

Plan régional dans le cadre du développement nordique



Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James
σ ∩ d t ^ e b t Δ r Δ ∙ Δ Δ ^ Δ q q b r C b σ ∩ Δ t
Cree Board of Health and Social Services of James Bay

Janvier 2013

Les personnes suivantes ont collaboré à la réalisation de ce document :

Mme Caroline Allard
M. Robert Cyril Carlin
M. Marcellin Gangbè
Mme Mabel Herodier
Mme Carole Laforest
M. Pierre Lejeune
M. Laurent Marcoux
Mme Katya Petrov
M. Michel Plouffe
Mme Elizabeth Robinson
Mme Caroline Rosa
M. Daniel St-Amour
Mme Jill Elaine Torrie
M. Marcel Villeneuve

La reproduction est autorisée pour des fins non commerciales à condition que la source soit reconnue.

Les versions électroniques française et anglaise de ce document sont disponibles sur le site :
<http://www.creehealth.org>

Pour de l'information concernant ce document, contacter : Jill Elaine Torrie

Directrice adjointe de santé publique
torrie.jill@ssss.gouv.qc.ca

Traduction : Katya Petrov

Mise en page : Katya Petrov
katyapetrov@sympatico.ca

© Tous droits réservés Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James,
Chisasibi, Québec JOM 1E0, janvier 2013

ISBN : 978-2-550-67486-3

Dépôt légal : 1^{er} trimestre 2013

Bibliothèque et Archives nationales du Québec (BAnQ)

Bibliothèque de l'Assemblée nationale du Québec

Réseau Santécom

Chapitre 1 – Clientèle desservie et le portrait socio-économique

Le territoire

Le territoire connu aujourd'hui sous le nom d'Eeyou Istchee avait déjà été occupé pendant plus de 5000 ans avant d'avoir été vu par les Européens pour la première fois, et les archéologues peuvent montrer que les Cris et leurs ancêtres sont là depuis au moins 2000 ans.¹

De nos jours, tenir compte de la prédiction des impacts potentiels sur la santé et les services causés par les développements miniers et routiers est une priorité. Il ne faut pas oublier que les Cris ont toujours vécu avec les impacts du développement économique de l'époque moderne. La cartographie systématique et la prospection du territoire datent de la fin du 19^e siècle. Les impacts de la construction du chemin de fer transcontinental, plus au sud, durant les années 1910, ont touché les peuples de Waswanipi et de Wasi Sibi. Puis, à partir du milieu des années 1920, le Nord du Québec, comme le reste du Canada nordique, s'est ouvert au sud avec l'arrivée des avions de brousse, ce qui a mis les communautés autochtones isolées en contact avec les services médicaux et de transport.

Les impacts miniers sur les peuples de Waswanipi et de ce qui deviendra Oujé-Bougoumou, ont d'abord été connus pendant quelques années durant les années 1930, à l'occasion du boom important de l'exploration du cuivre qui a créé Chibougamau. Plus tard, à partir des années 1950, ils ont subi des impacts plus importants et soutenus avec le deuxième boom minier qui a également ouvert la région à la foresterie. Le boom minier antérieur s'est passé sans aucune atténuation des impacts, contrairement aux développements hydroélectriques qui ont commencé pendant les années 1970. La grande réussite des Cris au courant des années 1970 était de s'imposer et de commencer à négocier leur rôle dans les affaires de l'Eeyou Istchee.

Le territoire des Cris du nord du Québec, appelé Eeyou Istchee, couvre les bassins versants qui alimentent l'est de la Baie James ainsi que le sud-est de la baie d'Hudson. Ce territoire correspond approximativement à celui couvert par la Convention de la Baie James et du Nord québécois (1975).²

Quatre catégories de terres sont reconnues selon cette convention : les catégories IA et IB, II et III. Du temps de la convention, huit communautés crie se trouvaient sur les terres de catégorie IA, alors que les terres de la neuvième communauté, Oujé-Bougoumou sont en instance d'un transfert au statut catégorie IA. Selon les termes de la convention, « l'administration, la gestion et le contrôle » des terres de catégorie IA ont été transférés au Canada. Les communautés sont administrées selon les dispositions de la *Loi sur les Cris et les Naskapis* (du Québec).

¹ Girard R, Auger R, Collette V, Denton D, Labrèche Y, Perron N. 2012. « Les Cris d'Eeyou Istchee avant le XVII^e siècle », dans *Histoire du Nord-du-Québec*. Québec : Presses de l'Université Laval. pp. 101-139.

² Pour plus d'informations sur l'Eeyou Istchee, et l'utilisation et l'occupation du territoire cri, voir *Cree Vision of Plan Nord*, February 2011. www.gcc.ca/pdf/Cree-Vision-of-Plan-Nord.pdf. Ce document de 116 pages présente le point de vue des Nations crie d'Eeyou Istchee concernant leurs droits issus des traités, de la gouvernance du territoire, du développement économique, et de la protection de l'environnement naturel et du bien-être des communautés crie.

Les terres de catégorie IB, adjacentes aux terres de catégorie IA, appartiennent aux corporations foncières criées, administrées par des sociétés villageoises, en vertu des lois du Québec.

Les Cries ont des droits exclusifs de récolte de la faune sur les terres de catégorie I et II. Les terres de catégorie III sont publiques: les Cries ont des droits d'occupation et de l'utilisation aux fins de l'économie de la chasse traditionnelle. L'Eeyou Istchee est divisé en trois territoires de chasse (Figure 1) et les camps de chasse crie sont distribués à travers les terres de différentes catégories.

La Municipalité de la Baie James est responsable de l'administration du vaste territoire qui comprend les terres de catégories II et III selon la législation municipale du Québec. Elle fonctionne actuellement comme une organisation Jamesienne, car le Conseil pour la zone des Cries Jamesiens, établi par la convention pour l'administration des terres de catégorie II, n'a jamais été mise en œuvre. En 2012, les Cries et le Québec ont finalisé une nouvelle structure de gouvernance commune pour cette municipalité québécoise, mais sa législation n'est qu'au stade de la rédaction.

D'après l'Institut de la statistique du Québec (ISQ), la vaste région administrative 10 du Québec, inclut le territoire des Cries (Eeyou Istchee) avec le territoire inuit au nord (Nunavik). La limite sud de la région administrative 10 est au nord de la limite sud décrite dans la Convention.

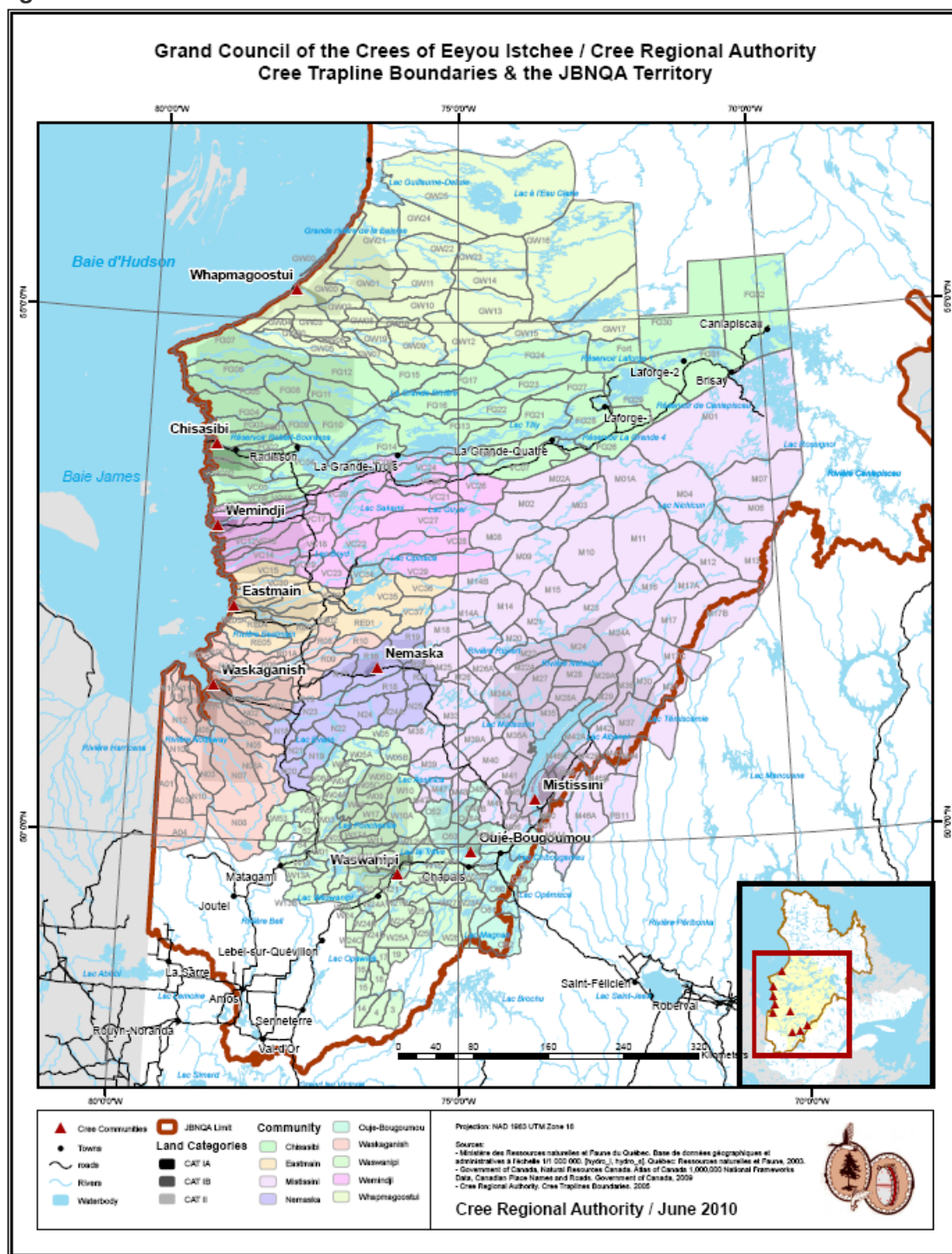
L'une des conséquences pour la région administrative 10, est que l'ISQ n'a jamais produit d'informations statistiques spécifiques sur Eeyou Istchee, le territoire crie. Ceci a des implications politiques évidentes et pratiques. En particulier, le Conseil crie de la santé et des services sociaux de la Baie James (CCSSSBJ) ne peut pas s'appuyer, pour ses propres objectifs de planification, sur les données régionales disponibles pour les autres régions socio-sanitaires.

Cependant, l'ISQ a réalisé des projections démographiques pour les 18 régions socio-sanitaires (RSS), à la demande du Ministère de la santé et des services sociaux du Québec (MSSS). La région administrative 10 comprend 3 régions socio-sanitaires, RSS - 10, 17 et 18. Bien que certaines questions demeurent, la qualité de ces projections pour RSS 18 s'est grandement améliorée.

