

Université de Montréal

L'impact de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois sur la santé
des Cris de l'Iiyiyiu Aschii

par
Émile Tremblay

Département d'administration de la santé,
École de santé publique
Faculté de médecine

Mémoire présenté à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Maîtrise ès sciences
en Administration des services de santé
option Analyse et évaluation du système de santé

Août 2009

© Émile Tremblay, 2009

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Ce mémoire intitulé :

L'impact de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois sur la santé
des Cris de l'Iiyiyiu Aschii

présenté par :

Émile Tremblay

a été évalué par un jury composé des personnes suivantes :

Régis Blais
président-rapporteur

Damien Contandriopoulos
directeur de recherche

Jean-François Savard
codirecteur

Nicole Dedobbeleer
membre du jury

Résumé

Objectif: La santé des Indiens inscrits est inférieure à celle des autres Canadiens et dévoile des écarts importants entre les différents groupes qui la composent. La nation crie de l'Iiyiyiu Aschii, signataire de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ), bénéficie à cet égard d'un état de santé supérieur à celui des autres Indiens inscrits. L'objectif de ce mémoire est d'examiner l'impact de la CBJNQ sur les déterminants sociaux et l'état de santé de ses signataires cris depuis son entrée en vigueur en 1977.

Méthodologie : Des analyses comparatives entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii, les Indiens inscrits et les Canadiens ont permis de suivre l'évolution à travers le temps des différences socioéconomiques, d'habitudes de vie et d'état de santé de ces groupes.

Résultats : Les Cris ont enregistré, comparativement aux autres groupes d'Indiens inscrits vivant sur une réserve, une plus grande amélioration de leurs déterminants socioéconomiques, une progression relativement limitée de leurs comportements à risque et une préservation à un niveau plus élevé de leurs pratiques traditionnelles. Les Cris ont également vu progresser plus rapidement leur espérance de vie à la naissance que les Canadiens, et leur mortalité infantile a connu une chute encore plus importante que celle enregistrée chez les Indiens inscrits sur réserve.

Conclusion : La CBJNQ a vraisemblablement eu un impact significatif sur la santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii. Cette amélioration sanitaire s'explique notamment par la Convention qui a su mettre en place des structures politiques qui ont favorisé l'amélioration des déterminants sociaux et le développement de l'autonomie gouvernementale des Cris.

Mots clés : déterminants sociaux, autonomie gouvernementale, Indiens inscrits, Autochtones, CBJNQ, accord de revendication globale, politique autochtone, santé publique.

Abstract

Objective : The health of Status Indians is below that of other Canadians, showing important gaps among the different Status groups. The Cree Nation of Eeyou Istchee, signatory to the James Bay and Northern Quebec Agreement (JBNQA), shows a higher health level than that of other Indian Nations. The objective of this thesis is to examine the impact of the JBNQA, signed in 1977, on the health of the Cree.

Method : A comparative health analysis was conducted among the Cree of Eeyou Istchee, other Indian Nations' levels, and that of non-Native Canadians, in order to examine the evolution of social determinants of health statuses of these groups.

Results : The Cree achieved the highest improvement in their socioeconomic determinants, limited progress in reducing their risky behaviors, and better retention of their traditional ways of life, than other Native Nations. The Cree increased their life-expectancy at birth to a higher status than the Canadian status, and their child mortality rates decreased compared to those of other Status Indians.

Conclusion : The JBNQA seems to have had a significant impact on the health of the Cree Nation of Eeyou Istchee. The improvements might be explained by the political structures created by the Agreement. These structures supported both the improvement of the social determinants and the development of the Cree self-governement.

Key words : social determinants, self-government, Status Indians, Native people, James Bay and Northern Quebec Agreement, JBNQA, Eeyou Istchee, comprehensive claims, public policy.

Table des matières

Résumé	i
Abstract	ii
Table des matières.....	iii
Liste des tableaux.....	v
Liste des figures	vi
Liste des sigles et abréviations.....	viii
Introduction.....	1
État des connaissances	3
Les Autochtones du Canada	3
L'évolution démographique de la population autochtone du Canada.....	4
Des premiers contacts à la Confédération canadienne	4
De 1867 à aujourd'hui	6
Les relations politiques entre Européens et Autochtones du Canada depuis les débuts de la colonisation	9
Des relations de nations à nations	10
De la domination à l'assimilation.....	11
Négociation et renouveau	15
La Convention de la Baie-James et du Nord québécois.....	16
La santé et ses déterminants	18
Les approches systémique et holistique de la santé.....	19
Les déterminants sociaux de la santé	22
Les déterminants socioéconomiques.....	23
Les habitudes de vie	26
Problématique	30
Questions de recherche.....	31
Méthodologie	34
La stratégie de recherche	34
Le choix des populations à l'étude.....	35
La collecte de données.....	38
L'analyse des données	41
Résultats.....	43
Présentation des données	43
Les déterminants socioéconomiques.....	43
La scolarité	43
Le marché de l'emploi.....	46
Le revenu.....	48
Le logement.....	50
Les habitudes de vie	52
Les activités traditionnelles	52
La langue autochtone.....	54
La consommation de tabac.....	55

La consommation d'alcool	57
L'état de santé	60
L'espérance de vie à la naissance.....	61
La mortalité infantile.....	64
Les principales causes de mortalité.....	66
Analyse des résultats	71
Les déterminants sociaux de la santé	72
Les déterminants socioéconomiques.....	72
Les habitudes de vie	80
La santé	87
Analyse de l'espérance de vie à la naissance	87
Analyse de la mortalité infantile	89
Discussion	93
L'autonomie et la santé	93
La CBJNQ et l'autonomie politique.....	96
Le Bureau des indemnités.....	97
La Commission scolaire crie.....	99
Le Programme de sécurité du revenu relatif aux chasseurs et aux trappeurs cris.....	105
La CBJNQ et la santé	108
Conclusion	113
Bibliographie	118

Liste des tableaux

Tableau I : La population canadienne par provinces et territoires selon l'origine ancestrale, vers 1869-1871	7
Tableau II : Le nombre moyen de personnes par pièce pour différentes régions et populations du Canada, 1981 à 2006	50

Liste des figures

Figure 1 : La croissance de la population au Canada, population canadienne totale et population autochtone, de 1871 à 2006.	8
Figure 2 : Le processus de production de la santé et du bien-être	20
Figure 3 : Groupes de régions sociosanitaires homologues du Canada	37
Figure 4: Les taux de diplomation d'études secondaires pour quatre populations du Canada, 15 ans et plus, 1981 à 2006.	44
Figure 5 : Les taux de diplomation d'études postsecondaires pour quatre populations du Canada, 15 ans et plus, 1981 à 2006.	45
Figure 6 : Taux d'activité pour différentes régions et populations du Canada, 15 ans et plus, 1976 à 2006.	46
Figure 7 : Taux de chômage pour différentes régions et populations du Canada, 1976 à 2006.	47
Figure 8 : Revenu annuel moyen pour différentes régions et populations du Canada, en dollars constants de 2005, 1971 à 2006	48
Figure 9 : Composition du revenu pour trois populations, Canada, 1971 et 2006.....	49
Figure 10 : Le pourcentage de logements surpeuplés pour quatre populations du Canada, 1996 à 2006.	51
Figure 11 : Taux de participation à des activités traditionnelles dans la population autochtone pour l'Iiyiyiu Aschii et le Canada, selon le type d'activité, 15 ans et plus, 1991 et 2001.	53
Figure 12 : Pourcentage d'Autochtone connaissant au moins une langue ancestrale selon la région de résidence, 1981 à 2006.	54
Figure 13 : La prévalence du tabagisme au Canada chez les 15 ans et plus (18 ans et plus pour les Indiens inscrits pour 2004), 1983-1984 (Iiyiyiu Aschii), 1985 (Indiens inscrits et Canada) à 2003 (Iiyiyiu Aschii et Canada), 2004 (Indiens inscrits).	56
Figure 14: L'évolution de la proportion d'adultes ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois précédents, 18 ans et plus (12 ans et plus pour l'Iiyiyiu Aschii en 2003), Iiyiyiu Aschii, Indiens inscrits et Canada, 1983-84 à 2003.	57
Figure 15: Consommation abusive d'alcool (5 consommations ou plus en une même occasion) sur une base hebdomadaire pour quatre populations du Canada, 12 ans et plus (Iiyiyiu Aschii et Québec), 18 ans et plus (Indiens inscrits et Canada), 2003.	59
Figure 16: Espérance de vie à la naissance pour les hommes pour quatre populations du Canada, Iiyiyiu Aschii, Indiens inscrits, Québec et Canada, 1979-1981 à 2000-2002.	62
Figure 17: Espérance de vie à la naissance pour les femmes pour quatre populations du Canada, Iiyiyiu Aschii, Indiens inscrits, Québec et Canada, 1979-1981 à 2000-2002.	62

Figure 18: Espérance de vie à la naissance pour sept populations du Canada, selon le sexe, 2000-2002.	63
Figure 19: Taux annuel moyen de mortalité infantile pour quatre populations du Canada, 1978 à 2001.	65
Figure 20: Taux de mortalité infantile pour six populations du Canada, 2001.	66
Figure 21 : Taux bruts de mortalité selon différentes causes pour six populations, moyennes annuelles pour 2000-2002.	67
Figure 22 : Taux normalisés de mortalité selon différentes causes pour cinq populations, moyennes annuelles pour 2000-2002.	68
Figure 23 : Taux annuels moyens des années potentielles de vie perdues pour six populations, 2000-2002.	69
Figure 24 : Analyse intrapopulationnelle des déterminants socioéconomiques de la santé	73
Figure 25 : Analyse interpopulationnelle des déterminants socioéconomiques entre les Cris d'Iiyiyiu Aschii et les Indiens inscrits habitant sur une réserve.	76
Figure 26 : Analyse interpopulationnelle des déterminants socioéconomiques entre les Cris d'Iiyiyiu Aschii et les Canadiens	78
Figure 27 : Analyse intrapopulationnelle des habitudes de vie.	81
Figure 28 : Analyse interpopulationnelle des habitudes de vie entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et les Indiens inscrits habitant sur une réserve.	83
Figure 29 : Analyses interpopulationnelles des habitudes de vie entre les Cris d'Iiyiyiu Aschii et les Canadiens (tabac et alcool) et les Autochtones canadiens (langue).....	84
Figure 30 : Analyses interpopulationnelles de la participation aux activités traditionnelles entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et les Autochtones canadiens	84
Figure 31 : Analyses interpopulationnelles des habitudes de consommation abusive d'alcool entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et les Indiens inscrits, les Québécois et les Canadiens	85
Figure 32 : Analyse de l'espérance de vie à la naissance, 1979-1981 à 2000-2002	88
Figure 33 : Analyse de la mortalité infantile, 1978 à 2001	90
Figure 34 : Les taux de suicide par facteurs de continuité culturelle, 1993 à 2000	94
Figure 35 : Les taux de suicide selon le nombre de facteurs de continuité culturelle présents, 1993 à 2000	95

Liste des sigles et abréviations

AINC	Ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada
APVP	Année potentielle de vie perdue
CBJNQ	Convention de la Baie-James et du Nord québécois
CCDC	Cree construction and development company
CCSSBJ	Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James
CREECO	Cree regional economic enterprises company
CRPA	Commission royale sur les peuples autochtones
EVN	Espérance de vie à la naissance
ICIS	Institut canadien d'information sur la santé
GRSH	Groupe de régions sociosanitaires homologues

Introduction

L'épidémiologie moderne nous a montré que la santé n'est pas un effet du hasard, mais que l'activité humaine a une grande incidence sur celle-ci. Le développement des politiques sanitaires en Europe depuis le XVIII^e siècle se fait le témoin des efforts apportés à l'amélioration de l'hygiène publique. Les mesures adoptées par les autorités européennes pour limiter la propagation des maladies infectieuses passèrent notamment par la régulation de la salubrité et de la densité des populations dans les zones urbaines (Porter, 1999). Le succès de mesures apportées démontra la pertinence des politiques publiques pour l'amélioration de la santé des populations. Depuis, cette pertinence n'a pas cessé d'être reconfirmée.

De nos jours, le champ d'action de la santé publique, dont l'objectif est de protéger, promouvoir et restaurer la santé des individus à travers des actions sociales et collectives (Last, 1998), s'est beaucoup élargi. Le domaine des politiques publiques est demeuré compatible avec cet objectif. La parution du Rapport Lalonde en 1970 a notamment favorisé l'intérêt des scientifiques dans ce domaine avec l'identification des principaux déterminants de la santé. Depuis, plusieurs enquêtes régionales, nationales et internationales ont pu démontrer la corrélation existante entre les déterminants et l'état de santé. Ces résultats ont permis de révéler que les inégalités observées au niveau des déterminants de la santé au sein d'une population sont associées à des inégalités de santé entre les groupes sociaux qui la composent. À l'échelle internationale, les dernières années ont permis de valider la tendance selon laquelle les groupes les moins nantis socialement et

économiquement sont souvent ceux dont l'état de santé est le plus faible. Au Canada, l'étude de la situation ne semble pas faire exception à cette réalité.

Les rapports déposés par la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA, 1996c) ont reconnu les iniquités de santé auxquelles font face les Autochtones canadiens. Les commissaires ont reconnu que les systèmes politiques actuels discriminent cette population et ont recommandé des changements importants. D'une part, la CRPA a recommandé une prise en compte plus large des besoins des Autochtones afin de favoriser leur santé par l'amélioration de leurs conditions de vie. D'autre part, la CRPA a recommandé d'observer le lien entre l'autonomie gouvernementale des Autochtones et leur santé pour développer des approches en ce sens. Cette dernière recommandation, successivement reprise par la Commission royale sur l'avenir des soins de santé au Canada (2002) et l'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) (2004), conjuguée à la première recommandation, sont celles sur lesquelles se fondera ce mémoire.

Dans le but de répondre aux interrogations soulevées par la CRPA (1996), et réaffirmées par la Commission Romanow (2002) et l'ICIS (2004), nous nous intéresserons à déterminer si la signature d'un accord reconnaissant conjointement les besoins sociaux et économiques et accordant une autonomie politique aux Autochtones a un impact sur la santé de ces derniers. Pour éclairer les enjeux de cette question, nous verrons le processus de production de la santé afin de comprendre comment les inégalités de santé peuvent être influencées par l'intermédiaire des changements politiques. Mais d'abord, étudions les impacts sociopolitiques de la colonisation franco-britannique sur les premiers habitants du Canada.

État des connaissances

Dans le but d'éclairer l'objet de ce mémoire, nous détaillerons dans ce premier chapitre comment la situation démographique et politique des Autochtones du Canada a évolué depuis l'arrivée des premiers Européens. Également, nous présenterons une conception de la santé qui permettra une meilleure compréhension des événements qui seront successivement exposés.

Les Autochtones du Canada

S'il y a un consensus qu'il est possible de tirer sur l'histoire du Canada, c'est que son portrait démographique a bien changé depuis ses débuts. S'étendant aujourd'hui de l'océan Atlantique à l'océan Pacifique, ce large territoire représentant le Canada contemporain abritait, avant l'arrivée des premiers Européens, des dizaines de nations autochtones aux mœurs et aux coutumes différentes (Waldram, Herring, & Young, 2006). Au XVI^e siècle, la grande diversité culturelle des peuples habitant le Canada s'illustrait notamment en termes linguistiques avec plus d'une cinquantaine de langues différentes (Waldram, Herring, & Young, 2006). Sur le plan social, les Autochtones du Canada évoluaient également dans des environnements très différents les uns des autres. Les Inuits au Nord et les Amérindiens au Sud vivaient, pour ainsi dire, des existences très différentes les unes des autres. Les différences entre les Autochtones et les Européens étaient encore plus grandes alors que ceux-ci évoluaient dans des « mondes étanches » privés de tout contact et dans lesquels l'existence d'autrui était inconnue de part et d'autre.

Aujourd'hui, les choses ont bien changé alors que la venue des Européens a apporté plusieurs bouleversements ayant affecté l'existence des Autochtones à de nombreux

niveaux. La fin de l'étanchéité entre les deux mondes a en effet conduit à des échanges culturels et techniques importants, en plus de provoquer de grands changements politiques au sein des Premières nations. Dans l'étude qui suit, nous présenterons plus en détail les conséquences de la rencontre de ces deux mondes en termes démographiques, ainsi qu'en termes politiques. Les propos illustrés serviront à exposer subséquemment les conséquences sanitaires et politiques qu'a engendrées la venue des Européens dans le Nouveau Monde.

L'évolution démographique de la population autochtone du Canada

Dans cette première partie de la revue de la littérature scientifique, nous nous attarderons à décrire l'évolution démographique des Autochtones canadiens depuis l'arrivée des Européens jusqu'à l'époque contemporaine. Puisque nous ne possédons aucune donnée sanitaire pour la période concernée, la revue démographique nous servira de base à l'évaluation des changements survenus au cours des siècles. La description de ces changements servira ensuite de base à l'analyse de la situation sociosanitaire.

Des premiers contacts à la Confédération canadienne

Bien que la taille exacte des populations autochtones au moment des premiers contacts euro-amérindiens soit impossible à déterminer avec exactitude, plusieurs chercheurs ont néanmoins tenté d'analyser ce phénomène. Leurs évaluations varient considérablement, mais celles étant le plus acceptés estiment que les populations autochtones de l'Amérique du Nord, c'est-à-dire du Canada jusqu'au Mexique, se chiffraient entre un et deux millions d'individus (Waldram, Herring, & Young, 2006). Ubelaker soutient que la population autochtone canadienne, c'est-à-dire celle ayant vécu

sur le territoire occupé actuellement par le Canada, se chiffrait à elle seule à près d'un million d'habitants (Waldram, Herring, & Young, 2006).

Malgré les incertitudes qui entourent ces estimations, celles-ci permettent toutefois de constater que les conflits et les épidémies qui ont frappé le Canada depuis cette époque ont laissé de lourdes traces. En s'appuyant sur des données archéologiques, ethnohistoriques et écologiques, Ubelaker avance qu'entre le 19^e et le 20^e siècle, les régions canadiennes ont vu décroître leur population autochtone dans des proportions allant de 53% dans l'Arctique jusqu'à 89% dans la région côtière du Pacifique (Waldram, Herring, & Young, 2006).

Bien que les causes de ces diminutions varient selon les époques et les régions, la littérature scientifique s'accorde sur deux théories principales. McCaa (2002) résume celles-ci en soutenant que le processus de rencontre entre le Nouveau et l'Ancien Monde a favorisé l'émergence d'une nouvelle biosphère. Selon le paléodémographe, les causes de la disparition de nombreux Autochtones reposeraient sur les changements survenus au sein de cette nouvelle biosphère nord-américaine qui aurait entraîné la modification des sources alimentaires traditionnelles et l'apparition de nouveaux agents pathogènes jusqu'alors inconnus des Autochtones.

Par ailleurs, des études menées sur des zones de rencontres entre Amérindiens et Européens apportent des preuves de l'impact qu'eurent des maladies contagieuses introduites par les nouveaux arrivants. Notamment, Ewart démontre que les Amérindiens des régions avoisinant l'ancien poste commercial de York Factory au Manitoba furent particulièrement victimes des maladies contagieuses. À partir des données recueillies par les médecins du poste, Ewart établit que plus de 80% des décès survenus chez les

Autochtones résultèrent d'infections transmises par les Européens. L'auteur avance que la tuberculose et l'influenza furent responsables à elles seules de près de la moitié des décès survenus entre 1801 et 1900 dans les populations locales (Waldram, Herring, & Young, 2006).

De 1867 à aujourd'hui

La formation de la fédération canadienne apporta avec elle de nombreux changements. L'un de ces changements fut la promulgation de l'*Acte concernant le premier recensement* et l'instauration du dénombrement de la population par origine ancestrale dès 1871.

Ce premier décompte de 1871 permit de mesurer la population selon l'origine ancestrale pour les provinces de la Nouvelle-Écosse, du Nouveau-Brunswick, du Québec et de l'Ontario. De plus, les dénombrements de Terre-Neuve (1869), du Manitoba (1870), de la Colombie-Britannique (1870) et des Terres de Rupert permettent de dresser un portrait démographique de l'ensemble du territoire canadien selon l'origine ancestrale.

Tableau I : La population canadienne par provinces et territoires selon l'origine ancestrale, vers 1869-1871

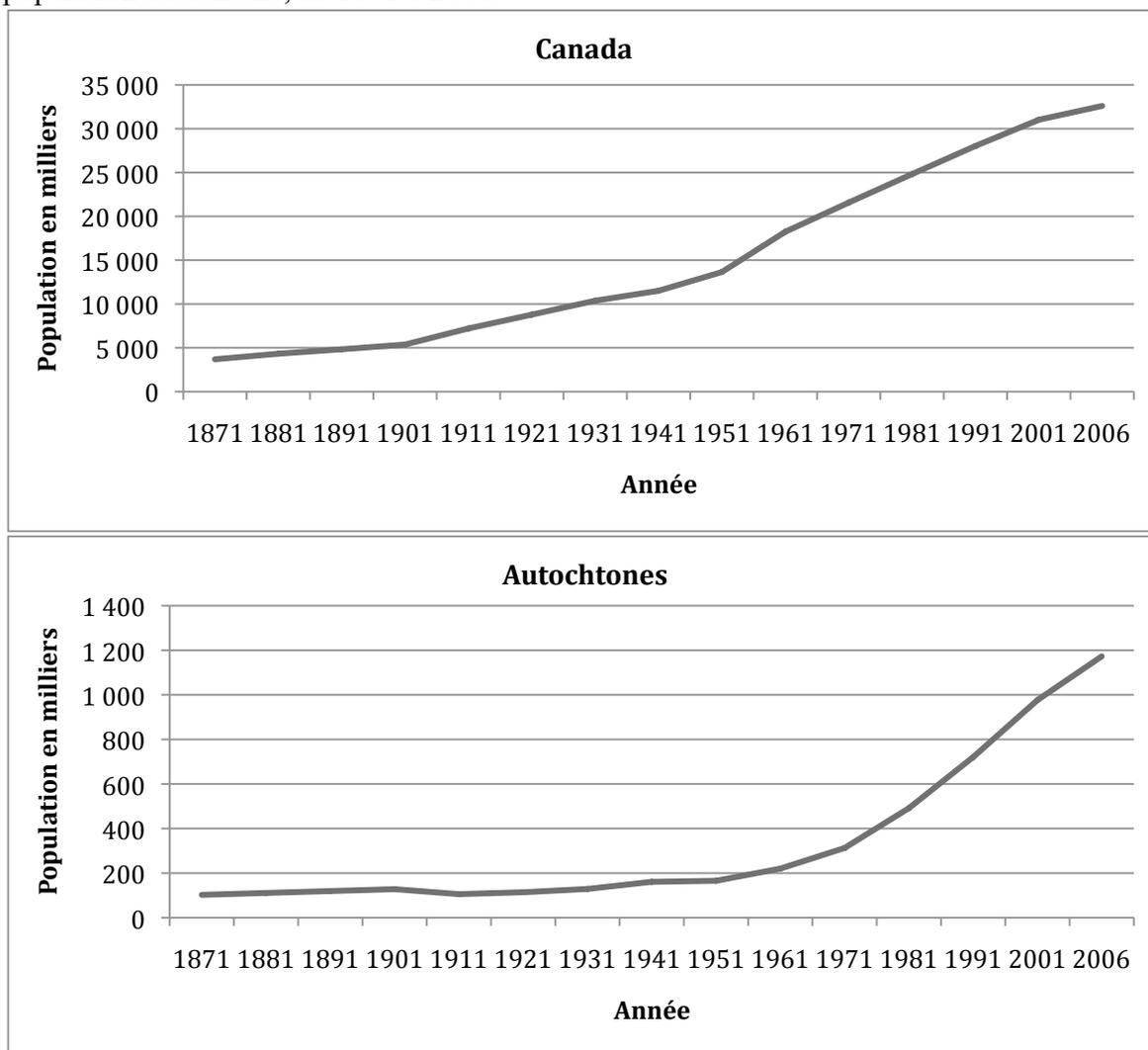
Provinces et territoires	Autochtones	Européens	Total
Terreneuve	nulle	146 536	146 536
Isle du Prince-Edouard	323	93 698	94 021
Nouvelle-Écosse	1 666	386 134	387 800
Nouveau-Brunswick	1 403	284 191	285 594
Québec	6 988	1184 528	1 191 516
Ontario	12 978	1607 873	1 620 851
Manitoba	500	12 228	12 728
Colombie-Britannique	23 000	10 586	33 586
Labrador, Terres de Rupert et Nord-Ouest	55 500	5 000	60 500
Total	102 358	3 730 774	3 833 132

(Statistique Canada, 2000)

À la lecture de ces données, on remarque que la population autochtone a d'ores et déjà acquis un statut minoritaire au sein du Canada et ne représentait que 2,7% de la population totale. Bien que nous n'ayons aucune source historique nous permettant de définir les causes exactes de cette décroissance de la population autochtone depuis l'arrivée des premiers Européens, nous pouvons néanmoins constater qu'elle ne représente que 10% du million estimé par Ubelaker.

Les années suivant la confédération ont été marquées par l'expansion territoriale du Canada. De quatre provinces en 1867, le pays en comptait neuf en 1905, puis dix en 1949 avec l'adhésion du Dominion de Terre-Neuve à la fédération canadienne. Parallèlement, cette expansion territoriale fut accompagnée par une forte expansion populationnelle du Canada, ainsi que par une stagnation démographique de la population autochtone.

Figure 1 : La croissance de la population au Canada, population canadienne totale et population autochtone, de 1871 à 2006.



(Frideres, 1988; Statistique Canada, 2005)

Toutefois, les données présentées ici permettent de constater un renversement de la croissance démographique. On remarque, en effet, que l'augmentation de celle-ci fut beaucoup plus forte chez les Autochtones que dans l'ensemble de la population canadienne au cours de la période 1961-2006. Cette dernière a connu une augmentation de son effectif dans une proportion de 73%, alors que l'effectif autochtone s'est accru de cinq fois depuis 1961. Waldram et ses collaborateurs (2006) expliquent que cette forte hausse est attribuable à la baisse considérable de la mortalité et à la forte natalité. La croissance observée entre

1961 et 2006 a ainsi fait tripler la proportion d'Autochtones au Canada en passant 1,2% à 3,6% de la population totale.

En somme, nous avons vu jusqu'à présent que la population autochtone du Canada a connu de grandes fluctuations depuis l'arrivée des premiers Européens. En l'absence de données sociosanitaires plus justes, ces données démographiques nous permettent de voir que la colonisation a vraisemblablement créé une commotion populationnelle chez les Autochtones. En employant la théorie de McCaa, la nouvelle biosphère créée de la rencontre des Européens et des Autochtones américains fut un obstacle important à la vitalité démographique de ces derniers. Récemment, nous avons assisté à une importante hausse de la population autochtone. Selon Waldram et ses collaborateurs (2006), cette forte tendance est le résultat de l'amélioration des conditions sanitaires dont elle a bénéficié depuis 1961. Enfin, pour rapporter dans quels contextes politiques ces changements démographiques se sont inscrits, permettons-nous maintenant de retracer l'évolution des relations entre Européens et Autochtones depuis les débuts de la colonisation.

Les relations politiques entre Européens et Autochtones du Canada depuis les débuts de la colonisation

Au cours des siècles passés, différents événements ont altéré la reconnaissance des droits politiques des Autochtones et institué des changements dans leurs relations avec les autorités euro-canadiennes. En nous basant sur la littérature scientifique et la typologie historique de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA), nous détaillerons l'évolution de ces relations. Nous tenterons d'exposer chronologiquement les effets de la colonisation du Canada sur l'autonomie politique des peuples autochtones.

Des relations de nations à nations

La période des premiers contacts qui débuta lors de l'arrivée des Français au Canada fut essentiellement édictée par des relations marchandes. Du fait de son faible peuplement et des visées de ses autorités, la colonisation française, qui s'échelonna de 1534 à 1759, fut une période caractérisée par des contacts principalement commerciaux avec les Autochtones (Le Puloch, 2007a). Pour s'assurer du caractère lucratif de leurs entreprises commerciales, les autorités françaises encadrèrent leurs contacts avec les Autochtones par des traités « de paix et d'amitiés ». Toutefois, même s'il est possible de croire que ces ententes étaient une façon de reconnaître l'indépendance et la souveraineté des uns par rapport aux autres (CRPA, 1996a), ils étaient vraisemblablement des outils servant au maintien d'un climat politique profitable à l'exploitation des ressources naturelles (Frideres, 1988; Le Puloch, 2007a).

La fin de la Guerre de Sept ans et la cession du Canada aux autorités britanniques amenèrent une autre politique territoriale dans la nouvelle colonie anglaise. Cette nouvelle politique d'expansion (Lacoursière 1995) et les tensions de plus en plus vives avec les Autochtones amenèrent la Couronne britannique à régulariser et à pacifier ses relations avec ces derniers (Armitage, 1995; Dickason, 1997). Ce changement prit alors la forme de la Proclamation royale qui, promulguée le 7 octobre 1763, assurait la reconnaissance des droits territoriaux des Autochtones sur les terres n'ayant pas été cédées.

« Et comme il est juste, raisonnable & essentiel à nos intérêts & à la sureté de nos colonies que les différentes nations de sauvages avec lesquelles nous avons quelques relations & qui vivent sous notre protection, ne soient ni inquiétées & ni troublées dans la possession de telles parties de nos domaines & territoires comme ne nous ayant pas été cédés, ni achetés par nous, leur sont réservés, ou à aucun d'eux, comme leur pays de chasse. » (CRPA, 1996b)

Subséquentement, des alliances militaires vinrent renforcer les relations de nations à nations qu'entretenaient les Amérindiens et les Britanniques (Armitage, 1995; Francis, 1984). De 1775 jusqu'à la pacification des relations britano-américaines, la Révolution américaine et les risques d'invasion inhérents à la situation tendue entre l'Empire britannique et ses treize anciennes colonies américaines forcèrent la Couronne à entretenir des relations pacifiques avec les Autochtones canadiens (Allen, 1975; Dickason, 1997).

En bref, la première période, s'étendant du début de la présence française jusqu'à la conclusion des guerres britano-américaines, fut marquée par les alliances commerciales et militaires entre les Européens et les Amérindiens. Ces alliances marquèrent des relations qui, en raison des enjeux impliqués, assurèrent une liberté politique relativement grande aux Autochtones. Toutefois, ces relations qui se basaient sur des principes de reconnaissance et de négociation de nations à nations ne furent qu'éphémères.

De la domination à l'assimilation

La seconde période de relation entre les Britanniques et les Autochtones s'est amorcée avec l'ajournement des conflits et des tensions militaires entre leurs colonies d'Amérique du Nord et les États-Unis. Au cours du XIX^e siècle, l'expansion et la consolidation du territoire devinrent les principaux objectifs des autorités britano-canadiennes. La fin des hostilités à la frontière sud fit du coup perdre aux Autochtones leur statut d'alliés militaires (Allen, 1975; Frideres, 1988). La CRPA estime que la fin de la période de dépendance mutuelle qui avait apporté des relations de nations à nations entre les Européens et les Autochtones changea avec la nouvelle hégémonie du pouvoir

britannique sur le territoire canadien. Elle caractérise cette période comme une ère de domination, de paternalisme et d'assimilation (CRPA, 1996a).

Frideres (1988) avance qu'afin de « civiliser » les Autochtones, les autorités coloniales cherchèrent dès 1830 à faire d'eux des « agriculteurs-chrétiens-britanniques ». Pour les autorités de l'époque, cette transformation ne pouvait se faire que par leur sédentarisation, véritable outil d'assimilation (Armitage, 1995; Francis, 1984). Le véritable coup d'envoi de la nouvelle politique britannique fut lancé en 1837 par le *House of Commons Select Committee on Aborigines* qui élaborait une série de politiques visant la civilisation des Autochtones sous l'égide de l'Empire britannique (Armitage, 1995). La première démonstration canadienne de cette nouvelle politique prit forme sous le *Crown Lands Protection Act* de 1839 qui faisait des terres indiennes des propriétés de la Couronne. Par l'octroi de semences et la construction d'écoles sur les réserves, les Autorités visaient à assimiler les Indiens par l'éducation d'un mode vie et d'une morale compatibles aux traditions britanniques (Armitage, 1995; Frideres, 1988). En 1850 et 1851, deux lois furent votées afin d'interdire la vente des terres amérindiennes sans l'autorisation de la Couronne, d'exclure toutes formes de taxation des réserves et de définir le statut d'Indien. En 1857, le *Act for the Gradual Civilization of the Indian Tribes* eut pour but d'encourager les Amérindiens, par l'octroi d'une compensation, à s'affranchir de leur statut d'Indien et de s'assimiler à la société canadienne. En 1869, le Parlement canadien adopta ce qui allait résumer l'essentiel de sa politique d'assimilation pour le siècle à venir avec le *Enfranchisement Act*, stipulant notamment qu'une femme indienne mariant un non-Indien perdait son statut (Frideres, 1988).

La décennie 1870 marqua un tournant important dans les relations entre les autorités britanniques, dès lors représentées par le gouvernement fédéral du Dominion du Canada, et les Amérindiens. La politique indienne, qui avait été jusqu'alors davantage orientée vers la domination et le paternalisme, adopta une position beaucoup plus assimilationniste (Frideres, 1988). Les autorités fédérales développèrent des mesures visant à accroître l'autosuffisance des Indiens et l'augmentation des primes à l'affranchissement, et rendant obligatoire l'enseignement scolaire chez leurs jeunes. En 1876, le gouvernement fédéral consolida ses nombreuses lois en sa première Indian Act. Cette dernière, dont les visées étaient clairement assimilationnistes (Armitage, 1995), trouva écho dans un rapport du ministère de l'Intérieur qui, dès 1876, montrait des signes paternalistes et assimilationnistes.

« Notre loi sur les Indiens repose en général sur le principe selon lequel les autochtones doivent être maintenus sous notre tutelle et traités comme les pupilles ou les enfants de l'État. La sagesse et le devoir nous enjoignent de faire accéder l'Indien, par l'éducation et d'autres moyens, à un niveau supérieur de civilisation en l'encourageant à assumer les privilèges et les responsabilités d'un citoyen à part entière. » (CRPA, 1996a)

Le *Indian Advancement Act* de 1884, en plus d'instituer les conseils de bandes présidés par un agent des Affaires indiennes, vint quant à lui limiter les possibilités d'insurrections des Amérindiens en interdisant la vente de munitions aux Autochtones et bannir les traditions qui semblaient interférer dans le processus d'assimilation (Armitage, 1995; Frideres, 1988).

À cette même période, les pressions économiques et les dangers inhérents au peuplement de l'ouest sans l'assentiment des Autochtones habitant les terres convoitées amenèrent le gouvernement fédéral à s'engager dans une vaste entreprise de négociation. De 1871 à 1877, le gouvernement fédéral signa sept traités avec les Autochtones des

régions correspondant aujourd'hui aux territoires de l'Ouest ontarien et du sud des Prairies. Ces premiers traités furent essentiellement dictés par des motifs de peuplement. De 1899 à 1921, le gouvernement entreprit une seconde ronde de négociations, avec la signature de quatre traités, dont l'objectif fut de mettre la main sur les ressources naturelles de vastes territoires (Frideres, 1988). Dans tous les cas, les traités encadraient l'extinction des droits territoriaux des Autochtones contre un usage exclusif de terres réservées et une assistance financière et matérielle. Malgré les présomptions véhiculées par les autorités de l'époque, les traités furent vraisemblablement rédigés avant même les négociations avec les Autochtones, et lorsque des ententes orales furent conclues, elles furent souvent exclues des traités finaux (Frideres, 1988). De cette façon, les traités eurent pour principales conséquences de renforcer la domination du gouvernement fédéral sur les Indiens (CRPA, 1996a). Les mesures d'assistance offertes à l'époque se transformèrent vite en mesures assimilationnistes.

