autochtones varient énormément entre elles au niveau des conditions socioéconomiques, politiques et sociosanitaires.

2.1.1 TERRITOIRES CONVENTIONNÉS

- Le Nunavik est un vaste territoire de plus de 500 000 km² situé au nord du 55^e parallèle, dans la région arctique du Québec. Bordée à l'ouest par la baie d'Hudson, au nord par le détroit d'Hudson et à l'est par la baie d'Ungava et le Labrador, cette région est habitée par près de 11 000 Inuits qui se répartissent dans 14 municipalités. Comme un minimum de 100 kilomètres sépare les villages entre eux, seuls l'avion et le bateau permettent de les relier.
- Le territoire cri Eeyou Istchee a une superficie de 344 854 km², ce qui correspond aux deux tiers de la France. En 2012, la population se chiffrait à 16 010 et se répartissait dans les 9 communautés situées soit à l'intérieur des terres (Mistissini, Nemaska, Oujé-Bougoumou et Waswanipi) soit le long des côtes de la Baie James (Chisasibi, Eastmain, Waskaganish, Wemindji, Whapmagoostui)[36, 57, 103]. Depuis les 30 dernières années, on constate une explosion démographique sur le territoire[57]. On s'attend d'ailleurs à ce que la population atteigne 25 000 habitants d'ici 2028.
- Kawawachikamach est une communauté naskapie située à une quinzaine de kilomètres au nord de Schefferville. Selon le Secrétariat aux affaires autochtones, en 2011, la population naskapie était évaluée à 1 155 personnes, dont 853 étaient considérées comme résidentes[105]. En tant que signataires de la Convention du Nord-Est québécois (CNEQ), les Naskapis ont autorité sur un territoire de 326 km² et, tout comme les Cris et les Inuits, ils disposent aussi de droits exclusifs de chasse, de pêche et de piégeage sur un territoire plus vaste. Enfin, comme pour la Nation Crie, la Loi sur les Cris et les Naskapis, adoptée en 1984, soustrait la Nation Naskapie à la Loi sur les Indiens et lui confère une plus grande autonomie administrative[104].

2.1.2 TERRITOIRES NON CONVENTIONNÉS

Selon les données présentées sur le site du Secrétariat aux affaires autochtones, en 2011, 82 658 personnes se définissaient comme appartenant à une Première Nation au Québec[105]. La grande majorité de ces personnes vivent dans une communauté. Au Québec, 41 communautés des Premières Nations, regroupées en 10 nations, sont établies dans les différentes régions administratives de la province[104]. Les 8 Premières Nations, qui ne sont pas signataires de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois ou du Nord-Est québécois, sont assujetties aux dispositions de la Loi sur les Indiens. En vertu de cette loi, la grande majorité des communautés ont le statut de réserves et sont administrées par des conseils de bande élus.

Aussi, de plus en plus de personnes autochtones au Québec vivent maintenant hors de leur communauté d'origine. Bien que ce phénomène soit moins prévalent au Québec qu'ailleurs au Canada, il s'agit d'un phénomène en nette augmentation. Entre 2001 et 2006, la population autochtone vivant en milieu urbain représentait plus de 60 % de la population autochtone totale au Québec[24]. En 2010, il était estimé que plus de 80 000 personnes des Premières Nations ou Inuits résidaient dans les villes du Québec. Ainsi, 70 % des villes en région, telles Trois-Rivières, Gatineau, Baie-Comeau, Sept-Îles, Val-d'Or et Saguenay, accueillent de façon temporaire ou permanente les Autochtones qui y séjournent, alors que les grands centres comme Montréal et Québec accueillent 30 % de cette population[24]. Par ailleurs, notons que plusieurs membres des Premières Nations considérés comme vivant hors communauté résident parfois dans une communauté autre que la leur ou à proximité de leur communauté en raison d'un manque de logement (communication personnelle M. Sioui, CSSSPNQL).

Les conditions de vie difficiles dans les communautés expliquent en partie ce départ pour la ville, mais plusieurs personnes y viennent aussi pour travailler, étudier, rencontrer des proches ainsi que pour avoir accès aux services spécialisés dont ils ont besoin. L'une des particularités de la mouvance des Autochtones vers la ville est son caractère transitoire. En effet, les séjours en ville alternent avec les retours en communauté où un ancrage relationnel est parfois recherché[71, 72]. Ainsi, la situation de ces populations autochtones urbaines varie énormément. Alors que certains individus s'adaptent plutôt facilement au contexte urbain en y trouvant une éducation postsecondaire et un emploi, d'autres, contraints de s'éloigner d'un contexte familial ou social difficile (violence conjugale ou absence de logement), peuvent se retrouver à vivre l'exclusion et la marginalisation de l'itinérance[72]. Les personnes autochtones qui habitent à l'extérieur de leur communauté d'origine n'ont généralement pas accès aux services et aux programmes qui y sont offerts, à l'exception toutefois des programmes fédéraux tels que les services de santé non assurés (SSNA) et le programme d'études postsecondaires des Affaires autochtones et du Développement du Nord Canada.

2.2 Portrait de santé

Au Canada, comme ailleurs dans le monde, les populations autochtones jouissent d'une moins bonne santé que la population non autochtone[39, 45, 89, 90, 113]. Et bien que la santé des populations autochtones au Canada et au Québec se soit sensiblement améliorée au cours des dernières décennies, force est de constater que les disparités observées entre celles-ci et celle de la population générale demeurent préoccupantes, voire alarmantes dans certains cas.

Écarts entre l'espérance de vie à la naissance entre les populations autochtones et non autochtones

En 2001, l'espérance de vie à la naissance des Premières Nations au Canada était de 70 ans pour les hommes et de 76 ans pour les femmes, une augmentation de 8 années dans les deux dernières décennies. Par contre, elle demeurait encore inférieure de 7 et 4 ans respectivement avec la population canadienne[87]. Ces écarts peuvent surprendre, mais sont de l'ordre de ce qui est généralement observé ailleurs dans le monde. Au Québec, comparativement aux données des Premières Nations canadiennes, l'espérance de vie à la naissance est plus courte de 6 à 7 ans[26].

Gap in life expectancy between indigenous and non-indigenous people (in years)

Guatemala	Panama	Mexico	Nepal	Australia	Canada	New Zealand
13	10	6	20	20	7	11

Source: Hanemann (2006), 5 & Health Canada (2007).

La situation chez les Inuits au Canada est par contre bien différente. Alors que l'espérance de vie à la naissance était de 68 ans en 1991, celle-ci avait reculé d'une année en 2001. Ainsi, à 67 ans, l'espérance de vie des populations inuites correspondait à ce qu'elle était au Canada en 1946[106]. Au Québec, l'espérance de vie à la naissance des Nunavimmiuts est de 66,7 ans[74]. Chez les Cris, l'espérance de vie en 2003 était de 77,2 ans[69].

La situation sociosanitaire des populations autochtones au Québec est inégale, mais les écarts les plus marqués sont généralement observés pour les blessures (intentionnelles et non intentionnelles), les maladies chroniques (tels l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires), ainsi que pour certaines maladies infectieuses (telles les infections sexuellement transmises et la tuberculose)[3].

À titre indicatif, rappelons qu'aujourd'hui, comparativement au reste de la population canadienne, une personne des Premières Nations court deux à trois fois plus de risque d'être atteinte du diabète, huit à dix fois plus de risque d'être atteinte de la tuberculose et présente un risque environ cinq fois plus élevé de mourir par suicide[26].

Il est difficile de tracer un portrait général de la santé des populations autochtones au Québec dans son ensemble puisque chaque nation est distincte. Les données probantes générales sont rares puisque les taux « moyens » occultent souvent les variations qui existent d'un peuple à l'autre (et même d'une communauté à l'autre sur un même territoire). De plus, les différences juridictionnelles dans le domaine de la santé font en sorte que les indicateurs de santé (et la méthodologie pour les mesurer) peuvent différer grandement et rendre les comparaisons entre régions difficiles. Toutefois, les données issues des enquêtes de santé peuvent nous apporter un aperçu des tendances qui semblent émerger.

2.2.1 OBÉSITÉ

Bien que les statistiques dont nous disposons soient issues d'enquêtes de santé réalisées à certaines années d'intervalle, auprès de différentes populations et utilisant des méthodologies variées, il demeure que les taux de surpoids semblent nettement plus élevés dans les populations autochtones que pour la population générale au Québec à pareille date (soit 47 % en surplus de poids ou obèses en 2003)[58].

- Au Nunavik, l'enquête de santé *Qanuippitaa?* réalisée en 2004 a montré que 30 % des adultes présentaient de l'embonpoint et 28 % étaient obèses[45]. Lors d'une enquête réalisée en 1992, les taux étaient respectivement de 21 % et 19 %. Cette augmentation vise d'abord et avant tout les hommes et les jeunes adultes de 18 à 29 ans. Par contre, ce sont les femmes et les adultes âgés de 50 à 74 ans qui présentent les taux les plus élevés. Quant à l'obésité abdominale, 37 % des participants avaient un tour de taille indicatif d'un risque accru de problèmes de santé (23 % en 1992). Les femmes et les adultes plus âgés étaient, une fois de plus, nombreux à présenter un tour de taille à risque (71 %).
- Dans la région d'Eeyou Istchee, la prévalence de l'obésité est très importante[46, 83, 119]. En 2003, l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes révélait que 84 % de la population de la région affichait un surpoids (51 % obésité et 33 % surpoids)[7, 69]. Cela constitue une nette augmentation depuis 1991, alors que la prévalence de l'obésité était de 39 % et que les taux de poids santé variaient de 23 % en 1991 à 13 % en 2003[84]. En moyenne, les femmes sont plus atteintes que les hommes[84]. En ce qui concerne les enfants, une étude récente rapporte que 28 % ont un surpoids et que 37 % sont obèses[118].
- L'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002-2003 (ERS-2002) montrait qu'en 2002, plus des deux tiers des adultes des Premières Nations âgés de 18 ans et plus, résidant dans les communautés non conventionnées au Québec, disaient souffrir d'embonpoint ou d'obésité[25]. Seulement un peu plus du quart de la population avait un poids santé. Les résultats de cette enquête tendaient à montrer que l'obésité variait selon le niveau d'isolement géographique (région urbaine, éloignée, semi-isolée et isolée). Ainsi, la proportion de personnes disant souffrir d'obésité était plus élevée dans les communautés isolées (43 %) que dans les communautés urbaines (27 %). Toujours selon cette enquête, la tendance semblait montrer que l'obésité était préoccupante chez les enfants âgés de 0 à 6 ans, puisque 40 % d'entre eux en souffraient (déclaration des parents ou des tuteurs). Encore une fois, il apparaît que les enfants qui vivent en régions isolées étaient davantage touchés que ceux qui résident en milieu urbain (66 % contre 37 %). Chez les adolescents, 21 % d'entre eux souffraient d'obésité et particulièrement les garçons (26 % contre 16 % des filles). Enfin, les personnes âgées de 55 ans et plus sont plus susceptibles de souffrir d'embonpoint (51 %) que d'obésité (29 %).

2.2.2 DIABÈTE

Tout comme pour l'obésité, la prévalence du diabète est généralement préoccupante dans la population autochtone. En guise de comparaison, au Québec, en 2003-2004, la prévalence du diabète pour la population générale de 20 ans et plus était de 6 %[58].

- En 2004, au Nunavik, la prévalence du diabète était de 5 %, ce qui était comparable au taux observé dans l'ensemble de la population canadienne. En ce qui concerne les facteurs de risque associés à cette maladie, les résultats ont révélé que la majorité des diabétiques de cette enquête étaient obèses (65 %) et que près du quart présentait un surplus de poids. La prévalence du diabète était par ailleurs plus élevée chez les femmes; ces dernières présentaient en plus des prévalences plus élevées pour les facteurs de risque de diabète que sont entre autres l'obésité et l'hyperinsulinémie[43].
- Dans la région d'Eeyou Istchee, la prévalence du diabète chez les personnes de 15 ans et plus est de 29 %, ce qui est 4 fois plus élevé que dans la population générale du Québec[66, 67]. Les 4 communautés situées à l'intérieur des terres soit Mistissini, Nemaska, Oujé-Bougoumou et

Waswanipi, présentent des taux de diabète élevés qui peuvent atteindre 27 %[67]. Avec un taux d'incidence de diabète de 16,7/1 000, la prévalence du diabète augmente d'année en année[67].

En 2006, on rapportait que 50 % de la population vivant avec le diabète avait été diagnostiquée avant l'âge de 40 ans[65]. Chez les jeunes âgés de 20 à 29 ans, le diabète avait été diagnostiqué chez 5,5 % d'entre eux.

Finalement, les femmes semblent plus atteintes de diabète que les hommes (25 % contre 18 % respectivement)[67]. Ces taux élevés sont préoccupants, particulièrement pour la femme enceinte, car ils peuvent être associés à des risques importants pour la santé de la mère et de son enfant.

- Environ 14 % des adultes des Premières Nations des communautés non conventionnées se disaient atteints du diabète en 2002, ce qui représentait une proportion 2 à 3 fois plus élevée que la population québécoise[25]. En 2011, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a publié le *Portrait du diabète dans les communautés des Premières Nations du Québec*[30]. Ce portrait a été réalisé dans dix communautés des Premières Nations. Aux termes de l'enquête, il apparaît que la prévalence du diabète de type 2 et du prédiabète sont en croissance dans les populations des Premières Nations. En effet, la proportion moyenne de personnes diabétiques est de 16 % et de 14 % pour les prédiabétiques[30]. Parmi les répondants de l'échantillon, les femmes apparaissent plus nombreuses que les hommes à déclarer être atteintes du prédiabète (59 %) ou du diabète (56 %). Comme souligné dans la littérature, l'âge est un des principaux facteurs de risque du diabète. Ainsi, dans l'enquête, 63 % des personnes âgées de 55 ans et plus sont diabétiques. La proportion diminue à 35 % chez les adultes âgés entre 35 et 54 ans. Si les résultats de l'enquête n'ont pas révélé de personnes diabétiques âgées de moins de 17 ans, ils indiquent cependant que la proportion de prédiabétiques est plus élevée chez les 18-34 ans et les 35-54 ans. Enfin, les plus hautes proportions de diabète ont été constatées dans les régions éloignées et semi-isolées alors que la proportion de prédiabète est plus élevée dans les régions isolées.

Le diabète, un phénomène relativement récent chez les Autochtones

La présence de l'obésité et du diabète est un phénomène récent dans les populations autochtones du Québec. Chez les Cris, par exemple, il n'y aurait eu aucun cas connu de diabète avant le milieu des années 1970. Cette maladie aurait par la suite évolué de façon rapide, sa prévalence passant de 2 % à 13 % en 20 ans (soit de 1983 à 2003)[107]. Or, loin d'être propre au Québec ou au Canada, l'extrême vulnérabilité des populations autochtones face au diabète est un phénomène observé à l'échelle internationale[39].

Alors que les raisons exactes de ce phénomène ont longtemps fait l'objet de débats, il semble maintenant qu'elles résulteraient en fait d'une combinaison de facteurs tout autant métaboliques et environnementaux qu'historiques et sociopolitiques[39].

