



# ERS

ENQUÊTE RÉGIONALE  
SUR LA SANTÉ  
DES PREMIÈRES NATIONS  
DU QUÉBEC



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

## SANTÉ MATERNELLE ET INFANTILE

### Faits saillants

- La proportion d'enfants de 0 à 5 ans ayant été allaités est passée de moins de quatre sur dix en 2008 à plus de la moitié en 2015.
- Chez les enfants de 0 à 5 ans qui ont été allaités, la moitié l'ont été pendant au moins six mois.
- Un peu moins du tiers des enfants de 0 à 5 ans ont une mère qui a fumé tout au long de la grossesse.
- Plus d'un enfant (0-5 ans) sur cinq a été exposé au diabète de grossesse. Dans les communautés en zones 2, 3 et 4, la proportion est de près de deux enfants sur cinq.
- Plus d'une mère sur cinq rapporte avoir souffert de dépression pendant la grossesse ou dans l'année suivant l'accouchement.



### MISE EN CONTEXTE

Traditionnellement, chez les Premières Nations, la famille élargie et la communauté jouent un rôle important pour soutenir la mère pendant sa grossesse, au moment de l'accouchement et pendant la période d'allaitement. Toutefois, les politiques coloniales ont bouleversé la manière d'apporter les soins aux mères et aux enfants des Premières Nations, et la marginalisation sociale et économique engendrée par ces politiques affecte les femmes autochtones de manière disproportionnée. Cela explique en grande partie les inégalités de santé auxquelles elles doivent faire face, notamment pendant et après la grossesse (CCNSA, 2014).

Or, on connaît l'importance d'agir tôt pour promouvoir le bon développement des enfants. Cela commence dès la grossesse en favorisant la santé et le bien-être des femmes enceintes grâce à une bonne alimentation, de saines habitudes de vie et un soutien social adéquat. L'accès à de bons services sociaux et de santé est également important pour soutenir les parents avant, pendant et après l'accouchement (Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2018).

Le présent feuillet propose donc quelques résultats de l'ERS sur l'état de santé des mères et des jeunes enfants vivant dans les communautés des Premières Nations au Québec, ainsi que sur certains déterminants de la santé particulièrement importants pendant et après la grossesse. Il sera notamment question d'accès aux soins de santé maternelle et infantile, de comportements à risque et de pratiques recommandées.

Les informations contenues dans ce feuillet proviennent de réponses fournies par les parents. Certains sujets étant particulièrement sensibles, il ne faut pas écarter la possibilité d'un biais de désirabilité sociale de la part des répondants.