« Pour les autochtones, ces traités étaient destinés à trouver des moyens de partager les terres et les ressources avec les colons, sans rien perdre de leur indépendance. Mais pour les représentants de la Couronne, les traités étaient simplement devenus un outil destiné à débarrasser les terres convoitées de la présence des autochtones. » (CRPA, 1996a)

La tendance assimilationniste décrite tant par Frideres que la CRPA se poursuivit jusqu'à la parution en 1969 du Livre blanc du gouvernement fédéral. Cet énoncé sur la nouvelle politique canadienne en matière autochtone recommandait la fin d'un traitement « discriminatoire » à l'égard des Indiens afin de favoriser leur intégration à la société canadienne. Au nom de l'émancipation et de l'équité entre les Indiens et les non-Indiens, le gouvernement fédéral visait ni plus ni moins que l'extinction des droits des Indiens et

l'abolition de son statut juridique reconnu par la Proclamation royale et l'Acte constitutionnel de 1867 (Frideres, 1988).

La parution du Livre blanc provoqua une réaction de rejet unanime de la part des Autochtones et encouragea leur mobilisation face à cette nouvelle politique « égalitariste » (CRPA, 1996a). Les pressions exercées par ces derniers amenèrent l'abandon en 1971 (Frideres, 1988) de la politique d'assimilation et apportèrent une nouvelle ère de revendications autochtones.

Négociation et renouveau

La mobilisation créée par le Livre blanc conduisit à la mise sur pied d'organisations autochtones régionales et pancanadiennes dont l'objectif principal fut de contester le sort qui leur était réservé par la revendication de droits territoriaux et politiques plus étendus. L'argumentaire des Autochtones tenait sur le fait que leur présence sur le territoire canadien était antérieure à celle des Européens et que celle-ci leur garantissait des droits sur les terres occupées (Frideres, 1988). Le tribunal reconnut partiellement cet argument en 1973.

Dans un jugement rendu par la Cour suprême le 31 janvier 1973, dans ce qui est aujourd'hui convenu d'appeler l'Affaire Calder, la magistrature reconnut unanimement que les droits ancestraux des Autochtones étaient préexistants à la colonisation européenne et que ceux-ci demeuraient valides aussi longtemps qu'ils n'étaient pas éteints par traité (Raynard, 2000; Woolford, 2004). Le jugement rendu par la plus haute instance juridique du Canada venait donc invalider la position canadienne selon laquelle seuls les droits autochtones émanant des traités étaient existants (Le Puloch, 2007b). Pour se conformer au jugement, le gouvernement fédéral annonça alors un changement de sa politique afin de

respecter ses obligations légales et recevoir les revendications des Autochtones (Frideres, 1988). Il proposa alors de chercher à régler les demandes formulées sur la base de nouveaux accords.

D'une part, le gouvernement ouvrit la porte au règlement de litiges avec les bandes autochtones ayant déjà signé des accords. Les « accords de revendications particulières » eurent pour objectif de négocier des ententes avec les Autochtones qui estimaient que le traité dont ils dépendaient était non respecté. En second lieu, dans le but de se conformer à la décision de la Cour suprême, les autorités fédérales acceptèrent de négocier avec les Autochtones non-signataires d'un traité. Dans le cadre des « accords de revendications globales », le gouvernement ouvrit la porte à la négociation avec les nations autochtones des régions où aucun traité n'avait été signé, soit la Colombie-Britannique, le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nord du Québec (Le Puloch, 2007b).

En somme, l'arrêt Calder et l'adaptation de la politique canadienne face aux revendications autochtones apportèrent une ère de négociations et une période de renouveau pour la reconnaissance des droits ancestraux au Canada.

La Convention de la Baie-James et du Nord québécois

Le premier exemple du renouveau annoncé par les autorités canadiennes se manifesta par un accord conclu sur le territoire nord-québécois. Dans la foulée du développement économique du Québec, le premier ministre du Québec, Pierre Bourassa, annonça en 1971 le Projet de la Baie-James, la construction d'un immense complexe de barrages hydroélectriques. Les plans de ce chantier prévoyaient de dévier le flux des rivières Eastmain, Opinaca et Caniapiscau au sein de cinq réservoirs artificiels, d'une superficie équivalente à la moitié du lac Ontario (11 900 km²), situés sur la rivière La

Grande (Marsh, 2009). L'annonce du projet suscita la stupéfaction et l'opposition des Cris de l'Iiyiyiu Aschii qui, alors qu'ils habitaient au cœur de la région de la Baie-James, n'avaient été ni consultés ni avertis de la réalisation d'un projet d'une telle ampleur.

Devant le refus du gouvernement provincial de négocier, et la menace que provoquait la déviation des rivières et la construction des réservoirs, les Cris de l'Iiyiyiu Aschii, accompagnés des Inuits de l'Ungava, portèrent leur cause devant le tribunal pour obtenir une injonction interlocutoire. Le 15 novembre 1973, la Cour supérieure du Québec donna raison aux contestataires. Dans son jugement, le juge Malouf accepta la preuve *prima facie* exposée par les Autochtones et reconnu l'existence de leurs droits ancestraux sur la région de la Baie-James. Il reconnut également que les travaux entrepris mettaient en péril la survie des Autochtones de la région dont le mode de vie reposait encore sur des activités économiques traditionnelles et, pour cette raison, le juge Malouf ordonna l'arrêt des travaux. Même si ce jugement fut par la suite renversé en Cour d'appel du Québec, il apporta néanmoins une crédibilité aux revendications des Cris (Le Puloch, 2007a).

Nonobstant la décision de la Cour d'appel, le gouvernement du Québec entreprit de négocier avec les opposants autochtones. Au mois de novembre 1975, les négociations aboutirent à un accord entre les Cris et les Inuits, le gouvernement du Québec et le gouvernement du Canada. Cette entente, appelée la Convention de la Baie-James et du Nord québécois (CBJNQ), permit aux signataires autochtones de recevoir des compensations monétaires pour les pertes associées à la réalisation du projet hydroélectrique et accorda plus d'autonomie dans la gestion du territoire et des institutions publiques.

La CBJNQ constitue le premier accord de revendication globale négocié entre les gouvernements du Canada et du Québec et des Autochtones. Suivant la nouvelle politique canadienne en matière de revendication autochtone, la CBJNQ est qualifiée comme « the longest-standing example, within provincial borders, of a comprehensive modern treaty negotiated with people not formerly covered by late nineteenth and early twentieth-century treaties » (p.6) (Scott, 2001). Pour la première fois de l'histoire du Canada, un groupe autochtone se vit accorder un rôle substantiel dans les processus de prise de décision sur les plans politiques, économiques et sociaux (Frideres, 1988).

Comme nous l'avons illustré dans cette première partie de la recension des écrits, la démographie des Autochtones du Canada a connu de grands écarts depuis l'arrivée des premiers Européens. En l'absence de données sociosanitaires plus raffinées, nous ne pouvons que postuler que les changements observés à travers les siècles traduisent l'évolution de la « santé relative » des Autochtones. Nous avons également assisté à la description de l'évolution de la situation politique des Autochtones à travers différentes époques. Après avoir été les alliés des Européens pour la conquête du continent, puis avoir été soumis à des mesures de domination et d'assimilation de la part des Britanniques et des Canadiens, les Autochtones canadiens ont renoué, il y a plus d'une trentaine d'années, avec une plus grande autonomie. Les différents aspects dévoilés sur la CBJNQ ont démontré que le premier traité de revendications globales ne s'est pas limité à l'octroi de pouvoirs économiques, mais il a également accordé d'importants pouvoirs décisionnels aux Cris.

La santé et ses déterminants

Pour répondre aux besoins de ce mémoire, nous définirons d'abord comment la santé se construit dans un monde où ses influences sont multiples. En second lieu, nous

étudierons plus en profondeur comment l'univers social interagit avec la santé et quelle importance il revêt dans son processus de fabrication.

Les approches systémique et holistique de la santé

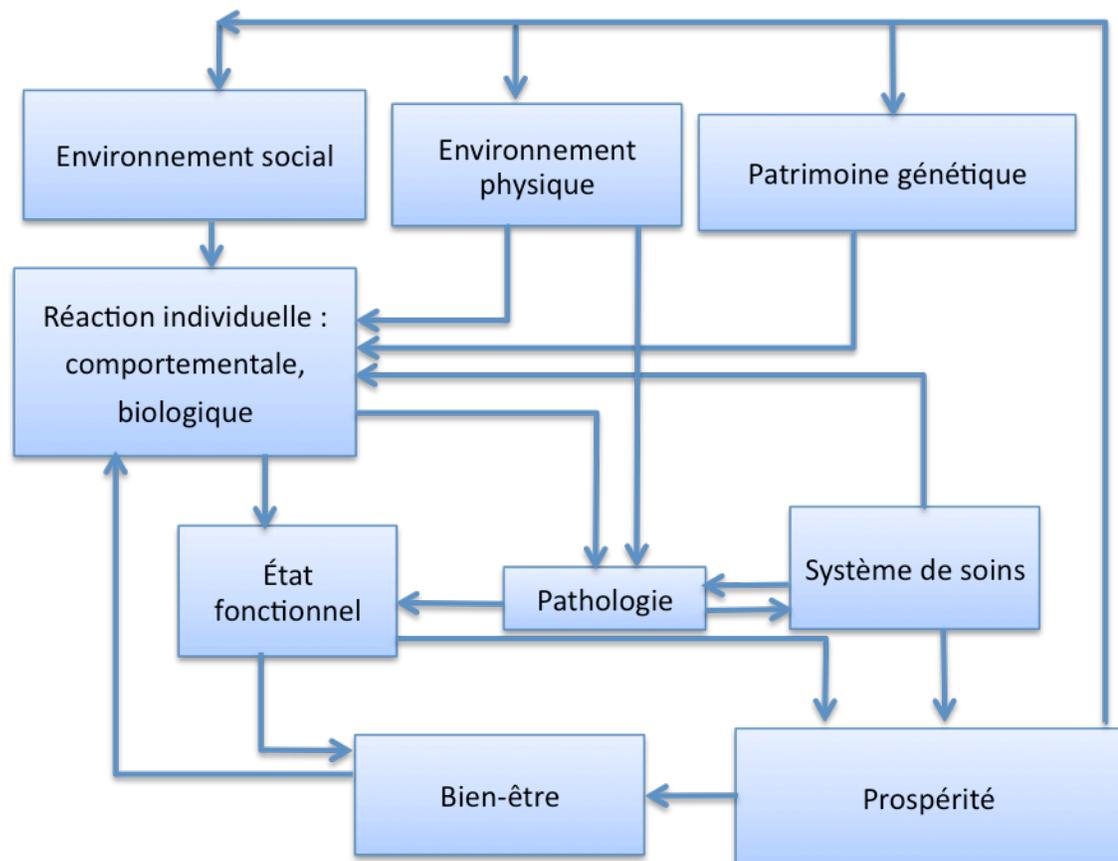
L'approche systémique (ou écologique) de la santé s'inscrit dans la reconnaissance des lacunes de la conception biomédicale de la santé, c'est-à-dire une conception basée principalement sur l'approche médicale et le traitement des maladies (Lalonde, 1974). L'approche initiée dans ce rapport, et successivement réaffirmée dans les Chartes d'Alma-Ata (1978), d'Ottawa (1986) et de Bangkok (2005), invite à l'inverse à percevoir la santé comme le produit de plusieurs facteurs dont les origines sont toutes autant multiples que diversifiées.

Cette conception qui se rapporte autant aux paramètres, ou déterminants, de la biologie, de l'environnement et du social est dite systémique puisque « l'ensemble des facteurs de santé forme un système où les éléments s'influencent réciproquement, et où la santé est vue comme la résultante des relations entre les facteurs du système et non pas d'un élément pris séparément » (Lacourse 2002, p.64).

La relation dynamique entre les déterminants et l'interrelation entre les déterminants et la santé décrites par Lacourse trouvent écho dans les propos d'Evans et ses collaborateurs (1994). Ceux-ci montrent que la santé des populations est la résultante de nombreux déterminants dont la somme des impacts se reflète sur l'état de santé des populations. Evans et Stoddart (Evans & Stoddart, 1994) présentent un modèle de production de la santé inspirée du rapport Lalonde. Ils identifient plusieurs déterminants dont les variations entre les populations apportent des explications sur la différence des états de santé. Parmi ces

facteurs, nous retrouvons le remodelage de ceux initialement parus dans le rapport Lalonde, c'est-à-dire les déterminants biologiques, l'environnement, les habitudes de vie et les soins de santé, mais aussi de nouveaux de déterminants. Également, les auteurs explicitent la notion de bien-être qui est selon eux, en complémentarité avec la santé, le véritable objectif recherché. Le schéma ci-dessous reprend la démonstration faite par les auteurs.

Figure 2 : Le processus de production de la santé et du bien-être



(Evans & Stoddart, 1996, p. 66)

D'après le modèle de Evans et Stoddart, les déterminants s'inscrivent dans un processus dynamique de production de la santé dans lequel les interactions entre déterminants et santé sont multiples et variées. Selon cette conception, le processus de production de la santé revêt un caractère plus complexe que celle initialement proposée par le rapport Lalonde. La complémentarité des déterminants, les différences de réponses individuelles provoquées de même que le niveau de prospérité économique agissent tous non seulement sur la santé, c'est-à-dire sur l'absence de maladie, mais également sur l'état de bien-être individuel. Cette notion de bien-être, défini comme la satisfaction envers la vie, devient le but recherché par toute politique publique, du moins dans les États démocratiques (Evans & Stoddart, 1994). Cette notion, telle qu'explicitée par Evans et Stoddart, s'harmonise avec une seconde vision de la santé, celle de conception holistique.

Feather (1991) décrit l'approche holistique comme étant une conception de la santé culturellement adaptée aux traditions autochtones du Canada.

« The Native concept of health ... is said to be holistic because it integrates and gives equal emphasis to the physical, spiritual, mental and emotional aspects of the person. The circle is used to represent the inseparability of the individual, family, community and world ... The circle (or wheel) embodies the notion of health as harmony or balance in all aspects of one's life ... [Human beings] must be in balance with [their] physical and social environments ... in order to live and grow. Imbalance can threaten the conditions that enable the person ... to reach his or her full potential as human being. » (p.1-2; tiré de (Mercer, 2001), p.144)

Hunter et collaborateurs (2006) corroborent les propos de Feather en décrivant eux aussi la conception holistique de la santé comme partie prenante des cultures autochtones. Ils avancent que l'objectif recherché, le bien-être, se produit lorsqu'une double harmonie se réalise entre, d'une part, les quatre composantes de l'être humain (l'esprit, la psychologie, les émotions et le corps) et, d'autre part, l'homme et son environnement social et physique.

D'autre part, Worry (1998) décrit que l'approche holistique, à l'opposé du modèle biomédical, cherche à résoudre divers problèmes de santé par une solution globale plutôt que par des solutions segmentées.

Comme nous pouvons le voir, l'approche holistique s'harmonise avec l'approche développée par Evans et Stoddart puisque toutes deux se basent sur l'influence et l'interdépendance des déterminants environnementaux et individuels. À ce titre, Lacourse (2002) estime qu'en raison de la place qu'il accorde à la santé, le modèle systémique se veut « fondamentalement holiste, dans le sens où il situe un événement particulier, la maladie, dans l'ensemble des composantes ou dimensions de l'univers dans lequel il est vécu » (p.).

En somme, notons que les similitudes identifiées entre la conception systémique et holistique de la santé permettent de dégager un certain nombre de notions partagées par chacune des approches. En lien avec l'objet de notre étude, nous nous attarderons à présenter les principaux déterminants sociaux dont les effets sur la santé ont été maintes fois documentés.

Les déterminants sociaux de la santé

Sur la scène scientifique, notons qu'une première enquête a démontré dès 1967 l'effet de la position socioéconomique sur la santé. La première phase de Whitehall Study, une étude longitudinale qui suivit 18 000 fonctionnaires de la Couronne britannique, a permis de constater que les personnes situées au bas de la hiérarchie professionnelle mouraient prématurément en comparaison de leurs collègues mieux positionnés (Ferrie, 2004). Les résultats préliminaires de la seconde phase de Whitehall Study, initiée en 1985

et se poursuivant jusqu'en 2011, et qui englobe 10 308 fonctionnaires londoniens, ont pour leur part déjà contribué à définir certains impacts qu'ont les déterminants sociaux sur la santé (Ferrie, 2004).

En lien avec l'approche systémique, et holistique, et les découvertes initiées par Whitehall Study I et approfondies subséquemment, nous présenterons au cours des prochaines pages comment les déterminants sociaux interviennent dans le processus de fabrication de la santé. Pour illustrer nos propos, nous présenterons ces déterminants sous la forme de deux catégories souvent reprises dans la littérature scientifique, soit les déterminants socioéconomiques et les habitudes de vie.

Les déterminants socioéconomiques

L'importance des déterminants socioéconomiques s'est révélée cruciale à travers plusieurs enquêtes, notamment dans celles de Whitehall et de Helsinki, qui ont démontré l'existence de liens forts entre eux et la santé (Lahelma, Martikainen, Laaksonen, & Aittomäki, 2004; Marmot & Wilkinson, 1999). À partir des informations présentes dans la littérature scientifique, nous illustrerons ici quelques-uns de ces liens.

L'un des premiers déterminants à avoir fait l'objet de nombreuses enquêtes, et pour lequel les démonstrations de son impact sur la santé ont été abondantes, est celui de la scolarité. À cet effet, le grand nombre de publications scientifiques suffit à décrire l'immense intérêt qu'a suscité l'éducation depuis plusieurs décennies déjà. Les nombreux écrits publiés par Caldwell (2003; 1979; 1990, 1993; 1985), Ross & Wu (1995), et Bloom (2007), pour ne nommer que quelques exemples, ont tous servi à appuyer la corrélation selon laquelle un niveau élevé d'éducation est associé à un meilleur état de santé à l'échelle populationnelle. Poursuivant sur le sujet, des auteurs tels que Silles (2009), Cutler &

Lleras-Muney (2006), Cooper et collaborateurs (2006), Lleras-Muney (2005) et Adams (2002) ont pour leur part quantifié les effets de la scolarité sur la santé. Ils ont notamment démontré qu'une année de scolarité supplémentaire augmente de 4,5% à 5,5% la probabilité d'être en bonne santé (Silles, 2009) et que l'éducation allonge l'espérance de vie après 35 ans d'une à sept années (Lleras-Muney, 2005).

Le second déterminant à faire l'objet d'une brève présentation, et dont l'effet est associé au premier, est celui de l'emploi. Reconnu pour être un déterminant important depuis la première enquête de Whitehall, Siegrist & Theorell (2006) identifient que le travail et l'activité professionnelle en général, et les conditions dans lesquelles ils s'exercent, ont un effet direct sur la santé, variable selon le stress et les dangers qui leur sont sous-jacents. D'autre part, le chômage, par l'insécurité et la vulnérabilité qu'il procure, est identifié comme étant associé négativement à la santé (Bartley, Ferrie, & Montgomery, 1999). Cooper et collaborateurs (2006) démontrent à cet effet que les chômeurs ont 1,22 à 4,13 fois plus de chance d'être frappé par un épisode de mauvaise santé que ceux qui sont en emploi. Malgré la grande variabilité des résultats existants, la majorité de ceux-ci révèle que le chômage est un facteur compromettant la santé à plusieurs égards.

Pour faire suite au rôle qu'entretient le chômage sur la santé, enchaînons avec le revenu qui, comme l'illustre la littérature scientifique, s'avère avoir un impact sur la santé. Toutefois, les études sur le revenu et les inégalités de revenu chez les populations présentent un constat ambigu de ses effets (Kondo & Kondo, 2008; Wilkinson & Pickett, 2006). Les causes de cette ambiguïté s'enracinent vraisemblablement dans la variabilité de l'influence du revenu selon les régions étudiées. Les États dont les politiques sociales assurent une redistribution plus large des richesses, par l'accès universel à des soins de

santé par exemple, tendent à limiter les effets du revenu sur la santé (Kondo & Kondo, 2008). Malgré cela, Subramanian, Belli & Kawachi (2002) notent qu'en dépit des variations des effets du revenu, ceux-ci sont tout de même présents dans chaque société puisqu'il est possible d'observer des variations importantes de santé selon les niveaux de richesse au sein d'une même population. Cooper, McCausland & Theodossiou (2006) quantifient que les écarts de revenu peuvent augmenter les risques de rencontrer un épisode de mauvaise santé de 30% chez les personnes du quintile le plus défavorisé comparativement aux plus nantis du quintile supérieur.

Enfin, le dernier déterminant socioéconomique à faire l'objet d'une revue est celui du logement. La littérature savante comprend plusieurs indications selon lesquelles des conditions de surpeuplement sont associées à une mauvaise santé mentale, à des troubles sociaux et à une morbidité plus élevés (Dunn, 2000; Evans & Palsane, 1989; Shaw, 2004; Shaw, Dorling, & Smtih, 1999). Comme l'indiquent Solarie et Mare (2007), le niveau de stress élevé associé au surpeuplement des milieux familiaux accroît la probabilité chez les plus jeunes de développer des problèmes comportementaux et de compromettre leur réussite scolaire (Evans, Lepore, Shejwal, & Palsane, 1998; Evans, Saegert, & Harris, 2001). Ces effets peuvent entraîner des conséquences perturbant le développement des enfants et conditionner leur futur (Booth & Cowell, 1976).

En définitive, par le recours aux travaux présentés, nous avons pu démontrer que les quatre déterminants socioéconomiques illustrés précédemment ont tous un effet sur la santé. Nous verrons maintenant comment les habitudes de vie peuvent à leur tour influencer la santé.

Les habitudes de vie

Selon la littérature scientifique, les habitudes de vie constituent la catégorie de déterminants ayant le plus grand impact sur la santé (Evans & Stoddart, 1994). Initialement perçues comme la conséquence de choix individuels, les habitudes de vie se révèlent aujourd'hui plutôt comme étant fortement conditionnées par des éléments culturels (Evans & Stoddart, 1994). Afin de mieux être en mesure de comprendre leurs impacts sur la santé, nous présenterons ici un sommaire des connaissances actuelles pour les habitudes de vie qui se rattache à notre objet de recherche. Dans cet objectif, nous présenterons quatre habitudes de vie affectant particulièrement les Autochtones, soit la pratique des activités traditionnelles, la connaissance d'une langue ancestrale, la consommation d'alcool et le tabagisme.

La littérature savante définit les activités traditionnelles comme étant celles reliées au mode de vie traditionnelle des Autochtones, soit la chasse, le piégeage, la pêche, et la cueillette (Kirmayer, Simpson, & Cargo, 2003). Kirmayer et ses collaborateurs avancent que ce type d'activité est culturellement adapté aux Autochtones en raison de leur relation avec l'environnement. Les auteurs définissent ces derniers comme étant écocentrique, par opposition à égocentrique, c'est-à-dire en relation constante avec la nature (Kirmayer, Simpson, & Cargo, 2003; Kirmayer, Boothroyd, Tanner, Adelson, & Robinson, 2000). La poursuite de ces activités traditionnelles, dont la composante principale se trouve axée sur la relation avec la nature, a été documentée pour avoir des effets bénéfiques sur la santé. Kirmayer et ses collaborateurs (2000) écrivent : « Increased time in the bush may confer mental health benefits by increasing family solidarity and social support, reinforcing cultural identity, improving physical health with nutritious bush foods and exercise, or

providing respite from the pressures of settlement life » (p.50). On retrouve également dans la littérature scientifique que la pratique des activités traditionnelles constitue un frein à l'acculturation, elle-même responsable de problèmes sociaux et mentaux (Kirmayer et al., 2007).

Un second déterminant culturel à s'être révélé important dans la littérature est celui de la pratique des langues autochtones. O'Sullivan (2003) constate que l'utilisation d'une langue ancestrale ne vise pas à remplir un besoin communicationnel, puisque n'importe quelle autre langue pourrait le faire, mais satisfait plutôt un besoin collectif de renforcer une identité de groupe. Kirmayer (1994) décrit l'utilité de celle-ci comme un rempart à l'acculturation qui touche de nombreux d'Autochtones, et plus particulièrement des jeunes, et dont les principales conséquences s'illustrent par une hausse des maladies mentales. À cet égard, la littérature révèle une association très forte chez les autochtones entre le suicide et la connaissance d'une langue ancestrale (Chandler & Lalonde, 1998; Hallett, Chandler, & Lalonde, 2007). Hallett et collaborateurs (2007) ont mesuré que les taux de suicide étaient jusqu'à sept fois plus élevés chez les groupes ne possédant pas ou peu de connaissance des langues autochtones par rapport à ceux en ayant une connaissance élevée.

Le déterminant suivant, dont la relation avec la santé est connue et étudiée depuis très longtemps déjà, est celui du tabagisme. La littérature scientifique abonde en effet de plusieurs démonstrations selon lesquelles la consommation de tabac est associée à l'augmentation des risques de développer des cancers, des maladies cardiovasculaires et des pathologies respiratoires chroniques (Kuper, Adami, & Boffetta, 2002; Le Faou & Scemama, 2005). De plus, il a été démontré que bien que le tabagisme soit répandu à travers tous les groupes sociaux, il y est inégalement pratiqué. En effet, Evans (1994),

Jarvis & Wardle (1999) et Mackenbach (2006) démontrent tous que la prévalence de fumer est directement liée à la défavorisation du statut socioéconomique des individus, et que l'abandon du tabagisme lui est inversement associé.

Le dernier déterminant, comme celui du tabagisme, est lui aussi reconnu pour son impact sur la santé. Une revue des conséquences épidémiologiques nous indique que la consommation d'alcool à haut volume favorise le développement de cancers et de maladies cardiovasculaires et accentue les risques de mortalité accidentelle (Rehm et al., 2003; Room, Babor, & Rehm, 2005). L'importance de ce déterminant sur la santé se mesure également d'après l'évaluation faite par Makela et ses collaborateurs (1997) qui ont estimé que l'alcool est responsable de 11% des décès qui surviennent chez les hommes de 20 ans et plus. Enfin, comme pour le tabagisme, la consommation d'alcool va de pair avec le statut socioéconomique alors qu'elle s'accroît chez les groupes défavorisés et diminue chez les plus favorisés (Mackenbach et al., 2003; Makela, Valkonen, & Martelin, 1997).

La présentation du portrait démographique des Autochtones canadiens et la lecture de la trame historique et politique des derniers siècles, tels que présentés dans ce chapitre, ouvrent la voie à de nombreux questionnements. Tout autant, la démonstration du dynamisme du processus de production de la santé et du bien-être confirme l'importance de multiples déterminants et nous laisse sans réponse quant à l'impact de la situation sociale des Autochtones sur leur propre santé. Également, les changements politiques observés ces dernières décennies en parallèle à l'explosion démographique rapportée précédemment nous portent à nous questionner sur les effets qu'a eu la première sur la seconde. En bref, l'esquisse de la situation démographique et politique présentée dans ce chapitre soulève plus de questions qu'elle n'en résout. Afin de répondre à quelques-unes d'entre elles, nous

verrons dans le prochain chapitre comment s'articuleront certains des questionnements soulevés ici.

Problématique

Comme il l'a été explicité précédemment, en l'absence d'indicateurs plus fins, la démographie demeure la seule mesure pouvant traduire la situation de la « santé relative » des Autochtones au fil des siècles passés. Celle-ci a d'ailleurs démontré que la population autochtone du Canada a beaucoup fluctué depuis l'arrivée des premiers Européens. L'esquisse historique des contacts entre Européens et Autochtones a établi pour sa part que les relations entre ces deux groupes ont connu différentes périodes où des rapports de force irréguliers se sont exercés à des niveaux variables. Nous avons ainsi pu voir que la période des premiers contacts fut caractérisée par une forte population autochtone. La période suivante où les relations politiques ont davantage pris la forme de rapports de domination et de mesures assimilationnistes a enregistré une faible présence démographique autochtone. Enfin, la période de négociation et renouveau initiée par l'éveil de la mobilisation politique des Autochtones a quant à elle été accompagné par une forte croissance de sa population, supérieure à celle des autres Canadiens.

En dépit des événements concurrents ayant pu produire des effets sur la croissance ou la décroissance de la population autochtone, il est pertinent de se demander si les relations politiques entre les Européens et les Autochtones ont eu un impact sur la santé, et la démographie, de ces derniers. En lien avec ce que nous avons illustré sur l'approche systémique et la conception holistique, nous savons maintenant que la santé résulte de nombreux facteurs. Nous avons pu illustrer que les déterminants biologiques, l'environnement physique et les soins de santé jouent tous un rôle dans la production de la santé. Or, nous avons également démontré que l'environnement social, et de surcroît

politique, joue un rôle également important dans l'atteinte du bien-être. Pour ces raisons, il semble pertinent et justifié de nous intéresser aux effets des politiques *indiennes* sur la santé des Autochtones au Canada.

Pour aborder ce questionnement et lui apporter une réponse, le présent mémoire analysera l'impact sanitaire de la nouvelle politique sur les accords de revendication globale mis en œuvre en 1973. Cherchant à promouvoir l'autonomie gouvernementale des Autochtones, ce nouveau type d'entente fut signé pour la première fois sur le territoire nord-québécois le 11 novembre 1975. La population crie de l'Iiyiyiu Aschii, signataire de l'entente, fut ainsi la pionnière des Premières nations à se voir octroyer une forme relativement grande d'autonomie politique. Détaillée par la Convention de la Baie-James et du Nord québécois, l'autonomie accordée aux Cris en 1975 fut vraisemblablement l'instigatrice de nombreux changements socioéconomiques, d'une part, et sanitaires, d'autre part. Pour permettre d'orienter le questionnement soulevé ici et encadrer son analyse, permettons-nous maintenant de poser et détailler les questions de recherche auxquelles le présent mémoire tentera de répondre.

Questions de recherche

Suite aux changements démographiques et politiques observés depuis les quatre dernières décennies, et suite à l'important transfert de pouvoirs politiques accordé aux Cris de l'Iiyiyiu Aschii, il semble opportun de s'intéresser aux effets de la CBJNQ. Dans cette perspective, le présent mémoire tentera de déterminer si le contexte sociopolitique dans lequel a évolué les Cris depuis 1977, c'est-à-dire depuis l'entrée en vigueur de l'entente, a joué un rôle sur l'évolution de leurs déterminants sociaux, et de surcroît, sur leur état de

santé. Afin d'offrir une réponse à cette interrogation d'envergure, le présent mémoire visera à répondre à la question suivante :

La CBJNQ a-t-elle contribué de manière significative à l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et au progrès de l'état de santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii?

Pour répondre adéquatement à cette question de recherche, celle-ci se décomposera en quatre sous-questions plus spécifiques qui permettront d'apporter tour à tour des éléments de réponse à la question principale.

- Quelle est l'évolution des déterminants sociaux de la santé chez les Cris de l'Iiyiyiu Aschii depuis le début de la CBJNQ?

- Quelle évolution de l'état de santé a-t-on pu observer chez les Cris de l'Iiyiyiu Aschii depuis le début de la CBJNQ?

- L'autonomie politique (nouvelles structures politiques et administratives crées mises en place par la CBJNQ) a-t-elle joué un rôle dans les transformations sanitaires observées?

- La CBJNQ a-t-elle joué un rôle dans l'amélioration des déterminants sociaux de la santé et de l'état de santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii, et si oui comment?

Ultimement, la prise en compte de l'ensemble de ces questions devrait favoriser la compréhension des changements sociaux liés à la CBJNQ. Les changements observés pourront subséquemment révéler les impacts occasionnés par la Convention sur l'autonomie politique des Cris de l'Iiyiyiu Aschii et leur santé. Enfin, pour assurer la

rigueur scientifique à laquelle doit correspondre cet ouvrage, détaillons maintenant la méthodologie qui sera employée pour répondre aux questionnements soulevés ci-haut.

Méthodologie

Pour s'assurer de la validité scientifique de ce mémoire, la question de la méthodologie a occupé une place primordiale à chaque phase de son élaboration. Une brève description de la stratégie de recherche employée, du choix des populations à l'étude, de la collecte des données et de l'analyse des données sera présentée afin d'illustrer de manière succincte les chemins empruntés, et sans lesquels ce mémoire ne pourrait prétendre à la validité de ses résultats.

La stratégie de recherche

Pour arriver à ses fins, toute activité scientifique doit adopter une stratégie de recherche afin d'intégrer et d'articuler « l'ensemble des décisions à prendre pour appréhender la réalité empirique [et] de soumettre de façon rigoureuse les questions de recherches à l'épreuve des faits » (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 2005, p. 33).

Devant les questions de recherches précédemment exposées, il nous est apparu essentiel de miser sur une stratégie de recherche pouvant rendre le plus explicite possible l'évolution de la réalité à laquelle les Cris de l'Iiyiyiu Aschii sont confrontés depuis plus de trois décennies. Pour réaliser une telle entreprise, il s'est avéré primordial d'emprunter une stratégie permettant de faire ressortir les différences entre les Autochtones de l'Iiyiyiu Aschii et ceux de l'ensemble du Canada.

Dans cette perspective, la stratégie employée dans le cadre de ce mémoire a été celle de la recherche synthétique comparative, ou étude de cas. La complexité et la multiplicité

des facteurs à l'étude ont rendu nécessaire l'emploi d'une méthode apte à répondre aux différentes questions par la juxtaposition et la comparaison des phénomènes observés et mesurés. La puissance explicative d'une telle démarche devrait donc permettre de faire porter l'analyse sur la comparaison de la variabilité des différents attributs entre les unités d'analyse pour les populations étudiées (Contandriopoulos, Champagne, Potvin, Denis, & Boyle, 2005).