D'après la Convention de la Baie James et du Nord québécois, le CCSSSBJ a été défini dans le chapitre 22 comme ayant juridiction sur les terres de catégorie 1A, qui définissent les environs immédiats des communautés crie. (Le CCSSSBJ doit fournir des services aux résidents permanents et temporaires de ces terres). Par conséquent, la juridiction de la RSS 18 se fait sur 9 « îlots » au sein du vaste territoire qui comprend la RSS 10.

Cette structure continue à créer des problèmes juridiques non résolus pour le CCSSSBJ et la RSS 10. Quelles ambulances doit-on appeler en cas d'accident en dehors des terres de catégorie I ? Comment les services préventifs de santé au travail (fournis par les Directions de santé publique et les CLSC, et payés par la CSST) peuvent-ils être fournis aux projets de développement dans la région administrative 10, près des communautés crie, et par qui ? Les Cries devraient-ils participer à l'organisation des services de soins de santé de deuxième ligne fournis dans les RSS 10 et 8 ? Qui est responsable pour les urgences médicales et les évacuations médicales des bénéficiaires crie à l'extérieur des communautés crie ? Qui est responsable lorsque l'individu n'est pas un bénéficiaire crie ?

Figure 1 : Les territoires de chasse des Cris



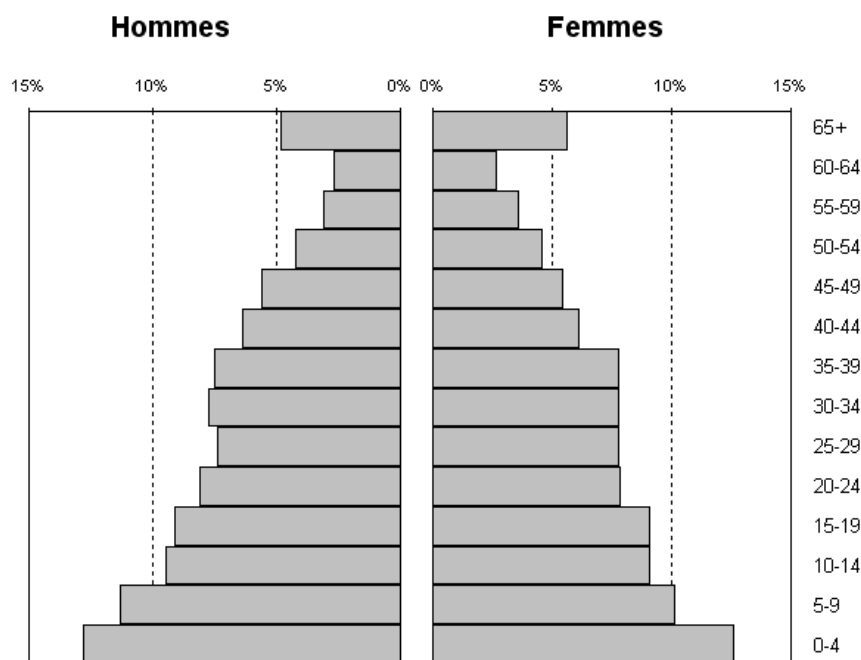
La population du territoire³

Selon les projections effectuées par l'Institut de la statistique du Québec, 15 922 personnes vivaient dans la RSS 18 en 2011, soit 8 089 hommes et 7 833 femmes. Si on se base sur les 4 derniers recensements de Statistique Canada pour lesquels l'information est disponible (1991 à 2006), 5 % de la population de la région sont des résidents non autochtones.

La population de la RSS 18 est relativement stable, seulement 9,9 % ayant quitté leur communauté de résidence au cours des 5 dernières années par rapport à 17,6 % au Québec.

En général, cette population est plus jeune que celle du Québec. En effet, la majorité (57 %) de la population de la RSS 18 est âgée de moins de 30 ans (Figure 2). En revanche, les personnes âgées de 65 ans et plus ne représentent que 5 % de la population. Dans le reste du Québec, ces proportions sont respectivement de 35 % et de 16 %.

Figure 2 : Pyramide d'âge de la population selon le sexe, RSS 18, 2011



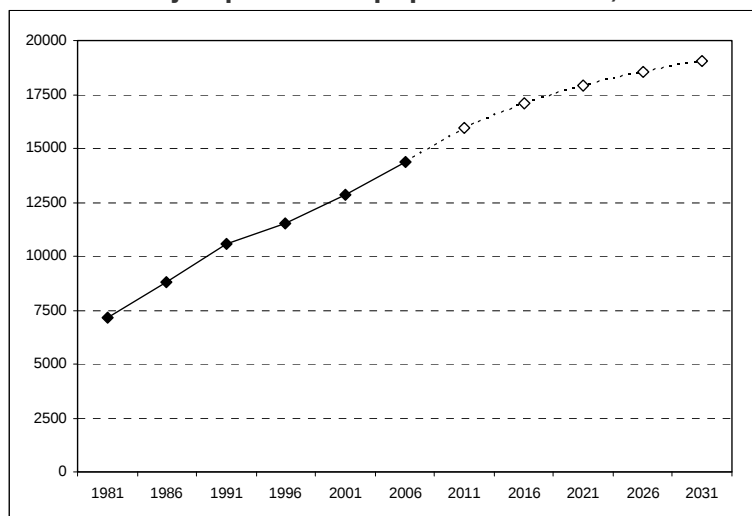
Source: MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010, basée sur des données fournies par l'ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques

³ Les discussions concernant les questions méthodologiques sur la population se trouvent sur le site <http://www.creehealth.org> et comprennent: Lejeune P, Torrie J. *The current and projected Cree population*. Public Health Department Analysis Paper, Update to December 2012; et Torrie J, Bobet E, Webster A, Kishchuk N. 2005. *The Evolution of Health Status and Health Determinants in the Cree Region (Eeyou Istchee): Eastmain-1-A Powerhouse and Rupert Diversion Sectoral Report*. Volume 1: Context and Findings. Series 4 Number 3: Report on the Health Status of the Population. Public Health Department of the Cree Territory of James Bay, Cree Board of Health and Social Services of James Bay, Chapter 2: Methodology.

Les tendances futures relatives à la taille de la population

L'estimation de la croissance d'une population est un élément essentiel pour la planification des services et l'élaboration de programmes destinés à la population. Il faut cependant garder à l'esprit que les estimations pour des populations de petite taille sont moins fiables que celles pour de grandes populations.

Figure 3 : Estimations de la population de 1981 à 2006 et projections jusqu'en 2031 population totale, RSS 18



Source: MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010, basée sur des données fournies par l'ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques

À l'heure actuelle, la modélisation utilisée pour prédire la croissance de la population de la RSS 18 est basée sur les modifications de la structure de la population de la région administrative 10 (Nord-du-Québec), qui regroupe les régions sociosanitaires 10 (Nord-du-Québec), 17 (Nunavik) et 18 (Terres-cries-de-la-Baie-James). Il est fort possible que les projections de l'ISQ présentent une surestimation de la croissance de la population âgée de plus de 65 ans et une sous-estimation de la croissance des groupes d'âges plus jeunes⁴.

Dans le cas de la RSS 18, aucune projection de croissance de la population n'a été réalisée à date, car il est très difficile de prédire la croissance d'une population peu nombreuse. Toutefois, la croissance potentielle peut être estimée en tenant compte des calculs de la fertilité, et de données dans le système.

En ce qui concerne la RSS 18, selon différents scénarios, méthodes et sources, la population, d'ici 2031, pourrait se situer entre 19 000 et 21 450 personnes. En d'autres termes, la taille de la population sera de 20 % à 35 % supérieure à ce qu'elle est actuellement.

Considérant tout ce qui précède, la population, d'ici 2031, pourrait se situer entre 19 033 individus, tel que projeté par l'ISQ, ou les 21 450 personnes estimées par une projection directe basée sur la croissance du nombre de bénéficiaires cris de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois de 1981 à 2011.

⁴ La Direction de la santé publique, Région 18 est en communication avec l'ISQ concernant ce problème.

D'autres facteurs qui peuvent entrer en jeu dans la détermination de la composition de la population future sont : les conditions économiques dans les communautés et dans la région qui pourraient limiter ou encourager l'émigration, en particulier celles des jeunes; tout afflux de nouveaux résidents dans les communautés causé par le développement régional; et on prévoit un accroissement de la mortalité basé sur la diagnostic à des âges progressivement plus jeunes des maladies chroniques chez une partie importante de la population. Néanmoins, en dépit de ces incertitudes dans les projections futures, il apparaît clairement que la population de la RSS 18 va continuer à augmenter en nombre et en âge, et ceci, indépendamment du développement nordique. Par conséquent, ces facteurs devront être pris en considération dans la planification des soins de santé.

Les autochtones et le portrait socio-économique

En se basant sur le recensement de Statistique Canada de 2006 (les résultats complets de 2011 ne sont pas encore publiés), 95 % de la population de la RSS 18 s'identifie comme Indien de l'Amérique du Nord (Tableau 1). La quasi-totalité de la population de la région parle cri (95 %), et une grande majorité (83 %) ne parle que le cri à la maison. L'anglais est également parlé par 84 % des résidents de la RSS 18, le français par 22,7 %, tandis que 12,3 % ne parlent ni l'anglais, ni le français (probablement le cri seulement).

La population augmente beaucoup plus vite dans la RSS 18 qu'au Québec (11,9 % entre 2001 et 2006, puis de 15,7 % entre 2006 et 2011, par rapport à 4,3 % et 4,7 % au Québec, respectivement). Il en résulte un taux de dépendance totale (0 à 19 ans, + 65 ans, et + 20 à 64 ans) beaucoup plus élevé que dans la province, en 2006 (91,3 % vs. 59,3 %).

Le niveau de scolarité a augmenté au cours des dernières années. La proportion de la population régionale âgée de 15 ans et plus sans diplôme d'études secondaires a chuté de 74,4 %, en 1991, à 56,0 % en 2006, mais se situe toujours en-dessous de la moyenne provinciale de 25,0 %. Par contre, le taux de décrochage scolaire dans la RSS 18 est le plus élevé au Québec, et demeure plus que préoccupant. En effet, en 2009-2010, ce taux était de 90,1 % (soit 95,4 % pour les garçons et 85,2 % pour les filles) contre 17,5 % dans l'ensemble du Québec, et 15 % dans la RSS 10 (MELS, 2012). On peut également craindre qu'avec la planification du développement nordique, les rares jeunes gens qui vont encore à l'école, abandonnent les bancs pour des emplois bien rémunérés, avec peu ou pas d'exigences de qualification.