Le fait que l'obésité et le diabète soient aujourd'hui des phénomènes présents dans presque toutes les populations (autochtones et non autochtones) à travers le monde nous permettent de douter de la validité de la simple théorie génétique. Pour plusieurs, le diabète est le résultat des conditions de vie difficiles des communautés autochtones où la malbouffe est souvent disponible à une fraction du prix d'un repas sain. Jeff Reading, directeur du Centre for Aboriginal Health Research à l'Université de Victoria, nous rappelle que ce qui rassemble davantage les peuples autochtones de la Nouvelle-Zélande, de la Finlande et du Canada, au-delà de leurs taux élevés de diabète, n'est pas tant leur bagage génétique que les problèmes sociaux auxquels ils font face. Selon lui, le diabète « n'est pas une question de race, mais plutôt le résultat de la colonisation »[1].

2.2.3 MALADIES CARDIOVASCULAIRES

- Jusqu'à présent, les Inuits ont été relativement bien protégés contre les maladies cardiovasculaires. Bien que la prévalence d'hypertension artérielle (HTA) soit passée de 6 % en 1992 à 12 % en 2004, l'HTA demeure encore moins fréquente chez les Inuits adultes comparativement à celle observée chez l'ensemble des Québécois en 2006-2007 (22 %)[11]. De plus, la recherche de l'athérosclérose chez les Inuits en 2004 a montré qu'ils sont relativement bien protégés contre cette maladie. Or, l'augmentation alarmante des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (usage du tabac, intolérance au glucose, obésité pondérale et abdominale) laisse présager une augmentation des problèmes cardiovasculaires dans les prochaines décennies[43].
- Une étude transversale récente menée auprès de 172 Cris de la communauté de Mistissini démontrait que le syndrome métabolique était présent chez 54 % d'entre eux, dont 90 % souffraient d'obésité abdominale et 70 % d'hyperinsulinémie[22].
- Au Québec, l'ERS-2002 révélait qu'environ 36 % des adultes abénakis et 36 % des adultes mohawks¹ rapportaient être atteints de problèmes cardiovasculaires (accidents cérébrovasculaires, hypertension artérielle et troubles du cœur). Chez les Algonquins et les Mi'gmaqs, 24 % des adultes ont rapporté avoir de tels problèmes. De même, 23 % des adultes hurons-wendat, 20 % des adultes innus et 13 % des adultes atikamekw ont rapporté avoir des problèmes cardiovasculaires. Enfin, près de la moitié des aînés des Premières Nations souffraient de problèmes cardiovasculaires[25].

2.2.4 ANÉMIE ET CARENCE EN FER

La déficience en fer (ou anémie ferriprive) peut affecter les capacités physiques, la performance cognitive et la résistance aux infections. Elle est en partie causée par la diminution de consommation de produits traditionnels au profit de la nourriture achetée en commerce de moindre qualité nutritionnelle.

- Au Nunavik, les données rapportées par Blanchet et ses collaborateurs ont révélé que la journée précédant l'enquête, 88 % des Inuits (81 % des femmes et 93 % des hommes) avaient un apport en fer qui était acceptable[12].

En 2004, près de 38 % des femmes non enceintes, mais en âge de procréer (18-49 ans), présentaient de l'anémie (Hb < 120 g/L) (33 % - femmes enceintes et 53 % - femmes âgées de 50 ans et +)[90]. Parmi ces femmes, 20 % avaient une anémie modérée alors que 11 % présentaient une anémie sévère[90]. Par ailleurs, la prévalence de déficience en fer a été estimée à 35 % chez l'ensemble des femmes du Nunavik. Chez les femmes non enceintes, mais en âge de procréer, l'anémie ferriprive était la forme d'anémie la plus prévalente atteignant une proportion de 50 %. De plus, cette proportion atteint 66 % chez les jeunes femmes de 18 à 29 ans. La prévalence de l'anémie chez les femmes du Nunavik est environ 9 fois plus élevée que parmi les femmes canadiennes[82].

L'anémie est également problématique chez les enfants du Nunavik. Une étude réalisée à la fin des années 1980 révélait l'importance de l'anémie dans ce groupe d'âge[115]. À 2, 6 et 12 mois, la prévalence était respectivement de 21 %, 47 % et 38 %. Selon certains auteurs, le surpeuplement dans les maisons ainsi que la prévalence d'infections pourraient contribuer à la présence d'anémie chez les enfants[88].

¹ Seule la communauté de Kanesatake pour la Nation Mohawk a participé à l'ERS-2002.

- Dans la région d'Eeyou Istchee, une récente étude a montré une nette amélioration depuis 1995 des taux d'anémie avec une prévalence (Hb < 110 g/L) de 12,5 % chez le nourrisson[114]. Cette amélioration est probablement associée à la pratique d'un dépistage universel dans la région couplée à des conseils diététiques offerts pendant les visites de suivi pré et postnatales[114]. Cependant, il ne faut pas perdre de vue que ces taux demeurent toujours plus élevés comparativement aux taux des nourrissons non autochtones au Québec (8 %).

2.2.5 ENVIRONNEMENT SOCIAL

Les problèmes de santé physique vécus par les populations autochtones se conjuguent le plus souvent avec de nombreuses problématiques de nature psychosociale telles que les problèmes de santé mentale (de la détresse psychologique au suicide), les diverses formes de dépendance (alcool, toxicomanies et jeux), ainsi que la violence conjugale et la maltraitance. Les conditions de vie matérielles qui perdurent dans plusieurs communautés inuites et des Premières Nations sont encore aujourd'hui particulièrement difficiles, que ce soit sur le plan du logement (surpeuplement et insalubrité), mais également de l'accessibilité aux services de première nécessité (tel l'accès à l'eau potable, à l'électricité ou à des services de santé et d'éducation de qualité)[93]. Ainsi, ces populations doivent souvent faire face à un contexte socioéconomique particulièrement défavorable marqué par la pauvreté, le chômage et la faible scolarisation[53].

Conséquences sur la santé du surpeuplement résidentiel dans les communautés autochtones au Canada

Selon les données du recensement, la situation du surpeuplement dans les communautés autochtones s'est grandement améliorée depuis les 30 dernières années. Par contre, elle demeure un problème de santé publique et ce, particulièrement dans les régions inuites du pays. Les statistiques démontrent que le Nunavik connaît le plus haut taux de surpopulation par logement au Canada (49 %). Il y a un besoin immédiat d'au moins 1 000 logements (voir le graphique ci-dessous).

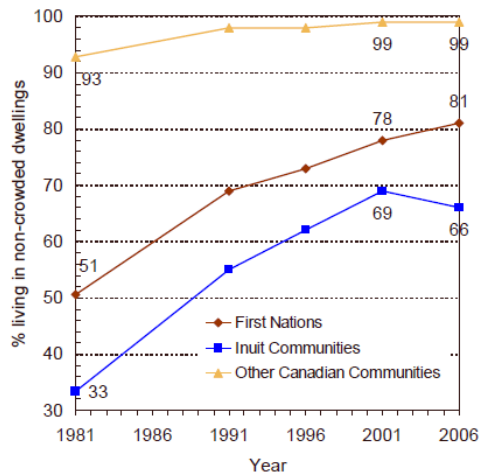
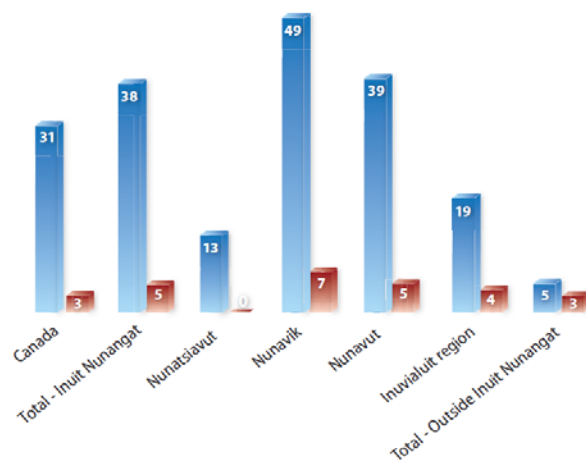


Figure 3:
Percentage of Inuit and non-Aboriginal populations living in crowded dwellings in 2006, Inuit Nunangat and Canada (measured in PPR)

2006: Inuit population percentage living in crowded dwellings
2006: Non-Aboriginal population percentage living in crowded dwellings

Source:
Statistics Canada, Census of population, 2006, Table 9 – Percentage of the Inuit and non-Aboriginal populations living in crowded dwellings, Canada and regions, 2006. www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/table/t9-eng.cfm



Source : Statistics Canada, 1981, 1991, 1996, 2001 and 2006 Census of Population.

Plusieurs études font état d'une corrélation très élevée entre le surpeuplement du logement et la transmission de maladies infectieuses telles la grippe et la tuberculose, les difficultés scolaires ou pédagogiques et de rajustement comportemental à l'école, ainsi que la violence physique et les agressions sexuelles envers les enfants. Dans ces conditions, plusieurs se voient forcés de quitter pour la ville, pour finalement vivre l'itinérance, le déracinement et la marginalisation. Ainsi, bien que les Inuits ne représentent que 10 % de la population autochtone vivant à Montréal, ils forment près de la moitié (45 %) des Autochtones itinérants (Donat Savoie, document non publié).

Il est dorénavant bien admis que les inégalités sociales et de santé auxquelles sont confrontées les populations autochtones ne sont que le reflet d'un long historique de politiques assimilatrices qui ont marqué les relations entre les gouvernements non autochtones et les Autochtones depuis les débuts de la colonisation[53, 93]. L'ensemble des expressions passées et actuelles du colonialisme canadien a eu pour effet d'atteindre la santé et le bien-être individuel et collectif des sociétés autochtones sur les plans physiques, sociaux, émotifs et mentaux[53].

La violence chez les populations autochtones; des conditions de survie physique et psychologique qui relèguent au second plan l'adoption d'une saine alimentation

De nombreuses études révèlent que les femmes autochtones sont proportionnellement plus nombreuses à être victimes de violence conjugale. Les statistiques sont déconcertantes, variant de 25 % à près de 100 %, selon les diverses méthodologies utilisées[37]. Ceci s'expliquerait notamment par la fréquence de la pauvreté, de la grossesse à l'adolescence et de la consommation abusive d'alcool dans ces populations[120]. D'autre part, le rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones soulignait dès 1996 l'importance des facteurs tels que la frustration vécue face au racisme institutionnel et aux politiques assimilatrices ainsi que l'effondrement du système familial autochtone lié au système des pensionnats indiens dans l'expression de la violence envers les femmes en milieu autochtone[4].

Le suicide est également un problème extrêmement préoccupant dans les populations autochtones du Québec et du Canada. Bien que la problématique du suicide soit extrêmement complexe à définir, ce phénomène relativement récent chez les jeunes autochtones doit être interprété comme une réaction au traumatisme historique et aux violations répétées des droits de la personne vécus par les populations autochtones depuis des siècles[39].

Les jeunes autochtones d'aujourd'hui font face au double défi d'avoir à trouver leur place à la fois au sein de leur communauté d'origine et celle de la société occidentale qui les entoure. De plus, ils doivent composer avec la pauvreté, la maltraitance et le racisme sous plusieurs formes, ainsi que les sentiments de désarroi et d'exclusion sociale profonds qui en résultent. Les taux de mortalité par suicide dans certaines communautés autochtones du Canada sont en fait extrêmement élevés et peuvent atteindre plus de 30 fois la moyenne canadienne[106].

Principaux constats

- Les problématiques présentées traduisent une situation où de nombreuses familles autochtones sont confrontées à des conditions qui compromettent leur santé physique, psychologique ainsi que leur intégrité identitaire et culturelle. Cette conjoncture laisse parfois bien peu de place aux préoccupations entourant les choix d'une saine alimentation et l'acquisition de saines habitudes de vie.
- Les taux de surpoids semblent nettement plus élevés dans les populations autochtones que pour la population générale du Québec. La prévalence du diabète est également préoccupante pour plusieurs des nations autochtones. De ce fait, les maladies cardiovasculaires sont en augmentation, même chez les Inuits qui sont davantage protégés de ces maladies grâce à une alimentation très riche en oméga-3. Par ailleurs, l'anémie et la carence en fer sont souvent rapportées chez cette population du Nunavik.
- Il importe également de comprendre que toutes ces problématiques ne sont pas que des affections individuelles et ne peuvent être traitées comme telles[3]. Dans cette analyse, les liens indéniables qui existent entre les iniquités vécues collectivement par ces populations à travers l'histoire sur les plans politiques, économiques, culturels et sociaux et la santé des individus constituant ces populations aujourd'hui seront démontrés.

3 Enjeux liés à l'alimentation communs à l'ensemble des populations autochtones au Québec

3.1 Modifications des habitudes de vie chez les peuples autochtones

Il a été largement démontré que la fréquence, la quantité et la variété de la nourriture traditionnelle² ont diminué au cours des dernières décennies dans les populations autochtones. La transition d'une alimentation traditionnelle vers une alimentation de type commercial, souvent riche en sucres raffinés et en gras trans, a contribué à l'émergence de maladies chroniques tels l'obésité, le diabète et les maladies cardiovasculaires[30, 50, 53, 112, 116]. De plus, il est maintenant connu que l'abandon graduel du mode de vie traditionnel, incluant l'alimentation, a des impacts sur la santé mentale[101]. Enfin, le fait de vivre avec des incapacités causées par la maladie chronique peut également avoir des répercussions sur la santé mentale[60, 63].

Au début du 20^e siècle, les troubles de malnutrition étaient prédominants alors qu'aujourd'hui, les problèmes de santé les plus fréquents sont reliés à une consommation d'aliments peu nutritifs et hypercaloriques menant à des problèmes d'embonpoint ou d'obésité[32, 54, 94]. Ainsi, l'incidence élevée de maladies infectieuses était auparavant responsable des taux de mortalité et de morbidité élevés, tandis qu'aujourd'hui ce sont les maladies chroniques (cancers, maladies cardiovasculaires, diabète, etc.) qui sont responsables de ces taux élevés[32, 54].

Du point de vue historique, on peut considérer que les effets du colonialisme sur ces phénomènes ont débuté avec le commerce des fourrures alors que l'accès et l'appropriation aux territoires et aux ressources ont été profondément modifiés. Les pratiques de la chasse, de la trappe, de la pêche, de la cueillette et de l'agriculture comme moyens de subsistance, mais également comme moyens de construction identitaire, ont graduellement subi de profonds changements[53, 93, 116]. Ces changements se sont accentués avec la création de réserves entraînant une perte d'accès aux territoires et à la nourriture traditionnelle. De peuples indépendants, subvenant à leurs propres besoins, les Autochtones durent composer avec une situation de plus grande dépendance imposée par l'État pour se nourrir, se vêtir et se loger[17, 53].

Au Québec, la modification de l'alimentation autochtone a débuté d'abord par l'introduction de nouveaux aliments par les explorateurs et les colonisateurs européens tels que la farine, le sucre et le thé. Cela dit, les Autochtones ont également contribué à la modification du régime alimentaire de ces Européens. L'introduction dans la diète de mets élaborés par ceux-ci, à base de viande, de gras, de plantes, de petits fruits et de pain, a permis aux colons de s'adapter aux conditions de survie imposées par les longues expéditions réalisées dans des conditions difficiles et de survivre aux nombreux problèmes de santé qui les guettaient[78].

Plus tard, ce seront plutôt la perte des territoires, le déclin de certaines espèces animales, la sédentarisation forcée et les traumatismes historiques qui expliqueront la transformation de l'alimentation[86, 111]. Par exemple, plusieurs personnes des Premières Nations forcées de manger différentes sortes de légumes dans les pensionnats refusent désormais d'en consommer. D'autres peuvent avoir adopté des comportements alimentaires en lien avec les expériences passées telles les famines vécues et racontées par les aînés.