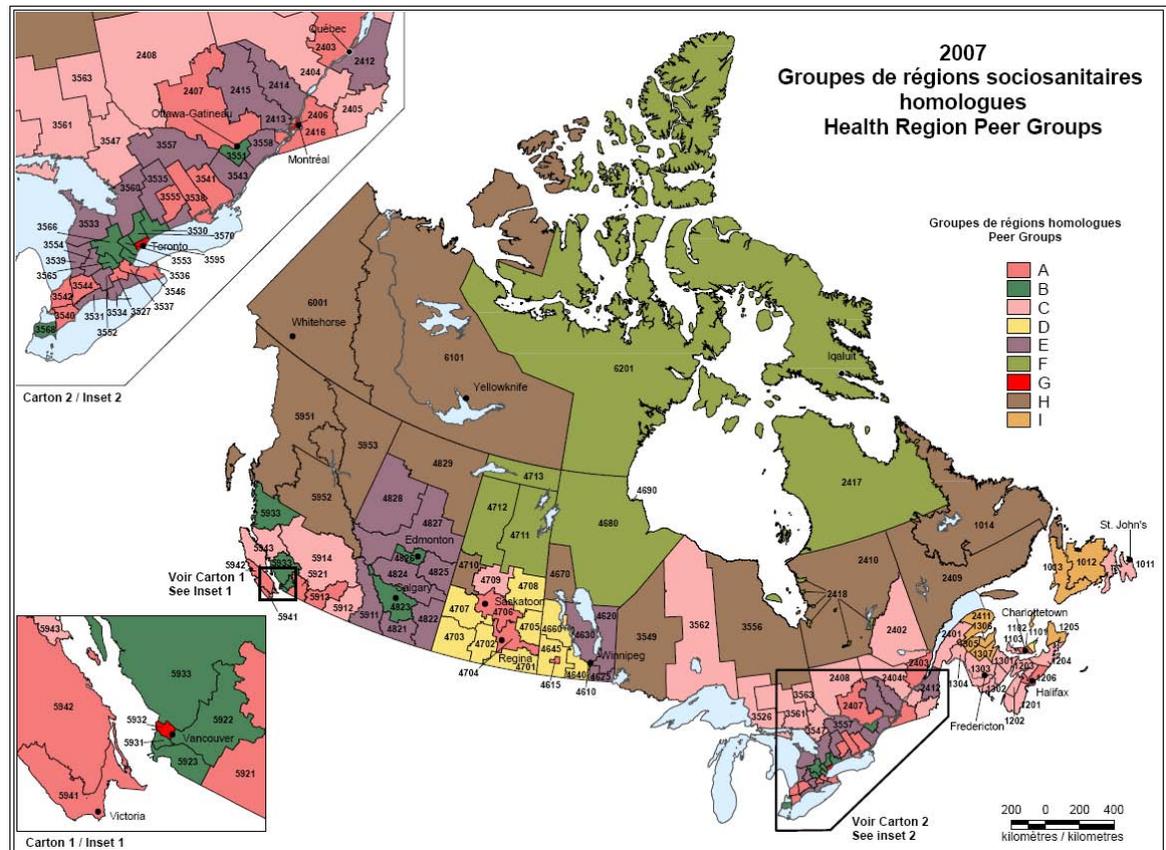
Le choix des populations à l'étude

Les populations à l'étude ont été divisées en trois catégories : expérimentale, témoin et barométrique. La première population, l'expérimentale, est celle qui occupe la place principale dans la problématique, soit les Cris de l'Iiyiyiu Aschii. Celle-ci correspond à la population qui a bénéficié de l'accord de revendication globale, et chez qui les effets de la CBJNQ seront mesurés. La seconde catégorie, la témoin, est celle qui correspond au groupe plus large auquel appartiennent les Cris, soit les Indiens inscrits vivant sur réserve. La similarité sociohistorique de ces deux premiers groupes les rend comparables à plusieurs égards sur le plan social et politique. En raisons de l'indisponibilité des données sur cette population pour certaines variables, la catégorie des populations témoins contiendra également des données sur l'ensemble des Indiens inscrits (à la fois ceux vivant sur et hors réserve) et sur les Autochtones canadiens.

Dans le but d'accentuer les comparaisons avec les Cris, deux autres populations comportant des caractéristiques sociales et/ou géographiques semblables à celle des Cris serviront de valeurs comparatives, à titre de populations témoins complémentaires. Ces populations sont regroupées au sein de groupes de régions sociosanitaires homologues (GRSH) (Statistique Canada, 2008a). Le premier GRSH retenu, identifié par Statistique

Canada comme la région F, comprend le territoire occupé par les Cris de la Baie-James. La population de ce premier GRSH présente des caractéristiques géographiques, démographiques et socioéconomiques très semblables à celle de l'Iiyiyiu Aschii. Les résidents de cette région représentent moins de 1% de la population canadienne et sont d'origine autochtone à 86%. La région F couvre les régions arctiques du Québec (dont l'Iiyiyiu Aschii), nordiques de l'Ontario, du Manitoba et de la Saskatchewan et le territoire du Nunavut dans son entier.

Le second GRSH, à l'image du premier, consiste en un regroupement de plusieurs régions éloignées majoritairement rurales. Toutefois, à l'inverse du GRSH F, le GRSH H est composé à 74% d'Allochtones. Le GRSH H comprend les régions du Yukon, du Territoire-du-Nord-Ouest, du nord de la Colombie-Britannique et de l'Alberta, de l'ouest et du nord-est de l'Ontario, de la zone subarctique du Québec et le Labrador, et représente 2,7% de l'ensemble des Canadiens. Ce GRSH sera comparé à l'Iiyiyiu Aschii en raison de l'éloignement partagé avec cette dernière. Pour visualiser les deux GRSH à l'échelle canadienne, regardons la carte suivante.

Figure 3 : Groupes de régions sociosanitaires homologues du Canada¹

(Statistique Canada, 2008a, p. 102)

Enfin, la population canadienne est celle qui servira de valeur comparative aux populations expérimentale et témoin. En tant que population barométrique, les évolutions observées au sein de la population canadienne serviront de point de comparaison aux évolutions chez les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et aux diverses populations témoins. Des données sur la population québécoise seront également présentées, mais celles-ci ne serviront qu'à donner une image plus large de la similarité de l'évolution enregistrée partout au Québec et au Canada.

¹ La région de l'Iiyiyiu Aschii (identifiée par le numéro 2418), même si elle est au cœur de la région H, est incluse dans la région F.

La collecte de données

En raison des contraintes liées à la problématique, nous avons eu recours à des données secondaires permettant de retracer a posteriori l'évolution sociale et sanitaire des différentes populations étudiées. Pour effectuer celle-ci, nous nous sommes donc tournés vers des sources de statistiques officielles. Nous avons concentré nos recherches sur les données servant à répondre aux questions sur les populations étudiées, soit celles décrivant l'évolution des déterminants socioéconomiques de la santé, des habitudes de vie et de l'état de santé.

Les variables sélectionnées pour décrire l'évolution des déterminants socioéconomiques de la santé se sont restreintes aux populations de l'Iiyiyiu Aschii, des Indiens inscrits vivant sur réserve, du Québec et du Canada, hormis les variables pour le logement où nous avons fait appel aux Autochtones de l'ensemble du Canada. Les sources utilisées ont été les données des recensements de 1971 à 2006 et les rapports du ministère des Affaires indiennes et du Nord (AINC) et ceux du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James (CCSSSBJ).

- Éducation :
 - Taux de diplomation d'études secondaires, 15 ans et plus, 1981 à 2006
 - Taux de diplomation d'études postsecondaires, 15 ans et plus, 1981 à 2006
- Emploi :
 - Taux d'activité, 1976 à 2006
 - Taux de chômage, 1976 à 2006
- Revenu :
 - Revenu annuel moyen, en dollars constants de 2005, 1971 à 2006
 - Composition du revenu, 1971 et 2006
- Logement :
 - Nombre moyen de personnes par pièce, 1981 à 2006
 - Pourcentage de logements surpeuplés, 1996 à 2006

Les habitudes de vie, quant à elle, ont été mesurées pour des populations différentes selon les catégories d'habitudes. Celles de nature autochtone, c'est-à-dire la pratique des activités traditionnelles et la connaissance des langues ancestrales, n'ont recensé que les populations autochtones de l'Iiyiyiu Aschii et du Canada, et celles des réserves indiennes lorsque disponibles. Les habitudes de la consommation de tabac et d'alcool ont été mesurées pour les mêmes populations autochtones, en plus d'inclure celles pour les Canadiens et les Québécois. Les sources utilisées ont été principalement les enquêtes réalisées par Statistique Canada, la CCSSSBJ, l'INSPQ et Santé Canada, en plus d'inclure des données tirées de la littérature scientifique.

- Activités traditionnelles :
 - Taux de participation à des activités traditionnelles, 15 ans et plus, 1991 et 2001
- Langue autochtone :
 - Pourcentage de la population autochtone connaissant au moins une langue ancestrale, 1981 à 2006
- Consommation de tabac :
 - Pourcentage de la population consommant du tabac, 15 ans et plus (18 ans et plus pour les Indiens inscrits pour 2004), 1983-1984 (Iiyiyiu Aschii), 1985 (Indiens inscrits et Canada) à 2003 (Iiyiyiu Aschii et Canada), 2004 (Indiens inscrits)
- Consommation d'alcool
 - Pourcentage de la population ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois précédents l'enquête, 18 ans et plus (12 ans et plus pour l'Iiyiyiu Aschii en 2003), Iiyiyiu Aschii, Indiens inscrits et Canada, 1983-84 à 2003

La dernière catégorie d'indicateurs à avoir fait l'objet d'une collecte est celle de l'état de santé. Dans la totalité des cas, les indicateurs ont tenu compte des populations de l'Iiyiyiu Aschii, du Québec et du Canada. Pour élargir le portrait sanitaire, les populations témoins étudiées comprennent celles des régions éloignées autochtones (région F) et allochtones (région H), lorsqu'il a été possible de le faire, en plus de présenter les données

pour les Indiens inscrits vivant sur et/ou hors réserve. Les sources utilisées ont été des documents publiés par Statistique Canada, AINC, l'INSPQ et la CCSSSBJ.

- Espérance de vie à la naissance
 - Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, moyennes annuelles pour 1979-1981 à 2000-2002
 - Espérance de vie à la naissance, selon le sexe, moyennes annuelles pour 2000-2002
- Taux de mortalité infantile
 - Taux annuel moyen de mortalité infantile, 1978 à 2001
 - Taux annuel moyen de mortalité infantile, 2001
- Principales causes de mortalité
 - Taux bruts de mortalité selon différentes causes, moyennes annuelles pour 2000-2002
 - Taux normalisés de mortalité selon différentes causes, moyennes annuelles pour 2000-2002
 - Taux annuels moyens des années potentielles de vie perdues, moyennes annuelles pour 2000-2002

Les variables énumérées ci-haut détaillent la variété des données recueillies auprès des diverses sources précédemment inventoriées. Pour répondre à la perspective et pouvoir apprécier la nature des changements longitudinaux, nous avons cherché à récolter les données pour la période couvrant l'entrée en vigueur de la CBJNQ jusqu'à 2006. Toutefois, l'indisponibilité de certaines données a rendu impossible l'exhaustivité de notre démarche pour l'ensemble de la période étudiée pour toutes les variables.

Enfin, il est important de préciser qu'en raison des sources utilisées, les données récoltées ne contreviennent à aucune règle éthique. Les organisations gouvernementales répondant elles-mêmes à de telles exigences, elles ne publient que des données agrégées rendant impossible toute identification. Également, les sources tirées de littérature scientifique n'ont rendu public que des données agrégées et ne permettent pas d'identifier quelconque individu que ce soit.

L'analyse des données

En lien avec les données recueillies, le mode d'analyse employé s'est attardé à comparer l'évolution des conditions sociales et sanitaires des différentes populations étudiées depuis les débuts de la CBJNQ. L'analyse des résultats a reposé sur deux modes comparatifs. D'une part, des analyses intrapopulationnelles ont permis de vérifier l'ampleur des changements apparus sur les indicateurs documentés au sein de chaque population. D'autre part, des analyses interpopulationnelles ont permis de décrire les différences dans l'évolution des indicateurs entre la population expérimentale et témoin, puis entre la population expérimentale et barométrique. Au terme du processus, nous avons pu mesurer les effets de la CBJNQ sur la santé des Cris et apporter une réponse aux questions précédemment posées.

En dernier essor, il semble important de préciser qu'en raison des questions soulevées, les analyses des conséquences de l'autonomie politique sur la santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii ne peuvent pas s'étendre à toutes les populations autochtones. Les réalisations accomplies par les Cris depuis l'entrée en vigueur de la CBJNQ ne sont qu'un indicateur de celles qui pourraient s'être réalisées ailleurs ou se voir réaliser dans d'autres contextes. La spécificité de l'objet d'étude nous incite ainsi à préciser qu'il est impossible d'appliquer une généralisation automatique des résultats à toutes les situations similaires sans faire précédemment une analyse rigoureuse de leur comparabilité avec l'Iiyiyiu Aschii. Toutefois, les résultats obtenus n'en demeurent pas moins pertinents puisqu'ils nous éclairent sur les effets possibles des accords de revendications globales sur la santé des Autochtones canadiens.

En définitive, le parcours méthodologique présenté ici résume l'ensemble de la démarche scientifique telle qu'elle fut appliquée depuis la collecte des données jusqu'à l'analyse des résultats. Elle devrait permettre d'assurer le lecteur de la validité scientifique du processus de recherche et de ses conclusions.

Résultats

Comme l'a illustré le second chapitre, les liens unissant la santé au monde extérieur sont à la fois multiples et diversifiés. Dans cette perspective, nous nous attarderons dans un premier temps à décrire l'évolution des déterminants sociaux et de l'état de santé des populations choisies depuis l'entrée en vigueur de la CBJNQ. Dans un second temps, nous effectuerons l'analyse des données présentées afin d'offrir des réponses aux questions soulevées.

Présentation des données

Pour faciliter la lecture des pages suivantes, nous présenterons successivement les changements observés aux déterminants socioéconomiques, aux habitudes de vie et à l'état de santé.

Les déterminants socioéconomiques

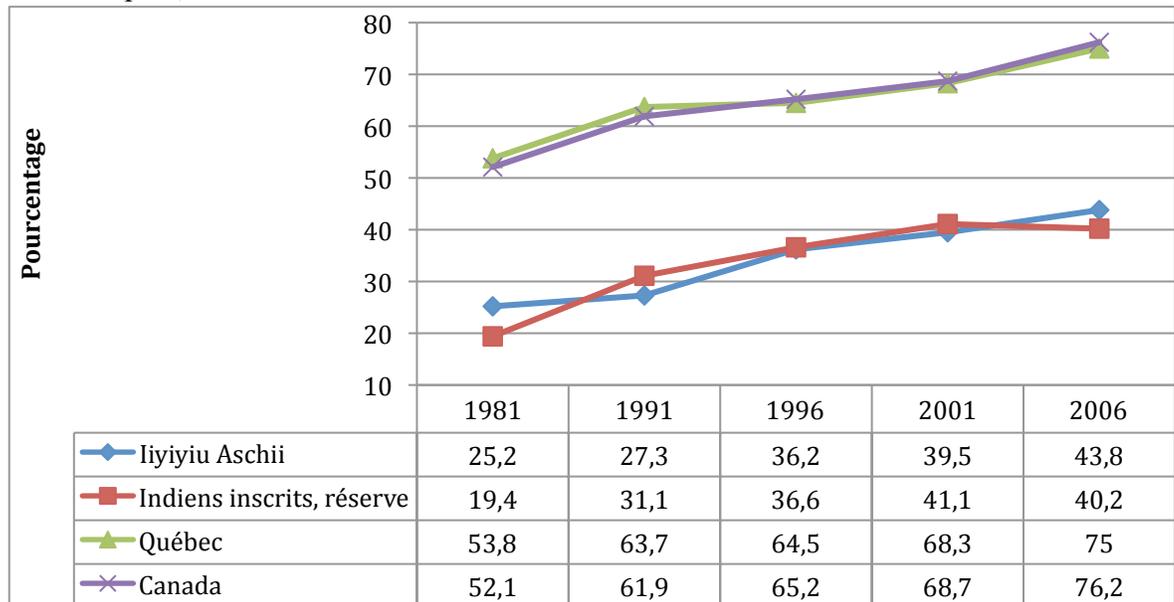
Dans cette première section, les indicateurs recensés et présentés apportent de l'information à propos des conditions socioéconomiques de vie pour chacune des populations étudiées. Plus spécifiquement, il sera question de la scolarité, de l'emploi, du revenu et des conditions d'habitation.

La scolarité

La scolarité est à la fois l'un des principaux déterminants socioéconomiques et constitue un indicateur important du niveau de santé d'un individu. Pour étudier l'évolution de celle-ci depuis le début de la CBJNQ, nous regarderons la progression des taux de

diplomation au niveau des études secondaires et postsecondaires pour quatre populations canadiennes.

Figure 4: Les taux de diplomation d'études secondaires pour quatre populations du Canada, 15 ans et plus, 1981 à 2006.

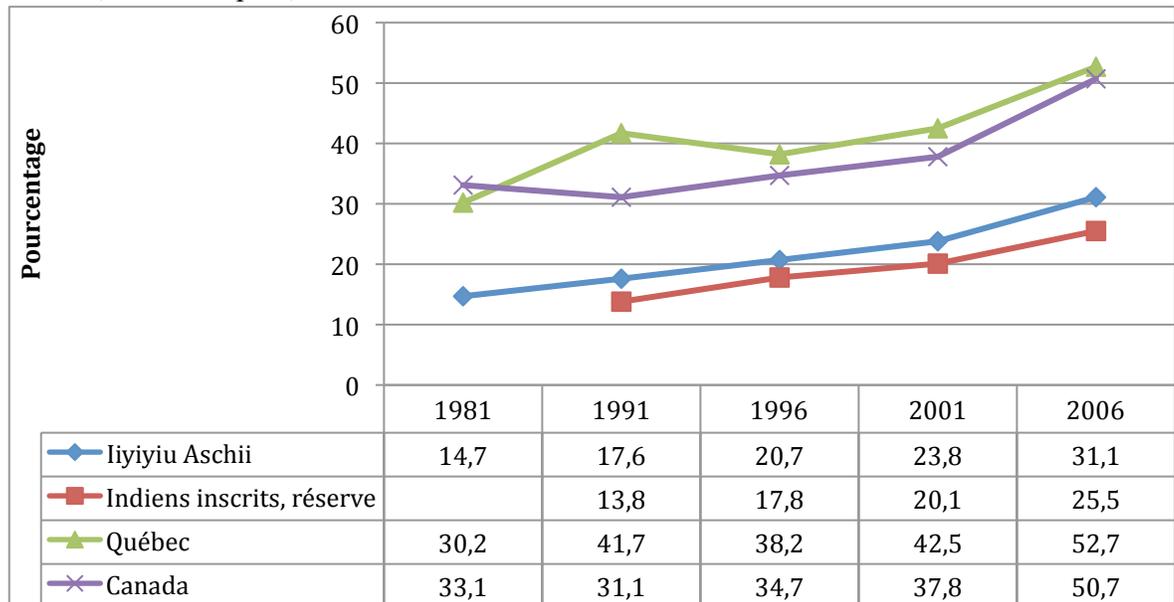


(AINC, 1989a, 2000, 2005a; CCSSSBJ, 2005, p. 49; Statistique Canada, 1981, 2001a, 2006)

Comme ces données l'illustrent, l'Iiyiyiu Aschii a connu une hausse importante de sa diplomation au niveau de l'éducation secondaire entre 1981 et 2006 alors que celle-ci a vu accroître sa proportion de diplômés de 18,6%. Toutefois, cette hausse n'a pas été la plus considérable puisque le Québec et le Canada ont respectivement connu des augmentations de 21,2% et 24,1% au cours de la même période, leur permettant donc de conserver leur avance de près de 33% sur l'Iiyiyiu Aschii. La population d'Indiens inscrits vivant sur réserve a pour sa part connu une hausse de 20,8% en vingt-cinq ans. L'étude des taux des Cris d'Iiyiyiu Aschii et des Indiens inscrits au cours de cette période révèle une croissance relativement similaire dont l'aboutissement en 2006 a placé les Cris à 3,6% en avance sur les Indiens inscrits. D'autre part, ces changements au sujet de la hausse notable au niveau

secondaire ont entraîné des répercussions importantes au niveau de la diplomation postsecondaire, comme l'indique la prochaine figure.

Figure 5 : Les taux de diplomation d'études postsecondaires pour quatre populations du Canada, 15 ans et plus, 1981 à 2006.



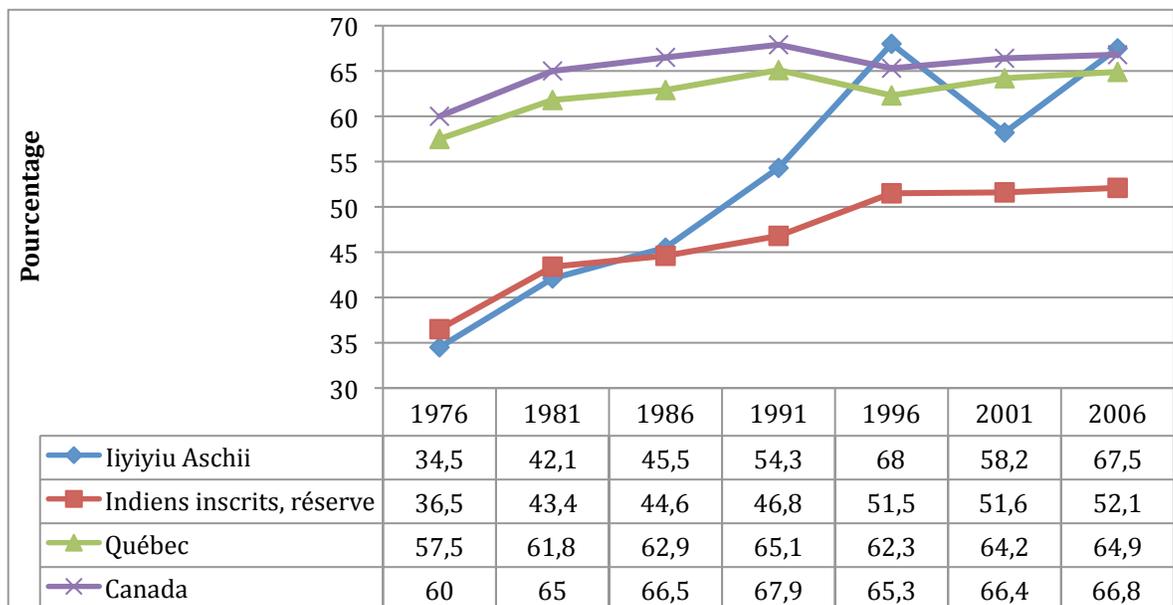
(AINC, 2000, p. 49, 2005a; CCSSSBJ, 2005; Statistique Canada, 1981, 2001a, 2006)

D'après les données présentées ci-haut, le taux de diplomation postsecondaire sur le territoire d'Iiyiyiu Aschii a plus que doublé depuis 1981 pour atteindre 31,1% en 2006. Malgré cette hausse prodigieuse, la population crie demeure sous-diplômée par rapport à celles du Québec et du Canada alors qu'on y recense près de 40% de gradués postsecondaires en moins. Néanmoins, la population d'Iiyiyiu Aschii demeure diplômée dans une plus grande proportion que celle des Indiens inscrits vivant sur une réserve alors que cette dernière affichait une diplomation lui étant inférieure de 5,6% lors du recensement de 2006. De plus, la proportion de diplômés chez les Indiens inscrits vivant dans une réserve, dont aucune donnée n'a été répertoriée pour 1981, n'a augmenté que de 11,7% entre 1991 et 2006, alors que cette progression a été de 13,5% chez les Cris d'Iiyiyiu Aschii.

Le marché de l'emploi

Le second déterminant à faire l'objet d'une revue est celui de l'emploi puisqu'il témoigne de la vitalité économique d'une population dont le lien avec la santé a été étayé précédemment. Pour être en mesure de cerner l'évolution du marché de l'emploi sur le territoire cri depuis le début de la CBJNQ et être à même d'interpréter ces changements, nous présentons d'abord la progression des taux d'activité chez les 15 ans et plus pour quatre populations (à l'exception des pensionnaires d'un établissement institutionnel), puis il sera question des variations observées au sein des taux de chômage.

Figure 6 : Taux d'activité pour différentes régions et populations du Canada, 15 ans et plus, 1976 à 2006.

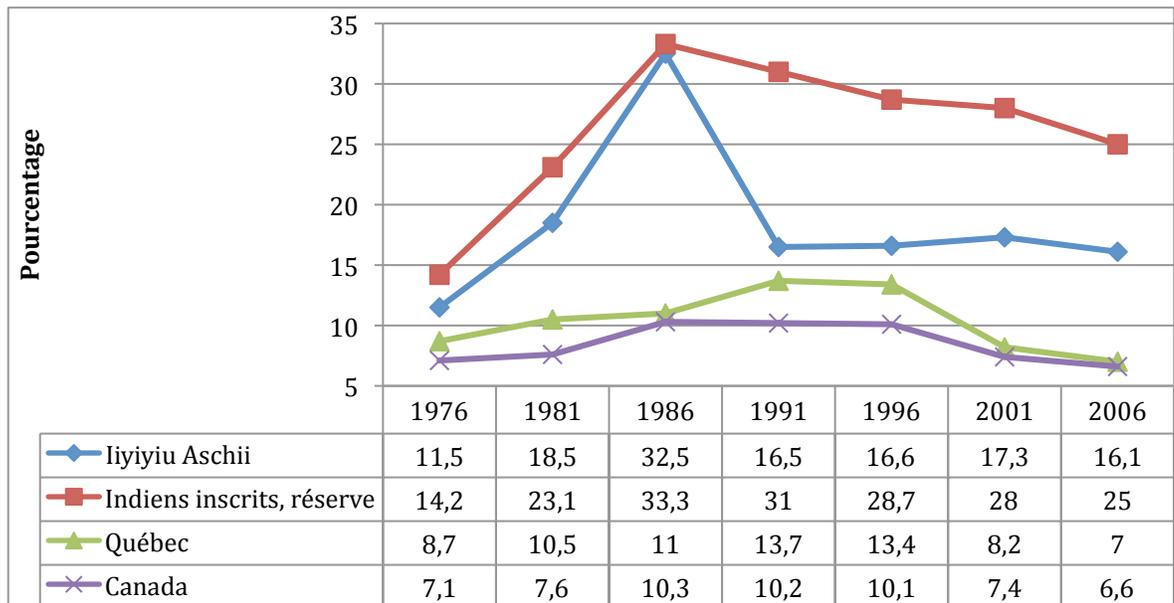


(AINC, 1997, 2000, 2005a; CCSSSBJ, 2005; Statistique Canada, 1976, 2001a, 2006)

D'après les données s'échelonnant de 1976 à 2006, le taux d'activité de la population crie s'est grandement accru depuis le début de la CBJNQ en passant de 34,5% en 1976 à 67,5% en 2006. En rejoignant et surpassant les niveaux canadien et québécois à deux reprises, soit 1996 et 2006, il semble possible de conclure que la proportion de la population active sur le marché de l'emploi dans l'Iiyiyiu Aschii est semblable à celle

observée à l'échelle nationale. L'étude des données nous apprend également que le taux d'activité de la population crie a surpassé dès 1986 celui des autres Indiens inscrits habitant sur une réserve et est demeuré supérieur depuis. Enfin, notons que la progression observée chez les Cris a été de loin la plus rapide alors qu'elle a enregistré un gain de 32%, contre 16,3% pour les Indiens inscrits, 6,1% pour les Québécois et 5,3% pour les Canadiens. Malgré la hausse importante du taux d'activité, le chômage ne s'est toutefois pas amélioré dans la même proportion, comme le démontre la figure suivante.

Figure 7 : Taux de chômage pour différentes régions et populations du Canada, 1976 à 2006.



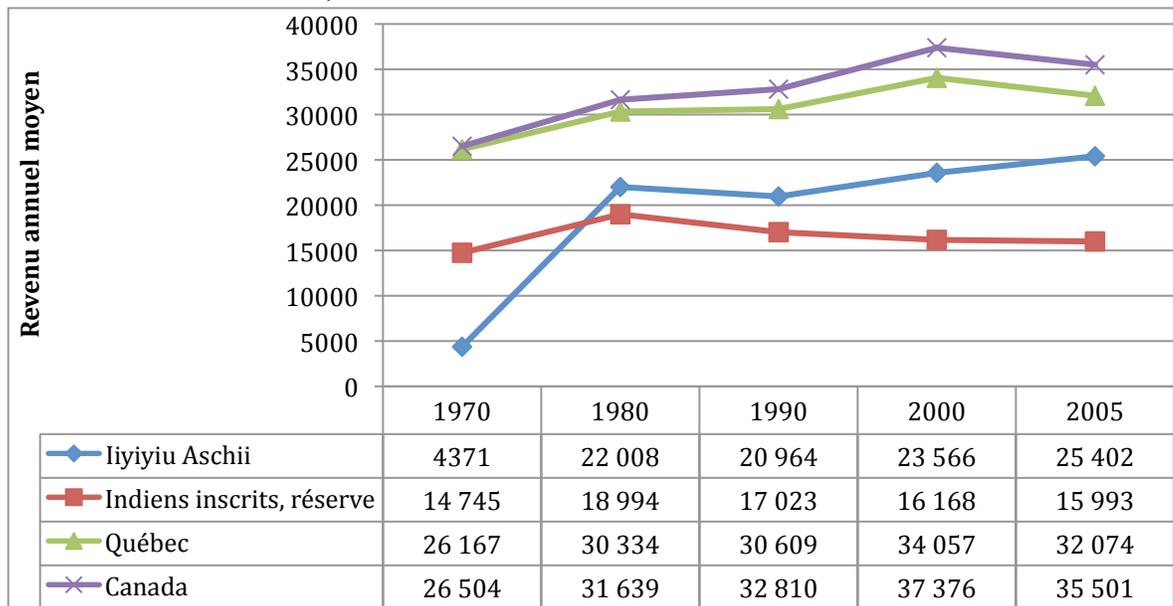
(AINC, 1997, 2000, 2005a; CCSSSBJ, 2005; Statistique Canada, 2001a, 2006)

Le dernier graphique présenté sur une perspective longitudinale démontre d'une part que le chômage chez les Cris s'est maintenu depuis 1981 à un taux approximatif de 17%, en faisant abstraction du taux de 1986. D'autre part, l'étude des courbes démontre que le chômage a été systématiquement moins élevé chez les Cris que chez les Indiens inscrits vivant sur réserve, tout en demeurant plus élevé par rapport à celui de l'ensemble des Canadiens et Québécois.

Le revenu

Le troisième déterminant socioéconomique dont l'importance a été démontrée précédemment porte sur le revenu et s'appuie sur deux indicateurs mesurant d'une part le revenu annuel moyen et d'autre part ses sources.

Figure 8 : Revenu annuel moyen pour différentes régions et populations du Canada, en dollars constants de 2005, 1971 à 2006



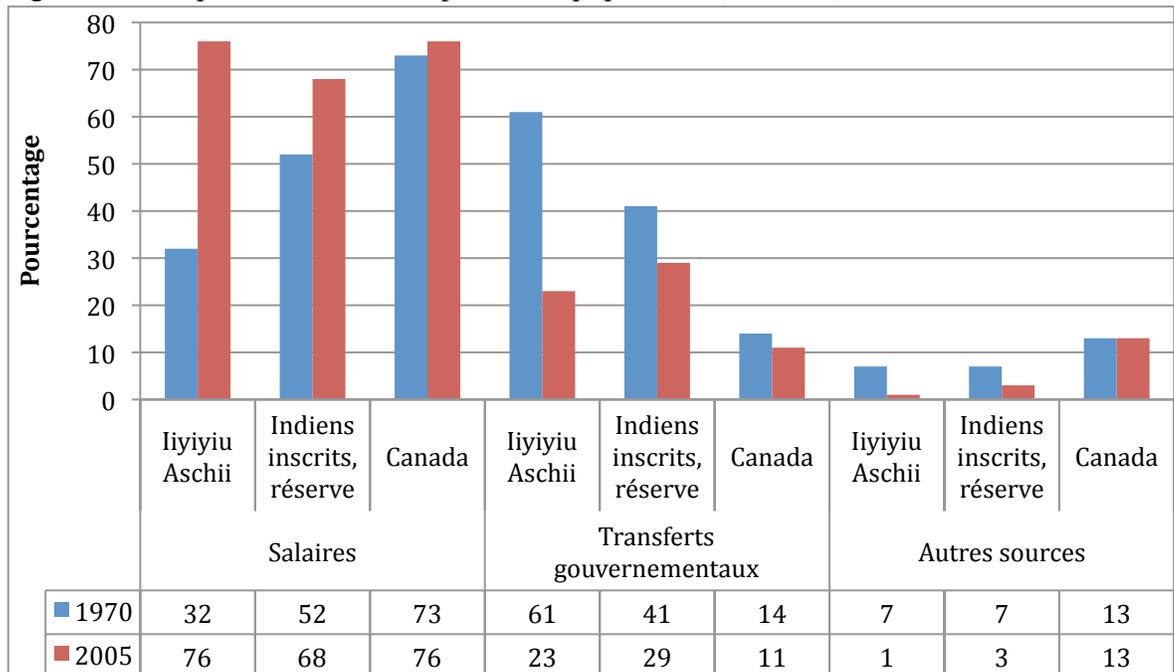
(AINC, 1997, 2000, 2005a; Banque du Canada, 2009; CCSSSBJ, 2005; Statistique Canada, 1971, 1991, 2001a, 2006)

Le graphique présenté ci-haut affiche la progression du revenu annuel moyen en dollars constants de 2005 pour quatre populations du Canada. La courbe des Cris démontre qu'ils ont connu une hausse importante de leur revenu individuel moyen depuis 1970 alors que leur pouvoir d'achat a augmenté de l'équivalent de 20 000\$ en dollars de 2005. En comparaison à l'ensemble des Autochtones vivant sur une réserve, le revenu moyen des habitants d'Iiyiyiu Aschii est passé au cours de cette période de vingt-cinq ans d'un niveau de trois fois inférieur à celui des Indiens inscrits à 59% supérieur. Cette hausse marque également un changement dans le rapport entre Canadiens et Cris alors que le revenu de ces derniers est passé d'un ratio de six fois inférieur en 1970, à 40% en deçà du revenu national

lors du recensement de 2006.

Comme nous le voyons par l'illustration de cet indice, l'Iiyiyiu Aschii a été le théâtre de changements économiques importants depuis 1970. Les changements rapportés ici ne se sont passés seuls, mais en simultanée avec la transformation de la principale source de revenu dans les villages de l'Iiyiyiu Aschii.

Figure 9 : Composition du revenu pour trois populations, Canada, 1971 et 2006.



(AINC, 1997; CCSSBJ, 2005; Statistique Canada, 2006)

Les données sur la composition du revenu confirment l'augmentation de l'offre de travail et du taux d'activité entre 1970 et 2005 alors que la part du salaire dans le revenu total des adultes cris est passée de 32% à 76%, alors qu'elle est passée de 52% à 68% chez les Indiens inscrits. Parallèlement, la dépendance du revenu des Cris envers les transferts gouvernementaux a diminué au cours de la même période alors que leur part est passée de 61% à 23%. En comparaison, les transferts gouvernementaux pour les Indiens inscrits ont connu une diminution de moins grande importance et demeurent plus élevés que chez les

Cris. En dernier lieu, la figure précédente permet de constater qu'en dépit des différences persistantes au niveau des transferts gouvernementaux, la proportion du salaire sur le revenu total chez les Cris a rattrapé celle observée chez les autres Canadiens.

Le logement

Le dernier déterminant socioéconomique à faire l'objet d'une présentation est celui du logement et se rapporte au surpeuplement. Malgré le fait que les données disponibles sur la question soient relativement fragmentaires, elles démontrent tout de même l'évolution de la situation depuis les années qui ont suivi l'entrée en vigueur de la CBJNQ.