La proportion de 30,1 % des familles monoparentales est élevée mais reste comparable à la situation générale au Québec (27,8 %). La proportion de 16,6 % de ménages multifamiliaux est beaucoup plus grande que celle au Québec, à 0,8 %. Le nombre moyen de personnes par ménage (4,4 vs. 2,3), de personnes par famille (3,8 vs. 2,9), d'enfants par famille (2,1 vs. 1,0) et de personnes par pièce (0,7 vs. 0,4) sont aussi des indicateurs d'un problème de surpopulation dans les logements. La proportion des ménages de 6 personnes et plus est plus élevée dans la RSS 18 (28,7 % vs. 1,7 % dans la province).

Tableau 1 : Certaines caractéristiques de la population, RSS 18 et Québec, recensement de 2006

Indicateurs	Région 18	Quebec
Différentes caractéristiques de la population, en %		
Indien de l'Amérique du Nord	95.1	0.9
Métis or Inuit	1.0	0.5
Non-autochtone	3.5	98.5
Langue maternelle est le cri		
Parle le cri	94.6	0.2
Parle seulement le cri à la maison	82.9	0.2
Parle l'anglais		
Parle le français	65.0	11.9
Parle l'anglais et le français	4.0	84.2
Ne parle ni l'anglais, ni le français	18.7	2.9
Taux de croissance de la population, en %		
Variation de la population, 2001 à 2006	12.3	0.9
Variation de la population, 2006 à 2011*	11.9	4.3
Coefficient de dépendance totale, en %		
Coefficient de dépendance totale**	15.7	4.7
15 ans et plus sans diplôme d'études secondaires		
	56.0	25.0
Différentes caractéristiques des familles, des ménages et des logements, en %		
Familles monoparentales***	30.1	27.8
Ménages unifamiliaux		
Ménages multifamiliaux	70.7	64.9
Ménages non familiaux	16.6	0.8
Ménages privés avec 6 personnes ou plus		
	12.7	34.3
Logements privés nécessitant des réparations majeures		
	28.7	1.7
Différentes caractéristiques des familles, des ménages et des logements, en nombres		
Nombre moyen de personnes dans les ménages privés	30.5	7.7
Nombre moyen de personnes par famille de recensement	4.4	2.3
Nombre moyen d'enfants à la maison par famille de recensement	3.8	2.9
Nombre moyen de personnes par pièce, logements privés	2.1	1.0
Nombre moyen de pièces par logement privé	0.7	0.4
Nombre moyen de chambres à coucher par logement privé	6.0	5.8
	3.4	2.5

* : Les données du recensement de 2011 n'étaient que partiellement disponibles lorsque ce rapport a été produit.

** : (0 à 19 ans + 65 ans et plus) / 20 à 64 ans

*** : Total des familles monoparentales / Total des familles avec enfants

Sources :

- Statistique Canada, recensement de 2006

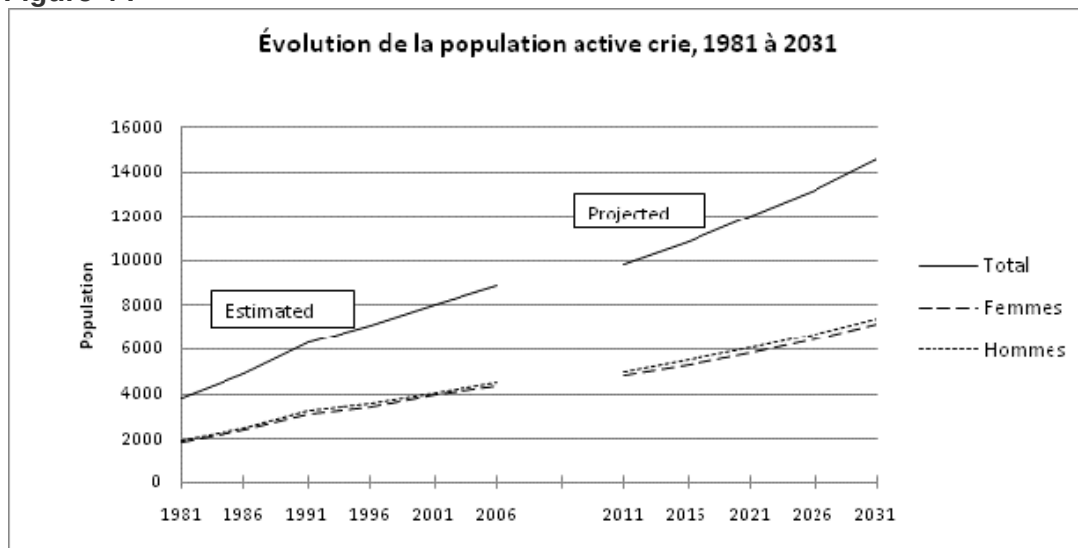
- Statistique Canada, recensement de 2011 sur la croissance de la population entre 2006 et 2011

Concernant les logements, plusieurs ont besoin de réparations majeures (30,5 % vs. 7,7 %, pour le Québec). Enfin, alors que le nombre moyen de pièces par logement est assez similaire dans la RSS 18 et au Québec (6,0 vs. 5,8), le nombre de chambres par logement est plus élevé dans la région (3,4 vs. 2,5), ce qui a pour conséquence d'offrir moins d'espaces communs à la famille.

Les travailleurs

Bien que des données précises sur la main-d'œuvre non autochtone ne soient pas disponibles, approximativement 5 % de la population de la région (à peu près 800 personnes) sont non autochtones et la plupart d'entre eux viennent dans la région pour travailler. La population active crie⁵ (c'est-à-dire l'ensemble des personnes âgées de 15 à 64 ans) est très jeune : 29 % des personnes en âge de travailler ont de 15 à 24 ans, 49 % sont dans la tranche d'âge de 25 à 44 ans, alors que seulement 22 % sont âgés de 45 à 64 ans (Moar, 2009). De 1981 à 2006, la population active crie est passée de 3,781 à 8,897, ce qui représente une augmentation moyenne de 3,5 % par année. En 2009, le CHRDD a anticipé un taux de croissance annuel inférieur à 2,4 % pour la période 2008-2013 (Moar, 2009). Ceci contraste avec les projections du MSSS qui anticipe pour la même période, de 2008-2013, un taux de croissance annuel de 1,7 % (MSSS, 2010). Considérant la nature jeune et dynamique de la population de la RSS 18, on peut prévoir une croissance annuelle de 2 % pour la période 2006-2031. Par conséquent, on estime que de 2006 à 2031, cette population active passera de 8 897 à environ 14 600. Il y aura presque autant de femmes que d'hommes, avec des effectifs d'environ 7 200 et 7 400 respectivement.

Figure 4 :



Source: MSSS, Service du développement de l'information, janvier 2010, basée sur des données fournies par l'ISQ, Direction des statistiques sociodémographiques

⁵ La plupart des informations sur les travailleurs sont tirées de deux rapports existants, soit le rapport sur le suivi 2010 des déterminants de santé des Cris (Hydro-Québec, 2012), et le rapport de l'enquête auprès de la population active, réalisée par le Département cri pour le développement des ressources humaines (CHRD) (Moar, 2009). Ces deux rapports se basent entre autres sur les estimations du MSSS pour l'année 2006 concernant la population active, et des recensements de 2001 et 2006. Le rapport du CHRD exclut les travailleurs qui ne sont pas des bénéficiaires de la convention de la Baie James, c'est-à-dire les résidents temporaires non autochtones de la région.

Ces projections de la population active posent le problème des besoins d'emplois nouveaux dans les prochaines années. Déjà, l'enquête auprès de la population active (Moar, 2009) révèle qu'il faut créer 700 nouveaux emplois par année pour espérer préserver le taux d'emploi de 2008. Dans un tel contexte, toute initiative visant à créer de nouveaux emplois, comme le laisse présager la planification du développement nordique, est bien accueillie. Cependant, les études disponibles montrent que la possibilité pour les Cris de tirer avantage des projets du développement nordique est limitée. Par exemple, en ce qui concerne le secteur minier au Québec, Simard et coll. (2012) estiment que 57 % des 18 570 postes à pourvoir seront créés dans le Nord-du-Québec (RSS 10, 17 et 18), mais que seulement 10 % seront comblés par la main-d'œuvre locale (Tableau 2).

Tableau 2 : Besoins et répartition des postes à pourvoir, Secteur minier du Québec, 2012-2021

	Selon le lieu de travail	Selon la région d'origine du travailleur
	Effectifs absolus	
Abitibi-Témiscamingue	1 530	8 091
Côte-Nord	4 925	2 246
Nord-du-Québec	10 677	1 971
Reste du Québec	1 438	5 892
Hors Québec	0	370
Total	18 570	18 570
	Effectifs relatifs (%)	
Abitibi-Témiscamingue	8,2	43,6
Côte-Nord	26,5	12,1
Nord-du-Québec	57,5	10,6
Reste du Québec	7,7	31,7
Hors Québec	0,0	2,0
Total	100,0	100,0

Source : Simard et coll., 2012

Le taux d'emploi⁶

Selon les recensements de 2001 et de 2006, le taux d'emploi en RSS 18 est passé de 48 % à 57 %, soit un accroissement de 9 points de pourcentage. Mais ces statistiques ne sont pas uniformément distribuées sur le territoire. En 2001, la différence entre les deux communautés ayant le plus faible taux et le taux le plus élevé était de 19 % (63 % vs. 44 %). En 2006, cet écart entre communautés s'est creusé, passant à 24 % (66 % vs. 42 %), pour un ratio de 64 %. Le développement nordique pourrait contribuer à exacerber cette disparité entre communautés de la RSS 18. Il risque également d'offrir moins d'opportunités aux femmes, étant donné le caractère souvent masculin des emplois traditionnellement créés dans l'industrie minière et l'exploitation forestière. Dans ce cas, il aiderait à réduire l'écart croissant

⁶ Le taux d'emploi désigne le nombre de personnes employées dans la semaine (du dimanche au samedi qui précède le jour du recensement), exprimé en pourcentage de la population totale âgée de 15 ans et plus (Statistique Canada, 2012a en ligne).

hommes-femmes, en ce qui concerne le taux d'emploi. En effet, le taux chez les femmes est supérieur à celui des hommes en 2001 (54 % contre 48 %), et l'écart s'est davantage creusé en 2006 (59 % contre 49 %).

Emplois et employabilité

Selon les données du recensement de 2001, confirmées par l'enquête auprès de la population active de 2008, la plupart des emplois salariés sont reliés au secteur des services gouvernementaux, de santé et d'éducation. Le recensement de 2006 montre que 60 % de la population active dans les communautés Eeyouch occupait des emplois dans les professions de la vente et des services, des sciences sociales, de l'enseignement, et de l'administration publique. La chasse, la pêche, et le trappage occupent aussi une partie importante de la population, soit 22 % (Moar, 2009). Même si les Cris travaillent dans les projets de développement, il en ressort qu'ils sont souvent dans des emplois temporaires, qui n'exigent pas des compétences particulières, ce qui limite les effets positifs des grands projets de développement sur l'emploi dans la région.