² Dans ce document, la nourriture traditionnelle renvoie principalement à la nourriture issue des activités de la chasse, de la trappe, de la pêche, de la cueillette et de l'agriculture.

L'accès à un territoire de chasse est un déterminant physique important pour la consommation d'aliments traditionnels[68]. Cependant, cet accès n'est pas facile pour tous. L'emplacement géographique de certaines communautés des Premières Nations, situées davantage en milieu urbain, rend difficile l'accès au territoire pour les résidents qui en expriment le désir. Le coût élevé de la pratique des activités cynégétiques (armes, munitions, motoneige, bateau ou véhicule tout terrain, essence), la méconnaissance des techniques requises, le manque d'intérêt ou de temps pour les pratiquer (pour des raisons familiales, professionnelles et scolaires)[56], l'éloignement des camps de chasse ou la présence de chasseurs non autochtones sur les territoires de chasse à certaines périodes de l'année peuvent en dissuader certains[68]. La rareté de certaines espèces ou la modification de leurs parcours migratoires, ou encore l'appauvrissement de certaines communautés expliquent en grande partie la diminution graduelle de la pratique des activités entourant l'acquisition des aliments provenant de la chasse, de la pêche et de la cueillette[30, 50, 56].

Enfin, les répercussions causées par les changements climatiques peuvent avoir des impacts sur l'alimentation des populations situées principalement en région nordique comme les Inuits, les Cris, les Naskapis et les Innus. L'amincissement de l'épaisseur de la glace, les changements des parcours migratoires, le déclin ou l'apparition de certaines espèces animales, les fluctuations climatiques ou l'accès à l'eau peuvent restreindre l'accessibilité des populations aux territoires et à leurs ressources[52, 59].

Aujourd'hui, le rapport à l'alimentation dite traditionnelle a beaucoup changé. Il varie énormément selon les nations, leur situation géographique (proximité et accès aux aliments commerciaux, déclin des populations animales) ainsi que des facteurs sociodémographiques tels que les coûts associés à la chasse et à la pêche et l'accès aux territoires[50].

Néanmoins, la transformation des habitudes alimentaires n'a pas seulement créé des modifications sur le plan des habitudes de vie, mais elle a également été associée à des bouleversements de nombreux autres déterminants de la santé, dont la perte de l'autonomie sur le plan économique et politique, ainsi que l'altération de repères culturels et sociaux[50, 116].

3.2 L'alimentation autochtone dite traditionnelle

Willows définit les aliments traditionnels comme des « aliments culturellement acceptables, obtenus à partir des ressources naturelles locales »[113]. Ils proviennent habituellement des plantes ou des animaux disponibles localement grâce à des activités comme la chasse, la trappe, la pêche, la cueillette ou l'agriculture[113]. Ainsi, le type d'aliments varie énormément en fonction de l'écosystème dans lequel les populations évoluent (arctique, plaine, forêt ou région maritime) ainsi qu'en fonction des saisons, des parcours migratoires et des modes d'utilisation du territoire et de ses ressources (nomades, semi-nomades ou sédentaires). Par exemple, dans la région d'Eeyou Istchee, l'oie blanche et l'outarde sont chassées à l'automne et au printemps[38]. En été, la chasse étant peu pratiquée, le poisson devient la principale source d'aliments traditionnels[38].

Autrefois, les Abénaquis, les Hurons-Wendat et les Mohawks tiraient principalement leur subsistance de l'agriculture de même que de la chasse, de la trappe et de la cueillette[104]. Pour leur part, les Mi'gmaq se nourrissaient principalement de produits marins, alors que les Algonquins, les Cris, les Innus, les Inuits et les Naskapis régulaient leurs activités en établissant des camps saisonniers en fonction des déplacements et de la migration du gibier. Aujourd'hui encore, les parties comestibles de plusieurs espèces disponibles sur le territoire (caribou, orignal, castor, oie, perdrix, lagopède, canard, truite, esturgeon, doré, omble de l'arctique, phoque, béluga, crustacés, etc.) sont apprêtées selon les techniques propres à chacune des cultures (bouillie, mijotée, grillée, fumée, frite, crue,

faisandée, etc.). De plus, au Québec, les fraises, framboises, mûres, groseilles, bleuets, chicoutés et autres petits fruits sont inclus depuis toujours dans les régimes alimentaires autochtones[27]. Enfin, ces aliments peuvent également être transformés. Les différents types de pain fabriqués par les différentes nations en sont de bons exemples.

Les experts s'entendent aujourd'hui sur le fait que l'alimentation traditionnelle est saine et riche en nutriments variés. En effet, les aliments traditionnels ont en général une teneur élevée en protéines animales, en plus d'être souvent riches en acides gras essentiels. Les aliments d'origine marine sont entre autres de très bonnes sources d'acides gras oméga-3 bien connus pour leurs effets cardioprotecteurs[50, 62, 64, 81, 95]. Cette alimentation procure enfin l'ensemble des nutriments essentiels tels le fer, le zinc et les vitamines A, B, C et D[75].

Traditionnellement, dans la région d'Eeyou Istchee, les bouillons d'os ou d'arêtes de poisson fournissaient un apport en calcium.

Depuis quelques années, la diminution rapide de la fréquence de la consommation d'aliments traditionnels pour toutes les populations autochtones a été largement documentée dans la littérature[62, 80].

- En 1992, l'enquête Santé Québec réalisée au Nunavik montrait que la consommation des aliments traditionnels chez les Inuits représentait 21 % de l'apport énergétique alors qu'en 2004 ce pourcentage se situait à 16 %[12]. De même, les résultats de *Qanuippitaa?* montrent que la fréquence de consommation des produits de la chasse et de la pêche avait diminué entre 1992 et 2004, passant de 8 fois par semaine à 5 fois[12].
- Dans la région d'Eeyou Istchee, la situation est semblable à celle du Nunavik. En 2002, dans un rapport interne du Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ), Receveur estimait que dans les années 1950, la consommation quotidienne de viande de gibier ou de sauvagine dans la région d'Eeyou Istchee était de 1,3 kg alors qu'elle diminuait à 0,41 kg par jour dans les années 1980, allant jusqu'à 0,23 kg dans les années 1990[107].
- L'ERS-2002 réalisée chez les Premières Nations décrit la consommation d'aliments traditionnels par groupe d'âge dans les 12 mois précédents l'enquête. Les jeunes âgés de 12 à 17 ans résidant dans les communautés de petites et de moyennes tailles consomment davantage d'aliments traditionnels que les jeunes des grandes communautés. Le gros gibier, le petit gibier et le gibier à plumes sont respectivement consommés dans une proportion de 26 %, 10 % et 13 %. Quant à la consommation de poissons d'eau douce, c'est dans une proportion de 15 % que les jeunes rapportent en manger souvent. Dans le groupe d'âge 18-34 ans, la consommation d'aliments traditionnels est moindre que dans les autres groupes. Par contre, il est important de noter que la consommation d'aliments traditionnels varie beaucoup en fonction des zones géographiques. Ce sont les adultes qui habitent dans une communauté isolée (aucune route d'accès ouverte à l'année vers un centre de services) qui sont les plus grands consommateurs de gibiers et de poissons. Ainsi, plus la zone de résidence est proche d'un centre de services, plus la consommation d'aliments traditionnels diminue.

Ce changement des habitudes alimentaires est préoccupant, car une consommation d'à peine 5 % de l'énergie totale journalière sous forme d'aliments traditionnels serait significativement reliée à une augmentation de vitamine A, de protéines, de fer et de zinc ainsi qu'à une réduction de la consommation de glucides, de sucrose, de lipides et de gras polyinsaturés et saturés[8, 42, 61, 62, 80].

Cela dit, la valeur nutritive des aliments traditionnels autochtones outrepassa l'unique cadre de l'acte alimentaire[50]. Comme présenté dans la section suivante, l'ensemble des activités entourant l'acquisition, la préparation et la transformation des aliments traditionnels favorise non seulement une saine alimentation, mais également le maintien de valeurs sociales et culturelles.

3.2.1 ASPECTS SOCIOCULTURELS ET IDENTITAIRES LIÉS À L'ALIMENTATION

Bien que les sources de nourriture issues de la chasse, de la pêche, de la trappe, de la cueillette ou de l'agriculture ne constituent plus la base exclusive de l'alimentation autochtone et que ces activités n'occupent plus aujourd'hui la majorité du temps de l'ensemble de ces populations, il demeure qu'elles jouissent toujours d'une grande valeur sur le plan spirituel, social, culturel et identitaire. En effet, ce type d'alimentation signifie davantage que simplement se nourrir et doit être perçu comme un phénomène social duquel découle une série de démarches et de règles culturellement significatives où les différentes entités humaines, animales, végétales et invisibles sont au cœur d'un processus complexe d'échanges[113].

La pratique de ces activités permet de saisir ce qu'implique d'être « Autochtone », c'est-à-dire comprendre les traditions, les valeurs, les connaissances et les normes que ces peuples se sont fixées. La chasse et la pêche représentent encore aujourd'hui des activités importantes au Nunavik. Ces activités représentent une source de ressourcement et permettent à ceux qui les pratiquent de resserrer les relations et l'enracinement culturel en s'appuyant sur la coopération, le partage, la générosité et la transmission des savoirs. À cet égard, la famille joue un très grand rôle, car c'est en famille que se pratiquent ces activités et que sont consommés le plus souvent des repas traditionnels. Encore aujourd'hui, certaines nations vont souligner la première prise du jeune chasseur en partageant la nouvelle à la radio ou dans le journal local ou en organisant des repas auxquels sont conviés les membres de la famille et de la communauté.

« La chasse, la pêche et la cueillette d'aliments traditionnels ainsi que le partage dans la collectivité de ces produits de consommation sont des activités sociales qui réunissent les individus, les familles et les générations. Les aliments traditionnels créent et entretiennent entre les individus un tissu social et culturel important qui conforte la santé et le bien-être de la collectivité » [Traduction][109].

Dans la région d'Eeyou Istchee, le concept de santé nommé miyupimaatisiun (littéralement, « being alive well ») est grandement associé à la capacité d'une personne à pouvoir consommer des aliments « crus », à pratiquer ses activités quotidiennes, telles que se déplacer, se nourrir et même chasser, ainsi qu'à maintenir de bonnes relations interpersonnelles[2].

La pratique de la chasse, la pêche, la cueillette et la nourriture qui en découle revêtent également une très grande importance dans l'identité autochtone contemporaine. Ainsi, les Autochtones vont parfois décrire les aliments issus du territoire comme étant de « vrais aliments », car source de meilleure valeur nutritive et meilleurs au goût que l'alimentation non autochtone[30, 113]. Une étude réalisée dans la région d'Eeyou Istchee rapportait qu'un aliment qualifié de santé, comme le gras d'oise sauvage ou d'ours, est un aliment riche en matières grasses qui permet de vivre de longues périodes en forêt[14]. L'ingestion de la viande de gibier et du gras animal permettrait également à celui qui s'en nourrit de veiller à sa santé ou de se guérir[14]. À l'inverse, les légumes sont désignés par certains comme étant de la « nourriture à lapin », une appellation péjorative qui réfère à l'aspect insatisfaisant du sentiment de satiété après leur consommation et au statut peu élevé de ces aliments dans la chaîne alimentaire[14]. De plus, en certaines circonstances, la consommation d'aliments traditionnels et la pratique des activités culturelles l'entourant peuvent être utilisées pour marquer les

actions, les comportements, les préférences et les aptitudes qui distinguent l'identité autochtone de l'identité allochtone[73, 100].

Il en va de même des préférences culturelles à l'égard des dimensions corporelles qui sont observées dans certaines communautés. L'excès de poids autrefois réservé aux « bons chasseurs » et à leurs proches est encore vu, par certains, comme un signe de robustesse, de force, de réussite et de santé[14, 30, 100, 113].

En contrepartie, l'influence de la culture occidentale populaire entraîne une partie de cette population à suivre des régimes amaigrissants. Dans la région d'Eeyou Istchee, l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes Cycle 2.1 évaluait que la moitié des participants choisissaient ou évitaient certains aliments étant préoccupés par leur poids[84]. Plus particulièrement, chez les 30 ans et plus, 65 % des femmes étaient préoccupées par leur poids lors de leurs choix alimentaires[84]. Du côté du Nunavik, les résultats de l'enquête *Qanuippitaa?* montrent que parmi les adultes ayant un surplus de poids (58 %), plus d'un sur deux (54 %) considère qu'il a un poids normal. De plus, les femmes se considèrent davantage en surpoids que les hommes (32 % contre 24 %). Par ailleurs, parmi ceux dont l'indice de masse corporelle (IMC) est inférieur à 25, 15 % se perçoivent comme ayant un poids insuffisant et 4 % comme ayant un surplus. Finalement, au moment de l'enquête, 20 % des adultes ont révélé tenter de perdre du poids alors que la majorité (71 %) n'a pas l'intention d'entreprendre d'action dans ce sens[12].

3.2.2 ALLAITEMENT

Il semble que l'allaitement soit plus faiblement pratiqué dans les communautés autochtones[26]. La rareté de certaines ressources communautaires rendrait la promotion de l'allaitement déficiente ou mal adaptée à la réalité des mères[26]. Aussi, comme la plupart des femmes sont contraintes d'accoucher dans un hôpital situé à l'extérieur de leur communauté, dans un environnement étranger et souvent loin du support de leur propre mère et de leurs grand-mères restées dans la communauté, l'initiation à l'allaitement est parfois compromise.

- L'enquête *Qanuippitaa?* de 2004 a révélé que parmi les femmes qui avaient déjà accouché, 30 % avaient allaité leurs nourrissons, 29 % avaient préféré donner le biberon et 40 % pratiquaient une combinaison des deux. Lors de l'enquête de santé réalisée en 1992, 64 % des femmes avaient mentionné avoir allaité leur dernier enfant.
- Selon l'enquête *Aboriginal Children's Survey* effectuée en 2006 dans la région d'Eeyou Istchee, 72 % des enfants participant à l'étude auraient été allaités au moins une fois. Historiquement, l'initiation à l'allaitement était plus élevée dans les communautés situées près de la côte que dans celles situées à l'intérieur des terres[86]. Néanmoins, au cours des dernières années, une augmentation des taux d'initiation a pu être notée dans les communautés situées à l'intérieur des terres[34, 55]. En ce qui concerne la durée de l'allaitement, 37 % des mères continuaient d'allaiter leur enfant jusqu'à l'âge de 1 à 5 mois et 45 % continuaient jusqu'à 6 mois et plus[86]. L'enquête ne révèle pas si les enfants étaient nourris exclusivement de lait maternel.
- En 2002-2003, 39 % des mères habitant l'une des communautés des Premières Nations non conventionnées allaitaient leur enfant[26]. Parmi elles, les résultats de l'ERS-2002 montrent que les femmes qui habitaient dans les zones éloignées des centres de services (considérées comme semi-isolées et isolées) allaitaient leur enfant dans une proportion moindre que celles qui résident plus près de tels centres (16 % contre 85 %)[25].