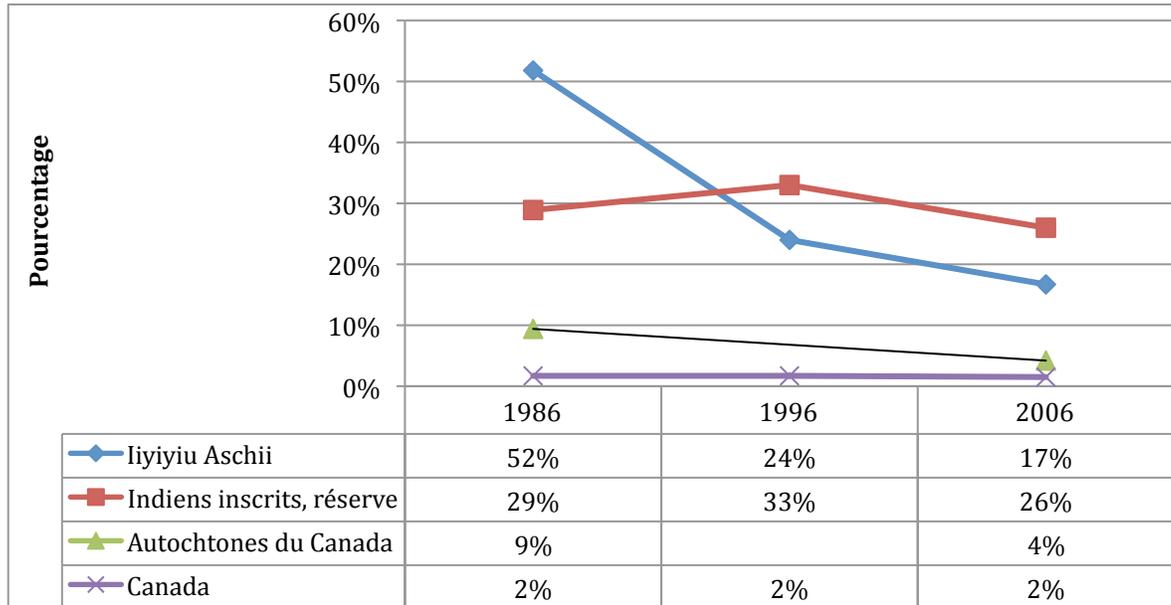
Tableau II : Le nombre moyen de personnes par pièce pour différentes régions et populations du Canada, 1981 à 2006

Populations	Nombre moyen de personnes par pièce, par année					
	1981	1986	1991	1996	2001	2006
Iiyiyiu Aschii	1,0-1,4	1,0-1,4	0,9-1,0	0,8	0,8	0,7
Indiens inscrits, réserve			0,8	0,7	0,7	
Autochtones du Canada			0,6		0,5	0,5
Québec & Canada	0,5	0,5	0,4	0,4	0,4	0,4

(Statistique Canada, 1981, 1986, 1991, 1996, 2001b)

Le tableau précédent offre le constat selon lequel le nombre moyen de personnes par pièce a substantiellement diminué depuis 1981, même s'il demeure plus élevé que dans le reste du pays. Toutefois, la non-disponibilité des données pour les Autochtones et Indiens inscrits sur l'ensemble de la période ne permet pas d'évaluer les changements survenus au sein de ces populations. La prochaine figure offre de répondre à quelques-uns de ces manques.

Figure 10 : Le pourcentage de logements surpeuplés pour quatre populations du Canada, 1996 à 2006.



(Statistique Canada, 2006)

Statistique Canada définit le surpeuplement des logements par un nombre moyen de personnes par pièce supérieur à un. À ce titre, les données précédentes illustrent que malgré l'amélioration de la situation au cours des dernières décennies, le surpeuplement demeure néanmoins supérieur sur le territoire d'Iiyiyiu Aschii qu'ailleurs au pays. L'examen des données depuis 1986 permet de voir que la surpopulation dans les logements a grandement diminué alors qu'elle est passée de 52% à 17%. Malgré cela, le surpeuplement touche huit fois plus de logements autochtones dans l'Iiyiyiu Aschii que dans le reste du pays. Enfin, l'observation des taux de surpeuplement des Indiens inscrits dévoile que même si la situation s'est légèrement améliorée depuis 1986, elle est pire que celle rencontrée chez les Cris depuis 1996.

En somme, les démonstrations faites dans cette première section des résultats permettent de constater que les déterminants socioéconomiques de la santé ont connu des changements de différentes envergures depuis le début de la CBJNQ. Dans la section

suivante, il sera question des changements ayant marqué les habitudes de vie des Cris, des Autochtones et de tous les Canadiens.

Les habitudes de vie

Cette deuxième catégorie de déterminants sociaux de la santé englobe, telle que vue au second chapitre, une série d'habitudes de vie dont les impacts sur la santé ont été maintes fois étudiés et qui sont abondamment représentés dans la littérature scientifique. Deux des habitudes de vie dont il sera question au cours de ce chapitre font références à des activités qui touchent toutes les sous-populations canadiennes et dont les effets ont été étudiés et sont reconnus pour être des enjeux de santé publique dans tous les pays industrialisés, soit le tabagisme et la consommation d'alcool. Cependant, avant de décrire l'importance qu'occupent ces deux phénomènes, nous nous intéresserons d'abord à deux phénomènes spécifiques aux peuples autochtones canadiens et dont les origines s'enracinent dans leur culture, c'est-à-dire la pratique d'activités traditionnelles et la connaissance d'une langue ancestrale.

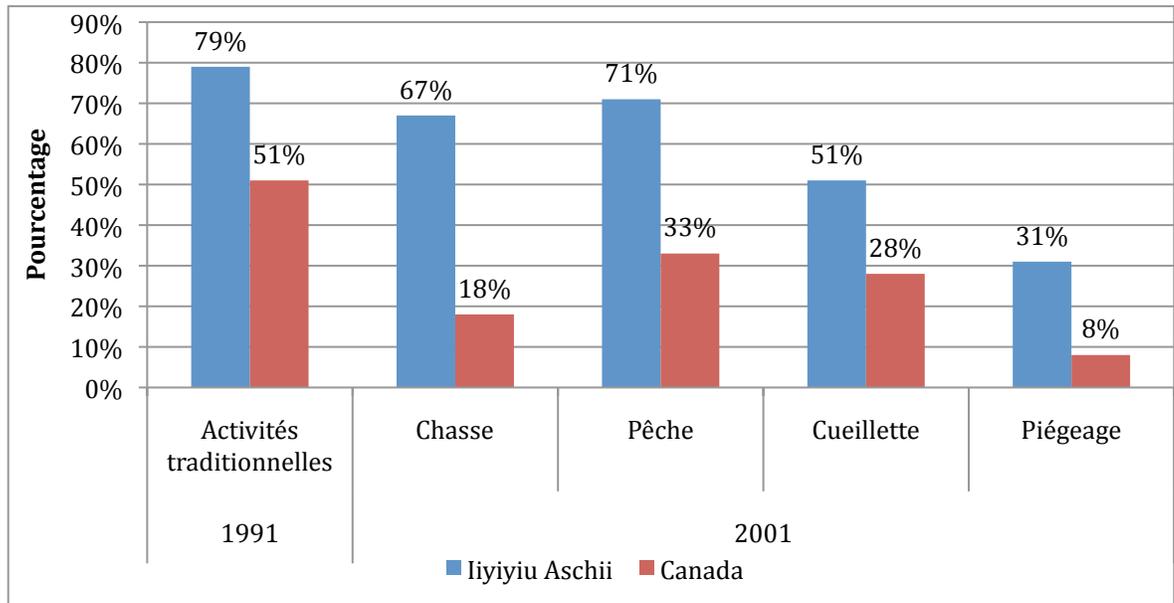
Les activités traditionnelles

La chasse, le piégeage, la pêche et la cueillette représentent les formes d'activités traditionnellement pratiquées par les Autochtones canadiens. Comme il l'a été explicité précédemment, la participation à de telles activités contribue à améliorer la santé en renforçant l'appartenance aux traditions et en diminuant l'acculturation vécue par de nombreux Autochtones.

Malgré l'importance de cette pratique, peu d'enquêtes se sont intéressées à ce phénomène au cours des dernières années, et par conséquent peu de données sont

disponibles. Les Enquêtes auprès des peuples autochtones (EAPA) de 1991 et 2001 constituent, malgré un faible dénombrement de certaines communautés autochtones, les seules sources d'information fiable permettant de comparer cette pratique à l'échelle canadienne. Toutefois, la présentation des résultats différant d'une enquête à l'autre, l'adéquation entre les données n'est pas exacte. Le graphique permet néanmoins d'illustrer l'ampleur des différences séparant les Cris d'Iiyiyiu Aschii des autres Autochtones canadiens.

Figure 11 : Taux de participation à des activités traditionnelles dans la population autochtone pour l'Iiyiyiu Aschii et le Canada, selon le type d'activité, 15 ans et plus, 1991 et 2001.



(CCSSSBJ, 2005; Statistique Canada, 2001b)

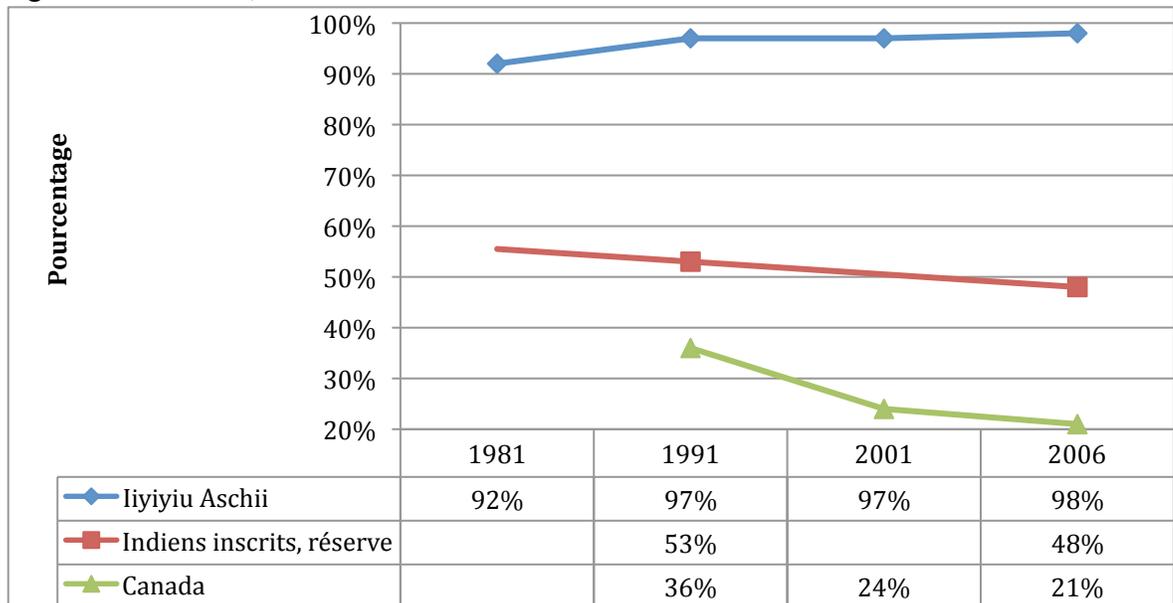
D'après les données illustrées dans le graphique précédent, les Cris ont été proportionnellement plus nombreux à participer à au moins une activité traditionnelle en 1991 que l'ensemble des Autochtones du pays. Bien que la présentation des données ne permette pas de déterminer la proportion exacte de Cris ayant pratiqué au moins une de ces activités en 2001, il semble qu'elles aient de leur importance alors que les Cris ont affiché des taux de participation systématiquement plus élevés pour chacune des quatre activités

traditionnelles. Seulement pour les activités de pêche et de chasse, les taux de participation ont respectivement atteint 71% et 67% chez les Cris, alors qu'ils n'ont été que 33% et 18% chez les autres nations autochtones. En somme, il ressort des résultats illustrés ci-haut qu'en comparaison à l'ensemble des Autochtones du Canada, les Cris ont été proportionnellement plus nombreux à pratiquer des activités traditionnelles en 1991 et 2001.

La langue autochtone

L'utilisation des langues autochtones est identifiée dans la littérature scientifique comme faisant partie des habitudes de vie dont la contribution joue un rôle capital dans la protection contre les maladies mentales chez les Autochtones. Pour mesurer l'ampleur de ce phénomène chez les différentes sous-populations canadiennes, nous exposerons avec le prochain graphique les proportions d'Autochtones connaissant au moins une langue ancestrale et leur évolution à travers le temps.

Figure 12 : Pourcentage d'Autochtone connaissant au moins une langue ancestrale selon la région de résidence, 1981 à 2006.



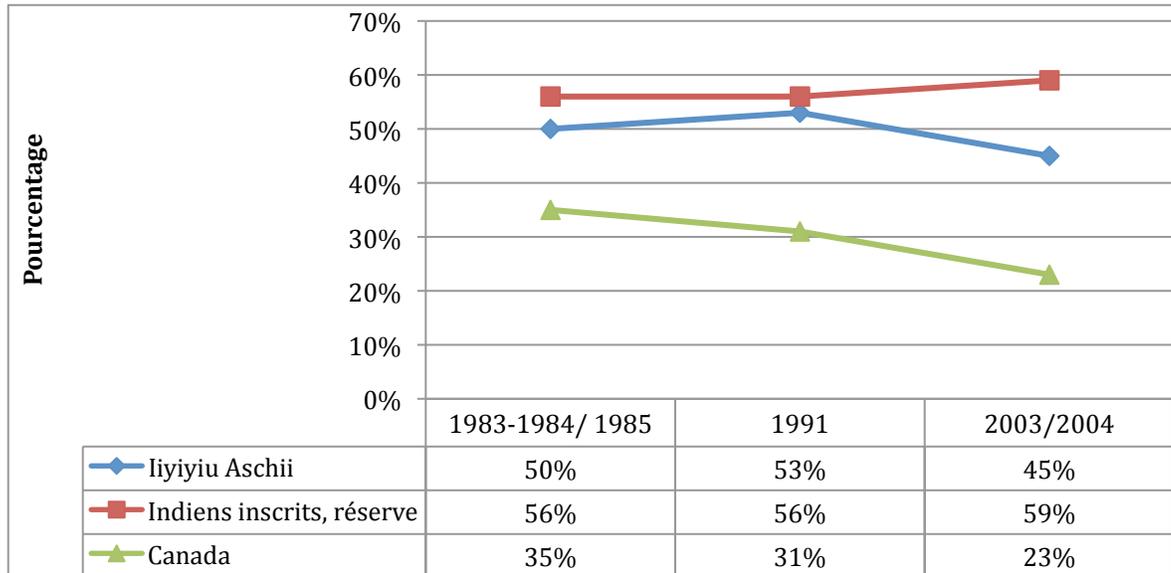
(CCSSSBJ, 2005, p. 35; Statistique Canada, 1991, 2001a, 2006)

D'après les données ci-dessus, la proportion de Cris parlant une langue autochtone a connu une augmentation de 6% depuis 1981 pour atteindre 98% en 2006. À l'inverse de la hausse remarquée chez les Cris, le phénomène a connu une diminution de sa popularité chez les autres Autochtones et les Indiens inscrits depuis 1991. Entre 1991 et 2006, les baisses se sont chiffrées à 5% chez les Indiens inscrits habitant sur une réserve et à 15% pour l'ensemble des Autochtones canadiens. En 2006, les Indiens habitant dans une réserve et les Autochtones canadiens étaient proportionnellement deux fois et cinq fois moins nombreux à connaître une langue autochtone que les Cris d'Iiyiyiu Aschii.

La consommation de tabac

Comme il l'a été précédemment démontré, la consommation de tabac est associée à plusieurs pathologies. La prévalence du tabagisme est un indicateur important pour mesurer et comparer la susceptibilité des populations à développer des maladies reliées à l'utilisation du tabac. Dans cette perspective, nous présenterons ici l'évolution de cette pratique sur une période de deux décennies pour trois sous-populations canadiennes. Cependant, pour respecter le caractère traditionnel du tabac et son emploi lors de certaines cérémonies autochtones, les enquêtes ici présentées excluent de leur résultat cette pratique. Le graphique ci-dessous illustre ainsi l'évolution de la prévalence du tabagisme dans un contexte hors cérémoniel pour les habitants d'Iiyiyiu Aschii, les Indiens inscrits habitant sur une réserve et l'ensemble des Canadiens pour 1983-1984/1985 à 2003/2004.

Figure 13 : La prévalence du tabagisme au Canada chez les 15 ans et plus (18 ans et plus pour les Indiens inscrits pour 2004), 1983-1984 (Iiyiyiu Aschii), 1985 (Indiens inscrits et Canada) à 2003 (Iiyiyiu Aschii et Canada), 2004 (Indiens inscrits).



(CCSSSBJ, 2005; Gilmore, 2002; INSPQ, 2008a; McIntyre & Shah, 1986; Statistique Canada, 2003; Stephens, 1994)

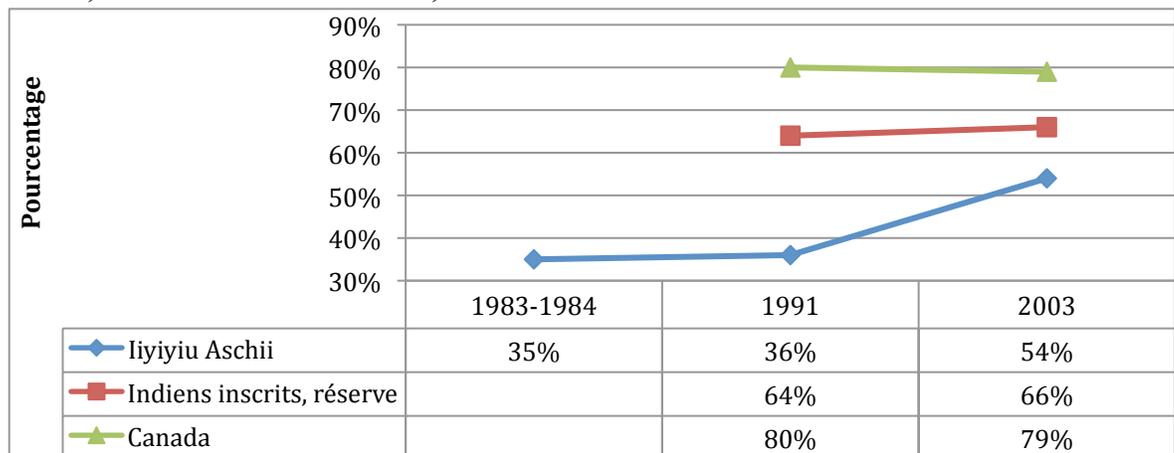
D'après ces résultats, la prévalence du tabagisme a connu des tendances différentes selon les groupes ciblés. Entre 1983-1984/1985 et 2003/2004, on remarque que le taux de fumeurs adultes a connu une légère baisse chez les Cris (5%), une légère hausse chez les Indiens inscrits (3%) et une baisse considérable dans l'ensemble du Canada (12%). Selon ces chiffres, les Cris étaient proportionnellement deux fois plus nombreux à fumer que les Canadiens en 2003/2004, et les Indiens inscrits étaient un tiers plus nombreux à fumer que les Cris de l'Iiyiyiu Aschii.

À titre comparatif, l'ESCC de 2003 démontre que la région F avait un niveau de prévalence du tabagisme légèrement supérieur à celui d'Iiyiyiu Aschii avec 49,0% (Statistique Canada, 2003). La même enquête démontre que la région H avait un taux légèrement supérieur à celui du Canada avec 27,7% de fumeurs.

La consommation d'alcool

D'après la littérature scientifique précédemment exposée, la consommation d'alcool est associée à une multitude de pathologies tels les cancers et les maladies cardiovasculaires et engendre également une hausse des décès accidentels (Rehm et al., 2003; Room, Babor, & Rehm, 2005). Plus spécifiquement, l'impact de l'alcool sur la santé publique des communautés autochtones est un phénomène connu de longue date et dont les conséquences négatives se mesurent à plus d'un niveau (Waldram, Herring, & Young, 2006). Pour mesurer l'impact de la consommation d'alcool chez diverses populations autochtones et allochtones, nous faisons ici appel à deux indicateurs. La première figure illustre l'évolution de la consommation sur une période de vingt ans alors que la seconde réfère à la surconsommation et se limite à 2003.

Figure 14: L'évolution de la proportion d'adultes ayant consommé de l'alcool au cours des douze mois précédents, 18 ans et plus (12 ans et plus pour l'Iiyiyiu Aschii en 2003), Iiyiyiu Aschii, Indiens inscrits et Canada, 1983-84 à 2003.



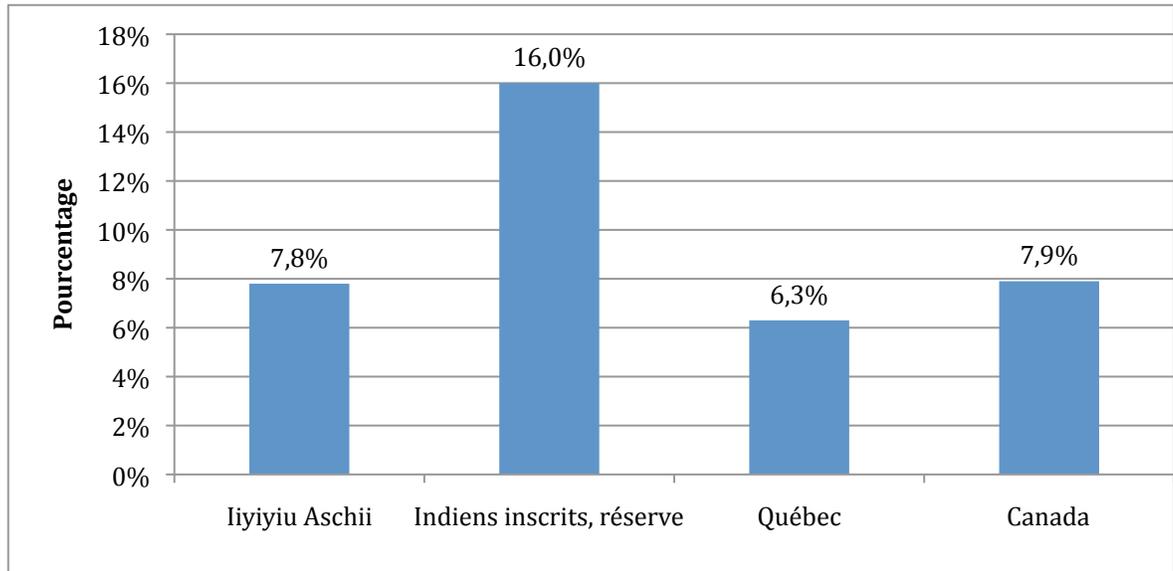
(CCSSSBJ, 2005; INSPQ, 2008b; Santé Canada, 2009)

Comme les différentes enquêtes le démontrent, la proportion de la population crie adulte consommant de l'alcool semble avoir grimpé considérablement au cours des dernières années en passant de 35% à 54%. Toutefois, puisque les données de 2003 réfèrent à la population âgée de 12 ans et plus, et que les enquêtes précédentes comptabilisent celles

de 18 ans et plus, on ne peut affirmer qu'il y a eu augmentation réelle au sein de la population crie. Néanmoins, selon les résultats par âge affichés pour les enquêtes précédentes, la consommation d'alcool chez les Cris tend à décroître avec l'âge (CCSSSBJ, 2005). Si l'on prend en considération cette constatation et que nous l'appliquons au résultat de 2003, la hausse dévoilée entre 1991 et 2003 serait donc davantage attribuable au changement de la population cible qu'à l'augmentation du taux de consommateurs d'alcool chez les 18 ans et plus.

En ce sens, et ce malgré toutes les imperfections liées à la différence d'âge entre les populations représentées dans le graphique précédent, il semble plausible de soutenir l'idée que malgré une légère augmentation de la consommation d'alcool dans l'Iiyiyiu Aschii depuis 1983-1984, celle-ci semble être demeurée plus faible chez les Cris que chez les Indiens inscrits vivant sur réserve et que chez l'ensemble de la population canadienne depuis 1991. Toutefois, puisque la plupart des effets néfastes de l'alcool sont associés à une surconsommation plutôt qu'à une simple consommation, voyons les différences existantes pour quatre populations.

Figure 15: Consommation abusive d'alcool (5 consommations ou plus en une même occasion) sur une base hebdomadaire pour quatre populations du Canada, 12 ans et plus (Iiyiyiu Aschii et Québec), 18 ans et plus (Indiens inscrits et Canada), 2003.



(INSPQ, 2008b; Santé Canada, 2009)

D'après ce dernier graphique, les écarts séparant les Indiens inscrits des populations cri, québécoise et canadienne sont considérables. Encore une fois, puisque les populations cibles diffèrent entre l'Iiyiyiu Aschii et le Québec (12 ans et plus) et les Indiens inscrits vivant sur une réserve et le Canada (18 ans et plus), les résultats rencontrent quelques limites quant à leur comparabilité. Néanmoins, il est possible de constater que les Indiens inscrits sont proportionnellement deux fois plus nombreux à surconsommer sur une base hebdomadaire que l'ensemble des Canadiens. D'autre part, bien que le taux cri soit plus élevé que le taux québécois, la différence n'est que de 1,5%, alors qu'elle atteint 8,1% entre les Indiens inscrits et les Canadiens.

Les écarts relevés ici témoignent de la nette prévalence à la surconsommation d'alcool des Indiens inscrits habitant sur une réserve. De cette perspective, et bien qu'il soit impossible de quantifier précisément les écarts, il est vraisemblable d'affirmer que le taux

de surconsommation des Cris est considérablement inférieur à celui observé chez les Indiens inscrits habitant sur une réserve.

En somme, la présente section sur les déterminants de la santé a contribué dans son ensemble à nous éclairer sur l'évolution qu'ont connue quatre habitudes de vie au fil des précédentes décennies et à nous informer sur les disparités persistantes. Ainsi, nous avons vu que la connaissance des langues autochtones et la pratique des activités culturelles sont toutes plus élevées chez les Cris d'Iiyiyiu Aschii que chez les Indiens inscrits habitant sur une réserve ou chez les autres Autochtones canadiens. Au même titre, les enquêtes sur la consommation de tabac et d'alcool ont révélé que malgré des taux de prévalence plus élevés chez les Cris que chez l'ensemble des Canadiens, les Cris demeurent moins exposés aux phénomènes que l'ensemble des Indiens inscrits vivant sur une réserve.

Maintenant que les déterminants socioéconomiques et que les habitudes de vie ont fait l'objet d'un examen, voyons comment l'état de santé des Cris et des autres sous-populations canadiennes a évolué depuis les débuts de la CBJNQ. Pour répondre à cette interrogation, continuons avec la section suivante qui nous offrira un panorama de l'étendue des changements survenus et des disparités subsistantes en matière de santé au Canada.

L'état de santé

L'étude de l'état de santé des Cris d'Iiyiyiu Aschii est à bien des égards une tâche aussi complexe et ardue que celle liée aux déterminants de la santé en raison de la faible quantité de données disponibles et de leur grande variabilité. Sur une perspective historique, aucune donnée existante ne permet de connaître l'état de santé des Cris pour la

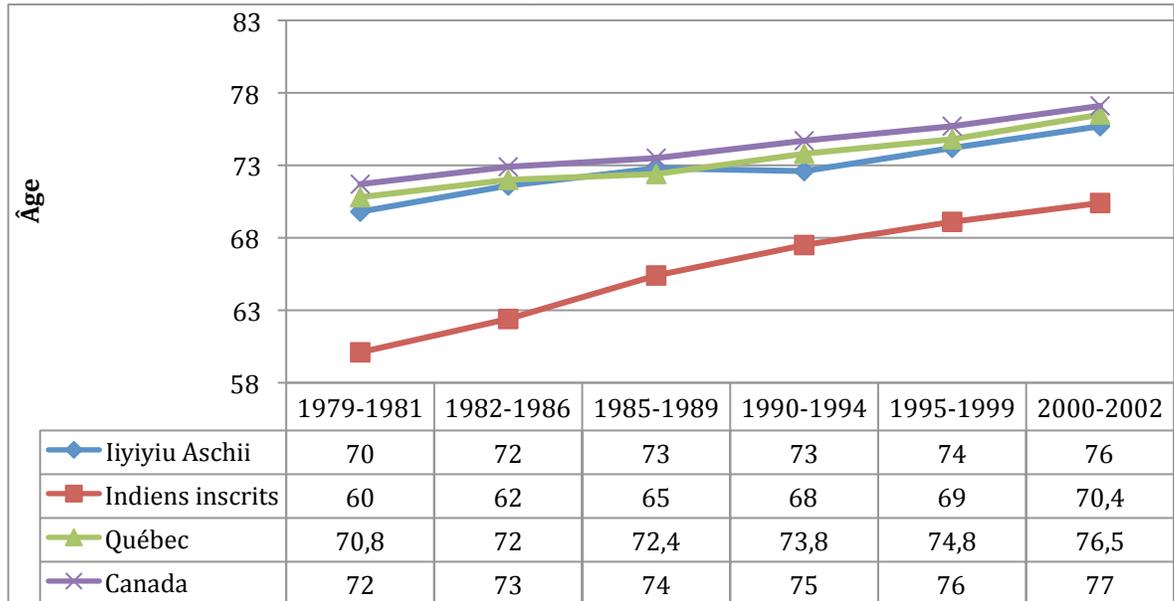
période antérieure à la CBJNQ puisqu'aucune autorité sanitaire n'a mené d'enquête avant 1975. Selon la CCSSBJ (2005, p. 108), les seules sources d'informations sur la situation sanitaire des Cris sont celles recensées par les agents des Affaires indiennes et se résument à de simples observations dénuées de toute quantification. Néanmoins, ces sources précisent que les principales causes de la mortalité chez les Cris de la région d'Iiyiyiu Aschii étaient principalement celles reliées aux blessures et aux maladies de l'appareil respiratoire. Depuis la ratification et l'entrée en vigueur de la CBJNQ, la région d'Iiyiyiu Aschii a été le terrain de plusieurs enquêtes.

Au fil de cette section, nous nous appliquerons à décrire l'état de santé des Cris de la Baie-James et son évolution depuis les 30 dernières années afin d'apprécier l'ampleur des changements survenus depuis l'entrée en vigueur de la CBJNQ. Pour ce faire, nous passerons en revue l'évolution de l'espérance de vie et de la mortalité infantile pour déterminer l'augmentation ou la diminution des indicateurs sur une perspective longitudinale. À la manière de la méthode empruntée pour l'étude des déterminants de la santé, nous présenterons également un portrait pour d'autres populations autochtones et allochtones canadiennes afin de comparer la nature des changements au fil du temps.

L'espérance de vie à la naissance

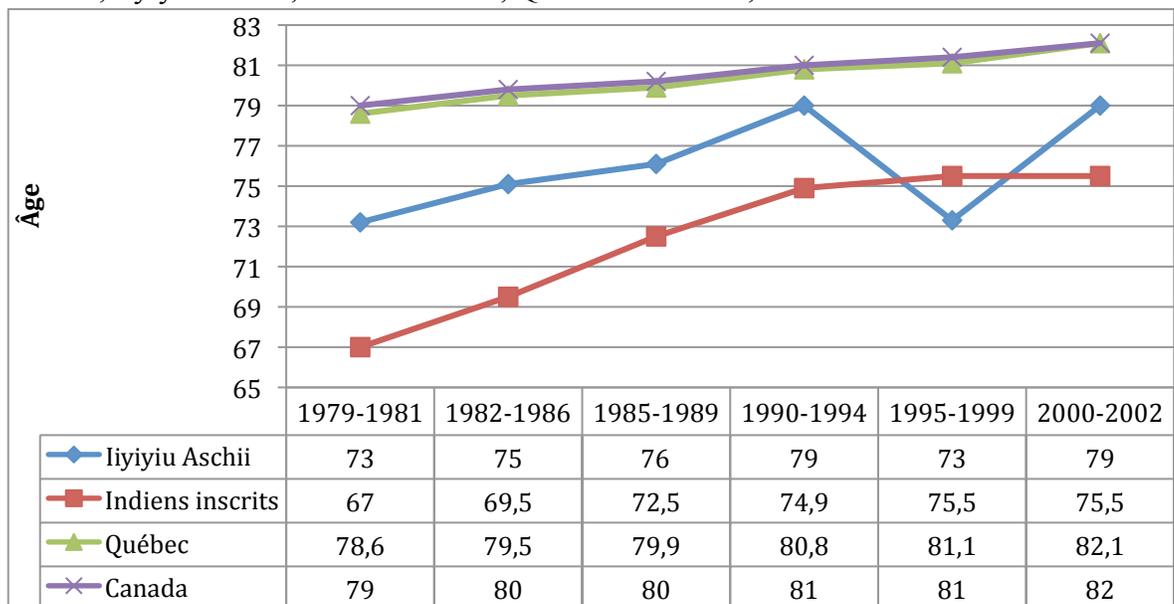
Le premier indice à faire l'objet d'un examen est celui de l'espérance de vie à la naissance. Les résultats suivants font état de l'évolution de l'espérance de vie à la naissance (EVN) selon le sexe pour les Cris, les Indiens inscrits, les Québécois et les Canadiens depuis la fin des années 1970.

Figure 16: Espérance de vie à la naissance pour les hommes pour quatre populations du Canada, Iiyiyiu Aschii, Indiens inscrits, Québec et Canada, 1979-1981 à 2000-2002.



(AINC, 2005a, 2005b; CCSSSBJ, 2005)

Figure 17: Espérance de vie à la naissance pour les femmes pour quatre populations du Canada, Iiyiyiu Aschii, Indiens inscrits, Québec et Canada, 1979-1981 à 2000-2002.