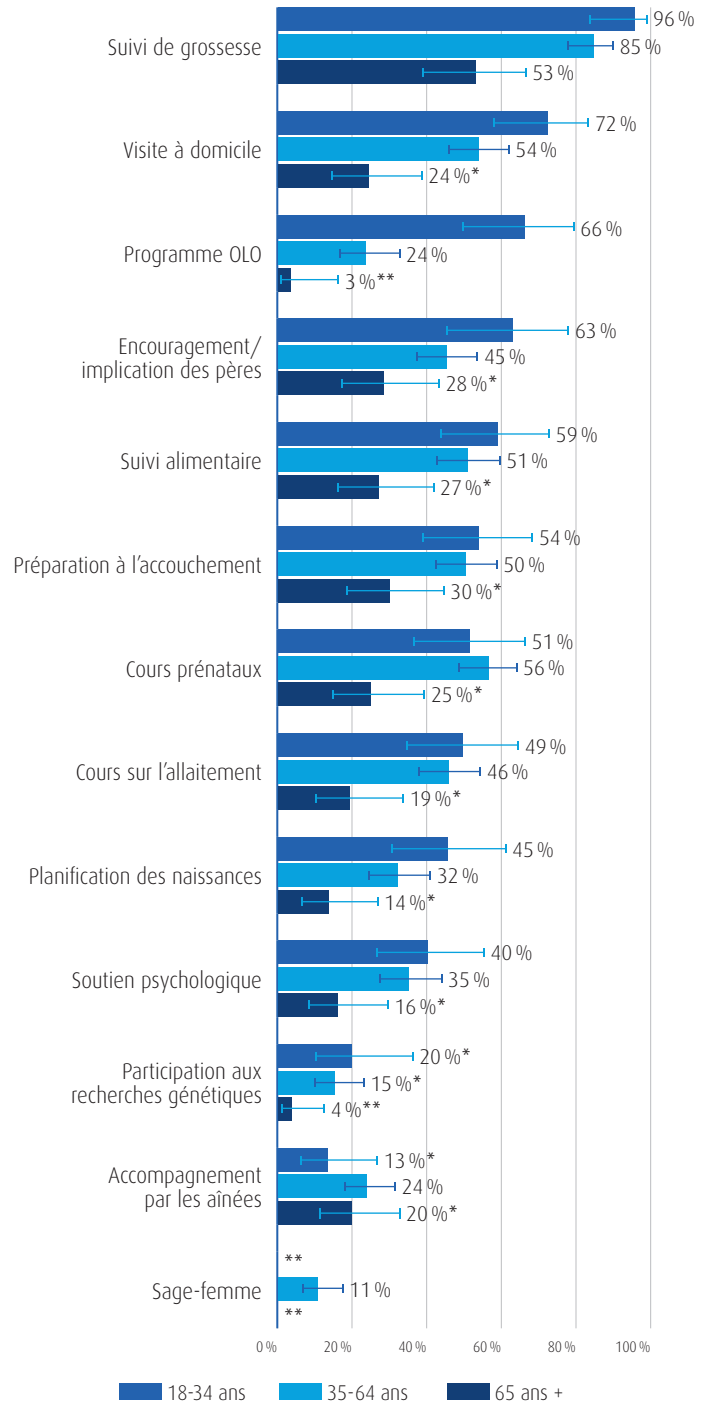
## ACCÈS AUX SERVICES

Dans son *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017*, la CSSSPNQL (2007) fait état d'un accès difficile aux services de santé maternelle et infantile pour les femmes enceintes, les jeunes mères et les nouveau-nés vivant dans les communautés des Premières Nations. On y déplore notamment le manque de ressources et l'éloignement des services. En 2008, Santé Canada a mis sur pied le Programme de soins de santé maternelle et infantile, destiné à l'ensemble des communautés des Premières Nations au Canada.

Les données de l'ERS ne permettent pas de dire si l'accès à la plupart des services s'est amélioré depuis 2008. Par contre, il est possible de faire des comparaisons entre les groupes d'âge. Comme l'illustre la **FIGURE 1**, les mères de 18 à 34 ans semblent avoir eu un meilleur accès aux divers services que les mères de 35 à 64 ans, mais surtout que les mères de 65 ans et plus. Tout en demeurant prudent, on peut émettre l'hypothèse que cette apparente amélioration pour les femmes plus jeunes ait été influencée, du moins en partie, par l'implantation de meilleurs services depuis la mise en place du programme de Santé Canada en 2008.

Parmi tous les services, le programme OLO est celui pour lequel l'accès s'est le plus amélioré. De plus, quel que soit l'âge de la mère, le suivi de grossesse était et demeure le service le plus accessible. En 2015, presque toutes les mères de 18 à 34 ans affirment y avoir eu accès. Toutefois, on n'observe aucune amélioration pour l'accès aux cours prénataux et à l'accompagnement par les aînées, et des proportions élevées – parfois une majorité – de mères de 18 à 34 ans disent ne pas avoir eu accès à plusieurs services (**FIGURE 1**).

**FIGURE 1**  
Accès aux services de santé maternelle et infantile selon l'âge des mères



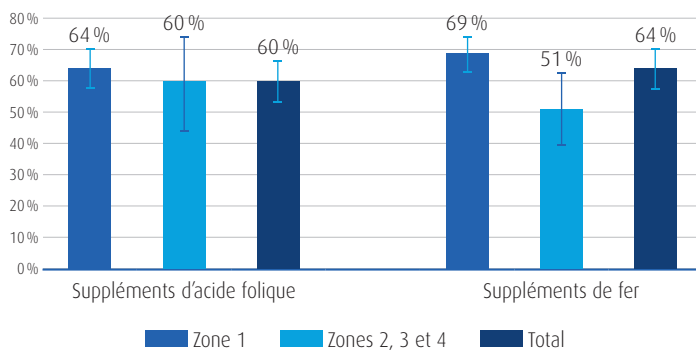
## PRATIQUES RECOMMANDÉES

### Suppléments alimentaires

On recommande habituellement aux femmes enceintes la prise de suppléments d'acide folique et de fer afin de favoriser la croissance et le bon développement du bébé pendant la grossesse (Naître et grandir, 2018).