3.2.3 RISQUES LIÉS À LA CONTAMINATION

La consommation de la nourriture traditionnelle peut être influencée par les inquiétudes reliées à la présence de contaminants dans la chaîne alimentaire. En effet, il est bien documenté que certains aliments traditionnels contiennent des quantités non négligeables de contaminants tels le cadmium, le plomb, le mercure, les BPC et les pesticides[50]. Ces contaminants sont souvent le résultat de modifications apportées aux écosystèmes dont les aliments sont extraits par l'activité humaine (par exemple : barrages hydroélectriques, déforestation, changements climatiques ou contamination des sols industriels ou agricoles)[113].

Au Nord du Québec, les populations sont exposées à une pléiade de contaminants environnementaux qui voyagent vers les latitudes nordiques par les courants atmosphériques et océaniques pour ensuite s'accumuler dans la chaîne alimentaire. Cette accumulation se fait plus particulièrement chez les espèces de poissons ou mammifères marins qui sont des prédateurs, comme le phoque et le béluga, et chez certaines espèces de poissons telles que le brochet et le touladi[44].

- L'exposition aux métaux lourds demeure encore aujourd'hui une préoccupation majeure pour les autorités de santé publique ainsi que pour les résidents du Nunavik[96]. Une étude de cohorte sur l'effet de l'exposition pré et postnatale aux contaminants sur le développement des enfants a montré que l'exposition prénatale au mercure est associée à une réduction de la capacité d'attention des bébés et à une diminution de la vitesse de traitement de l'information dans la mémoire. À l'âge de 11 ans, elle est associée à de moins bonnes performances intellectuelles et à des déficits d'attention en classe. L'exposition prénatale au plomb est associée à une réduction de la taille et du tour de tête du nourrisson, à un fonctionnement intellectuel plus faible à l'âge scolaire ainsi qu'à un risque plus élevé de non-respect des règles et d'hyperactivité à l'école[96].

Par ailleurs, il est reconnu que les polluants organiques persistants (POP) sont carcinogènes, hépatotoxiques et ont des effets sur les systèmes reproducteur, immunologique et neurodéveloppemental[40]. En raison de leurs propriétés lipophiles, les POP sont présents dans le lait maternel et peuvent traverser la barrière placentaire[44]. Les résultats de *Qanuippitaa?* montrent que pour l'ensemble de la population, les niveaux sanguins des POP ont baissé par rapport à 1992, mais demeurent tout de même au-dessus des niveaux acceptables recommandés par Santé Canada[40]. Cette baisse concorde avec le fait que les taux ont aussi diminué dans l'environnement arctique et que la consommation des produits de la mer a également décliné dans la population pour transiter vers une diète basée davantage sur les produits achetés dans les commerces alimentaires. Cependant, les femmes enceintes du Nunavik affichent des niveaux qui sont près de 15 % au-dessus du niveau de préoccupation défini par Santé Canada. L'exposition in utero peut avoir des effets nocifs sur le développement cognitif des enfants.

- Dans la population crie d'Eeyou Istchee, l'exposition au mercure est une préoccupation constante depuis le début des années 1970. À cette époque, une étude réalisée par Santé Canada sur l'exposition au mercure dans les populations autochtones a révélé des taux élevés liés à la consommation de poissons prédateurs. Un programme de surveillance du mercure fut instauré au début des années 1980 afin, d'une part, d'identifier les individus dont les niveaux élevés de mercure pourraient être potentiellement nocifs pour leur santé et, d'autre part, mieux caractériser cette exposition dans les neuf communautés. Les différentes études réalisées depuis ont parfois montré de faibles associations entre l'exposition et des effets neurologiques, neuropsychologiques ou neurophysiologiques[102].

Suite aux nombreuses études sur le sujet, les experts persistent à livrer un message rassurant sur le fait que les bénéfices liés à la consommation d'aliments traditionnels, connus pour leur grande valeur nutritive, l'emportent sur les risques de contamination[10, 18, 20, 21, 34, 40, 49, 50, 55, 60, 108, 112].

Une étude menée dans les trois communautés atikamekw montre que la nourriture traditionnelle est sécuritaire puisqu'il n'y a généralement qu'une concentration très faible de contaminants chez les participants[18].

Par contre, il est maintenant connu que les messages de santé publique des dernières années visant la consommation prudente de certaines espèces de poissons ou de mammifères marins pour des raisons de contamination et d'effets sur la santé ont surtout eu comme effet de réduire la consommation de poissons en général[112].

Poissons, contaminants et santé, résultats d'une métaanalyse récente portant sur diverses populations de l'Amérique du Nord

Les auteurs sont parvenus à démontrer que les effets bénéfiques de la consommation de poissons en quantité modérée sur la prévention de la mortalité par maladie cardiovasculaire dépassent les risques associés à la contamination par le mercure, les dioxines et les BPC. De même, il semblerait que les bénéfices du DHA (soit l'acide docosahéxaénoïque, un acide gras polyinsaturé de la famille des oméga-3) sur le développement neurologique du fœtus d'une consommation modérée de poisson chez les femmes en âge de procréer surpasseraient le plus souvent les risques associés à la contamination au mercure[79].

Finalement, si l'on ajoute à ces analyses les effets extrêmement positifs de la diète traditionnelle sur la pratique de l'activité physique, l'identité culturelle et la réduction des comportements à risque sur la santé et le bien-être, il apparaît clairement que le risque des contaminants (souvent incertain) est faible en comparaison des risques (avérés) de son abandon.

3.3 Habitudes de consommation et offre alimentaire

3.3.1 HABITUDES DE CONSOMMATION

Dans les communautés autochtones, l'offre, l'accès et la qualité des aliments sains et variés vendus dans les commerces alimentaires varient d'une communauté et d'une région à l'autre. Dépendamment des aliments qui sont consommés, les aliments disponibles dans les commerces peuvent avoir une faible teneur nutritive en fer, en folacine, en calcium, en vitamine D, en vitamine A et en fibres[12, 113]. À l'inverse, ils peuvent contenir des quantités importantes de matières grasses, de glucides et de sel[6, 9, 15, 16, 35, 45, 99, 107]. Alors que les aliments traditionnels sont plus souvent consommés par les aînés, les aliments faibles en valeur nutritive semblent davantage plaire aux jeunes[30, 33, 45].

Par exemple, des enquêtes réalisées au Nunavik et dans la région d'Eeyou Istchee montrent que la consommation de fruits et de légumes par la population de ces régions est nettement inférieure aux portions consommées par les Québécois et recommandées par le Guide alimentaire canadien[13, 33, 45, 84].

- Au Nunavik, les résultats de l'enquête de 2004³ montraient que le jour précédant l'enquête, les Inuits adultes avaient consommé en trop faibles quantités des fruits et des légumes, des produits laitiers et des produits céréaliers. En effet, seulement 11 % des Inuits rencontraient les recommandations du Guide alimentaire canadien pour les fruits et légumes et seulement 6 % pour les produits laitiers[33]. Par ailleurs, les viandes froides ou congelées de porc, de bœuf ou de volailles représentaient des achats relativement populaires à l'épicerie. Notons aussi que seulement 4 % de la population consommait des produits céréaliers à grains entiers; le pain blanc et la farine blanche étant très populaires.
- Dans la région d'Eeyou Istchee, l'enquête sur la santé des collectivités canadiennes Cycle 2.1, révélait qu'en moyenne 21 % de la population consommait les 5 portions de fruits et légumes recommandées contre 51 % chez les Québécois. De plus, dans une étude réalisée chez plus de 200 enfants cris de la 4^e à la 6^e année du primaire, suite à un rappel alimentaire de 24 heures, ce taux grimpa à 99 %[45].

Par ailleurs, la consommation de boissons sucrées dans les communautés inuites et des Premières Nations est source de préoccupation, particulièrement chez les jeunes. Dans la très grande majorité des communautés, ces boissons sont en vente dans les commerces alimentaires. Dans certaines communautés des Premières Nations situées à proximité d'une grande ville, des machines distributrices de boissons gazeuses et énergisantes sont également disponibles dans les écoles[30]. Cette importante consommation de boissons sucrées chez les jeunes pourrait être expliquée en partie par leur grande accessibilité dans les communautés.

- Au Nunavik, les résultats de l'enquête de 2004 révélaient que la catégorie « autres aliments » représentait la principale source de calories (36 %). Sont regroupés sous cette catégorie un ensemble d'aliments et de boissons pour lesquels il est recommandé d'avoir une consommation modérée (par exemple : beurre, huile de cuisson, confiture, miel, bonbons, chips, boissons gazeuses, thé, café, alcool, etc.). Entre 1992 et 2004, la consommation d'aliments et de boissons sucrés a continué d'augmenter. Les boissons sucrées, telles les boissons gazeuses et les boissons aux fruits, représentaient la principale source de glucides des répondants le jour précédant l'enquête; cette consommation s'est d'ailleurs révélée beaucoup plus élevée chez les jeunes adultes[12]. Une autre étude réalisée au Nunavik a indiqué que le nombre de canettes de boissons gazeuses bues chez les jeunes de 18 à 29 ans est de deux par jour (médiane). Par ailleurs, si on ajoute à cela les boissons sucrées de type *Gatorade*, la consommation atteint jusqu'à 1,4 litre par jour, soit au moins quatre canettes[33].
- Dans la région d'Eeyou Istchee, l'enquête longitudinale faite à Mistissini en 2005 révélait que 90 % des enfants interrogés avaient consommé une boisson sucrée (excluant le jus de fruits 100 % pur) au cours des dernières 24 heures. Toujours en excluant les jus de fruits 100 % pur, cette enquête évaluait que le quart de l'énergie totale consommée par les enfants provenait des boissons sucrées[16].
- L'ERS-2002 révélait que 22 % des enfants des Premières Nations âgés de 0 à 5 ans consommaient des boissons gazeuses plusieurs fois par semaine. Cette proportion augmente à 50 % chez les 6 à 11 ans. De plus, respectivement 31 % et 54 % des enfants des groupes d'âge 0 à 5 ans et 6 à 11 ans mangeaient des repas-minute plusieurs fois par semaine. Les frites et les croustilles sont également populaires et consommées plusieurs fois par semaine par près de la

³ Pour cette enquête, les analyses de comparaison avec le guide alimentaire canadien ont été faites avec la version 1992 qui comportait un groupe « autres aliments ».

moitié des jeunes enfants et par les deux tiers des enfants de 6 à 11 ans. Les gâteaux et les biscuits sont consommés dans les deux groupes dans une proportion similaire.

3.3.2 OFFRE ALIMENTAIRE

Généralement, on retrouve, dans chacune des communautés autochtones, au moins un magasin qui offre à la population des produits alimentaires et de consommation variés où les gens peuvent s'approvisionner. La variété et la qualité des produits varient d'un lieu à l'autre, généralement en raison d'un éloignement géographique. Certaines communautés moins isolées peuvent par exemple avoir accès à un centre d'alimentation à proximité, situé à l'intérieur ou à l'extérieur de leur territoire[30]. L'offre alimentaire commerciale peut également inclure des services de restauration, des traiteurs et des magasins spécialisés comme des fruiteries ou des boucheries[30].

- Au Nunavik, la disponibilité des produits dans les commerces alimentaires varie d'une communauté à l'autre. Dans une communauté comme Kuujuaq, on trouve 2 à 3 épicerie relativement bien garnies alors qu'à Ivujivik ou Salluit, les communautés les plus au nord, le choix demeure très limité en terme de qualité et de produits frais et est tributaire du transport des denrées par avion.
- Dans la région d'Eeyou Istchee, l'ensemble des communautés, sauf Oujé-Bougoumou, possède 1 à 2 épicerie où l'on peut retrouver différentes denrées alimentaires. Chaque communauté est également desservie par un ou plusieurs restaurants proposant un menu composé principalement d'aliments de moins bonne valeur nutritive. Les centres sportifs où se situe l'aréna possèdent souvent une cantine où la population peut se procurer des aliments de faible ou d'aucune valeur nutritive. L'été, dans certaines communautés, des cabanes à patates frites ou « chip stands » peuvent être temporairement installées.

Par ailleurs, les politiques gouvernementales interdisent aux institutions publiques ainsi qu'aux épicerie de vendre ou de servir des aliments traditionnels. Cette restriction est grandement décriée par la population qui aimerait pouvoir se procurer de la viande de gibier locale dans les supermarchés ou les restaurants[14, 68].

En 2005, une étude dont l'objectif était d'explorer la relation entre la qualité de la diète, le poids et l'environnement alimentaire parmi les familles des communautés de Mistissini et Waskaganish, révélait que sur une période de 3 jours, 77 % des jeunes avaient consommé un repas provenant des restaurants et que 18 % mangeaient au restaurant 3 fois et plus chaque semaine[45]. Ces derniers ingéraient relativement plus de calories que ceux qui fréquentaient peu les restaurants[45].

- Dans les communautés des Premières Nations non conventionnées, 90 % de celles situées à proximité d'une ville ont accès à une épicerie et 10 % à un magasin général. Dans la très grande majorité des cas, cette épicerie est située à l'extérieur de la communauté. De plus, dans cette région, 10 % des communautés peuvent acheter de la nourriture dans des commerces spécialisés en fruits et légumes, une boucherie et une pâtisserie. Pour leur part, l'ensemble des communautés situées en région éloignée a accès à une épicerie qui, dans 75 % des cas, est établie dans la communauté. La moitié des communautés a également accès à un magasin général. En région semi-isolée, toutes les communautés ont accès à une épicerie ainsi qu'à un magasin général; la moitié des épicerie sont situées dans les communautés. En région isolée, seul un magasin général présent dans toutes les communautés permet l'achat de produits alimentaires. Les habitants de ces communautés dépendent donc uniquement de l'offre alimentaire disponible chez ces détaillants pour s'approvisionner[30]. À titre d'exemple, à la suite d'un exercice visant à comparer la disponibilité d'une liste précise d'aliments dans les commerces alimentaires des

communautés situées dans les quatre zones d'isolement géographiques, il en ressort que seulement six variétés de légumes (carotte, poivron, concombre, salade, chou et oignon) sont disponibles dans toutes les épicerie situées en région isolée.

Par ailleurs, dans certaines communautés, les épicerie sont désuètes. La population qui habite à proximité d'une ville plus importante peut alors accéder à de la nourriture de meilleure qualité et plus diversifiée en fréquentant les commerces de cette ville[30].

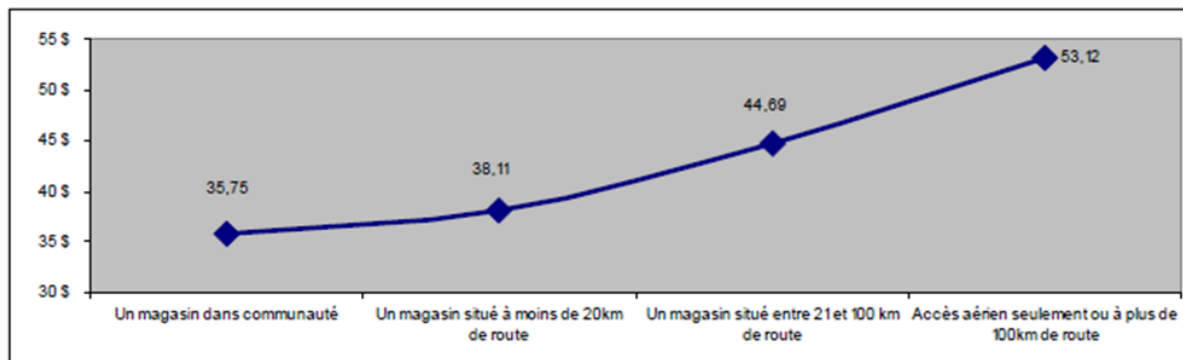
Des services de restauration sont également disponibles dans plusieurs communautés des Premières Nations. Certains offrent des menus de bonne valeur nutritive alors que d'autres sont limités dans l'offre de menus et d'aliments nutritifs[30].