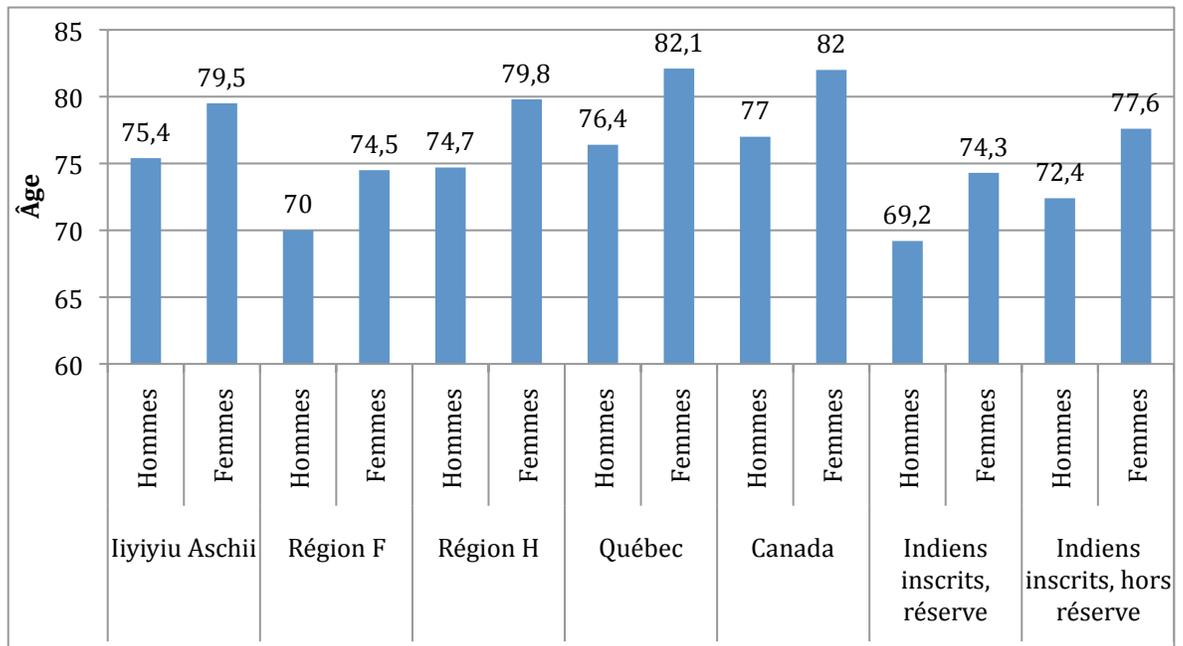


(AINC, 2005a, 2005b; CCSSSBJ, 2005)

Selon la tendance illustrée par les graphiques ci-haut, tant l'espérance de vie des hommes que des femmes a progressé depuis 1979-1981 alors que dans les deux cas, elle s'est accrue de six ans. Les écarts séparant la population d'Iiyiyiu Aschii de celle du

Canada, et du Québec dans une proportion très similaire, sont pour leur part passé de 2 ans à 1 an pour les hommes, et de 6 ans à 3 ans pour les femmes entre 1979-1981 et 2000-2002. Les écarts entre les Cris et les Indiens inscrits sont quant à eux passés de 10 à 5,6 ans chez les hommes et de 6 à 4,5 ans chez les femmes au cours de la même période. Le graphique suivant illustre d'autres différences entre les populations autochtones, allochtones et celles des régions éloignées.

Figure 18: Espérance de vie à la naissance pour sept populations du Canada, selon le sexe, 2000-2002.



(AINC, 2005a; Statistique Canada, 2008b, 2009b)

Cette dernière figure apporte une nouvelle différenciation de l'EVN contemporaine et illustre les différences existantes entre l'Iiyiyiu Aschii, les régions F et H et les Indiens inscrits habitant sur et hors réserve pour la période 2000-2002. Le graphique démontre d'abord que les Indiens inscrits affichent des écarts d'EVN de plus de trois ans selon leur lieu de résidence et que celles-ci touchent autant les hommes que les femmes. À l'inverse, la population des réserves autochtones semble partager plus de similarité avec celle de la

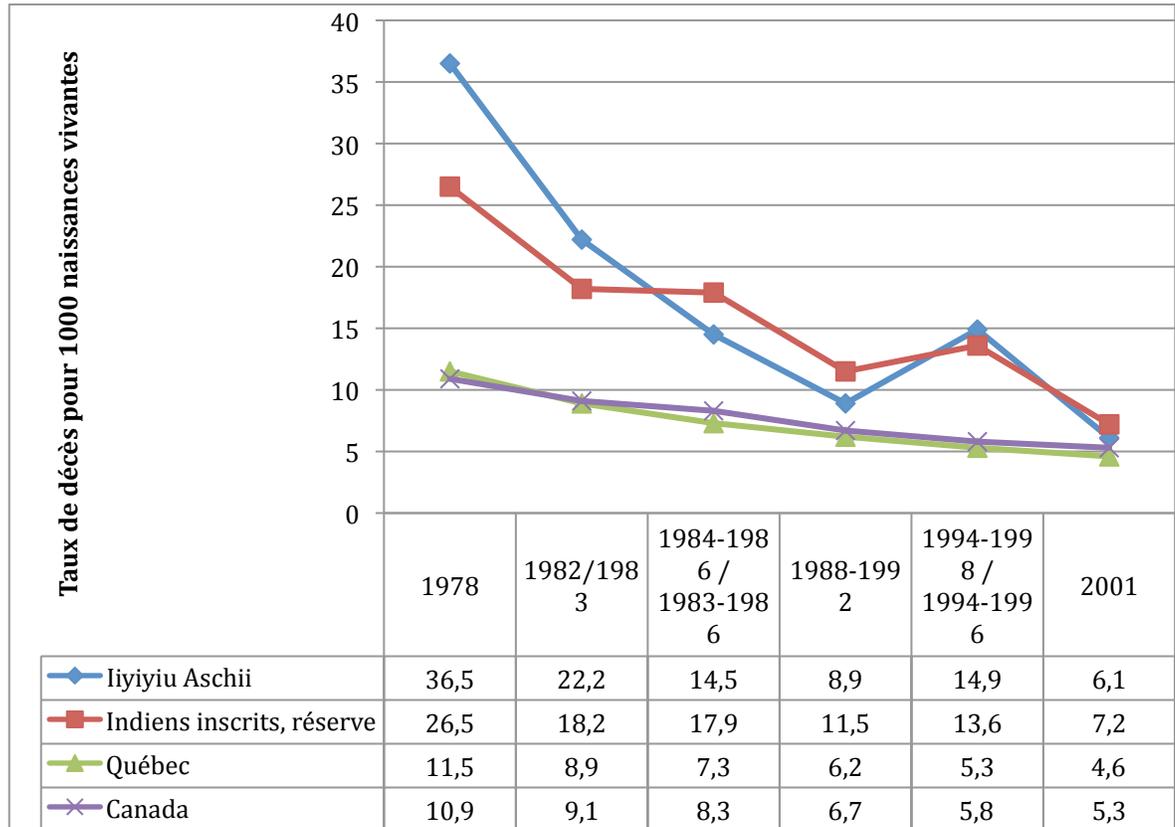
région F (autochtone) où les EVN sont relativement près les unes des autres avec 69,2 et 70,0 ans respectivement pour les hommes et 74,3 et 74,5 ans respectivement pour les femmes.

D'un autre côté, on constate que même si les EVN entre les Cris et les Canadiens sont caractérisées par une grande disparité, l'Iiyiyiu Aschii demeure la région autochtone où les écarts avec le Canada sont les plus faibles. Enfin, l'examen des données dévoile que la région H (allochtone) est celle qui partage avec l'Iiyiyiu Aschii les EVN les plus similaires. Statistique Canada démontre en effet des écarts de 0,7 an chez les populations masculines et 0,3 an chez les populations féminines de ces deux régions.

La mortalité infantile

Le second indicateur présenté est celui du taux de mortalité infantile chez les moins d'un an et se définit en fonction du nombre de décès pour 1000 naissances vivantes. Le graphique ci-bas présente l'évolution de ces taux pour les résidents d'Iiyiyiu Aschii, les Indiens inscrits et l'ensemble des Québécois et des Canadiens pour les années 1978 à 2001.

Figure 19: Taux annuel moyen de mortalité infantile pour quatre populations du Canada, 1978 à 2001.



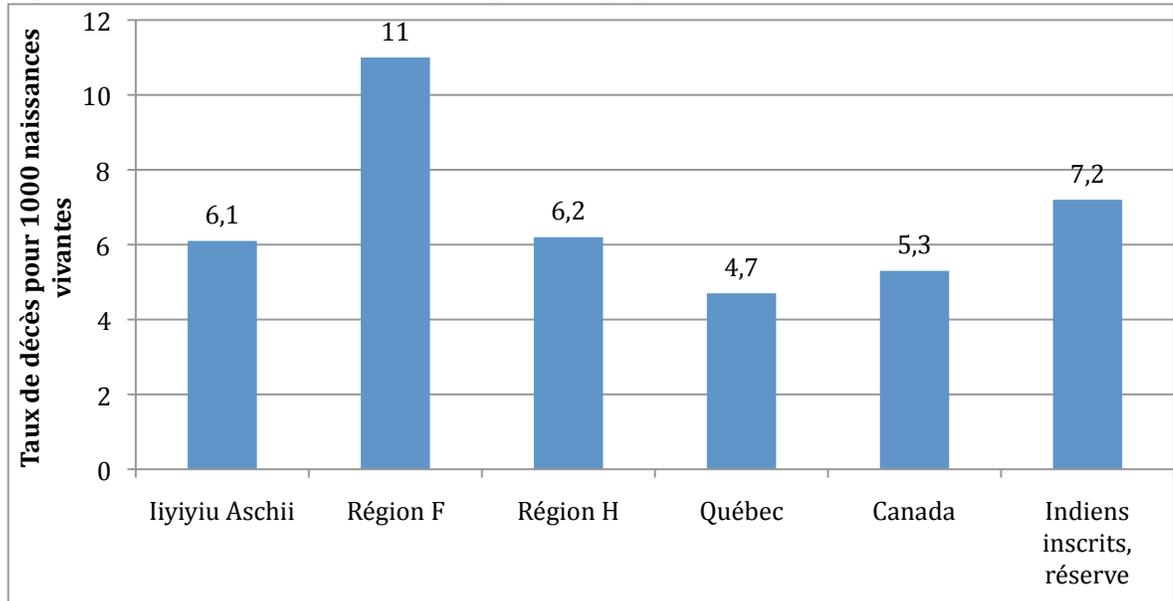
(AINC, 2005b)

D'après les données ci-haut, la mortalité infantile chez les Cris était en 2001 six fois moindre par rapport à son niveau de 1978. En comparaison, le taux canadien n'a diminué que de moitié au cours de la même période. D'autre part, la différence des taux entre l'Iiyiyiu Aschii et le Canada au cours de la période de 1978 à 2001 est passée de 25,6 à 0,8 décès par 1000 naissances vivantes. En d'autres termes, la mortalité infantile crie pendant cette période est passée de 3,35 fois le taux canadien en 1978, à 1,15 fois en 2001.

Parallèlement, la population d'Indiens inscrits habitant sur une réserve a elle aussi connu une diminution de son taux de mortalité infantile, mais dans une mesure moins importante que celle des Cris. Alors qu'en 1978 le taux cri était supérieur de 10% à celui

des Indiens inscrits, il lui était inférieur de 1,1‰ en 2001. Comparons maintenant les résultats présentés à ceux des régions sociosanitaires homologues.

Figure 20: Taux de mortalité infantile pour six populations du Canada, 2001.



(AINC, 2005b; Statistique Canada, 2009a)

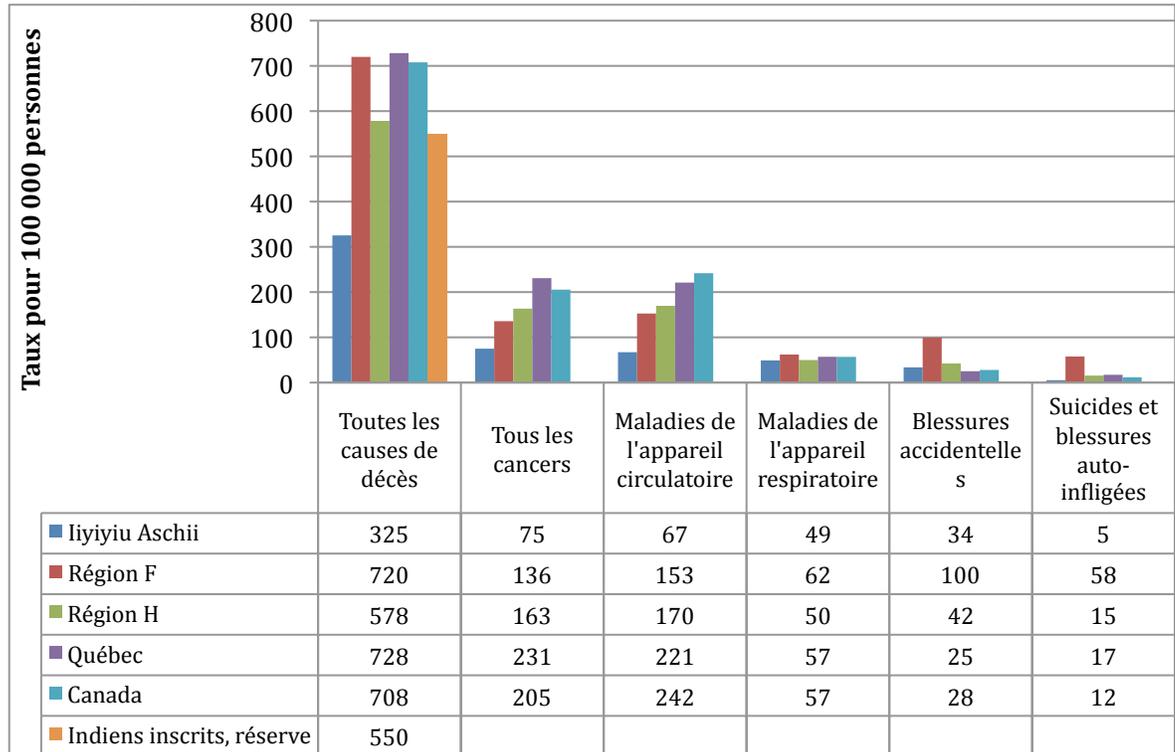
Selon cette seconde figure, les habitants d'Iiyiyiu Aschii et de la région H (allochtone) partageaient des taux de mortalité infantile très similaires en 2001 à environ 6,1‰. L'analyse des taux révèle par contre que la région F (autochtone) possédait un taux de mortalité 80% supérieur à celui du territoire cri. À la lumière des différences d'espérance de vie et de mortalité infantile présentées jusqu'à présent, voyons quelles sont les principales différences dans les causes de mortalité chez ses mêmes populations.

Les principales causes de mortalité

Les données de cette section présentent les principales causes de mortalité au Canada pour la période 2000-2002. Pour exposer les différences de mortalité parmi cinq populations, les comparaisons s'appuieront sur les régions d'Iiyiyiu Aschii, du Québec, du Canada et sur les régions sociosanitaires F et H. Pour une raison de disponibilité des

données, la population d'Indiens inscrits ne sera illustrée que sporadiquement à travers les trois graphiques qui suivent.

Figure 21 : Taux bruts de mortalité selon différentes causes pour six populations, moyennes annuelles pour 2000-2002.

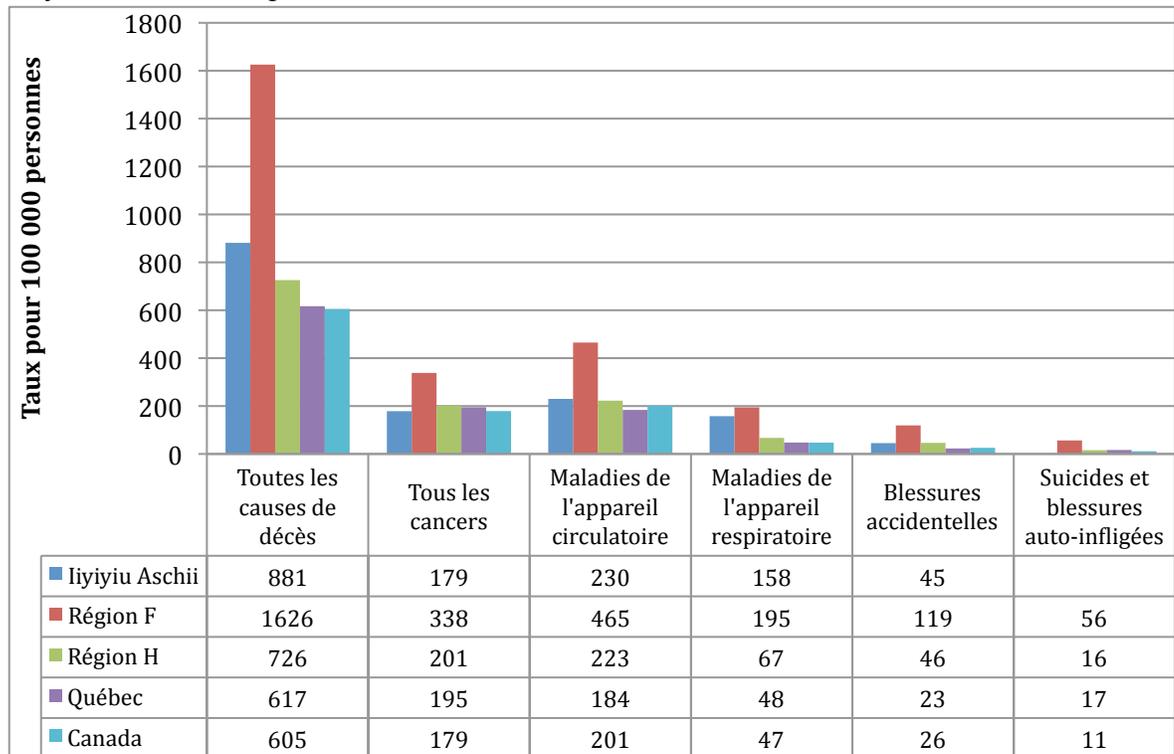


(AINC, 2005a; Statistique Canada, 2009c)

Le premier graphique proposé expose les taux bruts de mortalité pour six populations du Canada. Les taux globaux révèlent des écarts particulièrement importants entre les habitants d'Iiyiyiu Aschii et ceux des autres régions alors que ces dernières enregistrent des taux bruts de 69% à 124% supérieurs à ceux des Cris. On remarque également que les deux régions partageant les écarts de mortalité les plus importants se trouvent en fait imbriquées l'une dans l'autre. Cette imbrication géographique n'empêche pas l'Iiyiyiu Aschii d'obtenir des taux de mortalité très inférieurs à ceux de la région F (autochtone). L'écart le plus grand se fait sentir au niveau de la mortalité par suicide où les Cris enregistrent un taux 11 fois inférieur à celui des résidents de la région F. En

comparaison au taux de suicide affiché pour les Cris, mentionnons que l'ensemble des Indiens inscrits a enregistré en 2000 le double du taux général canadien avec 24 décès par 100 000 personnes (Kirmayer et al., 2007).

Figure 22 : Taux normalisés de mortalité selon différentes causes pour cinq populations, moyennes annuelles pour 2000-2002.

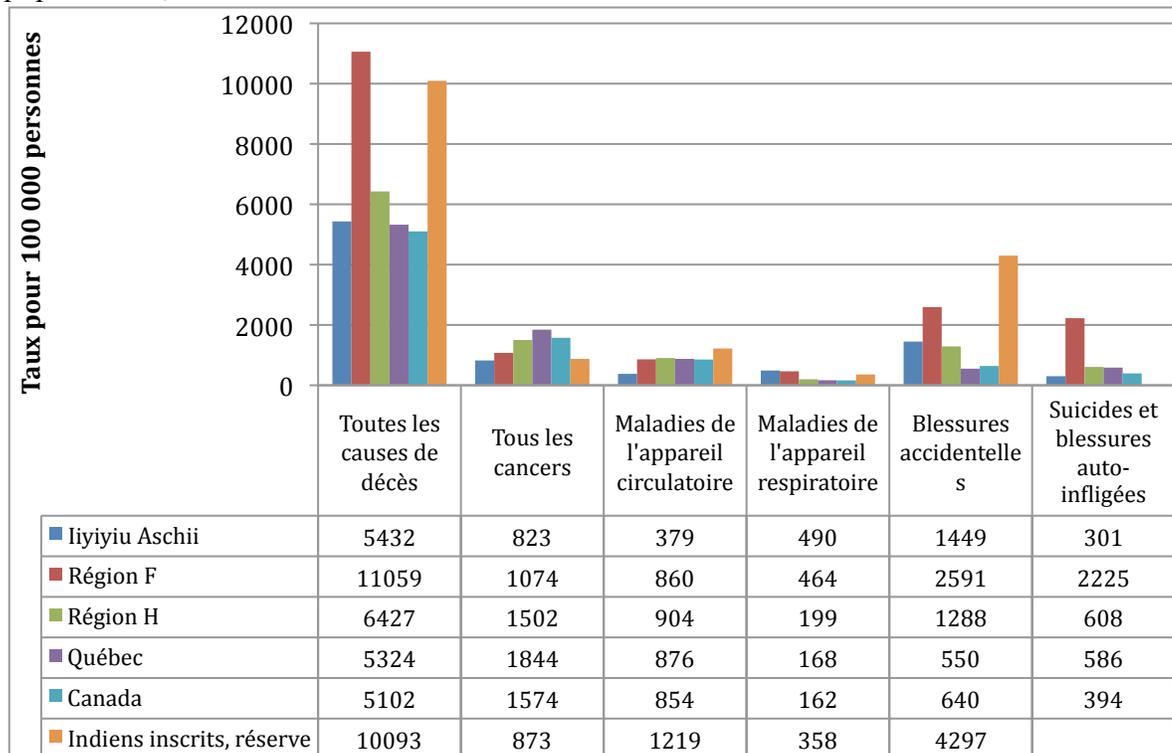


(Statistique Canada, 2009c)

Comme le révèle ce second graphique, les taux standardisés selon l'âge pour l'Iiyiyiu Aschii sont systématiquement supérieurs à ceux du Québec et du Canada pour toutes les catégories de décès, à l'exception des cas de cancers (les données pour les suicides ne sont pas disponibles). La comparaison avec les régions sociosanitaires homologues fait ressortir dans un second temps que la région F (autochtone) possède des taux normalisés supérieurs dans des proportions de 24% à 164% à ceux d'Iiyiyiu Aschii. À l'opposé, les taux de la région H (allochtone) révèlent une plus grande similarité avec ceux de la région crie malgré certaines différences évidentes.

Ces nouvelles statistiques sur la mortalité remettent en perspectives les précédentes alors qu'elles adaptent les premiers résultats à une structure par âge uniforme (celle du recensement du Canada de 1991). Toutefois, bien qu'elles présentent l'importance des principales causes de mortalité, elles ne démontrent pas leur impact réel sur l'espérance de vie. Les données suivantes proposent pour leur part une mesure de l'impact des différentes causes de mortalité sur le nombre d'années potentielles de vie perdues.

Figure 23 : Taux annuels moyens des années potentielles de vie perdues pour six populations², 2000-2002.



(Statistique Canada, 2009d)

Au regard des dernières données, il semble que les années potentielles de vie perdues (APVP) varient considérablement entre les régions. À la différence des graphiques précédents, celui-ci montre une certaine similarité entre l'Iiyiyiu Aschii et le Québec et le

² Les APVP par blessures accidentelles chez les Indiens inscrits comprennent également celles pour causes de suicides et blessures auto-infligées.

Canada. Toutefois, cette similarité ne se limite qu'au total des APVP alors qu'un examen plus approfondi des données dévoile une importante différence entre les principales causes de mortalité. De la même façon, l'Iiyiyiu Aschii se révèle très différent des régions F et H alors que les APVP diffèrent énormément au sein de leur population respective. Les données rapportant les APVP des Indiens inscrits vivant sur réserve démontrent pour leur part une plus grande similarité avec celles de la région F (autochtone) qu'avec toute autre région. Au même titre, les APVP pour cause de décès par blessures accidentelles et auto-infligées qui atteignent 4297 années chez les Indiens inscrits démontrent une certaine similitude avec celles de la population de la région F alors que cette dernière comptabilise 4816 APVP pour ces causes de décès.

En somme, les données présentées jusqu'ici ont illustré, de la manière la plus exhaustive possible, la situation sanitaire des Cris, des Indiens inscrits, du Québec, du Canada et des régions sociosanitaires homologues F et H. Malgré la limitation imposée par la disponibilité de certaines données, celles présentées tendent à démontrer que les Cris de la Baie-James ont un niveau de santé inférieur à celui enregistré au sein des populations québécoise et canadienne dans leur ensemble. Toutefois, les mêmes données révèlent que la situation des Cris est systématiquement supérieure à celle des autres Indiens inscrits. Finalement, les derniers graphiques ont permis d'illustrer que les Cris partagent davantage de similarités avec les résidents de la région H, majoritairement allochtone, qu'avec ceux de la région F, majoritairement autochtone. Enfin, les similarités et les différences mises de l'avant dans cette première moitié de chapitre alimenteront les propos de la seconde moitié qui elle tentera d'exposer les liens entre la CBJNQ, les déterminants sociaux de la santé et l'état de santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii.

Analyse des résultats

Pour rencontrer les objectifs de l'étude actuelle, les analyses comparatives présentées s'appuieront sur le principe selon lequel la santé est un phénomène dynamique qui évolue à travers le temps. Pour être en mesure de porter un jugement adéquat sur l'état évolutif de la santé, nous appuierons nos comparaisons sur une cible également évolutive et nous nous emploierons à analyser les différences d'évolutions entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et les populations de référence.

Tel que spécifié précédemment, la première population de référence qui servira de point de comparaison à la population crie est celle des Indiens inscrits vivant sur réserve. Celle-ci, en tant que groupe homologue partageant avec les Cris les conditions de vie similaires offertes sur les réserves autochtones et n'ayant pas été influencées par les conséquences estimées de la CBJNQ sur la santé, occupera le rôle de groupe témoin. En ce sens, la comparaison des différentes trajectoires d'évolution entre les Indiens inscrits vivant sur réserve et les des Cris de l'Iiyiyiu Aschii devrait permettre de faire ressortir certains indices des conséquences du premier accord de revendication globale sur la santé.

La seconde population de référence dont l'état de santé servira à évaluer la progression des autres est celle du Canada. Celle qui servira de population barométrique permettra de situer les progrès respectifs des Cris et des Indiens inscrits sur réserve face à ceux du Canada. Dans ce contexte, l'état des déterminants sociaux et de l'état de santé de l'ensemble des Canadiens sera utilisé pour comparer les évolutions des deux populations autochtones et permettra de déterminer la valeur de leurs améliorations respectives.

En comparant la situation de ces trois populations à travers le temps, il sera possible de déterminer dans quelle proportion la situation des Cris s'est améliorée par rapport à celle de la population canadienne et des Indiens inscrits vivant sur réserve et de répondre aux sous-questions posées précédemment. Dans cette perspective, nous analyserons d'abord les changements ayant eu cours et ayant touché les déterminants sociaux de la santé depuis les débuts de la CBJNQ. En second lieu, nous confronterons l'évolution de la santé de santé des Cris à celles d'autres populations afin de faire ressortir leurs différences.

Les déterminants sociaux de la santé

Dans cette première section, nous tenterons de déterminer quelle est l'ampleur des changements observés sur les déterminants de la santé pour chaque population. Pour se faire, nous analyserons l'apparition des changements dans une perspective longitudinale et transversale afin de faire ressortir les différentes évolutions à travers diverses populations.

Les déterminants socioéconomiques

Nous avons précédemment vu les données montrant l'évolution de plusieurs déterminants socioéconomiques de la santé. Dans cette section, nous analyserons premièrement les différences observées au sein de chaque population dans une perspective longitudinale. Dans un second temps, nous emploierons un deuxième niveau d'analyse en comparant les écarts enregistrés entre les populations de l'Iiyiyiu Aschii à celles des réserves indiennes et du Canada dans son ensemble.

Analyses intrapopulationnelles

Les prochains graphiques résument l'information recueillie et exposée précédemment en faisant fi des échelles de mesure originales et en gradant les évolutions

recensées en terme de proportions. Pour chacune des analyses qui suivront, la méthode employée pour mesurer la progression de chacun des indicateurs repose sur la formule suivante :

$$x_t = \frac{i_t}{i_p}, \text{ où :}$$

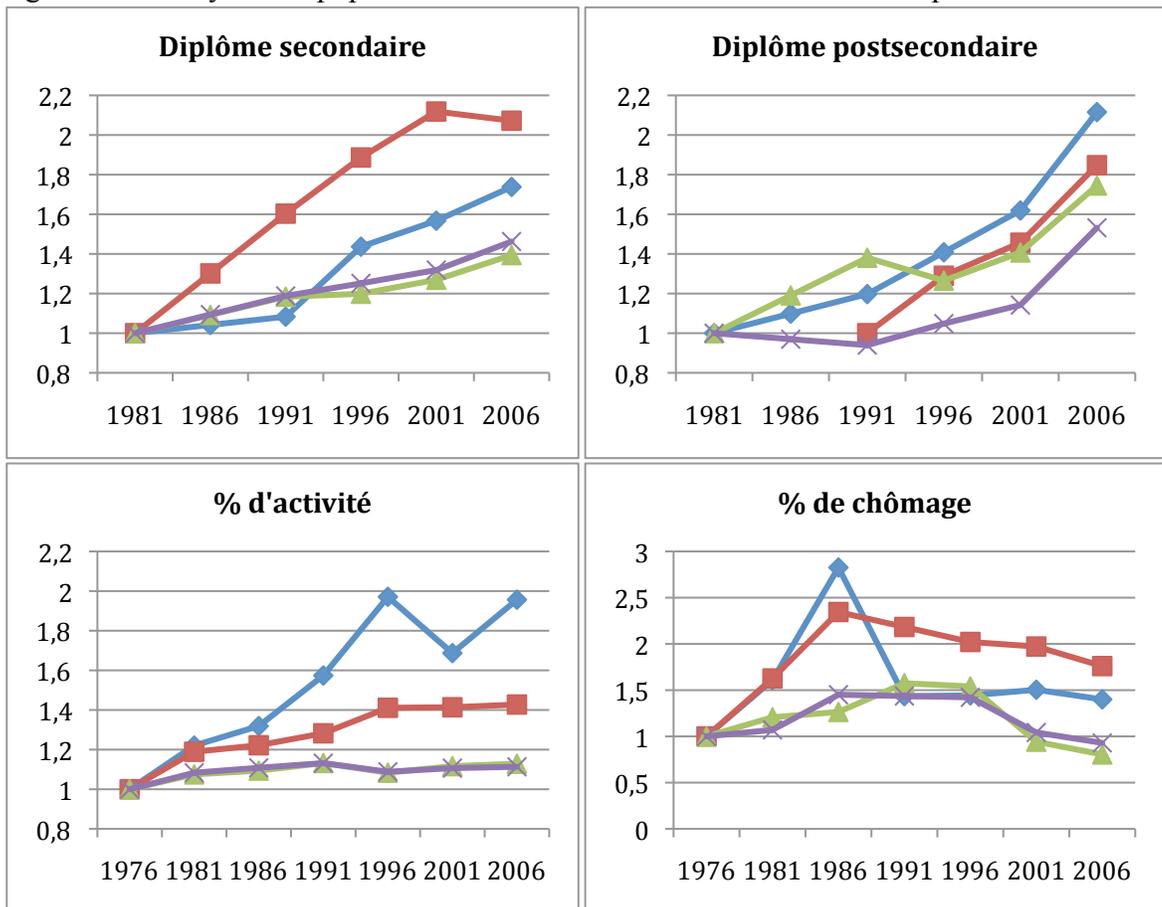
x = la valeur de l'analyse à un temps t;

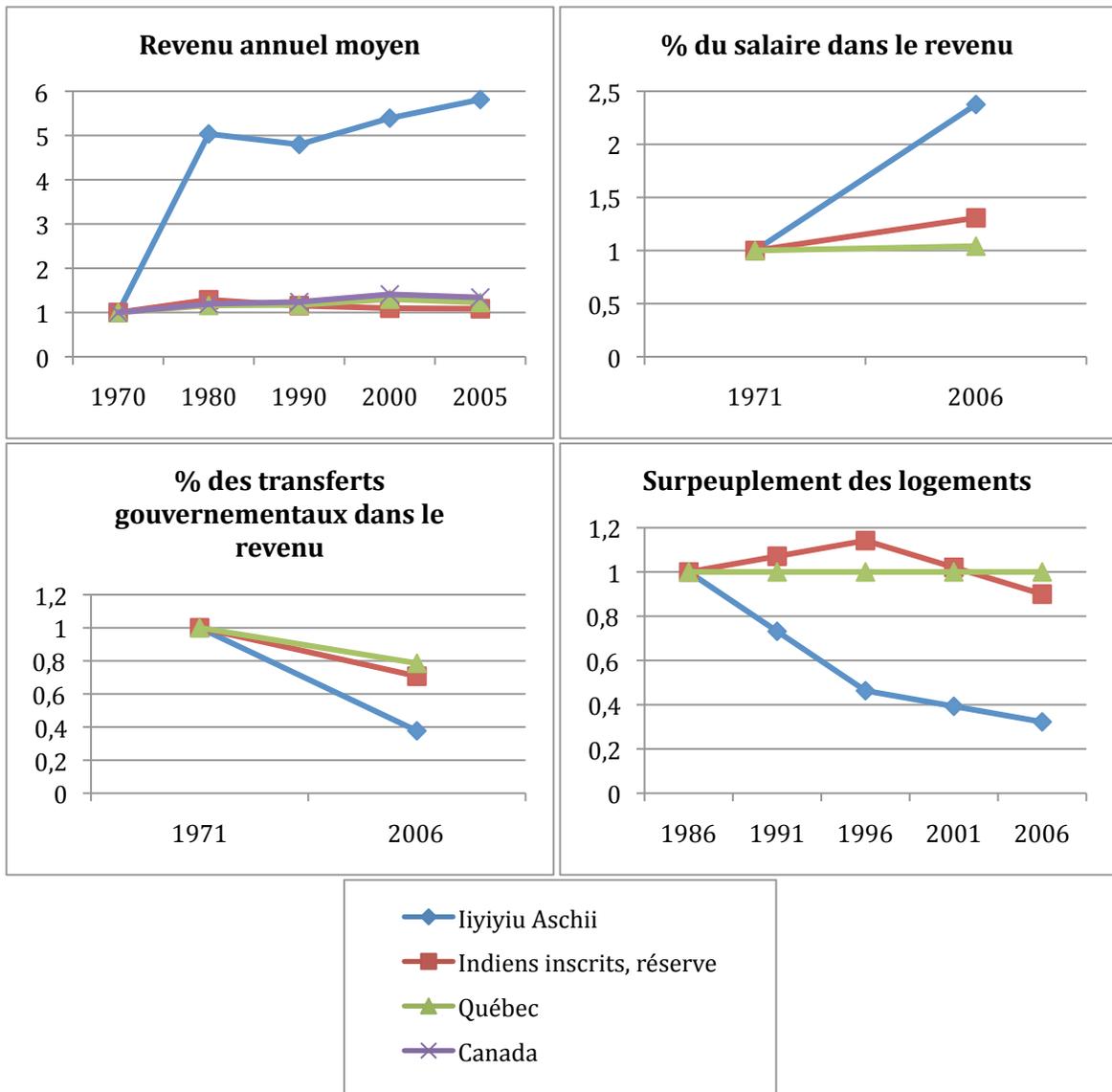
i = la valeur de l'indicateur ciblée à un temps t ou p;

t = l'année ciblée;

p = l'année de la première valeur pour un indicateur ciblé.

Figure 24 : Analyse intrapopulationnelle des déterminants socioéconomiques de la santé





Selon les huit graphiques ci-dessus, l'ampleur de la progression des déterminants socioéconomiques de la santé s'est davantage accentuée chez la population crie de l'Iiyiyiu Aschii que chez les autres populations, à deux exceptions. D'une part, le taux de croissance de la proportion des diplômés secondaires, même si elle a été considérable dans l'Iiyiyiu Aschii avec 40% d'augmentation, s'est révélé supérieur dans les réserves indiennes. D'autre part, l'écart du taux de chômage enregistré entre 1976 et 2006 a quant à lui subi

une baisse beaucoup plus marquée chez les populations québécoise et canadienne que chez celles d'origine autochtone.

Mis à part ces deux cas, l'analyse de la hausse des autres indicateurs révèle que l'éducation postsecondaire, le taux d'activité économique, le revenu annuel moyen, la part du salaire et des transferts gouvernementaux dans le revenu et le surpeuplement des logements ont tous connu des améliorations proportionnellement plus marquées chez les Cris d'Iiyiyiu Aschii que parmi les autres populations étudiées.