Comme le montre la **FIGURE 2**, les données révèlent que près des deux tiers des enfants (0-5 ans) sont nés d'une mère ayant pris des suppléments d'acide folique ou de fer pendant sa grossesse. Par ailleurs, la prise de suppléments de fer semble moins fréquente en zones 2, 3 et 4 qu'en zone 1.

**FIGURE 2**  
Enfants (0-5 ans) dont la mère a pris des suppléments d'acide folique et de fer pendant la grossesse, selon l'éloignement

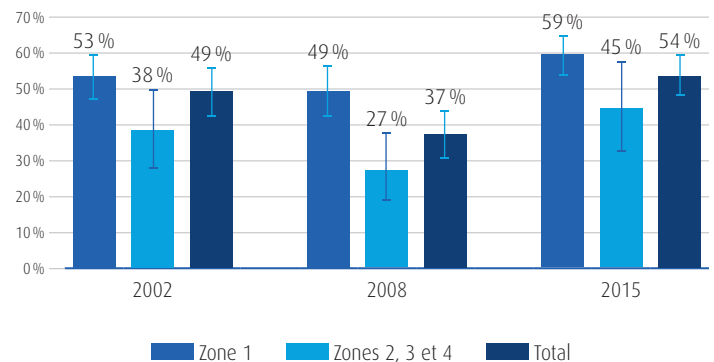


### Allaitement maternel

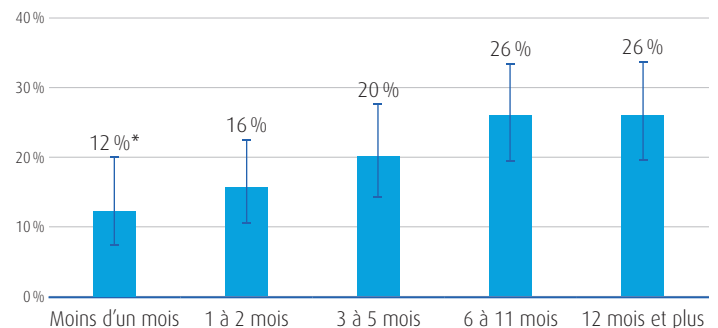
L'allaitement maternel exclusif est recommandé pendant les six premiers mois de vie. Il présente de nombreux avantages pour les nourrissons, tant sur le plan de la santé physique qu'en ce qui concerne le développement des capacités motrices, intellectuelles, sociales et affectives. De plus, les bébés allaités risquent moins de souffrir d'obésité plus tard dans la vie (Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2018). L'allaitement maternel est également bénéfique pour la mère, notamment en l'aidant à perdre le surplus de poids acquis pendant la grossesse et à contrôler sa glycémie, et en prévenant le diabète de type 2 (Diabète Québec, 2018).

De 2008 à 2015, la proportion d'enfants (0-5 ans) qui ont été allaités a augmenté, passant de moins de quatre sur dix à plus de la moitié. Quelle que soit l'année, la proportion d'enfants allaités semble plus élevée en zone 1 qu'en zones 2, 3 et 4 (**FIGURE 3**). De plus, pour environ la moitié des enfants qui ont été allaités, la durée de l'allaitement a été de six mois ou plus (**FIGURE 4**).