3.3.3 COÛT ET QUALITÉ DES ALIMENTS

Le lien entre l'isolement géographique des communautés et les difficultés d'accès à une alimentation de qualité à faible coût est bien connu[30, 48]. Et comme la vaste majorité des communautés autochtones du Québec se retrouve en zone rurale ou semi-rurale, ce phénomène est important pour ces populations. Par exemple, dans des communautés situées à proximité d'une ville, des fruits et légumes abimés et de qualité douteuse ont été retrouvés dans 10 % des épicerie. Dans les communautés semi-isolées ou isolées, cette situation est respectivement présente dans 50 % et 100 % des marchés d'alimentation[30].

La figure 1 montre bien que plus une communauté est éloignée des grands centres, plus le coût des aliments est élevé et moins bonne est la qualité des fruits et des légumes disponibles[30, 48, 117]. Les grandes distances qui séparent le fournisseur du lieu de vente, les problèmes de conservation des aliments périssables et l'absence de concurrence commerciale limitent l'accès à des aliments de qualité[48, 84, 113].

Figure 1 Prix du panier d'épicerie selon l'accès à des aliments frais



Source : Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2006), Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations du Québec et du Labrador 2002-03. L'influence du milieu sur la santé.

- De façon similaire, un récent rapport visant à identifier les différences de prix de produits de consommation courante entre le Nunavik et la Ville de Québec montre que dans l'ensemble, les prix à la consommation sont plus élevés au Nunavik que dans la Ville de Québec. L'étude réalisée dans 22 épicerie du Nunavik a utilisé Québec comme ville de référence avec 3 épicerie visitées. Dans les deux régions, la collecte des données a été réalisée en avril 2011. Bien que les résultats doivent être interprétés avec prudence puisque les prix varient d'une communauté à l'autre, l'étude montre que le même panier de provisions coûte en moyenne 100 \$ à Québec et 181 \$ au

Nunavik. Pour les produits alimentaires, les produits d'entretien ménager, ainsi que les produits de soins personnels, les prix sont respectivement 81 %, 104 % et 84 % plus élevés au Nunavik. Les écarts de prix sont importants dans toutes les catégories de produits[48].

- En Eeyou Istchee, les résultats préliminaires d'une enquête en cours sur le coût de l'alimentation dans la région révèlent que le coût du panier d'épicerie est plus élevé que la moyenne provinciale. Ce constat est similaire aux résultats issus d'une précédente étude. À titre d'exemple, il était démontré que les mêmes céréales pour enfants coûtaient 2,49 \$ à Montréal, alors qu'elles étaient en moyenne vendues 3,91 \$ dans les communautés cries. Même phénomène pour le lait : de 1,41 \$ à Montréal, il passe à 1,75 \$ en moyenne dans les communautés cries[117].
- Pour les communautés des Premières Nations non conventionnées, le *Portrait du diabète dans les communautés des Premières Nations du Québec* de la CSSSPNQL[30] montre que pour un panier d'épicerie composé des mêmes produits où le coût total des aliments est de 92,80 \$, il en coûte 4,43 \$ de plus en région éloignée, 29,94 \$ de plus en région semi-isolée et 61,62 \$ de plus en région isolée. Le coût total des aliments en région isolée est donc 66 % plus élevé que celui de la zone de référence. Le coût des baies congelées ainsi que des bananes est plus du double de celui observé en région urbaine. Le kilogramme de tomates et la boîte de jus Oasis y coûtent au moins 1,28 \$ de plus. Finalement, en région isolée, le coût du kilogramme de pommes est 1,25 fois celui de la région urbaine. Alors que le coût des aliments vendus en région éloignée est toujours supérieur aux aliments vendus en région urbaine, il existe une certaine variation dans les zones inférieures. Par exemple, le prix des pommes et des tomates est inférieur dans les régions éloignées et semi-isolées que dans les régions urbaines.

3.3.4 INSÉCURITÉ ALIMENTAIRE

Au coût élevé des aliments commerciaux s'ajoutent les conditions de pauvreté dans lesquelles vivent de nombreuses communautés autochtones au Québec. Ces conditions font en sorte qu'un grand nombre de familles subissent régulièrement l'insécurité alimentaire, soit l'incapacité de se procurer une quantité adéquate et appropriée d'aliments sécuritaires[12, 53, 84, 112, 116]. Selon McIntyre, la sécurité alimentaire ne consiste pas seulement à disposer d'une quantité suffisante de nourriture, mais aussi à pouvoir obtenir une nourriture nutritive et saine[76]. Ainsi, une personne qui vit de l'insécurité alimentaire risque davantage de souffrir d'embonpoint, de maladies chroniques, de problèmes de santé mentale et de difficultés d'apprentissage. À long terme, la sécurité alimentaire demeure cruciale au maintien de la santé physique et mentale ainsi qu'à la qualité de la vie[23].

Au Canada, l'insécurité alimentaire dans les communautés autochtones a été constatée et désignée comme une préoccupation majeure par le rapporteur spécial de l'ONU lors de sa visite au pays en mai 2012[108]. L'enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations réalisée au Canada a également révélé que les personnes des Premières Nations sont plus susceptibles de ne pas manger à leur faim et de se priver de nourriture que la population en général[51].

- Les données présentées dans le plus récent portrait de santé réalisé (non publié) à la demande de la RRSSN révèlent que les revenus des particuliers sont moins élevés qu'au Québec malgré un coût de la vie plus élevé[97]. Ainsi, le revenu médian après impôt des particuliers de 15 ans et plus atteint 20 971 \$ au Nunavik et 22 471 \$ au Québec. Il est intéressant de constater que, contrairement à l'ensemble du Québec, le revenu médian des femmes (22 912 \$) est plus élevé que celui des hommes (18 793 \$). En 2004, des résultats d'enquête indiquaient que la pauvreté touchait 55 % des ménages et 68 % de la population[19].

Les résultats de l'enquête de *Qanuippitaa?* ont révélé qu'en 2004, 25 % de la population avait manqué de nourriture durant le mois précédant l'enquête. Les facteurs attribuables à ce risque s'expliquent en partie par les faibles revenus, la qualité de la nourriture importée ainsi que l'accès incertain aux aliments causés par les retards de livraison, les modifications environnementales et les modifications des trajectoires migratoires des animaux[47].

Une étude réalisée par Gina Muckle au Nunavik (Université Laval, 2011 – données non publiées) révèle pour sa part que 3 familles sur 10 n'avaient pas eu assez de nourriture ou d'argent pour acheter de la nourriture au cours du mois précédent. Les enfants provenant de ces familles avaient un fonctionnement intellectuel plus faible et manifestaient davantage un comportement de non-observation des règles selon leur enseignant. La précarité économique liée au chômage et à un faible niveau d'éducation ainsi que la consommation de drogues semblent être des facteurs qui contribuent à limiter l'accès à la nourriture.

- En 2003, l'Enquête sur les collectivités canadiennes, Cycle 2.1, en Eeyou Istchee, détaillait les différentes situations d'insécurité alimentaire. Au total, 27 % de la population avait vécu une situation d'insécurité alimentaire, contre 15 % au Québec, 24 % des adultes craignaient de ne pas avoir assez d'argent pour l'achat de nourriture et 23 % devaient restreindre leurs apports alimentaires pour cette raison[84]. Selon le recensement de 2001, le revenu moyen de la région était de 20 814 \$, ce qui correspond à environ 30 % (27 125 \$) de moins que la moyenne du Québec[107].

En ce qui concerne les déterminants de l'insécurité alimentaire, la prévalence ne varie pas selon l'âge, la communauté de résidence ou le genre. Elle est cependant influencée par le niveau de scolarité, la taille du ménage et l'état matrimonial. Il est également important d'ajouter que la problématique de la diminution de la consommation d'aliments traditionnels est étroitement liée aux problèmes d'insécurité alimentaire[91].

- Les données recueillies lors de la dernière phase de *L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec (ERS-2008)* nous révèlent que près de 25 % des Premières Nations du Québec sont confrontées de façon modérée ou importante au problème de l'insécurité alimentaire. De plus, ce problème, bien que présent dans tous les groupes d'âge, semble plus préoccupant parmi les jeunes adultes âgés de 18 à 34 ans. Si l'insécurité alimentaire s'accroît dans les régions plus isolées, ce sont les ménages avec enfants qui souffrent le plus de cette situation. Ainsi près de 50 % de ces familles sont confrontés quotidiennement à l'insécurité alimentaire dont 39 % de façon aiguë[31].

Les difficultés financières sont également une source de tracas pour une partie des personnes autochtones qui quittent leur communauté pour s'établir en milieu urbain[98]. Pour certains, la difficulté de subvenir à leurs besoins de base s'estompe quelque temps après leur arrivée en ville alors que pour d'autres, elle perdure[98]. Dans un rapport d'étude portant sur l'évaluation des besoins de services psychosociaux des Autochtones fréquentant les centres d'amitié autochtones du Québec, 39 % des répondants (sur un total de 340 participants) disent s'être présentés à l'un des centres d'amitié pour accéder à un service d'aide alimentaire au moment du questionnaire (le pourcentage a diminué légèrement à 37 % au cours de la dernière année).

En réponse à ces phénomènes, des réseaux de partage alimentaire donnant accès à des aliments du territoire existent dans certaines communautés, mais ils ne suffisent pas à assurer à tous une alimentation adéquate et suffisante[41, 113]. En général, il s'agit d'initiatives ponctuelles. En milieu urbain, les centres d'amitié autochtones offrent des services de soupe populaire ou de banque alimentaire aux personnes autochtones vivant en situation de vulnérabilité[98].

Dans le but d'aider économiquement les communautés nordiques isolées à accéder à une alimentation de qualité, Santé Canada a mis sur pied le programme Nutrition Nord Canada.

Nutrition Nord Canada

Lancé le 1^{er} avril 2011 en remplacement du programme Aliments-poste, Nutrition Nord Canada est un programme de contribution visant à améliorer l'accès à des aliments sains dans les collectivités isolées du Nord en réduisant le coût des aliments nutritifs périssables. Pour être admissible au programme, une collectivité ne doit pas avoir accès à du transport terrestre à l'année et doit avoir eu recours à l'ancien programme Aliments-poste. Au Québec, seules les 14 communautés inuites du Nunavik, une communauté crie et quelques villages de la Basse-Côte-Nord, dont les communautés de Pakuashipi et d'Unamen Shipu bénéficient de Nutrition Nord Canada. Exceptionnellement, à la suite de vives critiques de la part des communautés autochtones concernées, la liste des articles admissibles à la subvention a été allongée du 1^{er} avril 2011 au 30 septembre 2012 pour inclure tous les aliments et plusieurs articles non alimentaires autrefois admissibles dans le cadre d'Aliments-poste[85].

Principaux constats

- Les changements rapides vécus par les peuples autochtones ont profondément modifié l'organisation sociale de leurs sociétés. La transition d'une alimentation et d'un mode de vie basés sur la pratique d'activités cynégétiques, de la cueillette ou de l'agriculture vers une alimentation mixte ou exclusivement basée sur les aliments vendus en commerce a eu des conséquences importantes sur l'état de santé de ces populations.
- La colonisation, les traumatismes historiques, l'emplacement géographique des communautés, les facteurs sociodémographiques, les barrières politiques et légales pour accéder aux territoires, le déclin de certaines espèces, les impacts des projets de développement environnementaux ou les changements climatiques sont généralement évoqués pour expliquer la diminution ou l'abandon de la consommation d'aliments traditionnels par de nombreuses personnes autochtones.
- L'alimentation traditionnelle et les activités qui l'entourent continuent néanmoins d'être chargées d'une valeur symbolique et identitaire importante.
- Les risques associés à certaines formes de contamination des aliments issus principalement de la pêche ou de la chasse de mammifères marins et terrestres sont bien documentés. La situation demeure d'ailleurs préoccupante au Nunavik. Toutefois, plusieurs s'entendent pour dire que les bénéfices nutritionnels de la consommation de ces aliments l'emportent généralement sur les risques.
- L'offre, le coût et la qualité des aliments vendus dans les commerces varient selon l'isolement géographique. Indépendamment des aliments consommés, ces aliments peuvent avoir une faible valeur nutritive. Les jeunes autochtones sont généralement de grands consommateurs d'aliments transformés vendus dans les commerces ou les restaurants.
- La qualité et la diversité des fruits et des légumes décroissent avec l'isolement géographique.
- Les personnes habitant des communautés éloignées et isolées doivent s'approvisionner presque exclusivement dans les commerces alimentaires disponibles sur leur territoire. À l'inverse, les personnes établies dans les communautés près de villes plus importantes ont accès à une plus grande diversité et à une qualité d'aliments qui sont parfois vendus à meilleur prix.

- Le coût élevé des aliments vendus dans les commerces et les coûts importants associés à la pratique des activités cynégétiques s'ajoutent aux conditions de pauvreté dans lesquelles vivent de nombreuses communautés autochtones au Québec. Cette situation provoque l'insécurité alimentaire et tous les problèmes qui lui sont associés.

3.3.5 INITIATIVES

Nous présentons ici un aperçu de quelques initiatives provinciales, régionales et locales soutenues dans les communautés autochtones au Québec pour améliorer l'alimentation et les comportements alimentaires de la population. Le lecteur est invité à consulter les tableaux présentés à l'Annexe 3 pour avoir un aperçu succinct et non exhaustif de ces initiatives.

Des initiatives québécoises visant à promouvoir une bonne alimentation et un mode de vie actif ou, dans les milieux vulnérables, dédiées à combler les besoins alimentaires de base sont accessibles aux communautés autochtones qui en font la demande. Pour en nommer quelques-unes, on peut penser à Québec en forme, le Club des petits déjeuners, Déjeuner pour apprendre, la Fondation OLO, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones et le Programme national en nutrition prénatale.

Lors de la mise à jour du Guide alimentaire canadien en 2007, Santé Canada a développé un guide adapté à l'alimentation des Premières Nations, des Inuits et des Métis (voir Annexe 3). Des guides similaires développés par différentes nations au Québec, dont les nations innues et atikamekw, existent également[27]. De plus, le Nunavik a lancé cette année son nouveau Guide alimentaire remplaçant son guide de 2005 et prenant en compte les nouvelles recommandations du guide canadien. En plus d'avoir été acheminés à chaque ménage, des exemplaires du guide ont été envoyés aux organisations régionales telles que les CLSC, les écoles, les CPE et les magasins d'alimentation. Plusieurs outils faisant la promotion du nouveau guide ont aussi été développés, comme une capsule d'information publiée en ligne dans le *Nunatsiaq News* et des publicités.