Pour tirer le maximum de bénéfices des projets du développement nordique, en ce qui concerne l'emploi, les compétences des travailleurs Cris doivent être en adéquation avec les profils de compétences des emplois futurs. Selon Simard et coll. (2012), dans le secteur minier, les professions les plus en demande dans le Nord-du-Québec sont présentées dans l'annexe A1, extrait de Simard et coll. (2012). Mais les profils de compétence des travailleurs cris ne semblent pas correspondre aux attentes. En effet, l'enquête auprès de la population active (Moar, 2009) révèle que 66 % des travailleurs cris n'ont aucun diplôme ou certificat, que seulement 12 % possèdent un diplôme d'études secondaires, et 16 % ont un diplôme ou certificat postsecondaire. Pour ceux qui ont atteint un niveau d'enseignement postsecondaire, les domaines de formation sont essentiellement :

- l'enseignement, le counseling et les services récréatifs
- le commerce et l'administration
- les sciences sociales et les domaines connexes
- le génie civil, les sciences appliquées et les technologies.

Revenus

L'importance du statut socio-économique comme déterminant de la santé n'est plus à démontrer. L'un des indicateurs importants de ce statut demeure le revenu. Mais si le niveau de revenu contribue à l'amélioration de la santé des individus, c'est surtout la répartition équitable ou non de ce revenu au sein d'une population donnée qui détermine la relative bonne santé de cette population. En ce qui concerne la RSS 18, il existe un écart important entre le revenu moyen de ses résidents et celui des Québécois en général. En effet, en 2000, le revenu en contexte cri était d'environ 23 % inférieur à celui du Québec. En 2005, cette différence a été ramenée à 16 %. Il faut également se rappeler que la RSS 18 est une région éloignée des grands centres urbains, où les prix des biens de consommation courante sont souvent très élevés par rapport au reste de la province. En 30 ans, les différents projets de développement et le développement des services gouvernementaux et communautaires ont contribué à rehausser la part du revenu salarié dans le revenu total, part qui est alors passée de 32 % en 1971 à 73 % en 2001.

En termes absolus, le revenu individuel moyen est passé de 20 813 \$ à 26 949 \$ entre 2000 et 2005, soit une augmentation de 29 %. Cette hausse est pour une bonne part liée à l'augmentation du revenu de la population féminine. Le revenu médian a aussi connu une hausse, passant de 16 941 \$ à 21 148 \$. C'est ici que la différence homme-femme est la plus visible. Alors que le revenu médian des hommes passe de 18 705 \$ à 20 479 \$, celui des femmes grimpe de 13 784 \$ (en 2000) à 21 616 \$ (en 2005).

Chapitre 2 – État de santé lié au développement nordique

Ainsi, la RSS 18 a une population très jeune. Les besoins de santé sont le reflet du profil démographique, notamment la santé maternelle et infantile ainsi que les défis soulevés par la jeunesse (par exemple, les taux élevés d'abandon scolaire, les grossesses précoces, les infections sexuellement transmissibles, les problèmes de santé mentale, la consommation d'alcool et de drogues, les traumatismes, etc.).

Les deux principaux problèmes de santé identifiés par le Conseil cri, en 1996, étaient les problèmes de santé mentale et du diabète. En plus de cette épidémie de diabète, la santé publique de la région sait maintenant qu'une deuxième « épidémie » est en développement, celle-ci liée aux maladies cardiovasculaires. Malheureusement les maladies chroniques identifiées dans la population âgée de 30 ans et plus se développent à un âge de plus en plus précoce. Le diabète est déjà identifié comme un problème de santé courant chez les moins de 30 ans. Et, bien sûr, les facteurs de risque pour le diabète et les maladies cardiaques existent au niveau communautaire pour tous les groupes d'âges et ces facteurs de risque sont aggravés par les problèmes de santé mentale.

Le but de ce chapitre est de décrire l'impact du développement nordique sur la santé des résidents de la région des Terres Cries. En premier lieu, nous présenterons les principales différences entre les problèmes de santé des Cries comparés avec ceux de l'ensemble du Québec.

2.1 Principales différences entre l'état de santé actuelle des Cries comparé avec ceux de l'ensemble du Québec

État de santé globale

Comme mentionné dans le premier chapitre, la population de la RSS 18 est d'un peu plus de 15 000 personnes, dont 95 % sont autochtones. La population est jeune puisque le taux de naissance est élevé. L'espérance de vie à la naissance est inférieure à celle dans le reste du Québec (données de 2005-2008).

- Les hommes vivent en moyenne 74,9 années comparé à 78,3 années pour l'ensemble du Québec (un écart de 3,4 ans)
- Les femmes vivent en moyenne 81,3 années comparé à 83,1 années pour l'ensemble du Québec (un écart de 1,8 ans)⁷

Les principales causes de décès chez les Eeyouch sont le cancer (21,2 %), les maladies cardiovasculaires (17,9 % de tous les décès), les blessures (7,9 %) et le suicide (5,9 %). Dans l'ensemble du Québec, le cancer prend plus de place (32,8 % de tous les décès), les maladies du système circulatoire occupent une place semblable (19,8 %) et les blessures (3,8 %) et les suicides (2,1 %) prennent moins de place. Ces différences sont le résultat de l'âge moyen plus jeune de la population crie et de l'incidence du diabète qui augmente l'incidence des maladies cardiovasculaires.

Les taux annuels d'hospitalisations dans la région sont plus de deux fois ceux du Québec, sauf pour le cancer⁵ :

⁷ Portrait de santé du Québec et de ses régions. INSPQ, 2011.

Tableau 3 : Taux d'hospitalisation, RSS 18 et Québec

	Cri (RSS 18)	Québec (l'ensemble)
Cancer	55	61
Maladies cardiovasculaires	257 (+)	120
Maladies respiratoires	250 (+)	77
Maladies digestives	203 (+)	81
Système musculo-squelettique	76 (+)	37
Maladies génito-urinaires	88 (+)	42
Traumatismes	123 (+)	63
Toutes les causes	1 780 (+)	792

(taux ajustés pour une population de 10 000)

Source : *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – 2011*. Québec, MSSS.

Santé maternelle et infantile

Le taux de mortalité infantile en RSS 18 a chuté de 50 pour 1 000 naissances vivantes en 1976 à 10,6 pour 1 000 pour la période 2005-2008, soit une moyenne de trois décès par année. Malgré cette amélioration, le taux de la région est toujours trois fois plus élevé que celui dans l'ensemble du Québec¹. Un tiers des décès en excès du taux au Québec, s'expliquent par les maladies génétiques incurables.

Les taux de naissances chez les mères adolescentes et les femmes ayant moins de 11 années de scolarités sont 4 à 5 fois plus élevées dans la région crie que dans l'ensemble du Québec¹.

Une enquête de santé buccodentaire conduite en 2001 révèle que la carie dentaire affectait de manière disproportionnée les enfants cris par rapport aux enfants dans l'ensemble du Québec. Parmi les jeunes de 7 à 8 ans, 98 % présentaient déjà des conséquences de la carie dentaire, avec une ou plusieurs lésions au stade cavitaire. Les enfants de ce groupe d'âge avaient en moyenne 24,5 faces dentaires cariées, absentes ou obturées, soit près de 3,8 fois la moyenne québécoise^{8,9}.

Les infections transmises sexuellement (ITS)

Depuis 2000, les taux signalés d'infections à la chlamydia n'ont pas cessé d'augmenter. De 2006 à 2008, si les taux régionaux avaient été les mêmes que ceux de la province la RSS 18 aurait pu prévoir un total de 25 à 30 cas. Mais la réalité est toute autre, avec une moyenne annuelle de 215 cas observés. Par exemple, en 2009, il y avait 241 cas déclarés. Le tableau suivant présente l'incidence ajustée pour les années 2005-2009⁵.

⁸ Véronneau J, Sirhan H. Rapport sur la santé dentaire crie en Eeyou Istchee (Nord du Québec). Montréal: Direction de la Santé publique, Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James; 2002.

⁹ Brodeur JB, Olivier M, Benigeri M, Bedos C, Williamson S. Étude 1998-1999 sur la santé buccodentaire des écoliers québécois de 5-6 ans et de 7-8 ans. Québec: Ministère de la santé et des services sociaux; 2001.

Tableau 4 : Taux des ITS, RSS 18 et Québec

	Cri (RSS 18)	Québec
Chlamydia	1465,3 par 100 000	181,7 par 100 000
Gonorrhée	136,3 par 100 000	18,5 par 100 000

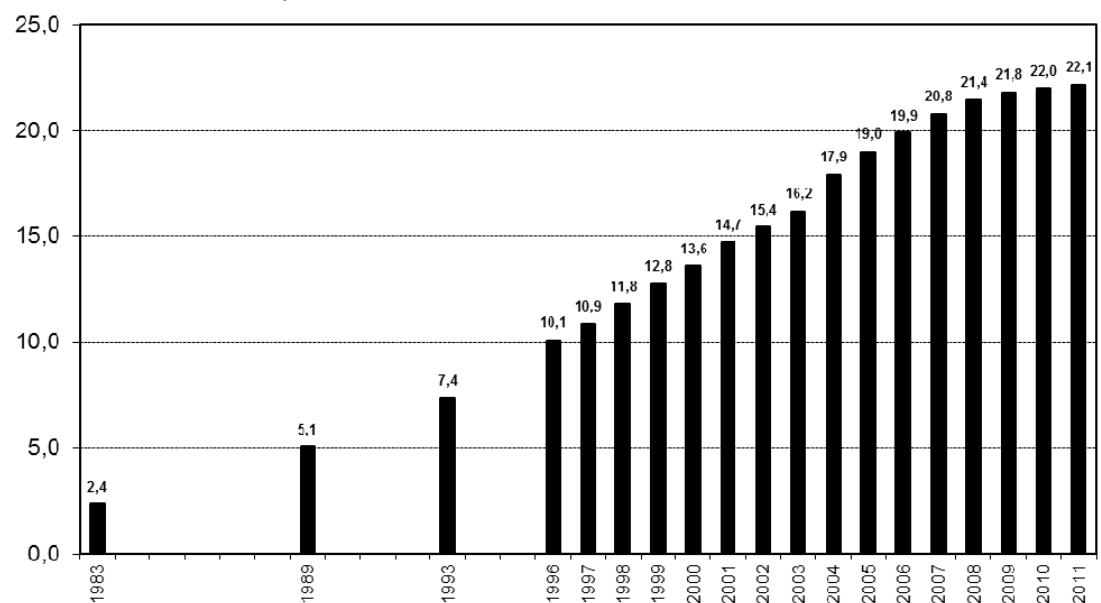
Source : *Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions – 2011*. Québec, MSSS.

Le diabète et ses complications

Au sujet des maladies chroniques, en 1983, seulement 2,4 % des Eeyouch étaient atteints de diabète. Moins de 30 ans après, en 2011, c'est 22,1 % de la population de 20 ans et plus qui est touchée¹⁰. Plus d'un adulte sur cinq souffre du diabète, presque quatre fois le taux du Québec. Le diabète continue d'affecter davantage les femmes que les hommes mais l'écart est moins prononcé que dans le passé. En outre, 40 % des personnes atteintes du diabète ont également été diagnostiquées avec une maladie cardiovasculaire.