**FIGURE 3**  
Proportion d'enfants (0-5 ans) qui ont été allaités, selon l'année et l'éloignement



**FIGURE 4**  
Répartition des enfants (0-5 ans) qui ont été allaités, selon la durée de la période d'allaitement



## COMPORTEMENTS À RISQUE

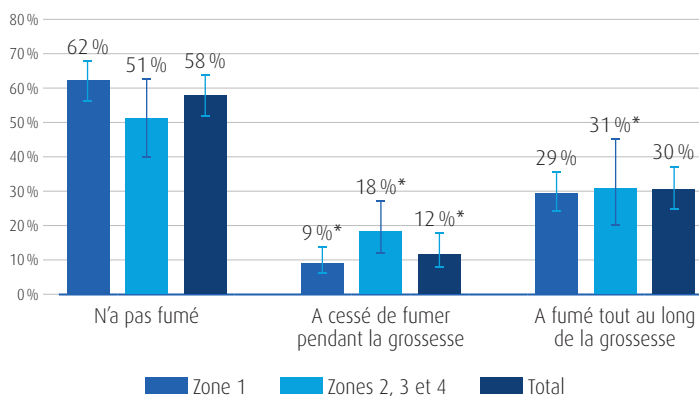
### Tabagisme pendant la grossesse

Il est bien documenté qu'« il y a une importante corrélation entre le tabagisme pendant la grossesse chez les mères autochtones à faible revenu et la consommation d'alcool pendant la grossesse, le manque de soutien, l'insuffisance des soins prénataux, des antécédents familiaux de fréquentation de pensionnats, le faible niveau d'instruction et le fait de vivre dans une communauté éloignée et isolée. Inversement, le fait d'avoir un emploi rémunéré et de vivre dans des communautés où de nombreux services de santé sont offerts réduit le risque de fumer pendant la grossesse » (Heaman, 2005).

Aussi, le tabagisme est lié à une augmentation des risques d'issues de grossesse défavorables, notamment les risques de fausse couche, d'accouchement prématuré et de faible poids à la naissance (Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2018).

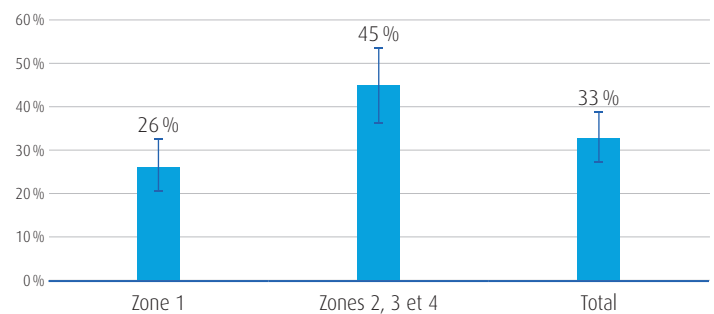
Selon les résultats de l'ERS, près de trois enfants (0-5 ans) sur cinq sont nés d'une mère n'ayant pas du tout fumé de tabac pendant la grossesse. On observe, en revanche, qu'un peu moins du tiers d'entre eux ont une mère qui a fumé tout au long de la grossesse. La proportion d'enfants dont la mère n'a pas fumé pendant leur grossesse semble plus élevée en zone 1 qu'en zones 2, 3 et 4 (FIGURE 5).

**FIGURE 5**  
Répartition des enfants (0-5 ans) selon les habitudes tabagiques de la mère pendant la grossesse et selon l'éloignement



De plus, comme l'indique la FIGURE 6, environ le tiers des enfants (0-5 ans) ont une mère qui a été exposée à de la fumée secondaire au domicile pendant la grossesse. La proportion est environ du quart dans les communautés en zone 1 et de plus de deux enfants sur cinq dans les communautés en zones 2, 3 et 4.

**FIGURE 6**  
Proportion d'enfants (0-5 ans) dont la mère a été exposée à de la fumée secondaire au domicile pendant la grossesse, selon l'éloignement

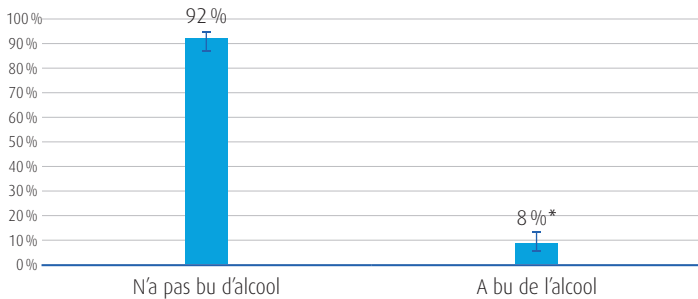


### Consommation d'alcool

La consommation d'alcool pendant la grossesse est la cause principale d'anomalies congénitales (malformations). Elle est aussi liée à certains risques de problèmes cognitifs et de comportement pouvant survenir plus tard dans la vie de l'enfant. Ces divers problèmes constituent l'ensemble des troubles du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF). À ce jour, la recherche scientifique n'a pu déterminer la quantité d'alcool pouvant être consommée sans risque pendant la grossesse; il est donc recommandé de ne consommer aucun alcool à partir du moment où l'on planifie tomber enceinte (Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2018).