Sans dresser une liste exhaustive de la multitude de projets se rapportant à l'alimentation et émanant des communautés et des organisations des Premières Nations et des Inuits, nous pouvons néanmoins mentionner la présence, dans de nombreuses communautés, de cuisines collectives, de banques alimentaires, de services alimentaires à domicile pour les aînés, de repas communautaires ainsi que la présentation de conférences, d'ateliers de formation ou de capsules radiophoniques sur l'alimentation et l'activité physique[30]. De plus, préoccupées par la santé des aînés et désireuses de leur faciliter l'accès à des aliments du territoire, certaines communautés des Premières Nations offrent des activités qui leur sont spécialement destinées, comme la marche dans les bois, la cueillette de petits fruits, des sorties de chasse et de pêche[29]. En outre, les événements sociaux, les célébrations saisonnières et les événements culturels sont également l'occasion d'accéder à des aliments issus du territoire[89]. Par exemple, dans la région d'Eeyou Istchee les événements spéciaux tels que les mariages, le *Walking out* et les banquets organisés par les conseils de bande sont très fréquents. Ces événements sont l'occasion pour la population de partager un festin avec un très grand nombre d'amis et de membres de la famille.

Pour les personnes autochtones qui résident en milieu urbain, l'accès à de la viande sauvagine ou de gibier, à du poisson et autres produits marins, est limité aux envois postaux faits par des membres de la famille vivant en communauté ou encore, à certaines occasions, lors d'activités offertes par les centres d'amitié autochtones.

4 Conclusion

Malgré certaines améliorations notables, l'état de santé des populations autochtones au Québec demeure inquiétant, voire parfois alarmant. Le fardeau de l'augmentation des maladies chroniques dans ces populations n'est pas étranger à la transformation de l'alimentation et de la modification des habitudes de vie. Les aliments consommés par les Premières Nations et les Inuits proviennent de plus en plus des commerces alimentaires et s'avèrent bien souvent de faible valeur nutritive.

Pourtant, il est clairement admis que les aliments provenant des produits de la chasse, de la trappe, de la pêche et de la cueillette sont sains et riches en nutriments variés et essentiels. De même, leurs bienfaits sur la santé holistique des individus et des communautés ne sont plus à démontrer. Diverses initiatives implantées dans les communautés inuites et des Premières Nations visent d'ailleurs à les promouvoir et à les réintégrer dans les habitudes alimentaires de leur population. La poursuite de ces initiatives et l'émergence de nouvelles actions sont essentielles à la réappropriation d'une alimentation saine et variée par les populations autochtones.

Parallèlement, l'accès à une alimentation saine, variée, de qualité et à coût abordable dans les communautés autochtones est déjà encouragé, mais des efforts soutenus doivent se poursuivre pour permettre à tous, peu importe leur lieu de résidence, de pouvoir consommer des aliments de qualité.

Pour différentes raisons, les jeunes semblent particulièrement attirés par les aliments transformés et les boissons sucrées vendus dans les commerces alimentaires. Afin d'enseigner très tôt l'importance d'une saine alimentation, un effort de promotion des saines habitudes de vie devrait particulièrement viser la petite enfance avec l'objectif de rejoindre l'environnement familial et communautaire. Plus encore, cette action permettrait aux aînés de transmettre aux générations suivantes des pans de leur culture, de leurs savoirs et savoir-faire et conséquemment, de veiller à renforcer leur identité.

Cela étant dit, de nombreuses familles et communautés autochtones au Québec sont encore aujourd'hui confrontées à la pauvreté et à ses effets délétères. Plusieurs vivent même de l'insécurité alimentaire. Dans pareils contextes, la promotion d'une saine alimentation sera vaine tant que des actions concrètes ne seront pas entreprises pour réduire significativement ces iniquités.

Références

1. Abraham, C. (2011). How the diabetes-linked 'thrifty gene' triumphed with prejudice over proof, *The Globe and Mail*. Repéré à <http://www.theglobeandmail.com/news/national/how-the-diabetes-linked-thrifty-gene-triumphed-with-prejudice-over-proof/article569423/?page=all>.
2. Adelson, N. (2000). *"Being Alive Well" Health and the Politics of Cree Well-Being*. Toronto: University of Toronto Press.
3. Adelson, N. (2005). The Embodiment of Inequity Health Disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(Supp 2): S45-S61.
4. Affaires autochtones et développement du Nord Canada. (1996). *Commission royale sur les peuples autochtones. À l'aube d'un rapprochement : Points saillants du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*. Repéré à <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014597>.
5. Affaires autochtones et développement du Nord Canada. (2011). Le Registre des Indiens. Repéré à <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100032475>.
6. Arbour, L., Christensen, B. *et al.* (2002). Spina bifida, folate metabolism, and dietary folate intake in a Northern Canadian aboriginal population. *International Journal of Circumpolar Health*, 61(4): 341-351.
7. Auger, N. & Légaré, G. (2008). *Canadian Community Health Survey, Cycle 2.1. Iiyiyiu Aschii, 2003. Preventive practices and changes for improving health*, Montreal: Cree Board of Health and Social Services of James Bay & Institut national de santé publique du Québec.
8. Ballew, C., Tzikowski, A. R. *et al.* (2006). The Contribution of Subsistence Foods to the Total Diet of Alaska Natives in 13 Rural Communities. *Ecology of Food and Nutrition*, 45(1): 1-26.
9. Bernard, L., Lavallee, C. *et al.* (1995). Overweight in Cree schoolchildren and adolescents associated with diet, low physical activity, and high television viewing. *Journal of the American Dietetic Association*, 95(7): 800-802.
10. Berti, P. R., Receveur, O. *et al.* (1998). Dietary exposure to chemical contaminants from traditional food among adult Dene/Metis in the western Northwest Territories, Canada. *Environmental Research*, 76(2): 131-142.
11. Blais, C. et Rochette, L. (2011). Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité. *Surveillance des maladies chroniques, Numéro 3*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
12. Blanchet, C. (2008). *Qanuippitaa? How are we? Nunavik Inuit Health Survey 2004. Nutrition and Food Consumption among the Inuit of Nunavik*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
13. Blanchet, C., Plante, C. et Rochette, L. (2009). *La consommation alimentaire et les apports nutritionnels des adultes québécois*. Montréal : Institut national de santé publique du Québec.
14. Bobbish-Rondeau, E., Boston, P. *et al.* (1996). *The Cree experience of diabetes: A qualitative study of the impact of diabetes among the James Bay Cree*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Service of James Bay.

15. Bonnier-Viger, Y., Château-Degat, M. L. et al. (2011). *Nituuchischaayihitaa Aschii : Multi-Community Environment-and-Health Longitudinal Study in Eeyou Istchee: Eastmain and Wemindji. Technical report: summary of 2007 activities, results and recommendations*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
16. Bonnier-Viger, Y., Dewailly, É. et al. (2007). *Nituuchischaayihitaa Aschii: Multi-Community Environment-and-Health Longitudinal Study in Iiyiyiu Aschii: Mistissini. Technical report: summary of activities, results and recommendations*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
17. Bouchard, S. (2004). *Récits de Mathieu Mestokosho chasseur innu*. Montréal : Boréal.
18. Boucher de Grosbois, S. (2009). *Les bienfaits et les avantages des aliments traditionnels à l'heure des contaminants : maximiser les bénéfiques et minimiser les risques*. Présentation faite dans le cadre du Forum sur les aliments traditionnels et la sécurité alimentaire, 22-24 septembre 2009.
19. Chabot, M. (2004). *Socio-economic Status and Food Security of Low-Income Households in Kujjuaq: Kaagnituuruma! As long as I am not hungry*. Kuujuuaq: Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
20. Chan, H. M., Kim, C. et al. (1995). Assessment of dietary exposure to trace metals in Baffin Inuit food. *Environmental Health Perspectives*, 103(7-8): 740-746.
21. Chan, H. M., Trifonopoulos, M. et al. (1999). Consumption of freshwater fish in Kahnawake: risks and benefits. *Environmental Research*, 80(2 Pt 2): S213-S222.
22. Château-Degat, M. L., Pereg, D. et al. (2009). Diabetes and Related Metabolic Conditions in an Aboriginal Cree Community of Quebec, Canada. *Canadian Journal of Diabetes*, 33(3): 156-162.
23. Che, J. & Chen, J. (2001). Food security in Canadian households. *Health Statistics Division, Statistics Canada*, 12: 11-22.
24. Cloutier, É. (2011). Un regard autochtone urbain tourné vers l'avenir. *Développement social*, 11(3) : 6-8.
25. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2006). *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec 2002-2003*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.
26. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2007). *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.
27. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2009). *En route vers la santé! Programme d'éducation en nutrition pour les écoles primaires des communautés des Premières Nations du Québec*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.
28. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2009). *Forum sur les aliments traditionnels et la sécurité alimentaire, 22-24 septembre 2009. Sommaire du Forum*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.

29. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2010). *Rapport sur la condition de vie des aînés des Premières Nations du Québec. Rapport final*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.
30. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2011). *Portrait du diabète dans les communautés des Premières Nations du Québec*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.
31. Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. (2012). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations du Québec – 2008. Chapitre 7. Alimentation et activité physique*. Wendake, Québec : CSSSPNQL.
32. Compher, C. (2006). The nutrition transition in American Indians. *Journal of Transcultural Nursing*, 17: 217-223.
33. Counil, E., Dewailly, E. et al. (2008). Trans-polar fat: all Inuit are not equal. *The British Journal of Nutrition*, 1: 1-4.
34. Cree Board of Health and Social Services of James Bay. (2006). *Nituuchischaayihitaa Aschii: Multi-Community Environment-and-Health Longitudinal Study in Iiyiyiu Aschii. Interim Report: Summary of Activities and Preliminary Results*. Mistissini: Public Health Department, CBHSSJB.
35. Cree Board of Health and Social Services of James Bay. (2010). *Highlight Series: Based on findings from the Aboriginal Children's Survey for the Cree Nation of Iiyiyiu Aschii*. Mistissini: CBHSSJB.
36. Cree Board of Health and Social Services of James Bay. (2012). *Population*. Internal CBHSSJB report.
37. CRI-VIFF. (2011). La violence dans la vie des filles et des jeunes femmes autochtones au Canada : Dans une optique intersectionnelle. *Fiche synthèse - Connaissances*, 5.
38. Delormier, T., Kuhnlein, H. et al. (1992). *Traditional food of the James Bay Cree of Quebec. Observations Report*. Sainte-Anne-de-Bellevue: McGill University (School of Dietetics and Human Nutrition).
39. Department of Economic and Social Affairs of the United Nations Secretariat. (2009). *State of the World's Indigenous Peoples*. New York: United Nations Publications.
40. Dewailly, É., Ayotte, P. et al. (2007). *Qanuippitaa? How are we? Nunavik Inuit Health Survey 2004. Exposures to environmental contaminants in Nunavik: Metals*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
41. Dewailly, E. & Blanchet, C. (2001). *Socio-demographic factors influencing nutrition and contaminant exposure in Nunavik*. Report and Synopsis of Research Conducted under the 2000-2001 Northern Contaminants Program.
42. Dewailly, E., Blanchet, C. et al. (2003). Fish Consumption and Blood Lipids in Three Ethnic Groups of Québec (Canada). *Lipids*, 38(4): 359-365.
43. Dewailly, É., Chateau-Degat, M. L. et al. (2007). *Qanuippitaa? How are we? Nunavik Inuit Health Survey 2004. Status of Cardiovascular Disease and Diabetes in Nunavik*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Services.

44. Dewailly, E., Dallaire, R. *et al.* (2007). *Qanuipittaa? How are we? Nunavik Inuit Health Survey 2004. Exposure to environmental contaminants in Nunavik: persistent organic pollutants and new contaminants of concern*. Montréal: Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
45. Downs, S., Arnold, A. *et al.* (2009). Associations among the food environment, diet quality and weight status in Cree children in Québec. *Public Health Nutrition*, 12(9): 1504-1511.
46. Downs, S. M., Marshall, D. *et al.* (2008). Central adiposity and associated lifestyle factors in Cree children, *Applied Physiology, Nutrition and Metabolism*, 33(3): 476-482.
47. Duhaime, G. (2002). Sustainable food security in the Arctic: state of knowledge, in Duhaime, G., Edmonton, University of Alberta: CCI Press & GETIC, 15-45.
48. Duhaime, G. & Caron, A. (2012). *Indices comparatifs des prix du Nunavik 2011*. Chaire de recherche du Canada sur la condition autochtone comparée. Québec : Université Laval.
49. Duhaime, G., Chabot, M. *et al.* (2004). The impact of dietary changes among the Inuit of Nunavik (Canada): a socioeconomic assessment of possible public health recommendations dealing with food contamination. *Risk Analysis*, 24(4): 1007-1018.
50. Earle, L. (2011). *Les régimes alimentaires et la santé traditionnels des Autochtones*. Prince George, Colombie-Britannique : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.
51. First Nations Information Governance Centre. (2012). *First Nations Regional Health Survey (RHS) Phase 2 (2008/10). Key Findings from the National Report*. Ottawa: FNIGC.
52. Furgal, C. & Rochette, L. (2007). *Qanuipittaa? How are we? Nunavik Inuit Health Survey 2004. Perception of contaminants, participation in hunting and fishing activities and potential impacts of climate change*, Montréal: Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
53. Gracey, M. & King, M. (2009). Indigenous health part 1: determinants and disease patterns. *The Lancet*, 374: 65-75.
54. Hoffer, J., Ruedy, J. *et al.* (1981). Nutritional status of Quebec Indians. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 34(12): 2784-2789.
55. Hydro-Québec. (2007). *Complexe de la Romaine : Exposition au mercure et perception du risque par le mercure des populations de Havre-Saint-Pierre et de Longue-Pointe-de-Mingan. Rapport sectoriel*.
56. Hydro-Québec. (2011). *Centrales de l'Eastmain-1-A et de la Sarcelle et dérivation Rupert : Bilan des enquêtes de perception de 2005, 2008 et 2010*.
57. Institut de la statistique du Québec. (2010). *Bulletin statistique régional – Édition 2010*. Nord-du-Québec. Québec : Gouvernement du Québec.
58. Institut national de santé publique du Québec, Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec en collaboration avec l'Institut de la statistique du Québec. (2006). *Portrait de santé du Québec et de ses régions 2006 : les analyses – Deuxième rapport national sur l'état de santé de la population du Québec*. Québec : Gouvernement du Québec.
59. Kraemer, L. D., Berner, J. *et al.* (2005). The potential impact of climate on human exposure to contaminants in the Arctic. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(5): 498-509.