Les bébés nés de femmes qui ont le diabète pendant la grossesse (diabète gestationnel ou diabète de type 2) sont beaucoup plus à risque d'obésité infantile et d'être atteint du diabète à un jeune âge. Les données internes du Conseil cri de la santé montrent que, selon les critères diagnostiques utilisés, le taux de complications de grossesse impliquant le diabète de type 2, le prédiabète, et le diabète gestationnel est de 27 à 39 %.

Figure 5 : Prévalence brute (%) du diabète, Cris âgés de 20 ans et plus, RSS 18, 1983 à 2011



Source : CCSSSBJ. Diabetes Update 2011. Chisasibi. 2012.

¹⁰ CBHSSJB 2012.

Les Eeyouch sont diagnostiqués à un âge progressivement plus jeune, ce qui les expose à un risque accru de développer des complications du diabète au cours de leur vie. La moitié des personnes atteintes de diabète présentent un certain niveau de maladie rénale. Des services de dialyse pour l'insuffisance rénale causée en grande partie par le diabète ont été mis sur pied à l'intérieur du territoire, à Chisasibi, et dans la RSS 10, à Chibougamau.

Les taux d'obésité sont élevés, et l'incidence du diabète est reliée à l'obésité.

Tableau 5 : Population présentant un surplus de poids, en pourcentage, RSS 18 et Québec, 2003

	RSS 18	Québec
Total (18 ans et plus)	84,0 (+)	47,4
Hommes (18 ans et plus)	83,3 (+)	55,6
Femmes (18 ans et plus)	84,9 (+)	39,2

Source : *Portrait de la santé : le Québec et ses régions*. INSPQ 2006. Le symbole + veut dire que les résultats sont statistiquement significatifs comparés avec ceux du Québec.

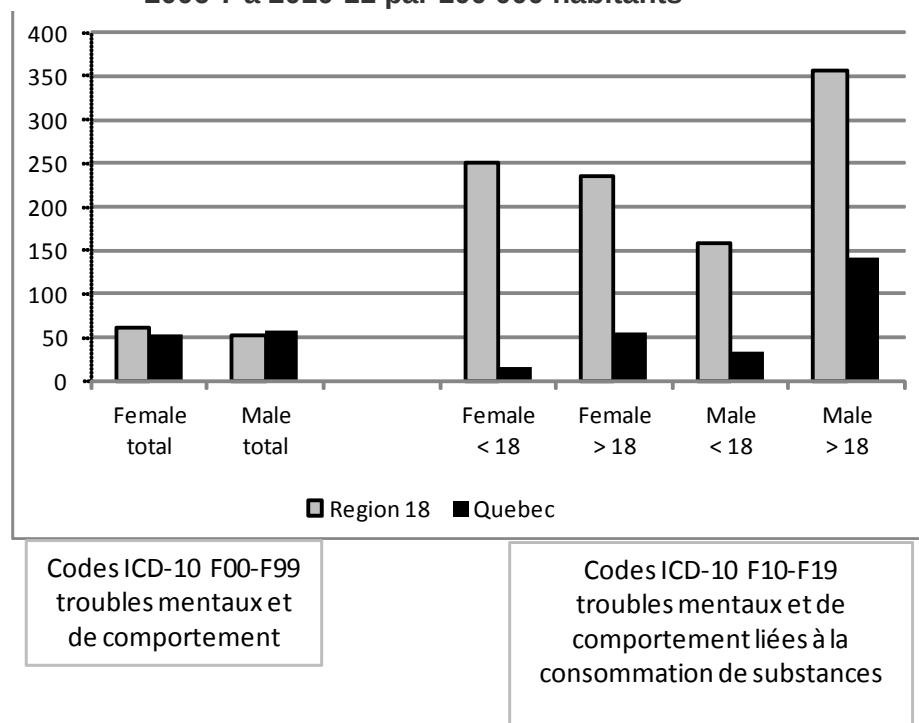
De façon générale, il n'est pas évident comment le système de soins de santé fera pour gérer le nombre croissant de personnes atteintes du diabète et de ses complications. En effet, cette tendance est peu susceptible de changer sans s'adresser d'abord aux problèmes sociaux sous-jacents et à la prévention.

La santé mentale et les problèmes psychosociaux

Bien que le Conseil cri de la santé eût identifié la santé mentale comme étant un problème de santé prioritaire en 1996, les données provenant de la surveillance des états des troubles mentaux et de comportement effectuée par santé publique sont incomplètes comparées à ce qui est connu au sujet des problèmes de santé physique.

Tel qu'illustré dans la figure ci-dessous, la RSS 18 a à peu près le même taux d'hospitalisation que le reste du Québec pour les troubles mentaux et de comportement (ICD-10 codes F00 à F99). Par contre, le nombre d'hospitalisations liées à la consommation de substances psycho actives (ICD-10 codes F10 à F19) est très disproportionné dans la RSS 18. L'écart est le plus extrême lorsqu'on compare le taux d'hospitalisation de femmes de moins de 18 ans avec celui dans le reste du Québec.

Figure 6 : Comparaison des hospitalisations pour les troubles mentaux et du comportement, par sexe, groupe d'âge et région : moyenne de 2006-7 à 2010-11 par 100 000 habitants



Source : MSSS, Base de données Med-Écho, 2006-7 à 2010-11.

Dans la RSS 18, le taux ajusté selon l'âge de la mortalité par suicide est de 10 par 100 000 personnes comparé à 16 par 100 000 personnes dans le reste du Québec. Le taux de mortalité par suicide dans la RSS 18 est comparable à ceux du Québec et du Canada. Par contre, le taux d'hospitalisation résultant de tentatives de suicide dans la RSS 18 est 20 fois plus élevé que le taux de mortalité. Par contraste, pour l'ensemble du Québec le taux d'hospitalisation résultant de tentatives de suicide est 3 fois plus élevé que le taux de mortalité par suicide.

Les moyennes annuelles non ajustées des taux de tentatives de suicide et d'idées suicidaires en RSS 18 sont de 459,4 par 100 000 personnes, par rapport à 56,1 par 100 000 personnes pour le reste du Québec. Le groupe avec le taux de tentatives de suicide le plus élevé est celui des femmes de 10-19 ans qui représentent 50 % de toutes les hospitalisations de femmes dans la RSS 18 et 33 % de toutes les tentatives de suicide et des hospitalisations qui en résultent.

En 2013, un examen des dossiers médicaux concernant les problèmes de santé mentale et les problèmes de dépendance de substances psychotropes dans les deux plus grandes communautés sera finalisé et fournira des données sur la nature et la portée des problèmes affrontés quotidiennement par les services de soins primaires. Étant donné le manque de professionnels de la santé ayant une expertise en santé mentale travaillant pour le Conseil cri de la santé, cette analyse permettra de documenter la pression subie par les services locaux et le besoin de développer des programmes ainsi que de la formation dans ce domaine au sein des services de soins primaires.

Dans le domaine social, depuis plusieurs années, les études montrent que les Cris disent qu'ils ont de solides soutiens sociaux et qu'ils s'identifient bien à leurs communautés. Toutefois, les problèmes sociaux sont une préoccupation majeure.

La dernière enquête générale de la santé dans la RSS 18 a documenté une prévalence de problème de jeu à 9,2 % en comparaison avec 1,7 % au Québec¹¹. Une étude sur le jeu et la santé mentale en 2006-7 a classifié 3,2 % à haut risque mais 27 % à risque modéré¹². En générale, les joueurs à risque modéré ou élevé ont des problèmes psychologiques significatifs plus sévères comparés à ceux qui ne jouaient pas ou à faible risque. Ils ont aussi des taux beaucoup plus élevés liés à l'utilisation de l'alcool et de drogues, ainsi qu'à l'état psychiatrique.

Par ailleurs, d'autant plus surprenant, parmi tous les répondants questionnés, 44 % des hommes et 50 % des femmes affirment avoir été les victimes d'agression physique durant leur vie et 23 % des hommes et 35 % des femmes ont été les victimes de violence sexuelle.

Depuis 2002, les jeunes de moins de 18 ans représentent environ 40 % de la population de la RSS 18 et leurs taux de soins auprès de la DPJ sont les plus élevés au Québec. Entre 2003-2004 et 2005-2006, 21 % des jeunes ont été impliqués avec la DPJ. Ce taux a diminué jusqu'à environ 17 % après 2007-2008. Depuis 2003, le nombre de cas signalés et de cas retenus n'a pas beaucoup changé. La moyenne pour le nombre de cas signalés est de 1042, dont 85 % (880 cas) ont été retenus. Malgré la croissance de la population de jeunes en RSS 18, le nombre de cas déclarés reste constant.

2.2 L'impact du développement nordique sur la santé des résidents de la région des Terres cries

Les Cris subissent l'impact du développement hydro-électrique depuis la fin des années 1970s. Le taux de chômage a baissé et les revenus ont augmenté, mais, selon nos informateurs-clés, les inégalités sociales dans les communautés cries augmentent. En même temps, les écarts avec l'ensemble du Québec en termes de l'espérance de la vie et de la mortalité infantile ont diminué mais restent importants. Par contre, les taux de diabète et d'infections transmises sexuellement ont augmenté et sont plusieurs fois plus élevés que les taux pour l'ensemble du Québec. Le diabète et l'obésité sont liés aux changements des modes de vie, à l'utilisation des automobiles et à la sédentarité, et à la disponibilité des aliments peu nutritifs.

La santé des travailleurs et de leurs familles

À partir de la fin des années 1970s, le développement hydroélectrique a entraîné une préoccupation pour la santé et la sécurité des travailleurs de l'Eeyou Istchee. Un grand nombre de Cris ont joué un rôle important dans la construction de barrages et de centrales grâce à leur connaissance du territoire.

De plus en plus de jeunes Cris iront travailler dans l'industrie minière où ils resteront près du lieu de travail pendant 2 ou 3 semaines sur 4. Il est bien connu que les travailleurs de l'industrie minière ont un taux élevé de blessures et de maladies pulmonaires liées au travail ; la CSST a mis cette industrie dans la catégorie priorité 1. Les conditions de travail sont ardues physiquement, les heures et les

¹¹ Anctil *et al* 2008.

¹² Gill *et al*, à venir. Voir aussi www.creehealth.org, recherche : « gambling ».

semaines de travail sont prolongées. Il y a aussi le stress psychosocial; si seulement l'homme va travailler à l'extérieur de la communauté, la séparation de sa famille peut être difficile pour lui, son épouse et ses enfants. Si les deux parents partent travailler dans les camps en même temps, c'est la famille étendue et les enfants qui subissent les conséquences. (Ces problèmes ont été rapportés par les intervenants qui travaillent dans les cliniques des communautés cri). Ces facteurs de stress sont liés aux problèmes de santé mentale comme la dépression, l'anxiété, et la consommation d'alcool et de drogues.