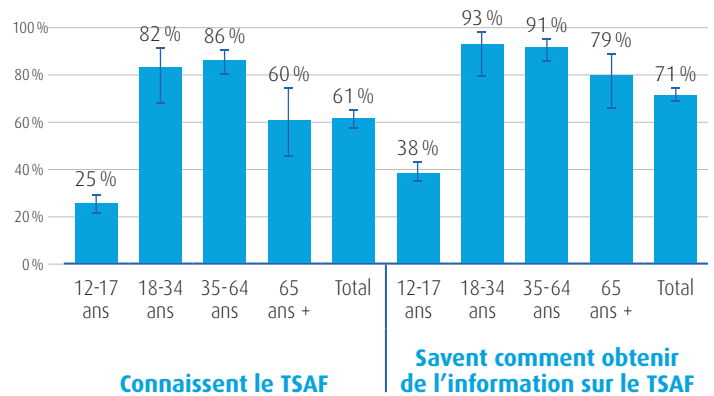
Selon les données, plus de neuf enfants (0-5 ans) sur dix seraient nés d'une mère n'ayant pas consommé d'alcool pendant sa grossesse (FIGURE 7).

**FIGURE 7**  
Répartition des enfants (0-5 ans) selon la consommation d'alcool de la mère pendant la grossesse

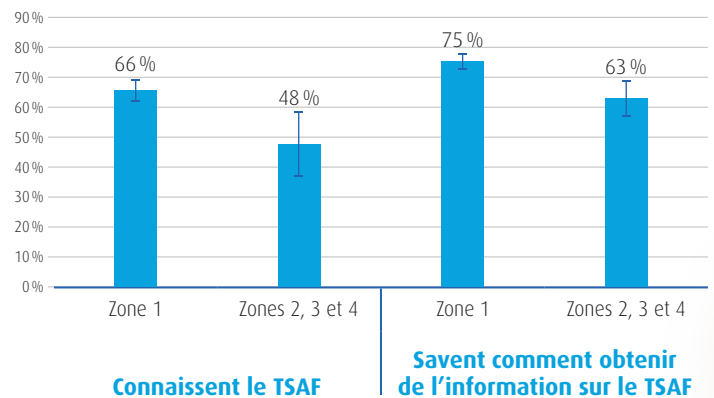


La majorité des personnes de 12 ans et plus affirment savoir ce qu'est le TSAF ou comment obtenir de l'information sur le sujet (FIGURE 8). Par contre, on observe que les personnes semblent en connaître moins sur le TSAF en régions plus éloignées (zones 2, 3 et 4) qu'en zone 1 (FIGURE 9).

**FIGURE 8**  
Personnes (12 ans et plus) connaissant le TSAF ou sachant comment obtenir de l'information sur le TSAF, selon le groupe d'âge



**FIGURE 9**  
Personnes (12 ans et plus) connaissant le TSAF ou sachant comment obtenir de l'information sur le TSAF, selon l'éloignement



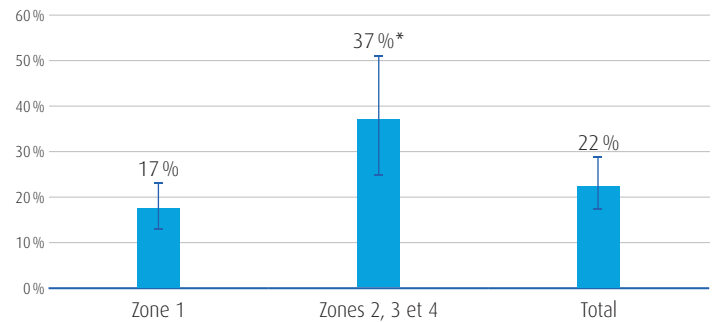
## PROFIL DE SANTÉ DES MÈRES ET DES NOURRISSONS

### Diabète gestationnel et poids des enfants à la naissance

Selon Diabète Québec (2018), le diabète de grossesse touche de 3 % à 20 % des femmes enceintes, et les femmes autochtones sont plus à risque. Les femmes souffrant de diabète gestationnel sont plus susceptibles d'éprouver divers problèmes de santé pendant la grossesse et de vivre des complications lors de l'accouchement. Les bébés, quant à eux, sont plus à risque de naître avec un poids élevé (macrosomie), de souffrir d'hypoglycémie à la naissance et, à l'âge adulte, de souffrir d'obésité et d'intolérance au glucose.