60. Kuhnlein, H. V. & Chan, H. M. (2000). Environment and contaminants in traditional food systems of northern indigenous peoples. *Annual Review of Nutrition*, 20: 595-626.
61. Kuhnlein, H. V. & Receveur, O. (2007). Local cultural animal food contributes high levels of nutrients for Arctic Canadian Indigenous adults and children. *Journal of Nutrition*, 137(4): 1110-1114.
62. Kuhnlein, H. V., Receveur, O. et al. (2004). Arctic indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *Journal of Nutrition*, 134(6): 1447-1453.
63. Kuhnlein, H. V., Receveur, O. et al. (2008). Unique patterns of dietary adequacy in three cultures of Canadian Arctic indigenous peoples. *Public Health Nutrition*, 11(4): 349-360.
64. Kuhnlein, H. V., Soueida, R. et al. (1996). Dietary nutrient profiles of Canadian Baffin Island Inuit differ by food source, season, and age. *Journal of the American Dietetic Association*, 96(2): 155-162.
65. Kuzmina, E. (2012). *Diabetes in Eeyou Istchee – 2012*. Mistissini: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
66. Kuzmina, E. & Dannebaum, D. (2005). *Diabetes in Eeyou Istchee: Annual update*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
67. Kuzmina, E., Lejeune, P. et al. (2011). *Cree Diabetes Information System (CDIS): 2009 Annual Report*, Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
68. Laberge Gaudin, V. (2012). *Facteurs associés à l'alimentation traditionnelle au sein de trois communautés crie du Nord du Québec*. Montréal : Université de Montréal.
69. Légaré, G. et Dannenbaum, D. (2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1. Iiyiyiu Aschii, 2003. État de santé, espérance de vie et limitation des activités*. Montréal : Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et Institut national de santé publique du Québec.
70. Lepage, P. (2009). *Mythes et réalités sur les peuples autochtones, 2^e édition*. Montréal : Commission des droits de la personne et des droits de la jeunesse.
71. Lévesque, C. (2003). La présence des Autochtones dans les villes du Québec : mouvements pluriels, enjeux diversifiés. in D.Newhouse et E.Peters, *Des gens d'ici, Les autochtones en milieu urbain, Projet de recherche sur les politiques*. Ottawa : Gouvernement du Canada.
72. Lévesque, C. (2011). Personnes autochtones en situation d'itinérance : quelques pistes de réflexion. *Développement social*, 11(3) : 6-8.
73. Loutit, S. (2005). *Diabetes and Glimpses of a 21st century Eeyou (Cree) Culture: Local Perspectives on Diet, Body Weight, Physical Activity and "Being" Eeyou among an Eeyou youth population of the Eeyou (Cree) nation of Wemindji, Quebec*. Ottawa: Carleton University.
74. Makivik Corporation. (1999). *Nunavik at a glance*. Kuujuaq.
75. Mann, J. (2000). Stemming the tide of diabetes mellitus. *Lancet*, 356(9240): 1454-1455.
76. McIntyre, L. (2003). Food security: more than a determinant of health. *Policy Options*, March: 46-51.

77. Ministère de la santé et des services sociaux. (2007). *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits)*. Québec : MSSS.
78. Morel, P. & Cooke, N. (2012). Circuit thématique en vedette. Du pemmican à la poutine : la culture alimentaire au Canada. Repéré à http://www.mccord-museum.qc.ca/fr/clefs/circuits/tourID/CW_Alimentation_FR.
79. Mozaffarian, D. & Rimm, E. B. (2006). Fish intake, contaminants, and human health: evaluating the risks and the benefits. *JAMA*, 296(15): 1885-1899.
80. Nakano, T., Fediuk, K. *et al.* (2005). Dietary nutrients and anthropometry of Dene/Metis and Yukon children. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(2): 147-156.
81. Nakano, T., Fediuk, K. *et al.* (2005). Food use of Dene/Metis and Yukon children. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(2): 137-146.
82. National Institute of Nutrition. (2002). Iron for health – for all ages. *NIN Review*, 31: 1-16.
83. Ng, C., Marshall, D. *et al.* (2006). Obesity, adiposity, physical fitness and activity levels in Cree children, *International Journal of Circumpolar Health*, 65(4): 322-330.
84. Nolin, B., Blanchet, C. *et al.* (2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, Cycle 2.1. Iiyiyiu Aschii, 2003. Habitudes alimentaires, activité physique et poids corporel*, Montréal : Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et Institut national de santé publique du Québec.
85. Nutrition Nord Canada. (2012). À propos du programme. Repéré à <http://www.nutritionnorthcanada.ca/abt/index-fra.asp>.
86. Oliver, G. & Wardle, J. (1999). Perceived effects of stress on food choice. *Physiology & Behavior*, 66(3): 511-515.
87. Oliver, L. N., Peters, P. A. *et al.* (2012). *Taux de mortalité chez les enfants et les adolescents vivant dans l'Inuit Nunangat, 1994 à 2008*. Repéré à <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2012003/article/11695-fra.htm>.
88. Pacey, A., Weiler, H. *et al.* (2011). Low prevalence of iron-deficiency anaemia among Inuit preschool children: Nunavut Inuit Child Health Survey, 2007–2008. *Public Health Nutrition*, 14(8): 1415-1423.
89. Pigford, A. A., Willows, N. D. *et al.* (2012). Using First Nations Children's Perceptions of Food and Activity to Inform an Obesity Prevention Strategy. *Qualitative Health Research*, 22(7): 986-996.
90. Plante, C., Blanchet, C. *et al.* (2007). *Qanuippitaa? How are we? Nunavik Inuit Health Survey 2004. Iron Deficiency and Anemia among Women in Nunavik*, Montréal: Institut national de santé publique du Québec & Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
91. Power, E. M. (2008). Conceptualizing food security for aboriginal people in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 99(2): 95-97.
92. Publications Québec. (2012). *Convention de la Baie James et du Nord québécois et conventions complémentaires*. Repéré à <http://www3.publicationsduquebec.gouv.qc.ca/produits/conventions/lois/loi.fr.html>.

93. Reading, C. L. & Wien, F. (2009). *Health Inequalities and Social Determinants of Aboriginal Peoples' Health*. Prince George, British Columbia: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
94. Receveur, O. (2008). Consumption of Key Food Items Is Associated with Excess Weight among Elementary-School-Aged Children in a Canadian First Nations Community. *Journal of the American Dietetic Association*, 108(2): 362-366.
95. Receveur, O., Boulay, M. et al. (1997). Decreasing traditional food use affects diet quality for adult Dene/Metis in 16 communities of the Canadian Northwest Territories. *Journal of Nutrition*, 127(11): 2179-2186.
96. Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. (2011). *Étude sur le développement des enfants au Nunavik 2011*. Repéré à http://www.rssss17.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=191&Itemid=139&lang=fr.
97. Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec. (2011). *Portrait de santé du Nunavik 2011 : Conditions démographiques et socioéconomiques*, Kuujuaq, Québec : RRSSSN.
98. Regroupement des Centres d'amitié autochtones du Québec. (2009). *Évaluation des besoins en matière de services psychosociaux du Mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec*. Wendake, Québec : RCAAQ.
99. Rosol, R., Leggee, D. et al. (2005). *Fatty Acid Composition of Fish and Commonly Consumed Food in a Cree Community in Northern Quebec*. Saint-Anne de Bellevue: Center for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment (CINE), School of Dietetics and Human Nutrition, McGill University.
100. Roy, B. (2002). *Sang sucré, pouvoirs codés, médecine amère : diabète et processus de construction identitaire : les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Nunavik Regional Board of Health and Social Services.
101. Samson, C. & Pretty, J. (2006). Environmental and health benefits of hunting lifestyles and diets for the Innu of Labrador. *Food Policy*, 31: 528-553.
102. Schoen, D., & Robinson, E. J. (2005). *Mercury studies among the Cree of Eeyou Istchee*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
103. Secrétariat aux affaires autochtones. (2009). Profil des nations - Cris. Repéré à http://www.autochtones.gouv.qc.ca/relations_autochtones/profils_nations/cris.htm.
104. Secrétariat aux affaires autochtones. (2011). *Amérindiens et Inuits. Portrait des nations autochtones du Québec. 2^e édition*. Québec : Gouvernement du Québec.
105. Secrétariat aux affaires autochtones. (2012). *Statistiques des populations autochtones du Québec 2011*. Repéré à <http://www.saa.gouv.qc.ca/nations/population.htm>.
106. Statistics Canada. (2008). Life expectancy in the Inuit-inhabited areas of Canada, 1989 to 2003. *Health Reports*, 19(1): 7-19.

107. Torrie, J., Bobet, E. *et al.* (2005). *The Evolution of Health Status and Health Determinants in the Cree Region (Eeyou Istchee): Eastmain-1-A Powerhouse and Rupert Diversion, Sectoral Report. Volume 1, Context and Findings*. Chisasibi: Cree Board of Health and Social Services of James Bay.
108. United Nations Human Rights, Office of the High Commissioner for Human Rights. (2012). *Olivier De Schutter, Special Rapporteur on the right to food: Visit to Canada from 6 to 16 May 2012 - End-of-mission statement*.
109. Van Oostdam, J., Donaldson, S. G. *et al.* (2003). *Canadian Arctic Contaminants Assessment Report II - Human Health. Northern Contaminant Program*. Ottawa: AADNC.
110. Van Oostdam, J., Donaldson, S. G. *et al.* (2005). Human health implications of environmental contaminants in Arctic Canada: A review. *The Science of the Total Environment*, 1(351-352): 165-246.
111. Wardle, J., Steptoe, A. *et al.* (2000). Stress, dietary restraint and food intake. *Journal of Psychosomatic Research*, 48(2): 195-202.
112. Willett, W. C. (2005). Fish: balancing health risks and benefits. *American Journal of Preventive Medicine*, 29(4): 320-321.
113. Willows, N. D. (2005). Les déterminants de la saine alimentation chez les peuples autochtones du Canada : état des connaissances et lacunes au niveau de la recherche. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de santé publique*, 96(Supp 3) : S36-S40.
114. Willows, N. D., Dannebaum, D. *et al.* (2012). Prevalence of anemia among Quebec Cree infants from 2002 to 2007 compared with 1995 to 2000. *Canadian Family Physician*, 58: e101-e106.
115. Willows, N. D., Dewailly, É. *et al.* (2000). Anemia and iron status in Inuit infants from northern Quebec. *Canadian Journal of Public Health/Revue Canadienne de santé publique*, 91(6): 407-410.
116. Willows, N. D., Hanley, A. J. G. *et al.* (2012). A socioecological framework to understand weight-related issues in Aboriginal children in Canada. *Applied Physiology, Nutrition, and Metabolism*, 37: 1-13.
117. Willows, N. D., Iserhoff, R. *et al.* (2005). Anxiety about food supply in Cree women with infants in Quebec. *International Journal of Circumpolar Health*, 64(1): 55-64.
118. Willows, N. D., Johnson, M. S. *et al.* (2007). Prevalence estimates of overweight and obesity in Cree preschool children in northern Quebec according to international and US reference criteria. *American Journal of Public Health*, 97(2): 311-316.
119. Willows, N. D., Marshall, D. *et al.* (2009). Diabetes awareness and body size perceptions of Cree schoolchildren. *Health Education Research*, 24(6): 1051-1058.
120. World Health Organization & London School of Hygiene and Tropical Medicine. (2010). *Preventing intimate partner and sexual violence against women: Taking action and generating evidence*. Geneva: World Health Organization.

Annexe 1

Carte des communautés autochtones au Québec

Carte des communautés autochtones au Québec



Source : Secrétariat aux affaires autochtones.

Annexe 2

Loi sur les Indiens, CBJNQ et CNEQ

Loi sur les Indiens, CBJNQ et CNEQ

Loi sur les Indiens

Comme ailleurs au Canada, les membres des Premières Nations au Québec sont assujettis à la Loi sur les Indiens. Adoptée en 1876 par la Couronne Britannique avec comme objectif l'assimilation des Premières Nations à la civilisation eurocanadienne, cette loi définit les obligations du gouvernement fédéral à l'égard des Premières Nations de plein droit (Indiens inscrits). Ce cadre législatif légitime les actions du gouvernement sur la gestion des dossiers liés aux Premières Nations, dont la gouvernance, la fiscalité, le territoire et les ressources, l'appartenance, la culture, etc. Pour être reconnu au sens de cette loi, les individus doivent répondre à certains critères et être inscrits au Registre des Indiens tenu par les Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Ainsi, au Québec comme au Canada, il existe une différence entre les individus inscrits au registre qui ont des droits et des restrictions qui diffèrent de ceux qui ne sont pas inscrits et, évidemment, de la population générale, comme des mesures d'aide au logement dans les réserves, certaines exemptions de taxes, des services d'éducation ou de santé, etc.[5, 70]. En ayant un statut d'inscrit, un individu est rattaché à une bande et peut habiter le territoire mis à la disposition de celle-ci, c'est-à-dire la réserve. Toutefois, pour diverses raisons, des personnes inscrites peuvent habiter à l'extérieur de la réserve. C'est le cas, par exemple, des personnes qui habitent une région urbaine. L'organisation politique et administrative des communautés des Premières Nations repose sur le Conseil de bande, lequel régit les services qui sont normalement assurés par les gouvernements provinciaux et municipaux ailleurs au Canada, notamment les soins de santé, les services sociaux, l'éducation, la protection contre les incendies et la sécurité publique.

Contrairement aux Premières Nations, les Inuits ne sont pas assujettis à la Loi sur les Indiens.

Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ) et Convention du Nord-Est québécois (CNEQ)

Au Québec, les nations crie, inuite et naskapie se différencient des autres nations autochtones en étant les signataires de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois et de la Convention du Nord-Est québécois. Signées respectivement en 1975 et en 1978, ces ententes représentent les premiers règlements modernes de revendications territoriales conclus au Québec et constituent un cadre qui définit les droits et les responsabilités des nations signataires sur les ressources et les territoires.

En établissant un nouveau régime de gouvernance, ces ententes ont transféré aux trois nations la responsabilité des institutions locales et régionales de leur territoire dans les domaines de la santé, du logement, de l'éducation, de la justice, de la sécurité publique et de la chasse, la pêche et le piégeage[92]. Ces deux ententes ont également donné aux Cris et aux Naskapis l'accès à des services publics provinciaux en plus des services fédéraux. Les Inuits, pour leur part, sont rattachés essentiellement aux institutions québécoises, mais ils profitent quand même de subventions du gouvernement fédéral[104].

Ainsi, du point de vue de la santé, les Cris, les Naskapis et les Inuits ont accès à l'ensemble des services et des programmes de la santé, de la santé publique et des services sociaux du réseau québécois. Le gouvernement du Québec est aussi responsable du financement des services de santé qui ne sont pas assurés par Santé Canada[77]. Toutefois, il est à noter que tous les Autochtones de la province sont couverts par le Régime de l'assurance-maladie du Québec et tous ont accès aux services de 2^e et 3^e lignes. Dans les réserves, seuls les services médicaux sont assurés par le réseau de la santé et des services sociaux. Les Autochtones hors communautés ont quant à

eux accès à l'ensemble des services du réseau au même titre que la population québécoise. Santé Canada assure toutefois les services de santé non assurés[77].

Annexe 3

**Initiatives à portée locale, régionale ou provinciale
visant l'amélioration de l'alimentation et l'activité
physique et leur disponibilité dans les communautés
autochtones au Québec – Liste non exhaustive**

Initiatives à portée locale, régionale ou provinciale visant l'amélioration de l'alimentation et l'activité physique et leur disponibilité dans les communautés autochtones au Québec – Liste non exhaustive

Accès physique						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Nutrition Nord Canada	Alimentation	Santé Canada	Améliorer l'accès à des aliments sains et périssables dans les communautés nordiques	Une contribution est accordée aux détaillants, aux fournisseurs et aux transformateurs ou distributeurs d'aliments traditionnels qui en font la demande Un taux de contribution est attribué aux collectivités selon leur isolement géographique	Régions nordiques isolées	Nunavik, Whapmagoostui, Unamen Shipu et Pakuashipi
	Alimentation	Service du développement régional et local de l'Administration régionale Kativik (ARK), ministère de l'Agriculture, des Pêcheries et de l'Alimentation (MAPAQ) et ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS)	Promouvoir la production durable d'aliments variés, dont les aliments traditionnels et les fruits et les légumes produits dans la région ^a	Une serre, rénovée à l'été 2011, constitue un jardin communautaire Production de compost en collaboration avec les épicerie et services alimentaires du village	Tous	Nunavik

^a Administration régionale Kativik (ARK). *Bulletin bioalimentaire. Administration Régionale Kativik, Gouvernement du Québec*, Juin 2012.