Les analyses intrapopulationnelles faites ici ont l'avantage de démontrer dans quelle proportion les déterminants socioéconomiques ont évolué depuis leur premier relevé, mais elles ne permettent toutefois pas de voir les écarts subsistants entre les populations elles-mêmes. Pour répondre à ce besoin, nous devons poursuivre avec le second niveau d'analyse qui permet d'apprécier l'ampleur des écarts entre les populations de l'Iiyiyiu Aschii, des réserves autochtones et du Canada.

Analyses interpopulationnelles

À la différence des analyses précédentes, celles effectuées ici reposent sur les différences entre deux populations à un même moment. La méthode d'analyse interpopulationnelle permet de suivre les écarts pour un même indicateur tout au long de sa progression à travers le temps. À ce titre, les écarts étant tous comparés sur la base de proportions, cette méthode permet de confronter tous les indicateurs simultanément, indépendamment de leur échelle originale. L'équation employée pour conduire ces analyses se présente comme suit :

$$x_t = \frac{c_t}{y_t}, \text{ où :}$$

x = la valeur de l'analyse à un temps t ;

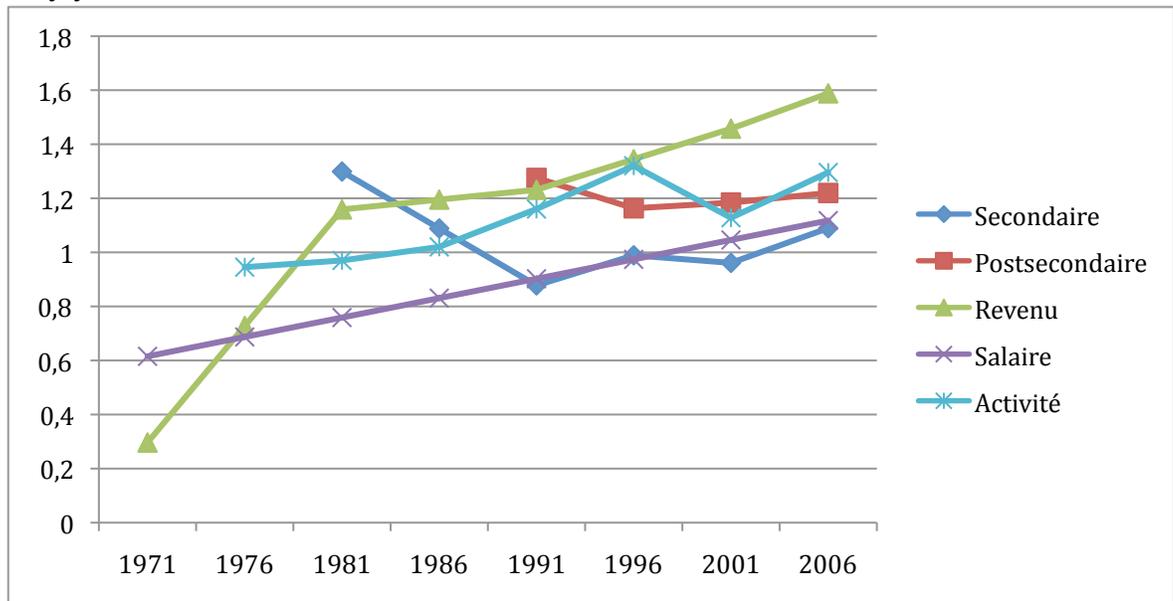
c = la valeur de l'indicateur ciblée pour la population crie à un temps t ;

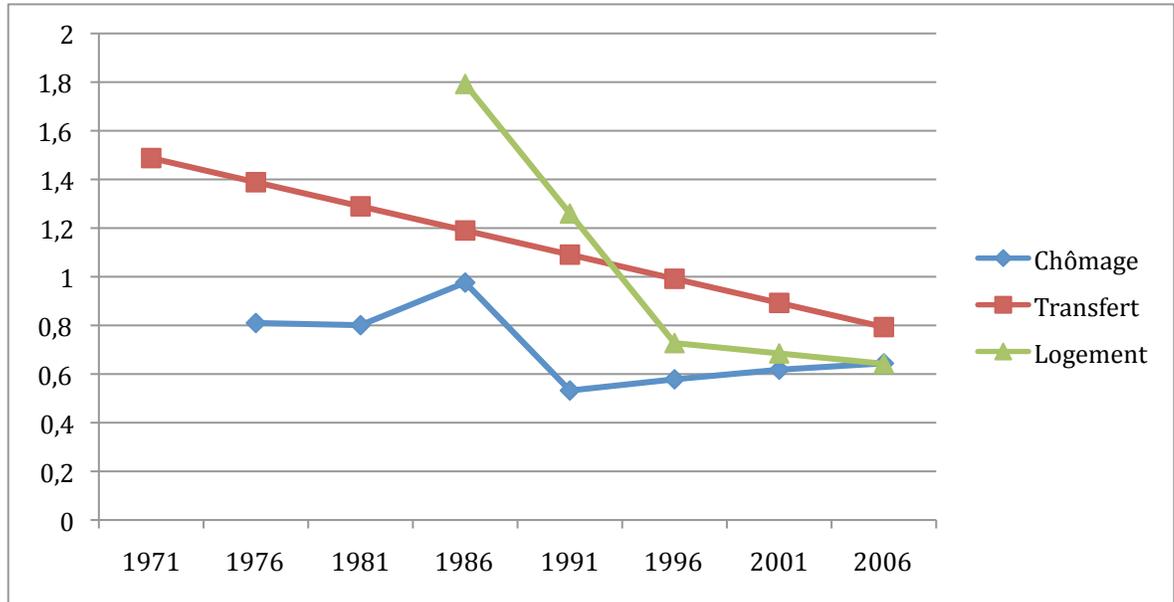
y = la valeur de l'indicateur ciblée pour la population comparée à un temps t ;

t = l'année ciblée.

D'après cette formule, un résultat moindre à un (1) indique que la population crie est inférieure à la population comparée pour un indicateur c ou y à une année t . Un résultat de un (1) correspond à la parité d'un indicateur entre les deux populations alors qu'un résultat de plus de un (1) indique la supériorité de la population crie sur la population comparée pour un indicateur choisi à une année t . Dans ce contexte, les populations auxquelles les Cris seront comparés sont les Indiens inscrits vivant sur une réserve dans un premier temps, et l'ensemble des Canadiens dans un second temps.

Figure 25 : Analyse interpopulationnelle des déterminants socioéconomiques entre les Cris d'Iiyiyiu Aschii et les Indiens inscrits habitant sur une réserve



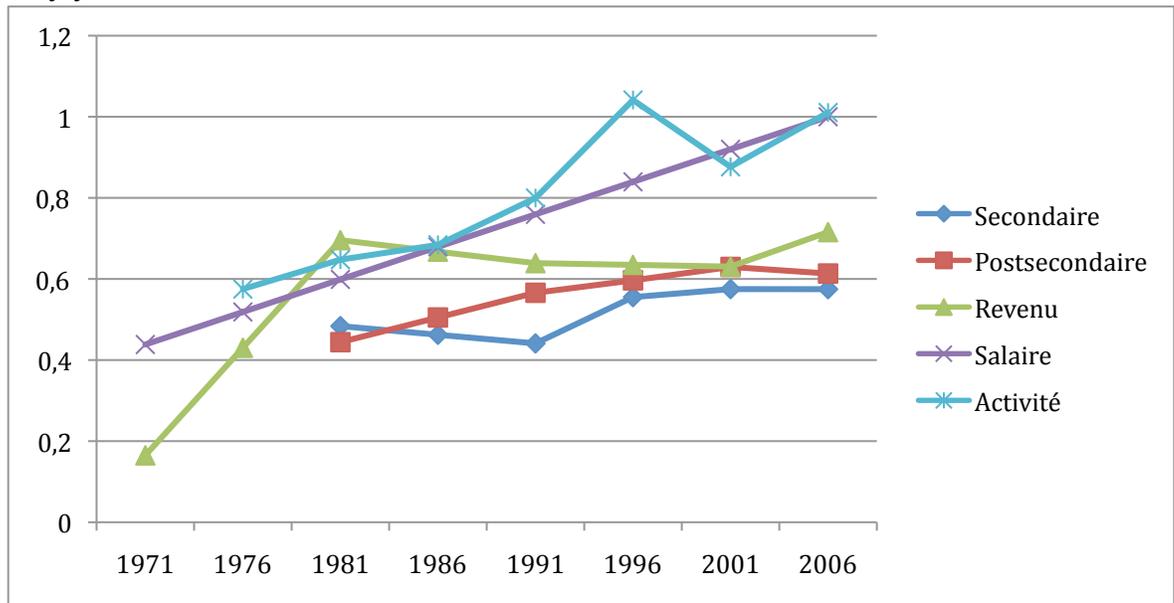


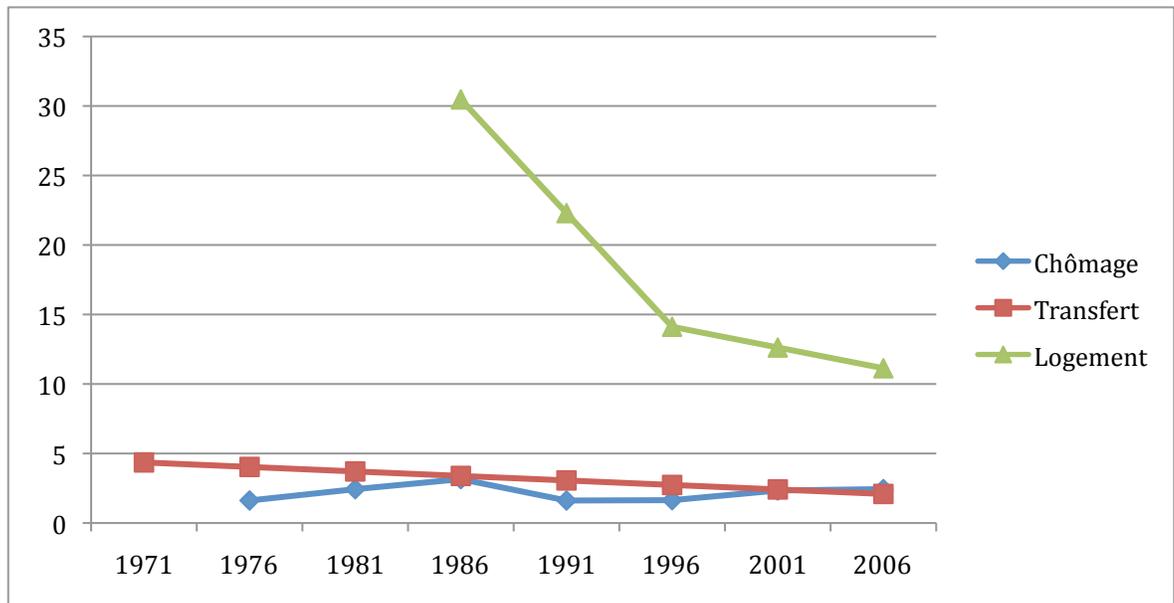
La figure précédente démontre que la presque totalité des indicateurs de la population crie a connu une progression soutenue au point de dépasser celle de la population témoin. Alors que leur premier recensement dévoilait des résultats inférieurs à ceux de la population vivant dans les réserves, la progression des indicateurs du revenu, de la part du salaire et du taux d'activité les a conduits à des niveaux supérieurs à ceux des Indiens inscrits. Au même titre, les courbes affichant la progression du niveau de surpopulation des logements et de la proportion occupée par les transferts gouvernementaux dans le revenu démontrent que bien que les Cris de l'Iiyiyiu Aschii affichaient anciennement des résultats supérieurs à ceux des Indiens inscrits, ceux-ci leur sont devenus inférieurs. De plus, même si le taux de chômage dans les communautés crie étaient déjà inférieur à celui des Indiens inscrits en 1976, son évolution a démontré que l'écart entre les deux niveaux s'est accru depuis l'époque et que les Cris bénéficiaient en 2006 d'un taux de près de 40% inférieur à celui des résidents des réserves autochtones. Enfin, les courbes de l'éducation démontrent que la diplomation secondaire est demeurée plus élevée dans la région crie que dans les réserves, mais que son avance sur cette dernière

s'est considérablement réduit. En revanche, la diplomation postsecondaire a pour sa part conservé son avance sur celle des Autochtones habitant une réserve avec près de 20% de diplômés supplémentaires depuis 1991.

En somme, l'analyse des indicateurs révèle que les Cris ont acquis une avance considérable sur les Indiens inscrits vivant sur une réserve pour tous les déterminants socioéconomiques précédemment étudiés. Voyons maintenant dans quelles proportions les changements observés se comparent à ceux de l'ensemble des Canadiens.

Figure 26 : Analyse interpopulationnelle des déterminants socioéconomiques entre les Cris d'Iiyiyiu Aschii et les Canadiens





À la lumière de ces deux graphiques, il semble que les Cris ont considérablement réduit le fossé qu'ils entretenaient face aux autres Canadiens. Les courbes illustrées ci-haut démontrent toutes une réduction des écarts pour l'ensemble des déterminants socioéconomiques, à l'exception du chômage qui démontre plutôt une légère hausse de son niveau par rapport à celui du Canada. Inversement, les courbes des taux d'activité et de la proportion du salaire dans le revenu indiquent même que les Cris ont atteint la parité avec les Canadiens dans ces deux domaines. Enfin, la progression la plus marquée repose sur la diminution du taux de surpeuplement des logements qui, même si elle demeure très supérieure, est passé de 30 à 11 fois celle du niveau national.

En somme, les analyses précédemment conduites tendent à soutenir deux conclusions. D'une part, les premières comparaisons ont servi à démontrer que les Cris ont connu dans l'ensemble une augmentation marquée de leurs déterminants socioéconomiques de la santé par rapport aux observations les plus vieilles, dont certaines sont antérieures à la CBJNQ. D'autre part, la seconde série de comparaisons a dévoilé que même si le fossé avec les Canadiens ne s'est pas comblé, les Cris ont tout de même réduit considérablement

les écarts les séparant. Elles ont démontré par ailleurs que le désavantage qui affectait anciennement les Cris par rapport aux Indiens inscrits habitant sur une réserve s'est inversé alors que les résidents de l'Iiyiyiu Aschii sont aujourd'hui plus avantagés que leurs homologues autochtones.

Les habitudes de vie

La seconde catégorie de déterminants de la santé à avoir fait l'objet d'une collecte de données est celle des habitudes de vie. Le cinquième chapitre a exposé le produit de plusieurs enquêtes qui ont documenté les pratiques de vie des Cris de l'Iiyiyiu Aschii, mais aussi celles de la population d'Indiens inscrits habitant sur une réserve, celles de l'ensemble de la population autochtone du Canada et également celles de l'ensemble de la population canadienne. Il a alors été question de la connaissance d'une langue autochtone, de la pratique d'activités traditionnelles et de la consommation de tabac et d'alcool.

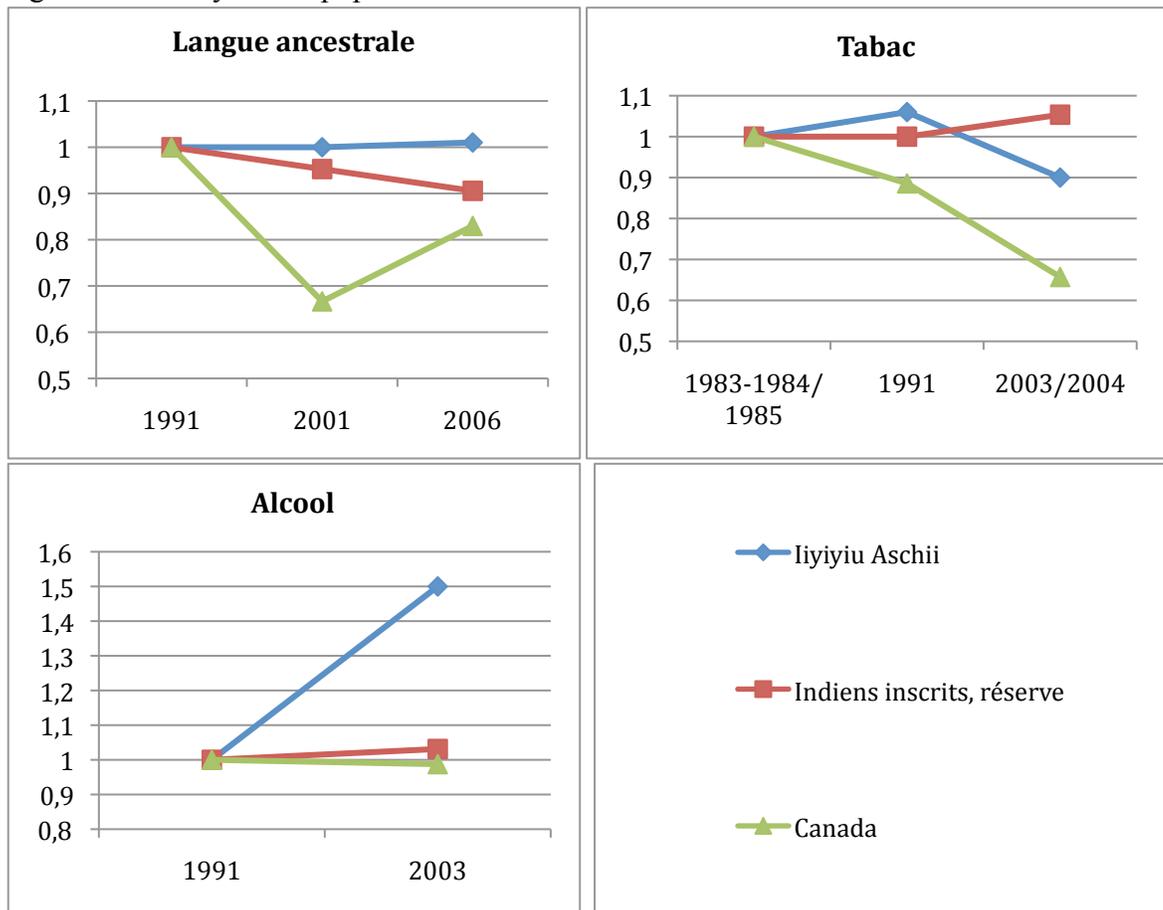
Au cours de cette section, nous analyserons les changements survenus au sein de ces populations pour des périodes variant selon la disponibilité des données pour chaque indicateur. À l'image de la section précédente, il sera question des différences interpopulationnelles caractérisant les écarts entre la population crie face à celle d'origine autochtone et allochtone, mais d'abord voyons le degré d'évolution ayant marqué chacune des populations étudiées depuis les premières observations.

Analyses intrapopulationnelles

À la différence des analyses sur les déterminants socioéconomiques, celles-ci ne couvrent pas nécessairement l'ensemble de la période pour laquelle des données sont disponibles, mais s'ajustent selon les périodes pour lesquelles des données disponibles existent pour toutes les populations. La limitation ainsi imposée assure une même origine

pour les analyses intrapopulationnelles faites entre les diverses populations et permet un niveau de comparaison équivalent pour chacune d'entre elles. D'autre part, les graphiques exposés ci-bas omettent de présenter l'évolution des activités traditionnelles puisque le changement de format de cet indicateur le rend incompatible avec le type d'analyse conduit ici.

Figure 27 : Analyse intrapopulationnelle des habitudes de vie



Le premier graphique présenté ci-haut expose la situation des langues autochtones au Canada. Nous pouvons y voir que tant la population autochtone du pays que celle des Indiens inscrits habitant sur une réserve ont connu une diminution des proportions de leurs membres connaissant une des langues ancestrales. À l'inverse, la courbe exposant la réalité

crie témoigne d'une légère augmentation du taux de locuteurs parlant une langue autochtone au sein de l'Iiyiyiu Aschii.

Le second graphique démontre que la proportion de Cris consommant régulièrement du tabac a substantiellement diminué (de 10%) entre 1983-1984 et 2003. Les courbes des Indiens inscrits et des Canadiens traduisent une progression opposée l'une à l'autre. D'un côté, celle des Amérindiens dévoile une légère hausse (5%) du tabagisme au sein des réserves alors que celle du Canada expose une diminution importante (44%) et soutenue de sa prévalence depuis 1983-1984.

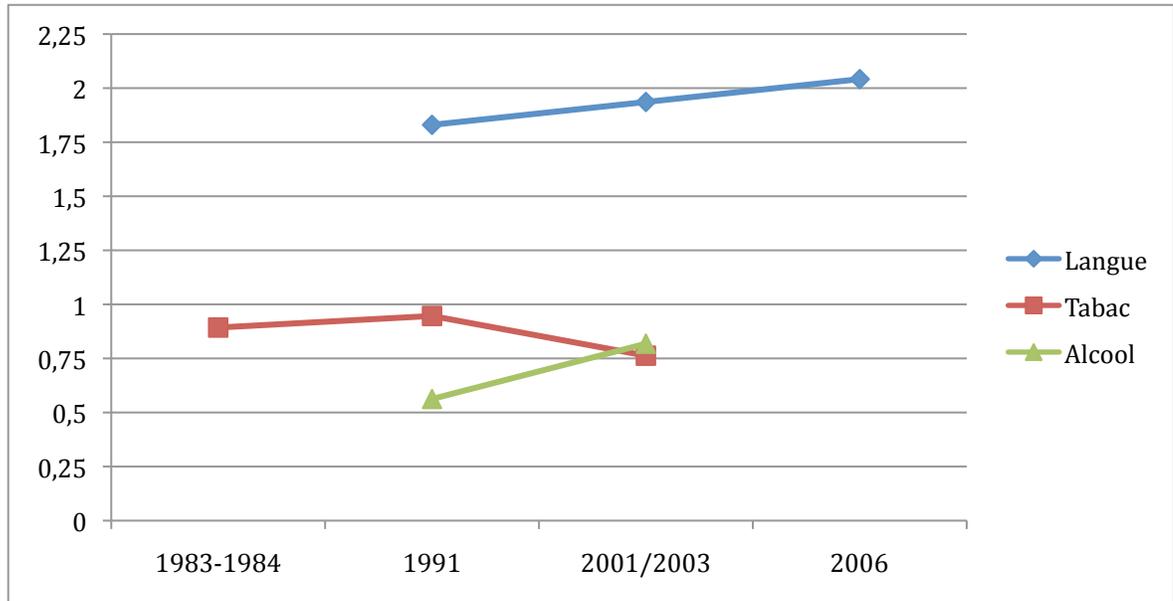
À son tour, le troisième graphique illustre en première instance une forte hausse de la consommation d'alcool chez les Cris entre 1991 et 2003. Toutefois, le changement de groupe d'âge pour la population ciblé colporte avec lui une incompatibilité des résultats alors que ceux de 1991 correspondent aux 18 ans et plus et ceux de 2003 aux 12 ans et plus. Cette incongruité rend conséquemment invalide la courbe des Cris. Néanmoins, les autres courbes du graphique permettent de constater que les populations de consommateurs d'alcool ont légèrement accru leur rang (3%) chez les Indiens inscrits alors qu'elles ont faiblement fléchi (1%) pour l'ensemble des Canadiens. Maintenant que l'évaluation des changements au sein de chaque population a été conduite, poursuivons avec l'évolution des écarts pour les habitudes de vie.

Analyses interpopulationnelles

Au même titre que celles présentées à la section précédente, les analyses interpopulationnelles proposées ici exposent l'historique des écarts entre deux populations à travers le temps. À la différence de ces premières analyses, le format de présentation sera quelque peu différent de celui précédemment employé étant donné la nature de certains

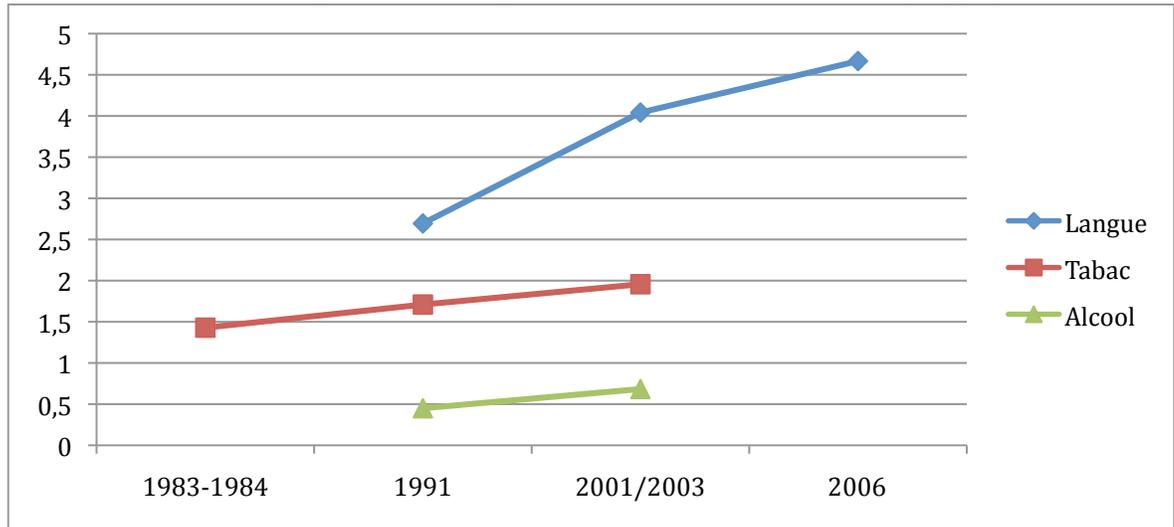
indicateurs. De plus, l'indicateur de la consommation abusive d'alcool étant le fruit d'une observation unique, le graphique illustrant les écarts enregistrés ne portera qu'un regard statique sur ce phénomène.

Figure 28 : Analyse interpopulationnelle des habitudes de vie entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et les Indiens inscrits habitant sur une réserve



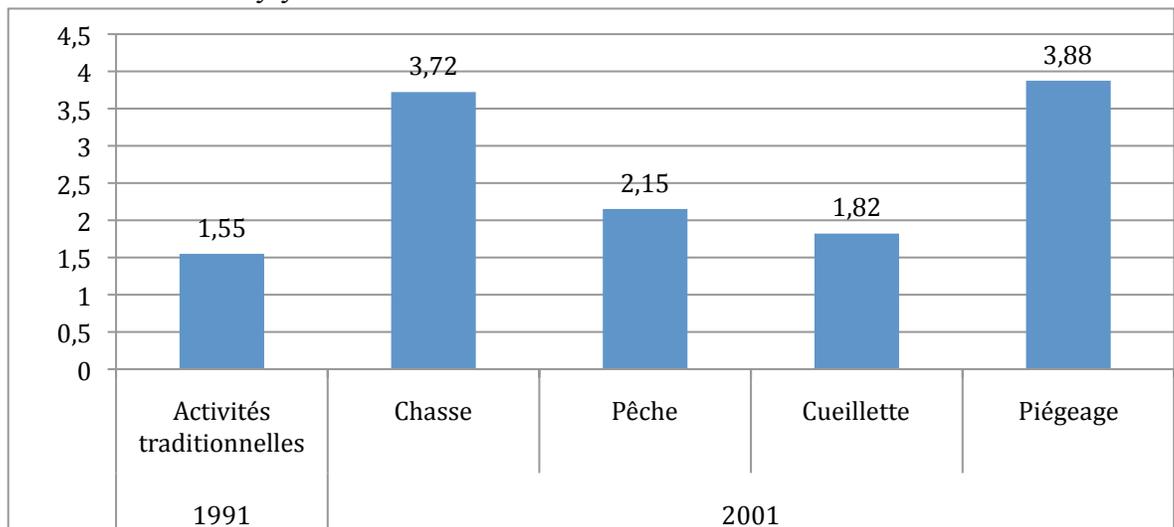
La première figure dévoile que les écarts entre les Cris et les Indiens inscrits habitant sur une réserve connaissant une langue autochtone ont connu une augmentation depuis 1991 pour atteindre un rapport de 2 pour 1 en 2006. Le tabagisme a pour sa part connu une régression de sa popularité par rapport aux Indiens inscrits alors que les fumeurs cris, qui étaient initialement 11% moins nombreux que les Indiens inscrits en 1983-1984, sont passés à 24% en 2003/2004. Enfin, la courbe relatant l'évolution de la consommation d'alcool ne peut être prise en considération étant donné le changement de population ciblée, tel que spécifié précédemment.

Figure 29 : Analyses interpopulationnelles des habitudes de vie entre les Cris d'Iiyiyiu Aschii et les Canadiens (tabac et alcool) et les Autochtones canadiens (langue)



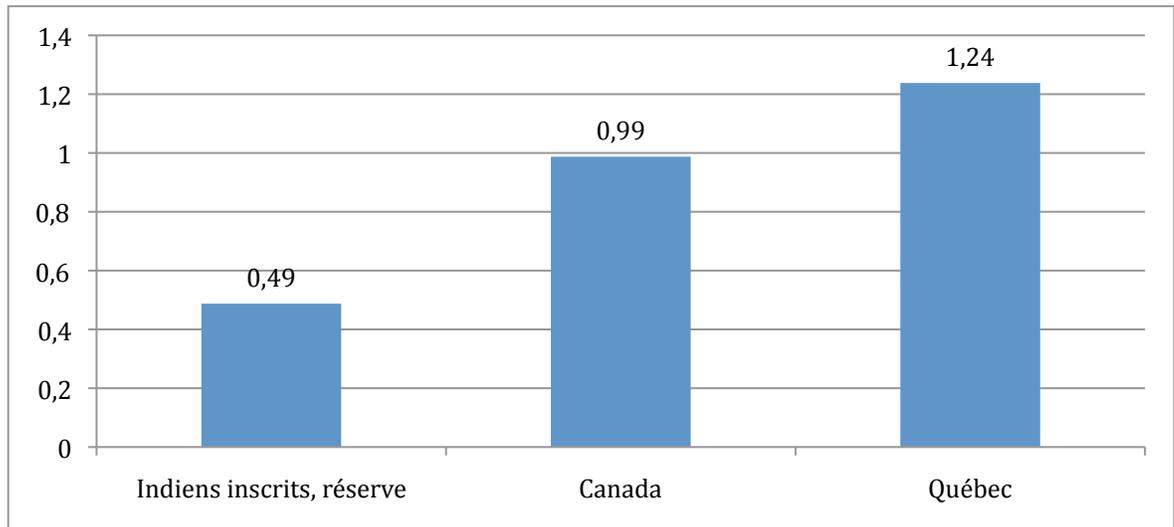
Le second graphique démontre en première instance que la connaissance d'une langue autochtone a connu des écarts de plus en plus considérables entre 1991 et 2006 alors que le taux cri est passé des 2,7 à 4,7 fois celui des Autochtones de l'ensemble du pays. En revanche, la courbe du tabagisme révèle que cette pratique est de plus en plus fréquente chez les Cris et que son taux qui était 43% supérieur en 1983-1984 atteignait pratiquement le double de celui observé chez les Canadiens en 2003.

Figure 30 : Analyses interpopulationnelles de la participation aux activités traditionnelles entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et les Autochtones canadiens



Selon la dernière figure, les écarts de participation aux activités traditionnelles entre les Cris et l'ensemble des Autochtones étaient considérables, tant en 1991 qu'en 2001. Malgré l'impossibilité de déterminer l'ampleur de l'évolution au cours de cette période, les données illustrent que les Cris ont conservé une nette supériorité de leur participation face aux autres Autochtones. Les écarts observés corroborent en effet cette thèse alors que le taux cri était de 55% supérieur au taux canadien en 1991 et que les taux de 2001 étaient de 1,8 à 3,9 fois supérieur à ceux des Autochtones de l'ensemble du pays.

Figure 31 : Analyses interpopulationnelles des habitudes de consommation abusive d'alcool entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et les Indiens inscrits, les Québécois et les Canadiens



Cette dernière analyse interpopulationnelle démontre que le taux de consommation abusive d'alcool des Cris était 24% supérieur à celui des Québécois en 2003. D'autre part, même si les comparaisons entre les taux cris et autochtone, et cris et canadien, ne reposent pas sur une même population cible, la valeur des observations qui en résultent n'est pas complètement nulle alors que, comme il l'a été précédemment spécifié, la surconsommation chez les Cris diminue avec l'âge. Conséquemment, le taux cri qui porte sur les 12 ans et plus surestime probablement le phénomène comparativement aux Indiens

inscrits et aux Canadiens dont les taux reposent sur les 18 ans et plus. Malgré cette surestimation probable, les Cris étaient proportionnellement moins nombreux à avoir des habitudes de surconsommation que les autres Amérindiens habitant sur une réserve et affichaient un taux très similaire à celui de l'ensemble des Canadiens.

La liste des variations exposée dans cette section suffit à démontrer que les Cris ont été proportionnellement plus nombreux à conserver des habitudes culturelles que les autres Autochtones et Indiens inscrits vivant sur une réserve. Les analyses ont également révélé que même si le taux de tabagisme des Cris a augmenté au cours des dernières années, il demeure néanmoins inférieur à celui des Indiens inscrits, mais supérieur à celui des Canadiens. Enfin, même si les analyses sur l'évolution de la consommation d'alcool ne permettent pas d'arriver à une conclusion formelle étant donnée l'incompatibilité des données au fil du temps, celles sur l'abus d'alcool révèlent que les Cris sont, selon toute vraisemblance, proportionnellement moins nombreux à surconsommer que les Amérindiens habitant sur une réserve.

Pour conclure cette section sur les déterminants sociaux de la santé, rappelons que les analyses présentées jusqu'à maintenant témoignent de la nette progression des déterminants socioéconomiques des Cris depuis les débuts de la CBJNQ. De plus, les comparaisons avec les indicateurs des Indiens inscrits et des Canadiens révèlent que les Cris ont acquis au fil du temps un statut socioéconomique nettement plus avantageux que les premiers et que le fossé se rétrécit avec les seconds même si ceux-ci demeurent majoritairement plus favorisés. Par ailleurs, les analyses des habitudes de vie ont démontré que les Cris ont été proportionnellement plus nombreux à conserver des pratiques culturelles que les autres Autochtones canadiens, alors que ces derniers ont enregistré une

chute de leur popularité. Les habitudes de consommation de produits du tabac et de l'alcool se sont avérées pour leur part moins néfastes chez les Cris que chez les Indiens inscrits, mais plus néfastes que chez les autres Canadiens.

Maintenant que l'analyse des déterminants sociaux de la santé a révélé une nette amélioration de leur condition pour les Cris depuis les débuts de la CBJNQ, voyons comment l'état de santé a évolué au cours de cette même période.