L'expérience des camps de l'Hydro-Québec a de plus démontré les problèmes suivants :

- le racisme envers les travailleurs autochtones qui sont minoritaires dans les camps
- l'abus d'alcool et de drogues quand le travailleur retourne dans la communauté avec son chèque de paie. L'abus d'alcool augmente l'incidence de traumatismes et de violence.
- les mésententes concernant la responsabilité pour le rapatriement des travailleurs blessés ou malades et envoyés dans les hôpitaux des régions avoisinantes.

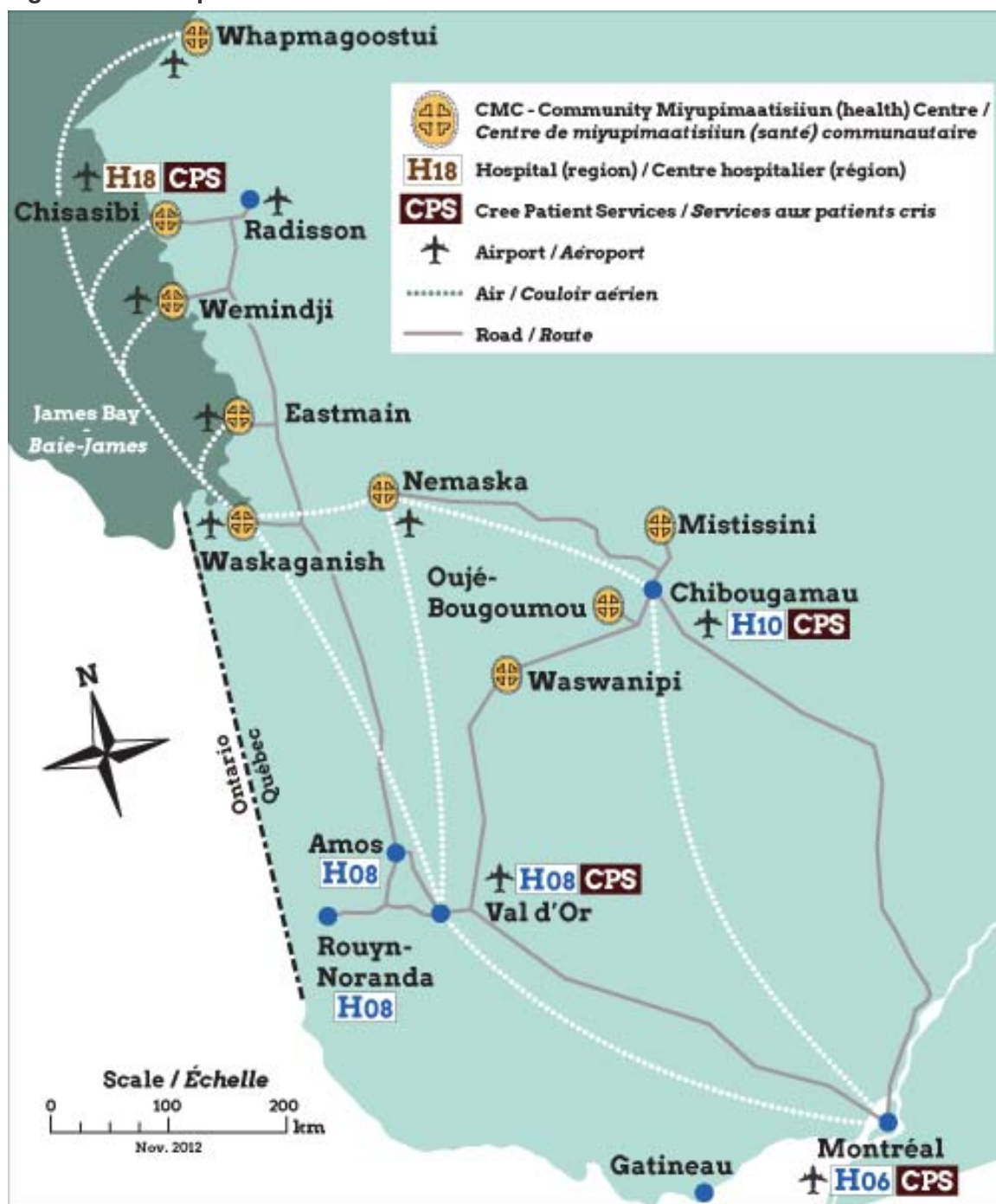
Suite aux nouveaux développements, le Conseil cri sera obligé de renforcer ses services sociaux et ses services de santé mentale et de les orienter vers ces problèmes particuliers. Par contre, certaines solutions ont été développées par les employeurs; par exemple, des activités culturelles et des services sociaux pour les travailleurs autochtones dans les camps.

Chapitre 3 – Description des services existants

En pratique, le CCSSSBJ est semblable à un CSSS avec, en ajout, les fonctions régionales d'une agence, y compris une direction régionale de santé publique. Le Centre hospitalier régional de Chisasibi dessert principalement la communauté de Chisasibi tout en étant utilisé pour certains services pour les communautés côtières les plus proches. Cependant, la majorité des services de deuxième ligne sont livrés à l'extérieur de la RSS 18, en particulier dans les RSS 10 et 8. Le CCSSSBJ maintient les services aux patients cris à Chibougamau, Val d'Or et Montréal de façon à assurer un lien entre les communautés et les services de deuxième et de troisième ligne à l'extérieur des communautés. Ce programme fait parti du Programme de bénéficiaires non assurés du CCSSSBJ, qui ressemble au programme d'assurance médicale non assurée pour les autres peuples des Premières nations au Canada. Ces services ne sont disponibles que pour les bénéficiaires cris de la Convention, et non pour les non-bénéficiaires, même si ces derniers peuvent utiliser les autres services fournis par le CCSSSBJ.

Ainsi, malgré le fait que le CCSSSBJ offre très peu de services de deuxième ligne à la population, il est tenu d'offrir ou de s'occuper de fournir de nombreux autres services de santé et de services sociaux à sa population à l'extérieur des communautés cries. En plus des programmes mentionnés ci-dessus, voici quelques exemples : un programme de trousse de médicaments pour les bénéficiaires cris quand ils sont dans les camps de chasse, participer avec les industries à la coordination des soins pour les travailleurs cris dans les camps de travail, et plus récemment, le problème des Cris dans les rues de Val d'Or et de Montréal.

Figure 7 : Principaux corridors de services



3.1 Le Centre hospitalier régional de Chisasibi

Le Centre hospitalier régional de Chisasibi est un centre hospitalier de soins généraux et spécialisés avec 32 lits. De ces 32 lits, 15 sont utilisés aux fins des services hospitaliers de courte durée. Les autres lits disponibles sont utilisés principalement pour héberger la clientèle en perte d'autonomie. Puisqu'il n'y a pas de centre d'hébergement de longue durée sur le territoire, le Centre hospitalier régional de Chisasibi est utilisé en partie à cette fin. Bien que désigné un centre régional, l'hôpital est utilisé principalement par les résidents de Chisasibi (environ 9 sur 10 hospitalisations), le reste venant des communautés voisines. Le tableau qui suit présente les principales statistiques de production de services pour le Centre hospitalier régional de Chisasibi.

Tableau 6 : Statistiques du Centre hospitalier régional de Chisasibi

	2008-2009	2009-2010	2010-2011
Admissions	654	663	751
Jours d'hospitalisation	3 269	3 631	3 472
Taux d'occupation	70 %	67 %	67 %
Transferts vers d'autres centres de santé	48	50	59
Durée moyenne de séjour en courte durée	5,15	5	4,56
Départs	635	665	742
Décès	11	11	10
Visites à la clinique externe	1 7495	18 389	18 838
Visites auprès de spécialistes	1 305	920	1 160
Heures d'observation	1 888,13	3 564,50	4 644,23
Unités techniques en radiologie	165 594	N/A	116 155
Total de tests de laboratoire complétés	205 278	226 917	232 280
Traitements de dialyse	2 123	2 405	2 781
Pré-dialyse	32	52	55

Il est à noter la croissance importante du nombre de traitements de dialyse de plus de 30 % entre les années 2008-2009 et 2010-2011. Cette tendance se poursuit actuellement. Le nombre de personnes en pré-dialyse a cru quant à lui de plus de 70 % au cours de la même période.

La pénurie de certains professionnels demeure une préoccupation centrale pour le Conseil cri. À titre d'exemple, causé par la pénurie aiguë de techniciens durant l'été de 2010, le laboratoire à presque été obligé de fermer ses portes. De la même façon, à cause de la pénurie de radiologues au Québec, aucune radiographie n'a été lue entre mai 2009 et septembre 2010. Cette situation a entraîné une accumulation de 4 000 radiographies à lire. Grâce à la contribution de la Fédération des médecins spécialistes du Québec (FMSQ) et du Centre Hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos, ce retard a été complètement corrigé.¹³

3.2 Les corridors de transfert pour l'accès à des services hospitaliers non disponibles sur le territoire du Conseil cri

Le tableau qui suit présente les principaux centres hospitaliers de référence ainsi que le nombre de lits occupés à 80 % par la clientèle crie référée par le Conseil cri. Un total de près de 40 lits ont été utilisés par les bénéficiaires cris au cours de l'année 2011-2012 à l'extérieur du territoire de la RSS 18.

Tableau 7 : Centres hospitaliers de référence pour les patients cris 2011-2012

Centre hospitalier	Lits utilisés*		
	100%	Nombre moyen par jour	Nombre de lits requis***
Hôpital de Chisasibi**	2 836	7.8	9.7
Hôpital et CLSC de Val-d'Or	2 949	8.1	10.1
Centre de Santé de Chibougamau	2 729	7.5	9.3
Hôpital Général de Montréal	1 494	4.1	5.1
Centre Hospitalier Hôtel-Dieu d'Amos	792	2.2	2.7
Hôpital Royal Victoria	867	2.4	3.0
Hôpital de Montréal pour Enfants	677	1.9	2.3
Hôpital Douglas	705	1.9	2.4
Autres	1 246	3.4	4.3
Total	14 295	39.2	49.0
Total hors région	11 459	31.4	39.2
* : Le nombre de lits occupés inclut les chirurgies d'un jour et les hospitalisations de courte durée.			
** : Les données de l'Hôpital de Chisasibi incluent 10 résidents en provenance de d'autres régions.			
*** : Le nombre de lits requis est basé sur un taux d'occupation à 80%.			
Source: MSSS, base de données MED-ÉCHO, 2011-2012			

Le Centre universitaire de santé McGill (CUSM) avec ses trois installations (HRV-HGM-HME), l'Hôpital de Val d'Or et le Centre de santé de Chibougamau avec une utilisation d'environ 10 lits respectivement représentent les plus importants centres hospitaliers de référence. Ces trois centres hospitaliers comptent plus de 75 % des

¹³ Chisasibi Regional Hospital Centre PM 15 July

hospitalisations des patients cris à l'extérieur de la RSS 18. Les autres centres hospitaliers de référence sont utilisés dans une moindre mesure.