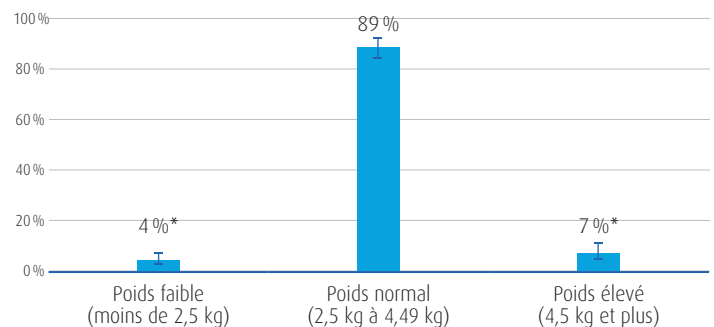
Les résultats présentés dans le feuillet sur le diabète et l'obésité (CSSSPNQL, 2018) démontrent qu'environ une mère d'enfant en bas âge (0-5 ans) sur cinq a un historique de diabète de grossesse. De plus, comme l'illustre la **FIGURE 10**, une proportion similaire d'enfants de 0 à 5 ans sont nés d'une mère ayant reçu un diagnostic de diabète gestationnel. En analysant les résultats selon l'éloignement, on constate que la proportion, déjà élevée en zone 1, s'accroît en zones 2, 3 et 4, et touche près de deux enfants sur cinq. Dans la population québécoise, en 2012, la prévalence de l'exposition des nouveau-nés au diabète gestationnel était d'environ 8 % (INSPQ, 2017).

**FIGURE 10**  
Proportion d'enfants (0-5 ans) dont la mère a souffert de diabète gestationnel, selon l'éloignement géographique



Malgré les taux élevés de diabète gestationnel, on constate qu'environ neuf enfants (0-5 ans) sur dix sont nés avec un poids normal, c'est-à-dire se situant entre 2,5 et 4,49 kg (**FIGURE 11**).

**FIGURE 11**  
Répartition des enfants (0-5 ans) selon le poids à la naissance

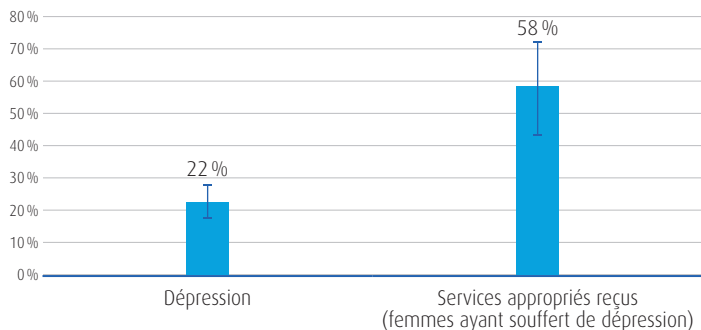


## Dépression maternelle

Pendant la grossesse et après l'accouchement, certaines mères peuvent présenter des symptômes associés à la dépression (périnatale ou post-partum). Alors que le « baby blues » est passager et affecte la majorité des femmes après l'accouchement, la dépression maternelle « peut avoir d'importantes répercussions sur le développement de l'enfant, la santé mentale de la mère et l'environnement familial » (Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants, 2018).

Plus d'une mère (12 ans et plus) sur cinq dit avoir souffert d'une dépression pendant sa grossesse ou dans l'année suivant l'accouchement. Chez ces dernières, seulement trois femmes sur cinq affirment avoir reçu les services de soutien appropriés lors de leur dépression (FIGURE 12).