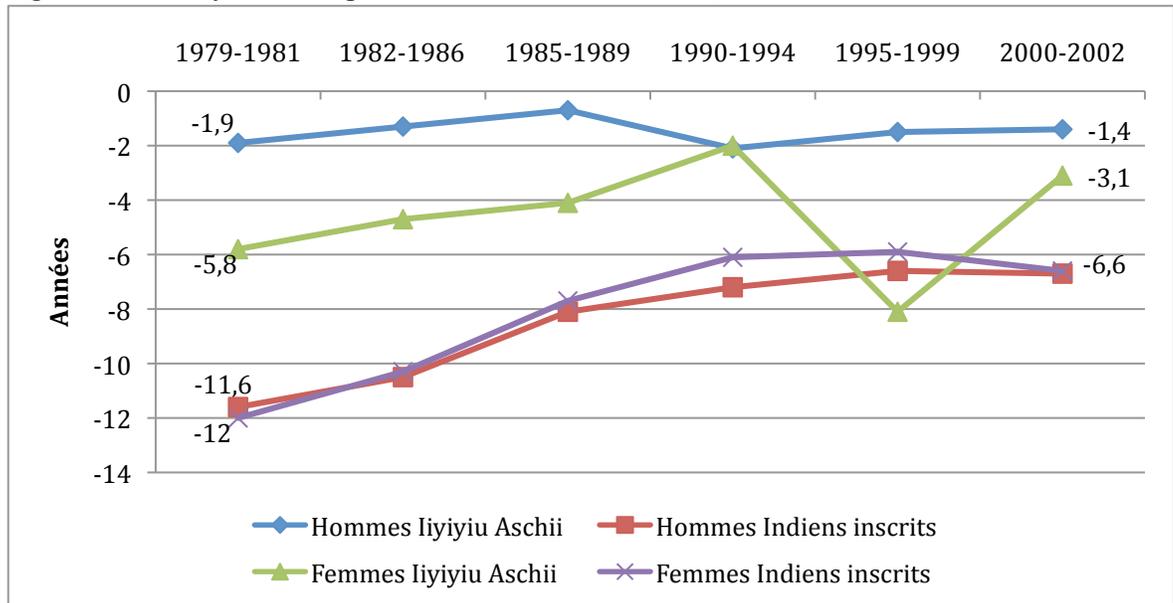
La santé

Pour faire suite aux analyses sur les déterminants sociaux, la présente section tentera de déterminer si l'état de santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii s'est amélioré depuis les débuts de la CBJNQ. Pour y arriver, les comparaisons suivantes s'appuieront sur les populations témoin et barométrique et permettront chacune à leur manière de situer l'évolution des Cris au fil des temps. Enfin, nous tenterons de déterminer si l'évolution de l'état de santé des Cris a suivi une tendance similaire à celle des déterminants sociaux.

Analyse de l'espérance de vie à la naissance

Selon les données de l'espérance de vie à la naissance illustrées à la Figure 16 et la Figure 17 (p. 62 et 62), les populations étudiées ont toutes affichées des progressions différentes et atteint des EVN distinctes les unes des autres. Afin de mesurer l'ampleur de ces améliorations depuis les débuts de la CBJNQ, nous présenterons ici une analyse qui détaille l'évolution des écarts entre les populations barométrique et expérimentale d'une part, et barométrique et témoin d'autre part.

Figure 32 : Analyse de l'espérance de vie à la naissance, 1979-1981 à 2000-2002



D'après ces analyses, nous constatons que les écarts de santé entre les Cris et les Canadiens ont connu des trajectoires inégales selon les sexes. Malgré ce fait, la diminution des écarts relativement modeste chez les hommes (0,5 an) et celle plus substantielle chez les femmes (2,7 ans) attestent toutes deux d'une croissance plus rapide de l'EVN des Cris par rapport à celle des Canadiens. Par ailleurs, les analyses conduites révèlent que même si les EVN des Cris et des Indiens inscrits sont demeurées inférieures à celles du Canada entre 1979-1981 et 2000-2002, elles ont conservé de grands écarts entre elles. De plus, même si on constate que la progression des EVN des Indiens inscrits a été supérieure à celle des Cris, on remarque que ces derniers ont conservé une avance considérable sur leurs homologues autochtones.

Toutefois, il est important de noter que cette forte amélioration de l'état de santé observée chez les Indiens inscrits est possiblement attribuable à des facteurs externes à l'amélioration des conditions de vie sur les réserves. Comme le révèle l'AINC (2005b), les Indiens inscrits ont connu une forte migration de leur population hors des réserves au cours

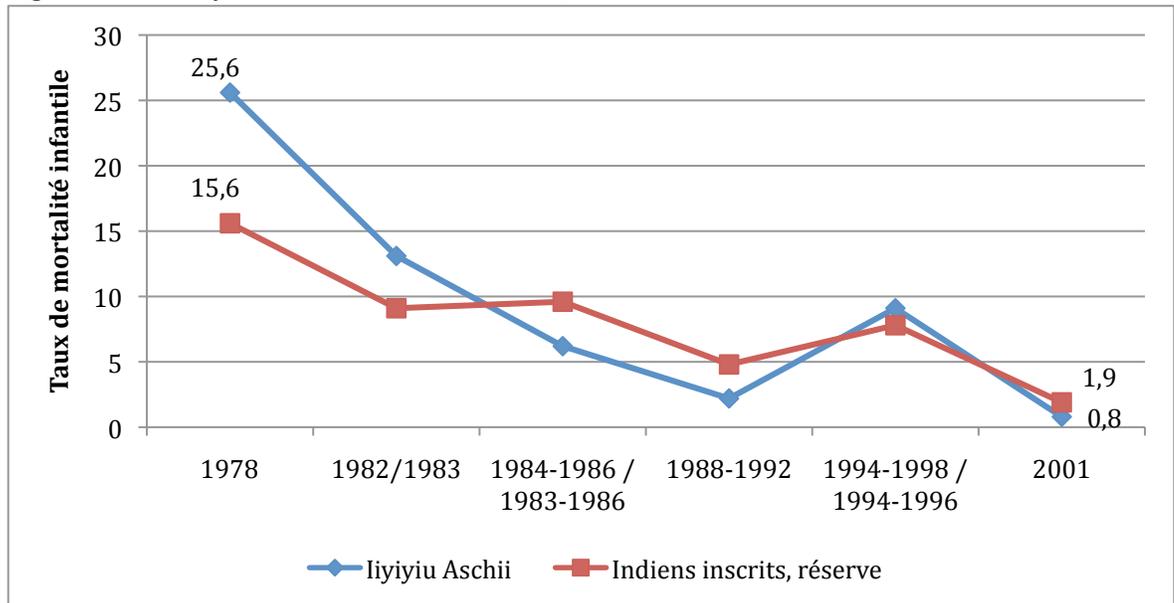
des dernières décennies. Les rapports de santé de l'AINC indiquent également que les Indiens inscrits vivant à l'extérieur des réserves jouissent généralement d'un meilleur état de santé que ceux demeurant au sein de celles-ci. Même si elle ne peut être vérifiée, cette hypothèse reçoit toutefois beaucoup de crédibilité en s'appuyant sur les données illustrées à la Figure 18 (p.63) qui démontrent des écarts de santé importants selon le lieu de résidence des Indiens inscrits. Dans cette perspective, il est donc impossible d'exclure l'hypothèse selon laquelle la hausse de l'EVN de l'ensemble des Indiens inscrits est davantage attribuable à une migration qu'à une amélioration des conditions de vie sur les réserves.

Afin de respecter les objectifs de cette recherche, c'est-à-dire de comparer les niveaux de vie au sein des réserves de l'Iiyiyiu Aschii à celles de l'ensemble du Canada, et de nuancer les observations précédentes sur les différences d'amélioration de santé entre les Cris et les Indiens inscrits, poursuivons l'analyse des progrès sanitaires sur la base d'un indicateur ne comprenant que la population autochtone résidant sur une réserve. Pour obtenir un point de vue concordant davantage avec la situation qui prévaut sur le territoire d'Iiyiyiu Aschii, tournons maintenant notre attention vers l'évolution de la mortalité infantile dans les réserves.

Analyse de la mortalité infantile

Les changements observés à la mortalité infantile font état de diminutions chez toutes les populations étudiées. La Figure 19 (p.65) démontre effectivement que tant les Cris, les Indiens inscrits vivant sur réserve que les Canadiens ont vu diminuer leur taux de mortalité infantile depuis les débuts de la CBJNQ. Pour comparer les diverses baisses remarquées et situer celles des Cris par rapport à celles des autres populations, observons l'évolution des écarts entre 1978 et 2001.

Figure 33 : Analyse de la mortalité infantile, 1978 à 2001



La lecture de cette figure dévoile que les taux de mortalité infantile des Cris et des Premières nations vivant sur une réserve sont demeurés supérieurs à ceux des Canadiens tout au long de la période couverte. On constate toutefois que les écarts entre les taux cris et canadiens ont grandement diminué jusqu'à atteindre la quasi-parité en 2001. Par ailleurs, on remarque que les écarts entre les Cris et les Autochtones vivant sur réserve ont connu un renversement de situation alors que ces derniers ont enregistré depuis 1983-1986, à l'exception de la période 1994-1998, des taux supérieurs de mortalité infantile.

La comparaison réalisée illustre que l'écart entre les Cris et les Canadiens, qui était de plus de 25% en 1978, a diminué jusqu'au point d'atteindre un niveau inférieur à un décès pour mille naissances vivantes. Cette diminution permet de valider les résultats de l'analyse précédente montrant une croissance plus importante de l'EVN dans l'Iiyiyiu Aschii que dans le reste du Canada depuis les débuts de la CBJNQ.

Chez les Indiens inscrits, la diminution de la mortalité infantile suggère deux conclusions complémentaires. D'une part, l'amélioration de l'état de santé de ceux habitant

sur réserve semble avoir été plus modeste que celle enregistrée chez les Cris. D'autre part, l'analyse suggère que l'amélioration de l'EVN de l'ensemble des Indiens inscrits depuis 1979-1981 peut avoir surestimé celle des Premières nations vivant sur des réserves. Enfin, bien que ces hypothèses ne puissent être confirmées hors de tout doute en raison de l'absence des données appropriées, elles dévoilent tout de même que l'état de santé des Cris est demeuré nettement supérieur à celui des Indiens inscrits, et dans une plus large mesure, à celui des Autochtones vivant sur réserve.

En somme, les analyses effectuées au cours de cette section confirment que l'état de santé des Cris s'est indéniablement amélioré depuis les débuts de la CBJNQ. De plus, les analyses précédentes démontrent que le rythme d'accroissement de leur état de santé s'est révélé supérieur à celui enregistré dans l'ensemble du Canada. En outre, même si la non-disponibilité des données sur l'EVN n'a pas permis de préciser l'ampleur de la progression de l'état de santé sur les réserves, les données sur la mortalité infantile et l'espérance de vie en 2001 des Indiens inscrits y vivant (Figure 18, p.63) laissent présager que la croissance de leur EVN a été inférieure à celle de l'ensemble des Indiens inscrits.

Tout compte fait, la lecture du portrait sanitaire tracé ici semble correspondre en grande partie au portrait social présenté précédemment. Les améliorations notables des déterminants sociaux de la santé chez les Cris semblent en effet s'être illustrées dans les progrès de l'état de santé de cette population. D'une part, les premières analyses permettent de constater que les Cris ont bénéficié des conditions suivantes :

1. l'amélioration plus prononcée de leur niveau de vie socioéconomique;
2. la préservation à un niveau plus élevé de leurs pratiques traditionnelles, et;
3. la progression relativement limitée de leurs comportements à risque.

D'autre part, la comparaison de l'évolution de l'état de santé des Cris à celle des autres populations étudiées semble corroborer les effets des changements sociaux observés en démontrant que les Cris ont connu :

1. une amélioration plus importante de leur état de santé que celle enregistrée chez les autres Canadiens, et;
2. un rapprochement vers l'état de santé des Canadiens plus accentué que celui observé chez les autres Indiens inscrits habitant sur une réserve.

En somme, le chapitre actuel a permis d'illustrer que la vaste majorité des indicateurs exposés traduisent une amélioration de la situation sociale et sanitaire des Cris qui s'est avérée supérieure à celle des autres Indiens vivant sur réserve et de l'ensemble des Canadiens. Ainsi, nous avons pu répondre aux deux premières questions soulevées précédemment, c'est-à-dire de démontrer les changements sociaux et sanitaires survenus depuis les débuts de la CBJNQ. Pour répondre aux deux questions de recherche subséquentes, nous détaillerons au prochain chapitre comment la CBJNQ et l'autonomie politique ont pu engendrer de telles conséquences sociosanitaires.

Discussion

Après avoir démontré que les situations sociosanitaires des résidents de l'Iiyiyiu Aschii et ceux des autres réserves indiennes du Canada ont connu des évolutions différentes depuis les débuts de la CBJNQ, nous présenterons dans ce chapitre une série d'éléments en vue d'expliquer les différences recensées. Comme il a été spécifié précédemment, le premier accord de revendication globale signé par les Cris de l'Iiyiyiu Aschii en 1975 a étroitement lié compensation monétaire et autonomie politique. En accord avec les questions de recherche soulevées, nous expliciterons comment, dans le cas précis de l'Iiyiyiu Aschii, la CBJNQ a permis une amélioration de la santé de la population crie. Mais d'abord, voyons comment l'autonomie politique peut influencer la santé.

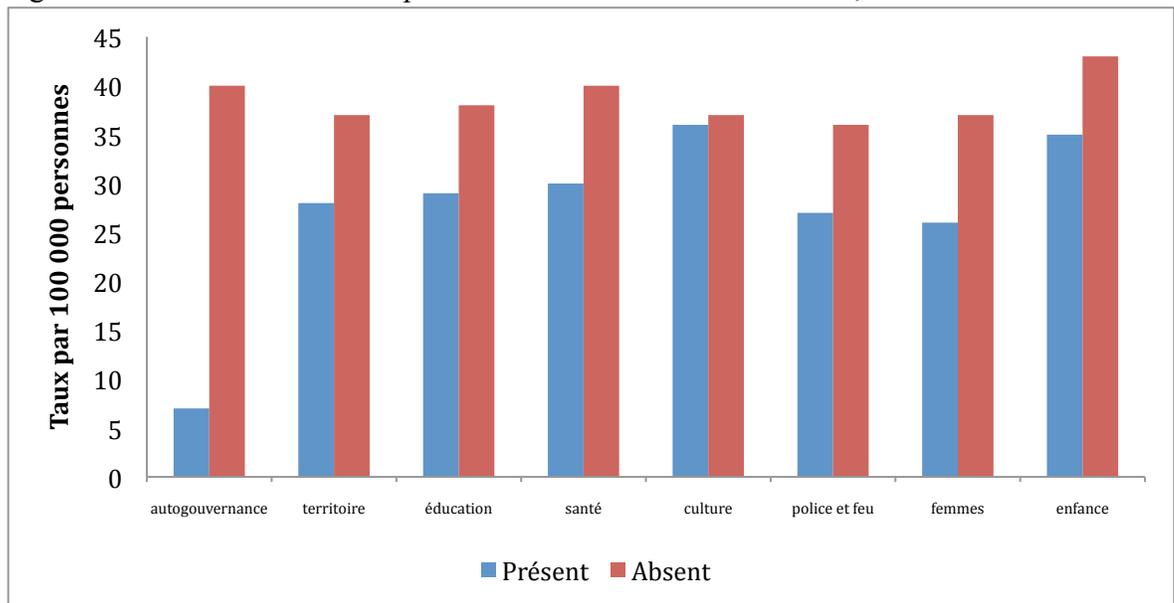
L'autonomie et la santé

Selon Chandler et Lalonde (1998, 2004, 2008), la continuité culturelle constitue un rempart important face au suicide chez les Autochtones. Selon les auteurs, la continuité culturelle se définit comme un mécanisme d'évaluation collective par lequel le processus de transition entre le passé et l'avenir d'une collectivité est perçu sous l'angle de la continuité ou de la rupture. Chandler et Lalonde avancent que la continuité culturelle est présente à divers degrés au sein des communautés autochtones et qu'elle se révèle par la grande variation des taux de suicide au sein de celles-ci.

Pour ces chercheurs, la variation des niveaux de continuité culturelle des collectivités autochtones se mesure par leur degré respectif d'autonomie politique. Celle-ci se matérialise chez Chandler et Lalonde sous la forme de huit facteurs de continuité culturelle : l'autogouvernance locale, les ententes territoriales, l'autogestion de l'éducation,

l'autogestion des services policiers et d'incendies, l'autogestion des services de santé, l'autogestion des services à l'enfance, la présence d'une installation ou organisation culturelle et une présence majoritaire des femmes dans l'administration locale (Chandler & Lalonde, 2008). Le graphique ci-contre illustre les différences des taux de suicide selon la présence ou l'absence de ces huit facteurs.

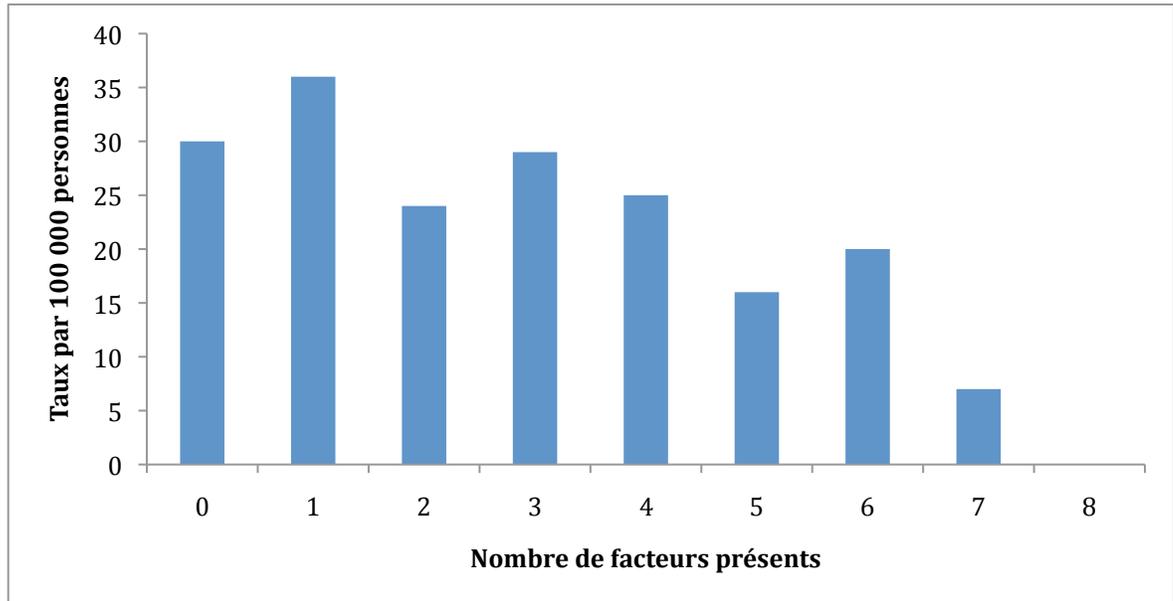
Figure 34 : Les taux de suicide par facteurs de continuité culturelle, 1993 à 2000



(Chandler & Lalonde, 2008)

Les résultats affichés par Chandler et Lalonde démontrent clairement que la présence de chacun des huit facteurs a une incidence sur le suicide. Selon les données présentées, l'écart le plus grand se fait sentir au niveau de l'autogouvernance alors que, même si les auteurs précisent que tous les facteurs se veulent indépendants les uns des autres, celui-ci est souvent conjugué à la présence de plusieurs autres. Cette observation s'inscrit de pair avec la suivante qui indique que l'accumulation de facteurs réduit l'incidence du suicide.

Figure 35 : Les taux de suicide selon le nombre de facteurs de continuité culturelle présents, 1993 à 2000



(Chandler & Lalonde, 2008)

Les données présentées par les chercheurs démontrent clairement l'existence d'une relation générale entre les facteurs de continuité culturelle et le suicide. Celle-ci dévoile que l'incidence du suicide dans une communauté autochtone décroît avec l'augmentation des facteurs de continuité au sein de celle-ci. D'après ces résultats, les chercheurs concluent:

« [...] communities that have achieved a measure of self-government, that were quick off the mark to litigate for Aboriginal title to traditional lands, that promote women in positions of leadership, that have supported the construction of facilities for the preservation of culture, and that have worked to gain control over their own civic lives (i.e., control over health, education, policing, and childwelfare services) have no youth suicides and low to zero rates of adult suicide » (p.244-245). (Chandler & Lalonde, 2008)

Selon les résultats des enquêtes menés par Chandler et Lalonde, nous pouvons voir que l'autonomie politique assure une forme de continuité culturelle chez les Autochtones et procure à ces derniers une protection sociale contre le suicide. En lien avec ces résultats, il

est possible de faire un rapprochement avec la CBJNQ qui, comme nous l'avons précisé, accorde plus d'autonomie aux Cris.

La CBJNQ et l'autonomie politique

Comme il l'a été précédemment exposé, le développement hydroélectrique du Nord québécois a causé une vaste métamorphose de la région de la Baie-James. La reconfiguration hydrographique de la région et la submersion de milliers de kilomètres de terres eurent des répercussions indéniables sur le mode de vie traditionnelle des Cris (Salisbury, 1986). Cet enjeu, dont le fondement fut reconnu par la Cour supérieure du Québec, fut celui qui alimenta les protestations des Cris et qui conduisit à la CBJNQ.

En guise de compensation pour les pertes encourues (cessions de terres et pertes de territoires de chasse), les Cris de l'Iiyiyiu Aschii obtinrent des dédommagements monétaires, mais obtinrent également la création de structures administratives et politiques leur accordant plus d'autonomie. Dans les pages suivantes, nous étudierons comment certaines des nouvelles structures issues de la CBJNQ ont influencé la santé des Cris.

À ce titre, nous découvrirons comment la CBJNQ a pu mettre en place des outils politiques et administratifs ayant contribué à l'amélioration des déterminants socioéconomiques et des habitudes de vie des Cris de l'Iiyiyiu Aschii. Nous verrons ainsi comment le *Bureau des indemnités*, la *Commission scolaire crie* et le *Programme de sécurité du revenu relatif aux chasseurs et aux trappeurs cris*, tous mis en place par ce premier accord de revendications globales, ont permis une amélioration de différents déterminants sociaux des Cris.

Le Bureau des indemnités

Les dividendes récoltés par la signature du traité apportèrent aux Cris des moyens financiers pour entreprendre le développement économique et social de l'Iiyiyiu Aschii. Tel que prévu par le chapitre 26 de la CBJNQ (1998), la gestion des compensations obtenues fut confiée au *Bureau des indemnités* dont le rôle est de coordonner le financement des projets de développement. Le Bureau mis sur pied en 1976 sa première compagnie, la Cree construction and Development company (CCDC).

Cette première initiative visait à répondre à deux besoins criants au sein de l'Iiyiyiu Aschii. D'une part, elle permit de s'attarder au problème de la surpopulation qui, comme le souligne Salisbury (1986), avait atteint un niveau problématique en 1976. Un vaste projet de construction de nouveaux domiciles favorisa ainsi la baisse du surpeuplement chronique partout dans l'Iiyiyiu Aschii. À cet égard, le Tableau II et la Figure 10 (p.51) démontrent tous deux, même si nous ne possédons pas de données sur la situation antérieure à 1981, que la surpopulation a substantiellement diminuée au cours des années qui suivirent l'entrée en vigueur de la CBJNQ. Les données dévoilent que les Cris, qui accusaient un retard historique important en matière d'habitation face aux autres Indiens inscrits habitant sur des réserves, ont atteint en 2006 un taux de surpeuplement 35% inférieur à ces derniers.

D'autre part, le vaste chantier de construction engendré par la modernisation des villages permit de répondre à un second problème, celui de l'emploi sur le territoire crie. Plutôt que de remettre le fruit de ses dividendes à des travailleurs spécialisés étrangers, les autorités cries préférèrent embaucher une main-d'œuvre locale non qualifiée à qui elle offrit la formation nécessaire. Des travailleurs qui n'avaient a priori aucune connaissance spécialisée en construction reçurent une formation telle que charpentier, électricien,

soudeur ou manœuvre de véhicules lourds. En plus d'offrir du travail à une main-d'œuvre locale sans emploi, l'initiative permet à ces ouvriers d'acquérir une formation reconnue et l'expérience nécessaire pour leur embauche par des employeurs allochtones (Salisbury, 1986). La croissance de la CCDC a été telle au cours des années qu'en 2005, elle a employé 650 personnes, dont 443 Cris, et a enregistré un chiffre d'affaires de 116 millions de dollars (CREECO, 2007).

L'histoire de la CCDC n'est pas unique dans les annales du *Bureau des indemnités*. Aujourd'hui représenté par sa société de gestion *Cree regional economic enterprises company* (CREECO), il a été l'instigateur de nombreux projets porteurs de développement économique pour la région. Le Bureau est aujourd'hui impliqué dans le domaine des transports avec Air Creebec, dans le domaine des installations aéroportuaires avec Valpiro et dans le domaine des services aux entreprises avec Gestion ADC. Au total, CREECO offre un emploi direct à plus de 1500 personnes, dont plus de la moitié sont Cris (CREECO, 2007).

Notons que l'exemple de l'Iiyiyiu Aschii conforte la thèse défendue par Kodras (1997) selon laquelle le développement régional est étroitement lié aux politiques économiques, développées au niveau national, et n'est pas limité aux seules initiatives et caractéristiques personnelles des individus qui habitent ces régions. En ce sens, il semble pertinent de croire que sans une politique claire mise en place par la CBJNQ, l'Iiyiyiu Aschii n'aurait probablement pas connu la même émancipation économique que celle qui l'a touchée depuis 1977.

En somme, il a été démontré jusqu'à présent que le développement de la politique économique annoncée par la CBJNQ, et les ressources financières qui l'accompagnèrent, et

l'attitude entrepreneuriale et le leadership adoptés par le *Bureau des indemnités* et CREECO ont joué vraisemblablement un rôle important dans le développement de l'économie de la région. Bien qu'aucune donnée ne nous permet de mesurer la force du moteur économique que constitue la CREECO, il est possible de remarquer que l'obtention des moyens financiers et leur gestion par le *Bureau des indemnités* furent les éléments qui permirent aux Cris de devenir les promoteurs du développement local.

À cet égard, les indicateurs socioéconomiques présentés au chapitre précédent témoignent de l'effective progression du niveau de vie dont a bénéficié l'Iiyiyiu Aschii depuis le début de la CBJNQ. La Figure 24 (p.73) révèle que l'amélioration des indicateurs socioéconomiques des Cris au cours des trente dernières années a été plus rapide que celle observée chez les autres Canadiens et Indiens inscrits vivant sur réserve. La Figure 25 (p.76) illustre également que les indicateurs du taux d'activité, du revenu et de la place du salaire chez les Cris étaient tous supérieurs à ceux des Indiens inscrits vivant sur des réserves en 2006, alors que ceux du chômage, de la dépendance aux transferts gouvernementaux et de la surpopulation des logements leur étaient tous inférieurs. Ces éléments confirment en quelque sorte l'influence de la CBJNQ sur les déterminants sociaux de la santé des Cris et permettent de croire que sans celle-ci, la santé des Cris ne serait pas ce qu'elle est aujourd'hui.

La Commission scolaire crie

Le système scolaire de l'Iiyiyiu Aschii, qui était vraisemblablement aussi fragmenté que défavorisé en 1975, prit une autre tangente avec la CBJNQ. Tel que prévu par le chapitre 16, la Convention institua la *Commission scolaire crie*. À l'image de ces

homologues québécoises, cette première commission scolaire amérindienne du Québec obtint le contrôle de la gestion des infrastructures et du personnel, mais s'est vu également accorder plus de pouvoir afin de répondre aux défis spécifiques que lui réservait le contexte de l'éducation dans l'Iiyiyiu Aschii.

Selon Salisbury (1986), les premières années de la ratification de la CBJNQ et de la formation de la *Commission scolaire crie* ont été marquées par la construction d'écoles permettant d'accueillir dans chaque village les élèves de la première année du primaire à la dernière année du secondaire. L'auteur note que l'effet immédiat de l'apparition de ces nouvelles écoles sur le territoire cri a été la hausse subite de la fréquentation scolaire. Même si le phénomène avait été initié quelques années auparavant et que les enfants commençaient progressivement à être plus scolarisés que leurs parents, Salisbury précise que la proximité des écoles et la fin de l'expatriation des jeunes cris dans les villes du Sud encouragèrent un plus grand nombre d'entre eux à s'éduquer, et à s'éduquer plus longtemps.

Les statistiques présentées aux figures Figure 4 et Figure 5 (p.44 et 45), même si elles sont muettes sur la période antérieure à la CBJNQ, démontrent que tant la diplomation secondaire que postsecondaire n'a cessé de croître depuis 1981. Les dernières données indiquent que la proportion de diplômés du secondaire a augmentée de 74% et celle de diplômé postsecondaire a augmenté de plus du double (111% d'augmentation) par rapport à 1981. En 2006, les chiffres dévoilaient que les Cris étaient proportionnellement plus nombreux à être diplômés que les autres Indiens inscrits vivant sur des réserves ailleurs au pays.

Salisbury décrit que l'éducation a acquis un statut important au sein des communautés crie du Québec et évoque que le changement est apparu suite à la nouvelle réalité du début des années 1980. Il décrit la situation comme suit : « parents are concerned to secure a good education for their children, one that involves disciplined learning and the acquisition of the knowledge that will fit them for a world that is shared with whites, and where a Cree must be fully the equal of a white (p.120) ». L'observation apportée par l'anthropologue traduit en fait la compréhension des changements apportés par la CBJNQ et l'inévitable modernisation de la vie. Les comportements et les réflexions des Cris évoquent d'ailleurs l'importance des nouveaux enjeux sociaux, politiques et économiques auxquels ils étaient désormais confrontés et de la primordialité de la scolarité pour y faire face. À ce titre, l'auteur écrit :

« Though the role of the skilled hunter had great prestige, and that prestige is stressed in all the political rhetoric and religious ceremonial of Cree society, the political tasks, the important village activities, and the main cash income of village and regional society were monopolized by the educated. Education was not irrelevant for the Cree; it was the key to success as a Cree » (p127-128).

Salisbury pose ici le postulat que la scolarisation prouva sa pertinence après la signature de la CBJNQ alors que les nouvelles structures politiques et administratives de l'Iiyiyiu Aschii démontrèrent la valeur d'un diplôme. Selon l'anthropologue, l'éducation devint le nouveau vecteur d'ascension social chez les Cris. D'une société traditionnelle basée sur les habiletés à survivre au quotidien par la chasse et la pêche, la CBJNQ avait conduit les résidents de l'Iiyiyiu Aschii à entrer brusquement dans un monde où le savoir « moderne » devint la nouvelle clé de la réussite. Cette dernière ne se limitait pas seulement au plan individuel, mais détenait également une portée collective alors que la pérennité et la survie du groupe

dépendaient désormais de son habilité à gérer des organisations non traditionnelles et à défendre des intérêts partagés par l'ensemble de la communauté. En bref, Salisbury expose que la scolarisation, devenue plus accessible grâce à la conclusion de la CBJNQ, est devenue le nouveau fer de lance de l'avancement des Cris de l'Iiyiyiu Aschii

À ce titre, on peut voir que la progression des taux de diplomation a été suivie parallèlement par la progression générale du niveau socioéconomique des Cris. Comme l'indique les indicateurs exposés au chapitre 5 et résumés à la Figure 24 (p.73), le niveau de « confort » des Cris s'est grandement accru depuis les débuts de la CBJNQ. Parallèlement à l'exposition sur l'impact du *Bureau des indemnités*, les analyses précédemment exposées (p.78) ont servi à attester d'un réel développement économique de l'Iiyiyiu Aschii au cours duquel les Cris sont passés d'un taux d'activité, en 1976, de presque deux fois inférieur aux Canadiens à 1% supérieur en 2006. Ce passage d'une économie « informelle » à « formelle » s'est également traduit par la croissance de l'autonomie financière des adultes cris alors que la proportion du revenu qu'ils tirent de leur labeur est désormais identique à celle dont bénéficie l'ensemble des Canadiens.

D'autre part, la comparaison (voir la Figure 25, p.76) entre les Cris et les autres Indiens inscrits qui partagent la caractéristique de vivre sur des réserves démontre que ces derniers ont eu une croissance beaucoup plus faible de leurs déterminants socioéconomiques depuis les dernières décennies. Même si certains indicateurs ne présentent pas de données pour la période entière couverte par la CBJNQ en raison des sous-dénombrements aux recensements ou des impossibilités techniques de compiler certains résultats, la progression de ceux affichés démontre que les indicateurs des Cris ont tous été supérieurs à ceux des Indiens inscrits vivant sur une réserve en 2006.

Sur un autre registre, Burnaby et MacKenzie (2001) estiment que la CBJNQ a apporté des solutions à deux défis auxquels étaient confrontés tous les Autochtones dans les années 1970, soit l'absence de prise de décision locale en matière d'éducation et le déclin des langues ancestrales au Canada. En créant la *Commission scolaire crie* et en lui octroyant le droit de recourir à la langue d'enseignement de son choix, la CBJNQ a placé les Cris en position pour agir conformément à leurs propres intérêts.

Burnaby et Mackenzie note que même si le programme mis sur pied et implanté dans l'Iiyiyiu Aschii en 1993 ne fut pas le premier à voir le jour, il est celui à avoir vu son existence se maintenir le plus longtemps. Après avoir étudié nombre d'initiatives sur l'enseignement en langue autochtone, les auteurs ont identifié que les programmes d'enseignements autochtones doivent souscrire à trois conditions pour assurer leur pérennité : 1) une assistance au sein des communautés afin d'établir une base culturellement appropriée au programme, 2) une assistance spécialisée à l'extérieur des communautés afin de permettre un enseignement de qualité (pédagogues spécialisés, linguistes, etc.) et 3) une main mise sur l'administration scolaire afin d'avoir un pouvoir décisionnel local (Burnaby & MacKenzie, 2001). En bref, là où d'autres ont échoué, les Cris ont réussi, grâce à la réunion de ces trois conditions, à élaborer et mettre en place un programme scolaire unique correspondant à leurs besoins. Les auteurs décrivent que le programme scolaire crie ne remplit pas seulement un rôle éducatif, mais contribua également à solidifier l'identité crie à travers la promotion de sa culture et sa langue : « The community appears to have accepted the value of Cree both as a language of transition in school and as a goal of education for preserving a valuable cultural resource » (p.205). Bien que nous ne pourrions jamais savoir comment aurait évolué l'état de la langue crie dans

l'Iiyiyiu Aschii sans la création de la Commission scolaire, les données dévoilées par la Figure 12 (p.54) démontrent que l'état de connaissance des langues autochtones chez les autres Indiens inscrits vivant sur des réserves a connu une baisse. Les statistiques dévoilent par le fait même que la proportion des Indiens inscrits vivant dans les réserves de l'ensemble du pays possédant une connaissance d'une langue autochtone était la moitié de celle observée dans l'Iiyiyiu Aschii en 2006.

À cet égard, Hallett, Chandler et Lalonde (2007) avancent que les communautés rapportant une plus forte proportion de ses membres connaissant une langue autochtone sont celles où les taux de suicide chez les jeunes sont les plus faibles. Les auteurs présentent que les écarts de taux de suicide entre les populations rapportant une connaissance faible à élevé peuvent atteindre une proportion de 6 pour 1. À ce titre, les données recueillies sur les taux bruts de mortalité (voir Figure 21, p.67) révèlent que les Cris de l'Iiyiyiu Aschii ont enregistré près de cinq fois moins de cas de suicide que la population d'Indiens inscrits. Même si on ne connaît pas la proportion de cette population parlant une langue autochtone, il est sensé de croire que celle-ci est égale ou inférieure à celle observée sur les réserves alors que les Indiens inscrits habitant à l'extérieur de celles-ci se retrouvent vraisemblablement dans des environnements à forte prédominance anglophone ou francophone. En ce sens, et bien que le rapport de causalité entre identité, langue autochtone et suicide ne puisse être clairement établi ici, il demeure pertinent de remarquer les écarts de santé mentale qui affecte les deux populations. Enfin, bien que ces statistiques englobent toute la population et ne se limitent pas exclusivement aux jeunes, on peut présumer qu'il existe également un écart important chez les taux de suicides des jeunes de ces deux mêmes populations.