Accès physique						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
				<p>Culture expérimentale de pommes de terre en serre dans l'objectif d'en faire la culture pour les résidents du Nord</p> <p>La construction d'une deuxième serre est envisagée en 2012-2013 pour combler la demande des habitants de Kuujjuaq^b</p> <p>Il est également envisagé de construire une serre dans le village de Salluit^c</p> <p>Développement et expansion de fumoirs de poissons, dont le fumoir Isirisivik de Kangiqsujuaq, est en cours dans la région^d</p>		

^b Avard, Ellen. *Final Report : Kuujjuaq Greenhouse Project Phase 1 – 2011*. Université Laval, February 1st, 2012.

^c Regional and Local Development Department, Kativik Regional Government. *Project Proposal: Salluit Fresh Vegetable and Fruit Preference Survey*, December 2011.

^d Administration régionale Kativik (ARK). *Bulletin bioalimentaire. Administration Régionale Kativik, Gouvernement du Québec*, juin 2012.

Qualité						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Promotion de la saine alimentation en épiceries	Alimentation	DRSP Nunavik	<p>Accroître la conscience et la connaissance sur la nutrition</p> <p>Accroître les compétences quant aux choix et à la préparation de la nourriture saine</p> <p>Améliorer l'environnement nutritionnel dans les épiceries</p> <p>Offrir de la formation aux travailleurs communautaires</p> <p>Développer des ressources d'éducation en nutrition</p>	<p>Activités de promotion de la saine alimentation en épicerie avec des nutritionnistes et des travailleurs locaux</p>	Adultes	Kangiqtujuaq et Puvirnituaq
	Cours de cuisine offerts par Rebecca Veevee	Alimentation	DRSP Nunavik	<p>Effectuer une semaine d'ateliers de cuisine dans la communauté</p>	<p>Ateliers à la maison de la famille Sungirtuivik et aux écoles Pitakallak et Jaanimmarik</p> <p>Techniques de base, exploration culinaire, aliments traditionnels et cuisine économique</p>	Adultes et enfants

Promotion des saines habitudes de vie						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Québec en forme ^e	Alimentation et activité physique	OBNL ^f Partenariat institutionnel : MSSS Fondation Chagnon	Promouvoir les saines habitudes de vie chez les jeunes Québécois	Mobiliser les communautés pour faciliter l'accès et le choix à une saine alimentation et assurer les conditions nécessaires à la pratique de l'activité physique Accroître la capacité d'agir des communautés en mettant en place des conditions sociales, économiques, physiques et culturelles favorables	De la naissance à 17 ans Milieux défavorisés (mais non exclusif)	Pakua Shipi, Ekuanitshit, Essipit, Natashquan, Uashat mak Maliotenam, Kawawachikamach, Manawan, Wemotaci, Obedjiwan, Kahnawake, CH Kateri, Chisasibi, Mistissini, Whapmagoostui, Wemindji, Inukjuak, Salluit, Kitigan Zibi, Mashteuiatsh
Kirano ^g	Alimentation et activité physique	CSSSPNQL	Favoriser l'adoption de saines habitudes de vie par l'alimentation et un mode de vie actif	Volet nutrition : les participants se réunissent une fois par semaine pour une séance d'enseignement en alimentation donnée par un expert en nutrition. Du temps en cuisine est également libéré pour permettre aux participants d'appliquer les	Adultes	Wendake

^e <http://www.quebecenforme.org/>.

^f Organisme à but non lucratif.

^g <http://www.cssspnql.com/fr/nouvelles/kirano.htm>.

Promotion des saines habitudes de vie						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Mise à jour du Guide alimentaire canadien, 2007				notions apprises Le programme est d'une durée de 8 semaines		
	Alimentation	Santé Canada	Promouvoir la saine alimentation	Présenter un modèle de saine alimentation basé sur les aliments issus du territoire et ceux disponibles dans les commerces Par exemple, les petits fruits, les plantes sauvages, le pain banique, le gibier, le poisson et les fèves y sont illustrés	Tous	Toutes
Projet Lory – Promotion des saines habitudes de vie pour les enfants en bas âge	Alimentation et activité physique	Collaboration entre l'ARK, DSP Nunavik et Fondation Lory	Promouvoir les saines habitudes de vie	Produire des DVD éducatifs Réaliser des ateliers de sensibilisation	Enfants de 0 à 7 ans	Nunavik
Mois du diabète et Journée mondiale du diabète	Alimentation et activité physique	DSP Nunavik	Promouvoir les saines habitudes de vie	Distribuer des bannières affichant le visuel des saines habitudes de vie Affichage dans les aéroports et capsules à la radio	Adultes	Nunavik

Promotion des saines habitudes de vie						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Healthy Environment and Active Lifestyle (HEAL)	Alimentation	Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ)	Supporter les initiatives locales	Chaque année, +/- 5 000 \$ sont offerts en subvention aux différentes initiatives de chaque communauté pour promouvoir l'activité physique et la saine alimentation	Tous	Eeyou Istchee
	Alimentation	CCSSSBJ Partenariats : Grand conseil des Cris, Gouvernement de la nation crie, Conseils de Bande	Mobilisation des communautés afin d'agir sur les taux alarmants de diabète Engager les communautés dans une démarche de responsabilisation pour offrir des environnements favorables aux saines habitudes de vie	Mobiliser les leaders des communautés pour agir globalement En 2010, une résolution fut adoptée à l'assemblée générale des Cris afin de soutenir le Maamuu Nakaahetaau Encourager et guider les communautés	Tous	Eeyou Istchee
Cree Diabetes Information System (CDIS)	Surveillance du diabète	CCSSSBJ	Système de surveillance du diabète	Système de surveillance du diabète implanté dans toutes les communautés	Diabétique	Eeyou Istchee

CPE et milieu scolaire						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Club des Petits déjeuners ^h	Alimentation	OBNL ⁱ	Assurer la saine alimentation des élèves en milieu défavorisé	Outiller les écoles et les communautés pour qu'elles offrent un petit déjeuner sain, équilibré et à très faibles coûts	Jeunes d'âge scolaire (5-17 ans) Rejoint également les parents et les adultes qui travaillent au projet Milieux défavorisés	En 2011-2012, 140 000 déjeuners offerts à 988 enfants fréquentant les écoles d'Inukjuak, Salluit, Kuujuarapik, Kangirsuk, Lac-Simon, Kitigan Zibi, Pikogan, Wemindji
		Partenariat institutionnel :	Développer le plaisir de bien manger	Approvisionner les écoles en produits alimentaires sains et de qualité		
		Établissements scolaires	Découvrir et intégrer de nouveaux aliments	Suggestion de menus variés établis par des professionnels en nutrition		
		Conseils de bande	Développer une routine alimentaire	Méthodes de préparation		
		Instances de développement économique	Accroître la réussite scolaire	Suivi en matière de gestion alimentaire		
				Formation en hygiène, salubrité et gestion des aliments		
				Gestion alimentaire transmise aux communautés		

^h Santé Canada (2012) *Rapport d'activités du Club des petits déjeuners du Québec dans le cadre de l'initiative sur le diabète chez les Autochtones 2011-2012* : Ottawa.

ⁱ Organisme à but non lucratif.

CPE et milieu scolaire						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
En route vers la santé ^j	Alimentation	CSSSPNQL	<p>Promouvoir les aliments traditionnels</p> <p>Faire apprécier le goût d'aliments nutritifs</p> <p>Développer les habiletés à cuisiner et à effectuer de bons choix alimentaires</p> <p>Apprendre à reconnaître et respecter les signaux de faim et de satiété</p>	<p>Outil pédagogique développé pour être utilisé par les professionnels de la nutrition, les représentants en santé communautaire, les enseignants et tout autre intervenant</p> <p>Ateliers développés pour s'intégrer dans le corpus scolaire</p>	<p>Enfants d'âge scolaire du niveau primaire</p> <p>Rejoint également les parents</p> <p>Écoles primaires autochtones</p>	<p>Testé et évalué dans les communautés de Listuguj, Wemotaci, Betsiamites, Pakua Shipi, Kawawachikamach et Matimekosh</p>
	Alimentation et activité physique	<p>Kahnawake</p> <p>Financement : Initiative sur le Diabète chez les Autochtones</p>	<p>Prévenir le diabète de type 2 en se basant sur les valeurs mohawks</p>	<p>Préconisation d'une approche holistique</p> <p>Programme d'éducation à la santé, activités récréatives et activités communautaires</p> <p>Promotion d'un mode de vie actif</p> <p>Promotion d'une alimentation équilibrée et sensibilisation au</p>	<p>Enfants d'âge scolaire du niveau primaire</p> <p>Familles</p> <p>Communauté</p>	<p>Kahnawake</p>

^j Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2009) *En route vers la santé! Programme d'éducation en nutrition pour les écoles primaires des communautés des Premières Nations du Québec* : Wendake.

^k <http://www.ksdpp.org/>.

CPE et milieu scolaire						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Programme de nutrition dans les CPE du Nunavik				<p>diabète</p> <p>Le programme en milieu scolaire comprend des leçons sur la santé, l'augmentation des activités physiques et le renforcement de la politique alimentaire</p> <p>L'intervention communautaire est conçue pour avoir un effet d'entraînement</p> <p>Pour les adultes : proposition d'une variété d'activités sportives et de plein air et développement de stratégies pour mieux s'alimenter</p>		
	Alimentation	Collaboration entre l'ARK, le Groupe d'étude en nutrition publique de l'Université Laval, la Commission scolaire Kativik et la RRSSSN	Améliorer la santé des enfants par le biais d'une alimentation saine	<p>Fournir des repas complets et des collations nutritives, incluant des aliments traditionnels et commerciaux, aux enfants fréquentant les CPE</p> <p>Former les cuisinières et éducatrices</p> <p>Donner des activités éducatrices aux</p>	Enfants des CPE et parents	Nunavik

CPE et milieu scolaire						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Implantation d'une politique-cadre dans les écoles				enfants Programme de recherche visant à mieux comprendre la relation entre les contaminants environnementaux, les apports nutritionnels et le statut nutritionnel des enfants		
	Alimentation et activité physique	Commission scolaire Kativik et RRSSSN	Créer un environnement favorable à la mise en place d'une saine alimentation et d'une vie plus active au sein des écoles	Demande conjointe faite auprès des écoles pour que celles-ci travaillent à l'amélioration de l'offre alimentaire Créer une liste de choix sains pour les déjeuners, collations et cantines (il n'y a généralement pas de repas du midi offerts)	Enfants des écoles	Nunavik
	Alimentation	RRSSSN et le Génup de l'Université Laval	Promouvoir de saines habitudes alimentaires incluant les aliments traditionnels et les aliments commerciaux sains	Offrir des ateliers de nutrition et d'initiation aux cuisines, inspirés du Guide alimentaire du Nunavik, aux écoles et CPE de la région	Enfants des écoles et CPE	Nunavik
Drop the Pop (Programme Diabète)	Alimentation	DRSP Nunavik et écoles CCSSSBJ	Remplacer les boissons sucrées par des breuvages santé soit un jour	Offrir des subventions pour distribuer du matériel promotionnel et des	Enfants d'âge scolaire du niveau primaire et secondaire	Nunavik Eeyou Istchee

CPE et milieu scolaire						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Inuk to Inuk (Programme Diabète)			<p>par semaine ou une semaine pendant l'année</p> <p>Augmenter la consommation d'eau et de lait</p> <p>Sensibiliser les jeunes aux méfaits des boissons gazeuses et boissons sucrées</p>	<p>distributeurs à eau</p> <p>Visites dans les écoles</p> <p>Partenariat avec les épiceries et restaurants locaux afin de diminuer l'accès</p> <p>Partenariat avec les cliniques locales</p>	<p>Établissements scolaires</p> <p>Épiceries et restaurants</p>	
	Alimentation et activité physique	DRSP Nunavik	Semaine de campagne pour prévenir le diabète et promouvoir les saines habitudes de vie	<p>Donner une conférence en Inuktitut aux élèves du secondaire par une femme inuk atteinte du diabète (et à la radio)</p> <p>Encourager la prise en charge de l'organisation d'un repas communautaire</p> <p>Organiser une rencontre de groupe avec les personnes atteintes de diabète</p>	Jeunes et adultes	Umiujaq, Kangiqsujuaq, Salluit, Tasiujaq
	Alimentation	CCSSSBJ	Offrir une alimentation saine et sécuritaire dans les CPE	Support et formation offerts	Personnel des CPE	Eeyou Istchee
Projet de nutrition dans les CPE						

Inégalités sociales de santé						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Programme OLO¹	Alimentation	Québec Partenariat institutionnel : Fondation OLO MSSS PCNP	Aider les femmes enceintes à bien se nourrir pour qu'elles donnent naissance à des bébés en santé	Offert dans l'ensemble des CSSS Offrir chaque jour des coupons échangeables contre des aliments essentiels (œuf, lait, jus d'orange) et des suppléments de vitamines et minéraux Suivi nutritionnel, infirmier et psychosocial offert dans certains CSSS	Femmes enceintes Milieux défavorisés	Le Nunavik et le territoire d'Eeyou Istchee ne souscrivent pas au programme Mashteuiatsh et Obedjiwan souscrivent au programme
Financement pour la nutrition prénatale	Alimentation	DRSP Nunavik et Santé Canada	Supporter financièrement les femmes enceintes et les jeunes parents pour l'achat d'aliments sains	Mettre à la disposition des centres hospitaliers de la région du financement pour la nutrition prénatale par le biais du programme de Santé Canada	Femmes enceintes Jeunes parents	Nunavik

¹ <http://www.olo.ca/>.

Socioculturels						
	Cible	Origine	Mission	Moyens	Populations et milieux visés	Communautés autochtones
Mois de la nutrition et Journée des aliments traditionnels	Alimentation	DRSP Nunavik et partenaires locaux	Souligner par des activités le mois de la nutrition (mars) et la Journée des aliments traditionnels (25 mars)	Offrir un financement de 750 \$ à 1 000 \$ (selon le nombre d'habitants) et des outils de sensibilisation à chaque communauté Organiser des activités locales telles que des ateliers d'éducation, de cuisine, des repas communautaires, émission et quiz à la radio, etc.	Adultes	Nunavik
Projet d'aliments traditionnels à l'hôpital de Chisasibi	Alimentation	CCSSSBJ Partenariat institutionnel : MSSS, MAPAQ	Servir de la viande sauvage locale à l'hôpital de Chisasibi	Projet pilote Développement de protocoles	Patient de l'hôpital de Chisasibi Établissements de santé	Chisasibi
Sunday Walk	Alimentation	Conseil de bande de Mistissini	Promouvoir l'alimentation traditionnelle	Repas offert tous les dimanches	Tous	Mistissini
Activités traditionnelles	Alimentation	Conseils de bande	Promouvoir l'alimentation traditionnelle	Repas gratuit d'aliments traditionnels offert à tous les membres de la communauté Enseignement offert par les anciens	Tous	Eeyou Istchee

services maladies infectieuses santé services
et innovation microbiologie toxicologie prévention des maladies chroniques
santé au travail innovation santé au travail impact des politiques publiques
impact des politiques publiques développement des personnes et des communautés
promotion de saines habitudes de vie recherche services
santé au travail promotion, prévention et protection de la santé impact des politiques
sur les déterminants de la santé recherche et innovation services de laboratoire et diagnostic
recherche surveillance de l'état de santé de la population

www.inspq.qc.ca