**FIGURE 12**  
Mères (12 ans et plus) déclarant avoir souffert de dépression pendant la grossesse ou après l'accouchement, et proportion d'entre elles ayant reçu les services appropriés



## CONCLUSION

Si les femmes de 18 à 34 ans semblent profiter d'un meilleur accès aux services et aux soins de santé maternelle et infantile que leurs aînées, il semble que cet accès demeure souvent limité, sauf pour le suivi de grossesse. Cela pourrait en partie expliquer la prévalence élevée de certains comportements défavorables pendant la grossesse et la persistance de divers problèmes de santé chez les femmes enceintes vivant dans les communautés. On peut notamment penser au tabagisme, au diabète gestationnel et à la dépression maternelle. On remarque que la situation semble généralement plus défavorable en zones 2, 3, et 4 qu'en zone 1. Toutefois, il importe de souligner la proportion à la hausse d'enfants qui ont été allaités entre 2008 et 2015, et ce, dans l'ensemble des communautés. La poursuite des efforts pour favoriser un bon accès aux services de santé maternelle et infantile est donc primordiale.

## BIBLIOGRAPHIE

- Centre de collaboration nationale en santé autochtone (2014). *Femmes fortes, nations fortes : Santé maternelle autochtone en Colombie-Britannique*, Prince George, 12 p.  
 Accessible en ligne : <https://www.ccnas-nccah.ca/docs/health/FS-AboriginalMaternalHealth-Smylie-FR.pdf>.
- 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, Remédier aux disparités... Accélérer le changement*, p. 33.  
 Accessible en ligne : <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-documentation/final-fr.pdf?sfvrsn=2>.
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (2018). *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations – 2015 : Diabète et obésité*, Wendake.
- Diabète Québec. [En ligne]. [<https://www.diabete.qc.ca/>] (Consulté le 12 janvier 2018).
- Naître et grandir. *Les vitamines et minéraux durant la grossesse*, [En ligne]. [[https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/sante-bien-etre/fiche.aspx?doc=vitamines-mineraux-durant-grossesse#\\_Toc348440814](https://naitreetgrandir.com/fr/grossesse/sante-bien-etre/fiche.aspx?doc=vitamines-mineraux-durant-grossesse#_Toc348440814)] (Consulté le 16 janvier 2018).
- Encyclopédie sur le développement des jeunes enfants. [En ligne]. [<http://www.enfant-encyclopedie.com/>] (Consulté le 26 mars 2018).
- Heaman, M. (2005); citée dans Reading, J. (2009). *Les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones : Approche fondée sur les parcours de vie*, p. A-84.  
 Accessible en ligne : <https://sencanada.ca/Content/SEN/Committee/402/popu/rep/appendixAJun09-f.pdf>.
- Institut national de santé publique du Québec (2017). *Évolution du diabète gestationnel au Québec de 1989 à 2012, Rapport de surveillance*, 20 p.  
 Accessible en ligne : [https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2275\\_evol\\_diabete\\_gestationnel.pdf](https://www.inspq.qc.ca/sites/default/files/publications/2275_evol_diabete_gestationnel.pdf).



## MÉTHODOLOGIE EN BREF

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

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

Dans certains cas, les données sont présentées selon la zone géographique de la communauté des répondants. Ces zones se définissent comme suit<sup>1</sup> :

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

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

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

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

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

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



## Rédaction

Matthieu Gill-Bougie, assistant technique de recherche,  
Commission de la santé et des services sociaux  
des Premières Nations du Québec et du Labrador

## Comité consultatif régional

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

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

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

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

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

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

Sony Diabo, aîné de Kahnawake

## Révision du contenu

Julie Bernier, Conseillère en santé maternelle et infantile,  
Commission de la santé et des services sociaux  
des Premières Nations du Québec et du Labrador

## Relecteurs

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

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

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

## Révision linguistique

Chantale Picard, coordonnatrice des services linguistiques,  
CSSSPNQL

Vicky Viens

## Graphisme et mise en page

Patricia Carignan, designer graphique

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

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

Crédits photos : Freepik, Manon Dumas, Shutterstock et  
Thinkstock.

## Citation suggérée :

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

ISBN : 978-1-77315-164-9

Dépôt légal – 2018

Bibliothèque et Archives nationales du Québec /  
Bibliothèque et Archives Canada

© Propriété intellectuelle revenant à la CSSSPNQL

© CSSSPNQL – 2018