Il est clair, à l'appui de ces données, que le Conseil cri est loin de l'autosuffisance en matière de soins hospitaliers de courte durée et doit s'appuyer sur les régions de Montréal, de l'Abitibi-Témiscamingue et du Centre régional de la Baie-James pour répondre aux besoins de sa population.

S'il advenait une augmentation de besoins pour des services hospitaliers de courte durée dans le cadre du développement nordique, il est à prévoir que ces mêmes établissements seraient sollicités davantage. Les services de soins de courte durée doivent être consolidés et disponibles dans le territoire cri et ce en collaboration avec les établissements qui offrent les services à la population du territoire.

3.3 Services de santé et services sociaux offerts dans les Centres miyupimaatisiin communautaires (CMC) et les Centres de jour multiservices (CJMS)

Le plan stratégique régional adopté en 2004 prévoyait la mise en place des CMC dans chaque communauté afin de fournir le plus grand nombre possible de services de santé et de services sociaux de première ligne.

- Les services de santé courants sont offerts dans les CMC et CJMS de chaque communauté. Ces services sont les suivants :
 - o Urgence médicale mineure
 - o Information/orientation
 - o Services infirmiers (ex. : information, planification des naissances, changement de pansements, injection, etc.)
 - o Services de soutien diagnostique
 - o Services de nutrition
 - o Services de physiothérapie
 - o Services psychosociaux pour les jeunes et les adultes
 - o Services à domicile à court terme
 - o Services d'intervention en cas d'urgence et de sinistre
 - o Services d'action communautaire
 - o Services de suivi maternel

Le tableau qui suit présente les principales statistiques de production de services pour les Centres miyupimaatisiin communautaires (CMC) et les Centres de jour multiservices (CJMS) pour l'année 2011-2012.

Tableau 8 : Principales statistiques de production de services pour les Centres miyupimaatisiun communautaires et les Centre de jour multiservices pour l'année 2011-2012

Communauté	Chisasibi	Mistissini	Waskaganish	Waswanipi	Wemindji	Whapmagostui	Oujé-Bougounou	Nemaska	Eastmain	TOTAL
Population (2011)	4091	3441	2097	1685	1374	871	786	717	683	15745
Clients vus par un médecin ou spécialiste										
Médecin	0	5414	1981	640	1397	32	624	899	578	11565
Pédiatre	0	298	87	53	119	78	58	66	90	849
Psychiatre	122	53	0	0	40	29	22	27	0	293
Ophthalmologiste	0	325	451	0	58	26	91	0	54	1005
ORL	0	0	69	0	0	0	0	0	65	134
Optométriste	0	0	0	0	143	0	112	0	0	255
Autres spécialistes	0	40	0	0	87	305	0	34	0	466
Visites aux services courants (6307)										
Pour infirmière aux services sans rendez-vous	0	21059	14348	8630	11173	10152	3939	7061	8567	84929
Pour renouvellement de prescription	0	0	1193	4861	3307	3611	2092	0	0	15064
Pour test de laboratoire	0	3563	581	1638	1884	1880	748	0	0	10294
Total des actes des infirmières	0	24622	16122	15129	16364	15643	6779	7061	8567	110287
Transport de clients										
Medivacs d'urgence (7401)	0	274	84	114	53	0	98	45	40	708
Transport (Électif) (7404)	0	3188	1407	2221	695	0	688	614	536	9349
Visites in Awash Program (6307)										
Infirmière (incluant vaccination)	8182	1576	529	2922	1221	2124	283	338	440	17615
CHR (visite-intervention individuelle)	1513	473	497	176	881	76	123	408	0	4147
CHR (Interventions de groupes)	168	0	0	0	263	19	0	0	0	450
Travailleur communautaire (visite-intervention)	0	82	764	111	65	10	0	114	145	1291
Travailleur social (Visite-intervention individuelle)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Visites au programme Uschinichisuu (6307)										
Infirmière (incluant vaccination)	400	453	0	0	155	2659	250	0	0	3917
Infirmière service curatif	267	526	0	0	42	0	0	0	0	835
Infirmière scolaire	0	526	0	0	0	0	0	0	0	526
Total actes soins infirmiers	667	1505	0	0	197	2659	250	0	0	5278
CHR (visite-intervention individuelle)	0	657	0	0	111	15	64	0	0	847
CHR (Interventions de groupes)	0	119	0	0	1301	5	0	0	0	1425
Travailleur communautaire (visite-intervention)	335	778	396	132	105	53	0	0	0	1799
Travailleur social (Visite-intervention individuelle)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Travailleur social scolaire (Visite-intervention individuelle)	0	0	0	123	0	0	0	0	0	123
Visites au programme Chishaayiyuu (6307)										
Infirmière (incluant vaccination et santé des fémurs)	221	2293	0	923	1118	737	564	338	382	6576
Infirmière en soins de pieds	316	573	76	112	54	0	34	0	77	1242
Total actes soins infirmiers	537	2866	76	1035	1172	737	598	338	459	7818
CHR (visite-intervention individuelle)	0	1514	1297	844	282	340	214	7	459	4957
CHR (Interventions de groupes)	0	22	0	0	30	0	0	0	35	87
Travailleur communautaire (visite-intervention)	303	1235	1099	93	55	0	236	10	144	3175
Travailleur social (Visite-intervention individuelle)	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Services multidisciplinaires										
Physiothérapeutes (Heures de service)	1168	679	114	0	902	150	220	N/A	169	3402
Ergothérapeute (Heures de service)	1686	728	455	0	0	50	0	0	0	2919
Psycho-éducateur (Heures de service)	900	0	N/A	0	201	0	0	0	0	1101
Nutritionniste (Heures de service)	6	406	0	243	169	0	547	N/A	0	1371
Orthophoniste (Heures de service)	N/A	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Psychologue (Total de consultations)	486	236	545	161	224	0	0	194	0	1846
Centre de jour multiservices (CJMS)										
Nombre de participants	26	18	21	56	35	24	11	17	13	221
Repas	1203	1021	1437	2223	66	192	768	0	2158	9068
Notes:										
1. Les nombres entre parenthèses réfèrent aux unités de mesures des centres d'activités du "Manuel de gestion financière" du MSSS										
2. N/A indique que les services ont été rendus mais que les données n'ont pas été transmises										
3. "0" indique ou bien que le poste n'est pas comblé ou encore que le service n'a pas été produit.										
4. À Chisasibi, les services courants sont offerts par l'Hôpital.										
5. Chisasibi et Mistissini sont les seules communautés qui disposent d'une pharmacie.										
6. Nemaska et Eastmain: Aucune données concernant le renouvellement des prescriptions, analyses de laboratoire et la vaccination										
7. Whapmagostui: Aucune données disponible sur les évacuations médicales et le transport électif.										

En plus des services mentionnés ci-dessus, les CMC offrent les services suivants:

- Services de santé dentaire. Les services suivants sont offerts :
 - Services de prévention
 - Services diagnostiques
 - Services de restauration
 - Services spécialisés
- Les services aux jeunes en difficultés. Les services suivants sont offerts :
 - Services psychosociaux de première ligne
 - Évaluation des signalements (protection)
 - Références vers les services spécialisés de réadaptation

Tableau 9 : Budget 2012-2013 des Centres miyupimaatisiun communautaires (incluant CJMS)

Eastmain	3 714 297 \$
Oujé Bougoumou	3 265 185 \$
Nemaska	3 929 489 \$
Mistissini	8 935 961 \$
Chisasibi	6 782 614 \$
Waskaganish	5 671 546 \$
Waswanipi	5 561 916 \$
Wemindji	5 311 795 \$
Whapmagoostui	4 301 156 \$
Total	47 473 959 \$

3.4 Les effectifs médicaux

3.4.1 Nombre de postes autorisés

Le Conseil cri détermine le nombre de positions requises en tenant compte de plusieurs facteurs tels que : la pratique médicale dans les régions isolées qui diffère considérablement de la pratique dans une zone urbaine ; l'absence des spécialistes établis dans la région qui exige les médecins généralistes de consulter des spécialistes à distance ; et des fonctions consultatives nécessaires pour les infirmières et autres professionnels de santé qui travaillent dans les communautés sans la présence d'un médecin.

La rémunération des médecins selon les accords conclus entre les associations professionnelles et la RAMQ/MSSSQ ne fournit pas toujours une rémunération suffisante pour régler les besoins médicaux identifiés. Par exemple, le nombre de *per diem* approuvé par le Ministère de la Santé et des Services sociaux le 1^{er} janvier, 2013 était 7 451, alors que pour répondre aux besoins supplémentaires et fournir des services de santé adéquats aux communautés, une banque de 10 985 est nécessaire. Cette différence négative de 3 534 *per diem* doit être examinée par le MSSS et le Conseil cri.

La section 3 de l'Accord-cadre de financement de 2004-2009 entre le MSSS et le Conseil cri, précise que le financement alloué pour les médecins pendant la durée de l'accord ne doit pas être inférieur à l'équivalent de 24 postes temps plein.

3.4.2 Nombre de postes utilisés

Portrait du département de médecine :

- 14 médecins permanents à temps plein dont 1 nouveau
- 10 médecins permanents à temps partiel dont 5 nouveaux
- 81 médecins dépanneurs dont environ 12 nouveaux et 18 dépanneurs qui ont fait plus de 8 semaines pour un total de 220 semaines
- Étudiants en médecine (2/mois Chisasibi, 2/mois Mistissini)

Le Conseil cri doit nécessairement compter sur la présence de médecins dépanneurs pour compléter l'offre de service dans plusieurs communautés. De fait, Eastmain, Oujé-Bougoumou et Waskaganish n'ont pas de médecin à temps complet ou à temps partiel. De plus, dans les communautés dotées de médecins réguliers, leur nombre est actuellement insuffisant pour répondre aux besoins croissants de la population de ces communautés. Cette situation présente des risques de rupture de services dans plusieurs communautés.

S'il advenait que des projets liés au développement nordique soient développés dans la RSS 18 et que le Conseil cri soit amené à offrir des services additionnels en conséquence de l'implantation de ces projets, les effectifs médicaux représenteront un enjeu majeur pour la capacité du Conseil cri à répondre à la demande accrue.