En somme, il semble que la création de la *Commission scolaire cri* ait contribué au développement socioéconomique de l'Iiyiyiu Aschii et que son programme adapté aux jeunes Cris ait amélioré l'état de santé de ces derniers.

Le Programme de sécurité du revenu relatif aux chasseurs et aux trappeurs cris

Le chapitre 30 de la CBJNQ a mis en place le *Programme de sécurité du revenu relatif aux chasseurs et aux trappeurs cris*. L'objectif de ce programme est d'encourager la pérennité du mode de vie traditionnelle des Cris en fournissant un revenu complémentaire à ceux qui consacrent leurs journées, de 120 jusqu'à concurrence de 240 jours par année, à la préparation et à la pratique d'activités traditionnelles, tels la chasse, la pêche, le piégeage et la cueillette. D'après les différentes évolutions enregistrées chez les Cris et les autres populations autochtones du Canada, il semblerait que ce programme ait vraisemblablement eu un impact positif sur la pratique des activités traditionnelles. Comme en fait foi les données de la Figure 11 (p.53), les taux de participation des communautés de l'Iiyiyiu Aschii ne font pas seulement état du fort engouement pour les activités traditionnelles, mais ils traduisent également leur plus grande popularité chez les Cris comparativement aux autres Autochtones canadiens.

Si l'on en croit la littérature scientifique, la popularité de ce type d'activité chez les Cris constituerait un vecteur favorisant la santé sur deux niveaux. Dans un premier temps, il semble que la participation aux activités traditionnelles entraîne une diminution de certains comportements à risque davantage associés à des habitudes sédentaires chez les Cris (Rannou, Thouez, & Foggin, 1992). La population sédentaire, définie par les auteurs de l'étude par sa non-participation au programme de sécurité du revenu, aurait plus de risque

de développer des habitudes de consommation d'alcool et de tabac que la population de chasseur-trappeurs.

Bien que nous ne puissions pas observer avec les résultats affichés au chapitre précédent dans quelles proportions les consommateurs de tabac et d'alcool ont participé à des activités traditionnelles au cours des dernières années, il est possible néanmoins de remarquer que la population cri est celle où les taux de participation aux activités traditionnelles sont les plus élevés au Canada. Parallèlement, les Cris figurent parmi les populations autochtones où les comportements à risque sont les moins répandus. Les Figure 13 et Figure 14 (p.56 et 57) démontrent en effet qu'entre 1991 et 2003, la prévalence de la consommation de tabac et d'alcool est demeurée inférieure chez les Cris à celle enregistrée chez les autres Indiens inscrits. D'un autre côté, l'observation révèle que la participation aux activités traditionnelles dans l'ensemble de la population autochtone a été inférieure à celle des Cris au cours de cette période. Cette double observation, même si elle ne porte pas sur des populations identiques mais similaires, laisse présager une réelle influence des activités traditionnelles sur les habitudes de vie des Autochtones canadiens.

Dans un second temps, Adelson (1998) et Kirmayer et collaborateurs (2000) avancent que la participation aux activités traditionnelles contribuerait au renforcement du bien-être chez les Cris. Selon les chercheurs, la participation à ce type d'activité favoriserait les rapports sociaux, renforcerait l'identité culturelle et diminuerait le stress associé à la vie sédentaire. Les auteurs avancent que l'ensemble de ces changements serait à l'origine d'une diminution de la détresse psychologique chez les Cris participant à des activités traditionnelles. Kirmayer et ses collaborateurs ont révélé entre autres que la population de chasseur-trappeurs de l'Iiyiyiu Aschii était près de trois fois moins nombreuse à recourir à

des services de santé mentale, toute proportion gardée, que la population crie dans son ensemble.

Bien que cette proportion puisse autant s'expliquer par un meilleur état de santé mentale que par une sous-utilisation des services, les chiffres avancés par cette étude corroborent toutefois les observations présentées précédemment. La participation élevée aux activités traditionnelles, telles que révélée par la Figure **11** (p.53), ainsi que la faible mortalité par suicide dans l'Iiyiyiu Aschii, illustrée par la Figure **21** (p.67), semblent corroborer les conclusions de Adelson et de Kirmayer et ses collaborateurs. À l'échelle nationale, la comparaison des taux de participation aux activités traditionnelles de l'ensemble des Autochtones canadiens et l'incidence du suicide parmi les Indiens inscrits et la population des régions à forte majorité autochtone démontrent un rapport cohérent avec les conclusions des auteurs. Les données démontrent en effet que la participation crie aux activités traditionnelles était de 2 à 4 fois supérieures à celle des autres Autochtones alors que la mortalité par suicide dans l'Iiyiyiu Aschii était 11 fois inférieure à celle de la région F et 5 fois inférieure à celle de la population d'Indiens inscrits.

Comme pour les observations précédentes, précisons que même si les populations autochtones employées ici diffèrent les unes des autres (ensemble des Autochtones vs Indiens inscrits), elles partagent néanmoins toutes des caractéristiques qui les rendent similaires. Enfin, notons que l'indicateur de la mortalité par suicide doit lui-même faire l'objet d'un bémol alors qu'il ne se veut pas une mesure directe de toutes les formes possibles que peut emprunter la détresse mentale, mais seulement l'une de ses représentations. Malgré cela, le suicide demeure sans aucun doute l'une des manifestations

les plus extrêmes de la détresse psychologique dans laquelle l'épisode de maladie se solde par la mort de l'individu.

En somme, les différences observées sur les comportements à risque et la plus faible mortalité par suicide chez les Cris semblent corroborer les résultats des enquêtes présentées et démontrer les effets bénéfiques du *Programme de sécurité du revenu relatif aux chasseurs et aux trappeurs cris*. À cet égard, il est possible d'avancer que la promotion des activités traditionnelles soutenue par la CBJNQ a vraisemblablement contribué à favoriser un meilleur état de santé chez les Cris de l'Iiyiyiu Aschii.

La CBJNQ et la santé

Comme nous l'avons démontré, la CBJNQ a accordé aux Cris des pouvoirs administratifs et politiques qu'ils ne détenaient pas auparavant. Pourtant, les trois exemples que nous venons de détailler ne représentent qu'une portion des pouvoirs délégués aux Cris. Dans son ensemble, la CBJNQ a permis leur participation dans la gestion de l'enseignement avec la création de la Commission scolaire crie (chapitre 16), en plus de leur accorder plus d'autonomie dans la gestion des services de police et de prévention des incendies (chapitre 19), la gestion des services de santé et des services sociaux (chapitre 14), la gestion du territoire (chapitre 5), la préservation de leur culture (chapitre 24) et une plus grande forme de gouvernance locale avec la création de l'Administration régionale crie (chapitre 11A). Selon les critères étudiés par Chandler et Lalonde (2008), la CBJNQ a accordé aux Cris sept des huit facteurs protecteurs visant à assurer une plus grande continuité culturelle. Le seul facteur absent de l'accord est celui du rôle des femmes au sein de l'administration publique crie, et puisque la Convention reste muette sur ce sujet, nous ne pouvons pas présumer de leur d'implication.

En conformité avec les résultats dévoilés par les chercheurs (Figure 35), nous pouvons constater que les Cris enregistrent un taux de mortalité par suicide semblable à celui des communautés autochtones possédant également sept facteurs protecteurs, mais bien inférieur à celui retrouvé dans celles en possédant moins. La Figure 21 (p.67) nous permet de remarquer que la fréquence du suicide chez les Cris, évaluée à 5 cas par 100 000 personnes en 2000-2002, est très inférieure à celle retrouvée chez les communautés étudiées par Chandler et Lalonde et pour lesquelles le niveau d'autonomie est moindre. À l'échelle canadienne, nous pouvons voir que la région de l'Iiyiyiu Aschii enregistre un taux de suicide cinq fois inférieur à celui observé chez l'ensemble de la population d'Indiens inscrits dont l'autonomie politique est globalement inférieure à celle détenue par les communautés crie du Québec.

Par ailleurs, la Figure 21 (p.67) nous indique également de grands écarts entre les taux de mortalité par suicide des Cris et des résidents des régions homologues F et H, c'est-à-dire les territoires nordiques et éloignés du Canada. N'eût été de la CBJNQ, nous pouvons postuler que le taux de mortalité cri aurait sans doute avoisiné celui rencontré ailleurs dans la région F (constituée à 86% d'Autochtones), soit 58 pour 100 000. À l'inverse, nous pouvons remarquer que le taux de suicide des Cris s'approche davantage de celui de la région H (constituée à 74% d'Allochtones), soit 15 pour 100 000. Devant la grande différence observée entre l'Iiyiyiu Aschii et la région F, nous ne pouvons que conclure que l'autonomie politique, identifiée par des facteurs de continuité culturelle, accordée par la CBJNQ a eu une réelle influence sur la mortalité de la population crie du Québec.

Pour étayer la thèse de l'importance de ces facteurs de continuité culturelle telle que développée par Chandler et Lalonde, nous pouvons nous référer de manière plus spécifique

aux effets de la création de la *Commission scolaire crie* et du *Programme de sécurité du revenu relatif aux chasseurs et aux trappeurs cris*. Nous avons vu lors de la description de leurs effets qu'ils ont favorisé la connaissance de la langue crie et des activités traditionnelles. Or, d'après les recherches présentées précédemment, nous savons maintenant que tant la connaissance d'une langue ancestrale que la participation aux activités traditionnelles, tous deux encouragés par les organisations étudiées, contribuent à faire diminuer la prévalence du suicide chez les populations autochtones au Canada. Ainsi, nous pouvons déterminer que la *Commission scolaire crie* et le *Programme de sécurité du revenu relatif aux chasseurs et aux trappeurs cris* ont tous deux eu un impact positif sur la santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii.

Outre les déterminants culturels autochtones, plus directement associée à la santé mentale et la mortalité par suicide, nous avons précédemment vu que le *Bureau des indemnités*, la *Commission scolaire crie* et le *Programme de sécurité du revenu relatif aux chasseurs et aux trappeurs cris* ont tous eu des effets indirects importants sur les déterminants socioéconomiques et les habitudes de vie des Cris. D'après les auteurs consultés, les conséquences recensées sont la baisse du surpeuplement des logements, l'amélioration du marché de l'emploi, la hausse de la diplomation et la baisse de la consommation des produits du tabac et de l'alcool. Ces effets, tous corroborés par les résultats d'enquêtes affichés au chapitre précédent, ont été répertoriés dans la littérature scientifique pour avoir des conséquences bénéfiques sur l'état de santé des populations.

Qui plus est, les comparaisons interpopulationnelles du chapitre précédent sur l'évolution des déterminants socioéconomiques, des habitudes de vie et de l'état de santé ont révélé que les Cris de l'Iiyiyiu Aschii ont soit conservé un meilleur état ou connu une

plus grande amélioration de leur condition que leurs homologues des autres réserves indiennes du Canada depuis les dernières décennies. De la même manière, les figures illustrant les taux bruts et normalisés de mortalité et les APVP (p. 67, 68 et 69) ont pour leurs part révélé que les résidents de l'Iiyiyiu Aschii ont un état de santé plus similaire à celui des résidents de la région H (à majorité allochtone) qu'à ceux de la région F (à majorité autochtone).

En regard de ces constatations, il devient de plus en plus visible que la CBJNQ a joué un rôle primordial dans l'évolution des déterminants sociaux des Cris de l'Iiyiyiu Aschii et, conséquemment, sur l'amélioration de leur état de santé. Les nouvelles structures politiques et administratives mises en place par la CBJNQ, en ayant démontré avoir joué un rôle important dans le développement économique et social de l'Iiyiyiu Aschii, ont semble-t-il eu un impact déterminant pour les améliorations observées. Au même titre, les travaux de Chandler et Lalonde (1998, 2004, 2008) démontrent que l'autonomie politique accordée aux Cris par l'entremise de la CBJNQ a vraisemblablement eu un impact positif sur leur état de santé.

En somme, les présentations faites jusqu'à présent démontrent que les organisations mises de l'avant par la CBJNQ et présentées ici ont toutes contribué au développement social, culturel et économique des Cris de l'Iiyiyiu Aschii. Malgré les effets indéniables des compensations monétaires versées aux Cris par les gouvernements, il est improbable que celles-ci auraient pu engendrer une telle amélioration sanitaire si elles n'avaient pas été couplées à des mesures politiques visant à répondre aux besoins de la population locale. Au contraire, il a été démontré que l'orientation de celles-ci sur la spécificité de la réalité des

Cris de l'Iiyiyiu Aschii a inévitablement favorisé le développement local et l'amélioration de leurs déterminants sociaux de la santé.

Conclusion

L'Histoire nous a notamment enseigné jusqu'à présent que les conséquences des actions et des inactions antérieures se répercutent inéluctablement à travers le temps. Conséquemment, le présent ne parvient jamais à s'affranchir du passé, mais se révèle en être son produit auquel il demeure inextricablement lié. La situation que nous avons illustrée dans de ce mémoire ne fait pas abstraction à cette constance.

La présentation des relations politiques entre les Autochtones et les Européens nous a permis de révéler que ses deux groupes ont entretenu des rapports variables à travers le temps. De relations initialement fondées sur une position de réciprocité, elles ont ultérieurement adopté une position de domination à la suite de la disparation des rivalités entre Européens. Empruntant subséquemment une voie ayant conduit à des relations paternalistes puis assimilationnistes, les rapports entre ses deux groupes ont connu récemment une nouvelle ère de reconnaissance des droits autochtones.

Parallèlement, l'analyse de l'évolution démographique chez les Autochtones a révélé suivre une progression concordante avec les fluctuations de leurs relations avec les Européens. Initialement nombreux lors des premiers contacts avec les Européens, les Autochtones ont subséquemment connu une baisse drastique de leur population. Cette situation perdura jusqu'à la seconde moitié du XX^e siècle, mais vit récemment apparaître un changement important.

À la lumière des remarques faites par McCaa, les changements occasionnés à la biosphère nord-américaine ont certes joué un rôle important dans les fluctuations démographiques enregistrées. Malgré les fondements solides de cette thèse et de toute la

valeur explicative de celle-ci, elle ne parvient toutefois pas à expliquer l'intégralité des changements populationnels observés. Dans la recherche de causes conjointes pouvant apporter une réponse complémentaire aux fluctuations démographiques, et sanitaires, chez les Autochtones, il apparaît pertinent d'avancer l'hypothèse des transformations relationnelles. À cet égard, il semble justifier de se demander quelle est l'influence du politique sur la santé des populations?

Bien que la causalité de cette relation soit vouée à demeurer énigmatique à l'échelle historique en raison de l'absence de données adéquates nous permettant d'y répondre, nous pouvons néanmoins apporter un élément de réponse en lien avec notre objet d'étude. D'après ce que nous avons vu jusqu'à présent dans ce mémoire, nous sommes désormais en mesure de déterminer : la CBJNQ a-t-elle contribué de manière significative à l'amélioration de l'état de santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii?

À la lumière des faits exposés, il devient clair que la santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii a connu des changements notables depuis la fin des années 1970. Cette population autochtone, première signataire d'une entente de revendication globale, s'est vue attribuer des conditions matérielles et politiques qui ont vraisemblablement apporté chez elle des changements importants.

D'une part, même si les comparaisons entre les Cris de l'Iiyiyiu Aschii et les populations témoins et barométrique ont fait ressortir des effets parfois ambigus en raison d'une légère incompatibilité entre les groupes observés, nous savons que les Cris ont conservé une EVN supérieure à celle des Indiens inscrits depuis l'entrée en vigueur de la CBJNQ, et que celle-ci s'est de plus en plus rapprochée de l'EVN des Canadiens. Le rapprochement ci-mentionné témoigne de la croissance supérieure de l'EVN des Cris par

rapport à celle de l'ensemble des Canadiens entre 1979-1981 et 2000-2002. La mortalité infantile chez les Cris a connu pour sa part une régression importante au cours de la même période. Les écarts considérables qui séparaient les Cris des Canadiens en 1978 ont diminué radicalement pour atteindre la quasi-parité avec les taux du Canada en 2001. Par ailleurs, après avoir comparer avec les régions sociosanitaires homologues F et H, nous avons démontré que l'état de santé des résidents de l'Iiyiyiu Aschii comportait plus de similarités avec celui des résidents des régions éloignées et allochtones qu'avec celui des régions éloignées et autochtones.

D'autre part, nous avons démontré que l'autonomie politique octroyée par la CBJNQ, c'est-à-dire les nouvelles structures politiques et administratives créées, a contribué à une amélioration importante des déterminants sociaux de la santé. En considérant le processus de production de la santé telle que formulée par l'approche systémique, cette observation rend indéniable l'association selon laquelle la réorganisation administrative et politique orchestrée par la CBJNQ a favorisé l'amélioration de la santé de ses bénéficiaires de l'Iiyiyiu Aschii.

En somme, malgré la modeste progression de l'EVN des hommes cris depuis l'entrée en vigueur de la CBJNQ, nous ne pouvons que conclure, en raison de la progression considérable de l'EVN des femmes cries et de son rapprochement marqué avec l'EVN des Canadiennes, de la forte réduction de la mortalité infantile chez les Cris, et des effets indéniables de l'autonomie gouvernementale sur les déterminants sociaux et la santé, que la CBJNQ a eu un effet important et significatif sur la santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii.

Il demeure néanmoins important de préciser que l'enquête réalisée ne s'est penchée que sur un cas unique et que, par conséquent, elle n'est pas représentative de tous les accords de revendication globale signés jusqu'à ce jour. Par conséquent, les effets de la CBJNQ ne traduisent que l'évolution du contexte vécu dans l'Iiyiyiu Aschii depuis 1977. En dépit de cette limite, la démonstration faite n'en demeure pas moins pertinente puisqu'elle témoigne de l'impact du développement social et économique engendré par ce premier accord sur l'amélioration de l'état de santé des Cris de la Baie-James.

Compte tenu de ce que nous avons appris sur les conséquences de la CBJNQ, et dans le but d'améliorer l'état de santé des Autochtones du Canada qui s'est révélé bien inférieur à celui des autres Canadiens, il est possible de formuler certaines recommandations applicables à l'ensemble des Autochtones. Puisque les déterminants sociaux de la santé et l'autonomie politique se sont révélés être des facteurs importants pour l'amélioration de l'état de santé des Cris de l'Iiyiyiu Aschii, il semble justifié de recommander la promotion du développement local afin de favoriser l'amélioration des conditions socioéconomiques, de mettre en place des programmes culturellement adaptés afin d'encourager des habitudes de vie plus saines, et finalement d'encourager une plus grande autonomie politique en favorisant une gestion locale des services offerts par les communautés autochtones afin de favoriser la continuité culturelle.

Enfin, comme les Cris de l'Iiyiyiu Aschii ont été les premiers, mais non les seuls signataires d'un accord de revendication globale, il serait intéressant de comparer la situation vécue dans l'Iiyiyiu Aschii à celle d'autres nations autochtones signataires d'un accord semblable afin de contribuer à une connaissance plus approfondie et détaillée de leurs conséquences. De cette manière, nous serions probablement mieux outillés pour

détailler comment les interactions entre politique et santé se produisent et proposer des mesures plus efficaces. De plus, une telle entreprise pourrait permettre de mesurer et moduler les effets occasionnés par les différences d'assistance financière et d'autonomie gouvernementale offertes par chaque entente. Avec un tel travail, nous serions sans doute plus aptes à formuler de nouvelles politiques nationales dans l'objectif d'améliorer la santé de milliers d'Autochtones. Ainsi, nous pourrions répondre à un impératif important de la santé publique, soit de parfaire les politiques pour optimiser leurs bénéfices sanitaires.

Bibliographie

- Adams. (2002). Educational Attainment and Health: Evidence from a Sample of Older Adults. *Education Economics*, 10(1), 97.
- Adelson, N. (1998). Health beliefs and the politics of Cree well-being. *Health*, 2(1), 5-22.
- AINC. (1997). Indicateurs socio-économiques pour réserves indiennes et collectivités semblables, 1971-1991 Ottawa.
- AINC. (2005a). Analyse des conditions socioéconomiques, 1996 et 2001. Ottawa.
- AINC. (2005b). Données ministérielles de base 2004. Ottawa.
- Allen, R. S. (1975). The British Indian Department and the frontier in North America, 1775-1830. Dans AINC (Éd.). Ottawa: National Historic Parks and Sites Branch, Parks Canada.
- Armitage, A. (1995). *Comparing the policy of aboriginal assimilation: Australia, Canada, and New Zealand*. Vancouver: UBC Press.
- Bartley, M., Ferrie, J., & Montgomery, S. M. (1999). Living in a high-unemployed economy: understanding the health consequences. Dans M. Marmot & R. G. Wilkinson (Éds.), *Social determinants of health* (pp. 81-104). New York: Oxford University Press.
- Bloom, D. E. (2007). Education, Health and Development. Cambridge: American Academy of Arts & Sciences.
- Booth, A., & Cowell, J. (1976). Crowding and Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 17(3), 204-220.
- Burnaby, B., & MacKenzie, M. (2001). Cree Decision Making Concerning Language: A Case Study. *Journal of Multilingual and Multicultural Development*, 22(3), 191-209.
- Caldwell, B. K., & Caldwell, J. C. (2003). Below-Replacement Fertility: Determinants and Prospects in South Asia. *Journal of Population Research*, 20(1), 19-34.
- Caldwell, J. C. (1979). Education as a Factor in Mortality Decline An Examination of Nigerian Data. *Population Studies*, 33(3), 395-413.
- Caldwell, J. C. (1990). Cultural and Social Factors Influencing Mortality Levels in Developing Countries. *Annals of the American Academy of Political and Social Science*, 510(1), 44.
- Caldwell, J. C. (1993). Health Transition: The Cultural, Social, and Behavioural Determinants of Health in the Third World. *Social science & medicine*, 36(2), 125-135.
- Caldwell, J. C., & P.Caldwell. (1985). Education and literacy as factors in health Dans W. J. Halstead SB, Warren KS (Éd.), *Good health at low cost*. New York: The Rockefeller Foundation.

- CBJNQ. (1998). Convention de la Baie-James et du Nord québécois et conventions complémentaires. Ste-oy: Les Publications du Québec.
- CCSSSBJ. (2005). The Evolution of Health Status and Health Determinants in the Cree Region (Eeyou Istchee) (Vol. 2): J. Torrie, E. Bobet, N. Kishchuk et A. Webster.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural psychiatry*, 35(2), 193-211.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2008). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. Dans Kirmayer & Valaskakis (Éds.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada* (pp. 221-248). Vancouver: University of British Columbia Press.
- Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada. (2002). Guidé par nos valeurs: l'avenir des soins de santé au Canada.
- Contandriopoulos, A. P., Champagne, F., Potvin, L., Denis, J.-L., & Boyle, P. (2005). *Savoir préparer une recherche : la définir, la structurer, la financer*. Montréal: Presses de l'Université de Montréal.
- Cooper, D., McCausland, W. D., & Theodossiou, I. (2006). The health hazards of unemployment and poor education: The socioeconomic determinants of health duration in the European Union. *Economics & Human Biology*, 4(3), 273-297.
- CREECO. (2007). *Annual report 2007*.
- CRPA. (1996a). Un passé, un avenir. Dans Commission royale sur les peuples autochtones (Éd.) (Vol. 1). Ottawa.
- CRPA. (1996b). Une relation à redéfinir. Dans Commission royale sur les peuples autochtones (Éd.) (Vol. 2). Ottawa.
- CRPA. (1996c). Vers un ressourcement. Dans Commission royale sur les peuples autochtones (Éd.) (Vol. 3). Ottawa.
- Cutler, D. M., & Lleras-Muney, A. (2006). Education and Health: evaluating theories and evidence: National poverty center.
- Dickason, O. P. (1997). *Canada's First Nations, A History of Founding Peoples from Earliest Times*. (2e édition^e éd.). Don Mills: Oxford University Press.
- Dunn, J. R. (2000). Housing and health inequalities: review and prospects or research. *Housing studies*, 15(3), 341-366.
- Evans, G. W., Lepore, S. J., Shejwal, B. R., & Palsane, M. N. (1998). Chronic Residential Crowding and Children's Well-Being: An Ecological Perspective. *Child Development*, 69(6), 1514-1523.
- Evans, G. W., & Palsane, M. N. (1989). Residential density and psychological health: the mediating effects of social support. *Journal of personality and social psychology*, 57(6), 994-999.
- Evans, G. W., Saegert, S., & Harris, R. (2001). Residential Density and Psychological Health Among Children in Low-Income Families. *Environment and behavior*, 33(2), 165.

- Evans, G. W., & Stoddart, G. L. (1996). Produire de la santé, consommer des soins. *Être ou ne pas être en bonne santé: biologie et déterminants sociaux de la maladie*. Paris, Montréal: J. Libbey Eurotext, Presses de l'Université de Montréal.
- Evans, R., Barer, M., & Marmor, T. (1994). *Why are some people healthy and others not?* New York.
- Evans, R. G. (1994). Introduction. Dans R. G. Evans, M. L. Barer & T. R. Marmor (Éds.), *Why are some people healthy and others not?* (pp. 3-26). New York: Aldine de Gruyter.
- Evans, R. G., & Stoddart, G. L. (1994). Producing health, consuming health care. Dans R. G. Evans, M. L. Barer & T. R. Marmor (Éds.), *Why are some people healthy and others not?* (pp. 27-64). New York.
- Ferrie, J. E. (2004). Work stress and health: the Whitehall II study. Dans U. C. London (Éd.).
- Francis, D. (1984). Histoire des Autochtones du Québec. Dans AINC (Éd.). Ottawa.
- Frideres, J. S. (1988). *Native peoples in Canada : contemporary conflicts*. (3e^e éd.). Scarborough: Prentice-Hall Canada.
- Hallett, D., Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2007). Aboriginal language knowledge and youth suicide. *Cognitive Development*, 22(3), 392-399.
- Hunter, L. M., Logan, J., Goulet, J.-G., & Barton, S. (2006). Aboriginal Healing: Regaining Balance and Culture. *Journal of Transcultural Nursing*, 17(1), 13-22.
- INSPQ. (2008b). Enquête de santé auprès des Cris 2003: Habitudes de vie en matière de consommation d'alcool, de drogues et les pratiques de jeux de hasard et d'argent. Dans Institut national de santé publique du Québec (Éd.). Québec.
- Institut canadien d'information sur la santé. (2004). Améliorer la santé des Canadiens. Ottawa.
- Jarvis, M. J., & Wardle, J. (1999). Social patterning of individual health behaviours: the case of cigarette smoking. Dans M. Marmot & R. G. Wilkinson (Éds.), *Social determinants of health* (pp. 240-255). New York: Oxford University Press.
- Kirmayer, L., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing traditions: culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11(3), S15-S23.
- Kirmayer, L. J. (1994). Suicide Among Canadian Aboriginal Peoples. *Transcultural psychiatry*, 31(1), 3.
- Kirmayer, L. J., Boothroyd, L. J., Tanner, A., Adelson, N., & Robinson, E. (2000). Psychological Distress among the Cree of James Bay. *Transcultural psychiatry*, 37(1), 35.
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). Suicide chez les Autochtones au Canada: Fondation autochtone de guérison.
- Kodras, J. E. (1997). The Changing Map of American Poverty in an Era of Economic Restructuring and Political Realignment. *Economic Geography*, 73(1), 67-93.

- Kondo, & Kondo, N. (2008). Do social comparisons explain the association between income inequality and health?: Relative deprivation and perceived health among male and female Japanese individuals. *Social science & medicine*, 67(6), 982-987.
- Kuper, H., Adami, H. O., & Boffetta, P. (2002). Tobacco use, cancer causation and public health impact. *Journal of Internal Medicine*, 251(6), 455-466.
- Lacourse, M. (2002). *Sociologie de la santé*. Montréal: Chenelière.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Laaksonen, M., & Aittomäki, A. (2004). Pathways between Socioeconomic Determinants of Health. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 58, 327-332.
- Lalonde, M. (1974). Nouvelle perspective de la santé des Canadiens. Dans Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (Éd.).
- Last, J. M. (1998). *Public Health and Human Ecology*. (2e édition^e éd.). Stanford: Appleton & Lange.
- Le Faou, A. L., & Scemama, O. (2005). Épidémiologie du tabagisme. *Revue des maladies respiratoires*, 22(6 Pt 2), 8-32.
- Le Puloch, M. (2007a). *Le piège colonial : histoire des traités de colonisation au Canada*. Paris: L'Harmattan.
- Le Puloch, M. (2007b). Vers une reconnaissance constitutionnelle des droits des Autochtones. *Cercle*, 17, 48-61.
- Lleras-Muney, A. (2005). The Relationship between Education and Adult Mortality in the United States. *The Review of Economic Studies*, 72(1), 189-221.
- Mackenbach, J. P. (2006). Socio-economic inequalities in health in Western Europe. Dans J. Siegriest & M. Marmot (Éds.), *Social inequalities in health: new evidence and policy implications* (pp. 223-250). New York: Oxford University Press.
- Mackenbach, J. P., Bos, V., Andersen, O., Cardano, M., Costa, G., Harding, S., et al. (2003). Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries. *International Journal of Epidemiology*(32), 830-837.
- Makela, P., Valkonen, T., & Martelin, T. (1997). Contribution of deaths related to alcohol use to socioeconomic variation in mortality: register based follow up study. *BMJ*, 315(7102), 211-216.
- Marmot, M., & Wilkinson, R. (1999). *Social determinants of health*. New York.
- Marsh, J. (2009). *Projet de la Baie James*. Récupéré le 2009/08/21 de <http://www.thecanadianencyclopedia.com/index.cfm?PgNm=TCE&Params=F1AR Tf0004099>
- McCaa, R. (2002). Paleodemography of the Americas, From ancient times to colonialism and beyond. Dans R. H. Steckel & J. C. Rose (Éds.), *The Backbone of History, Health and Nutrition in the Western Hemisphere*: Cambridge University Press.
- Mercer, G. (2001). Aboriginal Peoples: Health and Healing. Dans M. Thornton & T. Roy (Éds.), *Aboriginal People and Other Canadians, Shaping New Relationships*. Ottawa: University of Ottawa Press.

- O'Sullivan, E. (2003). Aboriginal language retention and socio-economic development: theory and practice. *Aboriginal conditions: Research as a Foundation for Public Policy*. Vancouver: UBC Press.
- Porter, D. (1999). *Health, civilization and the state. A history of public health from ancient to modern times. Part 1. Population health and pre-modern state*. London UK: Routledge.
- Rannou, A., Thouez, J.-P., & Foggin, P. M. (1992). The practice of traditional activities: hunting, fishing, trapping and health among the Cree of Northern Quebec. *Geographica Medica, Supp. 8*, 83-95.
- Raynard, P. (2000). "Welcome In, but Check Your Rights at the Door": The James Bay and Nisga'a Agreements in Canada *Revue canadienne de science politique*, 33(2), 211-243.
- Rehm, J., Robin, R., Kathryn, G., Maristela, M., Gerhard, G., & Christopher, T. S. (2003). The relationship of average volume of alcohol consumption and patterns of drinking to burden of disease: an overview. *Addiction*, 98(9), 1209-1228.
- Room, R., Babor, T., & Rehm, J. (2005). Alcohol and public health. *The Lancet*, 365(Février), 519-530.
- Ross, C. E., & Wu, C.-I. (1995). The Links Between Education and Health. *American Sociological Review*, 60(5), 719-745.
- Salisbury, R. F. (1986). *A homeland for the Cree*. Kingston: McGill-Queen's University Press.
- Santé Canada. (2009). Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé, de 1999 à 2003. Ottawa.
- Scott, C. (2001). *Aboriginal autonomy and development in northern Quebec and Labrador*. Vancouver: UBC Press.
- Shaw, M. (2004). Housing and Public Health. *Annual Review of Public Health*, 25(1), 397-418.
- Shaw, M., Dorling, D., & Smtih, G. D. (1999). Poverty, social exclusion, and minorities. Dans M. Marmot & R. G. Wilkinson (Éds.), *Social determinants of health* (pp. 211-239). New York: Oxford University Press.
- Siegrist, J., & Theorell, T. (2006). Socio-economic position and health: the role of work and employment. Dans J. Siegrist & M. Marmort (Éds.), *Social inequalities in health: new evidence and policy implications* (pp. 73-100). New York: Oxford University Press.
- Silles, M. A. (2009). The causal effect of education on health: Evidence from the United Kingdom. *Economics of Education Review*, 28(1), 122-128.
- Solarie, C., & Mare, R. (2007). The Effects of Crowded Housing on Children's Wellbeing, *American Sociological Association*. New York.
- Statistique Canada. (1981). Recensement du Canada de 1981.
- Statistique Canada. (1986). Recensement du Canada de 1986.

- Statistique Canada. (1991). Recensement du Canada de 1991.
- Statistique Canada. (1996). Recensement du Canada de 1996.
- Statistique Canada. (2000). Introduction aux recensements du Canada, 1665-1871. Ottawa.
- Statistique Canada. (2001a). Recensement du Canada de 2001.
- Statistique Canada. (2001b). Enquête auprès des peuples autochtones.
- Statistique Canada. (2003). Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.
- Statistique Canada. (2005). *Population et composantes de la croissance démographique (Recensements de 1851 à 2001)*. Récupéré le 2009/08/21 de <http://www40.statcan.ca/102/cst01/demo03-fra.htm>
- Statistique Canada. (2006). Recensement du Canada de 2006.
- Statistique Canada. (2008a). Indicateurs de la santé. Ottawa.
- Statistique Canada. (2008b). Peuples autochtones du Canada en 2006: Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006. Ottawa.
- Statistique Canada. (2009a). Tableau 102-0207: CANSIM.
- Statistique Canada. (2009b). Tableau 102-0218: CANSIM.
- Statistique Canada. (2009c). Tableau 102-0303: CANSIM.
- Statistique Canada. (2009d). Tableau 102-0311: CANSIM.
- Subramanian, S. V., Belli, P., & Kawachi, I. (2002). The Macroeconomic Determinants of Health. *Annual Review of Public Health, 23*, 287-302.
- Waldram, J. B., Herring, D. A., & Young, T. K. (2006). *Aboriginal Health in Canada*. Toronto: University Press of Toronto.
- Warry, W. (1998). *Unfinished Dreams: Community Healing and the Reality of Aboriginal Self-Government*. Toronto: University of Toronto Press Incorporated.
- Wilkinson, R. G., & Pickett, K. E. (2006). Income Inequality and Population Health: A Review and Explanation of the Evidence. *Social science & medicine, 62*(7), 1768-1784.
- Woolford, A. (2004). Negotiating Affirmative Repair: Symbolic Violence in the British Columbia Treaty Process. *Cahiers canadiens de sociologie, 29*(1), 111-144.