3.5 Les Services de santé publique du Conseil cri

Le développement nordique a eu et continuera d'avoir un impact sur la Direction de santé publique du CCSSBJ. Par exemple, le Certificat d'autorisation¹⁴ (2006) pour le détournement de la rivière Rupert lié au projet hydroélectrique de l'Eastmain-1-A–Sarcelle–Rupert, a nécessité la collaboration dans plusieurs domaines entre le promoteur du projet, Hydro-Québec, et le Conseil cri. Deux de ces mandats concernent la santé publique et ont nécessité que le département travaille avec Hydro-Québec pour surveiller l'impact du projet sur les déterminants de la santé, et pour informer la population sur les impacts sanitaires du mercure et de l'évolution des taux de mercure dans les poissons des cours d'eau touchés par le projet. Ces deux domaines d'activité sont en cours, ce qui nécessite le temps et les ressources de l'équipe de santé publique.

De plus, le département de santé publique reçoit régulièrement des demandes du Ministère de la santé de donner un avis sur la section des études environnementales et sociales, réalisées par des entreprises qui prévoient des projets de développement, consacrée aux impacts sanitaires et sociaux. Par exemple, des demandes ont été reçues concernant la mine d'or Eleanor, le projet d'exploration avancé Strateco (uranium), la mine de diamants Renard et la mine Blackrock. Ces études peuvent compter plusieurs milliers de pages et les délais exigés par le Ministère sont courts. Tous ces projets ont lieu sur des territoires de chasse crie, mais sur des terres de catégorie III, ce qui soulève encore des questions de juridiction. Les procédures du Ministère concernant les projets dans le nord du Québec sont différentes de celles dans le sud du Québec : on offre moins de soutien aux directions de la santé publique liées aux projets du nord et les délais sont plus

¹⁴ L'autorisation du Ministère du Développement durable, Environnement, Faune et Parcs (MDDEFP) permettant à Hydro-Québec d'aller de l'avant avec le détournement de la rivière et la construction de nouvelles centrales hydroélectriques.

courts. Pour bien prendre en considération les impacts sanitaires et sociaux des projets de développement, la Direction de santé publique doit connaître et d'étudier ces projets au début de leur développement, ce qui nécessite l'obtention des ressources nécessaires.

Chapitre 4 – Principaux enjeux pour le Conseil cri dans la perspective de l'effervescence économique sur l'utilisation des services de santé et de sociaux

4.1 Le niveau de services à consolider et à développer

Lorsque le CCSSSBJ a réglé ses revendications en suspens avec le MSSS en 2004, des négociations ont eu lieu dans le contexte d'une reconnaissance mutuelle de toutes les parties que le CCSSSBJ avait été gravement sous-financé depuis sa création en 1978. Cependant, ce qui n'a pas été explicitement reconnu à l'époque est que durant cette période de plus de 20 ans, le CCSSSBJ a été aussi touché par des impacts majeurs du développement.

Le Conseil cri est encore dans une phase de rattrapage et de consolidation de ses services de santé et services sociaux, et ce afin de répondre aux besoins d'une population croissante qui présente des problèmes sanitaires et sociaux importants. Malgré les investissements importants réalisés au cours des sept (7) dernières années, le développement des services de bases dans chaque communauté est en cours mais n'a pas été complété. Depuis 2004, des investissements ont été faits pour améliorer et augmenter les services de première ligne au niveau local. Une deuxième convention (Convention) entre le Gouvernement du Québec, le Grand Conseil des Cris (Eeyou Istchee), l'Administration régionale crie et le Conseil cri signée en août 2012, permettra, au cours des cinq (5) prochaines années, d'améliorer, d'augmenter et de développer les services régionaux. Il est aussi important de rattraper les autres régions dans le domaine des technologies de l'information sur la santé, car la situation actuelle a un beaucoup d'impact sur les résultats des rapports sur l'envergure des services.

Il est donc clair que si la demande additionnelle pour les services de santé et les services sociaux augmente en fonction de l'effervescence économique du développement nordique au cours des 5 à 10 prochaines années, le Conseil cri devra mettre en place les nouvelles ressources prévues par la Convention afin de satisfaire les besoins de santé et de services sociaux de sa population résidente et de développer des services additionnels où établir des corridors de transfert avec les autres régions. Il faudra d'abord et avant tout élever le niveau des services afin de répondre aux besoins de la population actuelle et à venir, puis réajuster à la hausse l'offre de services pour répondre aux besoins additionnels consécutifs aux projets du développement nordique.

L'enjeu des ressources humaines reste central pour la capacité du Conseil cri d'assurer le rattrapage et la consolidation des ses services. Cette capacité est tributaire de la disponibilité des professionnels de santé et de services sociaux. Or, la pénurie de professionnels de la santé affecte le rythme auquel le Conseil cri peut réaliser son développement. Malgré une amélioration observée au cours des dernières années, les postes d'infirmières demeurent difficiles à combler complètement. On peut en juger, entre autre, par le recours à la main-œuvre indépendante. Les professionnels de la santé, autres que les médecins et les infirmières sont difficiles à attirer et à retenir car dans leurs cas des primes d'attraction et de rétention ne sont pas offertes.

La couverture des services médicaux demeure un problème important ainsi que la dépendance de la RSS 18 à l'égard des autres régions du Québec pour les services de santé et les services sociaux.

Une des solutions serait de compter sur un plus grand nombre de professionnels cris dans toutes les catégories d'emploi disponibles. Les autorités cris, par le biais de diverses mesures incitatives, visent à intéresser les jeunes cris aux professions et aux postes dans tous les domaines d'activités des communautés. Quatorze infirmières cries ont obtenu leur DEC en 2012, ce qui représente un grand pas. Cependant, une solution au problème de la pénurie de main-d'œuvre professionnelle ne semble pas possible à court terme.

4.2 Le programme de construction ou d'agrandissement des infrastructures de santé et de services sociaux et de logement pour le personnel y ayant droit

Le programme d'amélioration des installations de santé et de services sociaux constitue un troisième enjeu important pour améliorer les services à la population et faire face à l'augmentation de la demande liée au développement nordique. Cinq (5) CMC ont été construits pour remplacer des installations désuètes au cours des 5 dernières années. Le programme d'amélioration des installations se poursuivra au cours des 7 prochaines années. Il est également prévu de construire un nouveau Centre hospitalier régional à Chisasibi afin de remplacer l'existant. En plus des installations institutionnelles, il est nécessaire de synchroniser la construction d'unités résidentielles pour le personnel y ayant droit. Ces mesures sont nécessaires afin d'assurer le rattrapage et la consolidation des services à la population. De la même façon, l'amélioration des installations permettrait de faire face plus adéquatement à une augmentation de la demande pour les services de santé liée au développement nordique.

4.3 L'itinérance: Un problème grandissant

Il a été signalé par les régions de l'Abitibi-Témiscamingue et de Montréal qu'un nombre croissant de personnes en provenance de la région crie déménagent et s'installent dans ces deux régions et que, suite à des problèmes de santé mentale, de toxicomanie ou d'autres situations problématiques deviennent itinérantes dans ces régions. Cette situation devrait être documentée et examinée de près. En effet, si le phénomène existe déjà, pourrait-il s'aggraver suite aux impacts du développement nordique sur les communautés cries ? Une réflexion devrait être amorcée sur cette question pour réunir les principales régions touchées par ce phénomène.

4.4 La juridiction du Conseil cri sur les terres de catégories II et III

La question de la juridiction du Conseil cri sur les terres de catégorie II et III constitue un quatrième enjeu dans le contexte du développement nordique. Actuellement, le Conseil cri a juridiction uniquement dans les terres de catégorie IA. Quelle organisation aura la responsabilité de développer et de fournir les services de santé et de services sociaux sur les terres de catégorie II et III, là où vraisemblablement les projets du développement nordique seront réalisés ? Des discussions additionnelles entre le Conseil cri et le MSSS doivent avoir lieu au cours des prochains mois afin de répondre à cette question.

4.5 Les impacts futurs des projets de développement sur la santé et ses déterminants

- La perte du territoire de chasse et son impact sur la population de gibier se traduira par une diminution de la disponibilité de la nourriture traditionnelle, très nutritive, ainsi que par le stress et les problèmes psychosociaux.
- Les polluants industriels, provenant soit du site industriel, soit du transport routier de grandes quantités de carburant diesel, pour alimenter des centrales thermoélectriques, ainsi que d'autres produits chimiques, pourrait contaminer les cours d'eau et la chaîne alimentaire. Est-ce que le Ministère de l'environnement (MDDEP) est en mesure d'assurer que les développeurs effectuent une surveillance adéquate ?
- L'augmentation de la circulation routière à proximité des communautés cries exige la mise en place de réponses adéquates de la police et des services d'urgence, en cas de blessures, ainsi que l'amélioration des installations dans les communautés.
- L'augmentation de la disponibilité de drogues et de l'alcool nécessitera un renforcement des services à la fois traditionnels et conventionnels visant ces problèmes.
- En plus de l'incidence déjà élevée de la chlamydia et de la gonorrhée, il est probable que certaines maladies transmissibles sexuellement plus graves, tels que celles déjà vues dans la région d'Abitibi-Témiscamingue, se propageront dans les communautés cries.

Références

Anctil M, Chevalier S. 2008. Canadian Community Health Survey, Cycle 2.1 Iiyiyiu Aschii, 2003 – Lifestyles related to alcohol consumption, drugs and gambling. Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et l'Institut national de santé publique du Québec.

Cree Board of Health & Social Services of James Bay. *Chiyaameihtamuun* – the quality of how we live together - and how it becomes disrupted in Eeyou Istchee: a graphical report of needs and services. Chisasibi. 2013b. Available at: www.creehealth.org

Cree Board of Health and Social Services of James Bay. Diabetes Update, 2011. Chisasibi. 2012. Available at: www.creehealth.org

Gangbè, Marcellin. Mortality report of the Cree Region, 2000-2009. Cree Board of Health and Social Services of James Bay. 2013a. Available at: www.creehealth.org

Gill KJ, Derevensky J, Torrie J. The social and psychological impact of gambling in the Cree communities of Quebec. Forthcoming.

Gill KJ, Torrie J. Reports from the Chiyämay'timuwini ä nändu'chischäy'täkinüch. The "in search of peace of mind" project: Gambling, addiction and mental health in Eeyou Istchee. Accessible at: www.creehealth.org (search: 'gambling')

Hydro-Québec et SEBJ. Juillet 2012. Centrales de l'Eastmain-1-A et de la Sarcelle et dérivation Rupert – Suivi 2010 des déterminants de santé des Cris. *Rapport présenté par GENIVAR à Hydro-Québec et à la SEBJ. Pagination multiple et annexes* Ministère de l'éducation, du loisir et du sport. Bilan 4 du système Charlemagne, <http://www.mels.gouv.qc.ca/sections/publications/publications/TauxDecrochageFGJ2009-2010.pdf> (consulté le 29 décembre 2012)

Ministère de la santé et des services sociaux en collaboration avec l'Institut national de santé publique du Québec et l'Institut de la statistique du Québec (2011). Pour guider l'action – Portrait de santé du Québec et de ses régions : les statistiques, gouvernement du Québec, 351 pages.

Moar F. Nine Cree communities of Eeyou Istchee: statistical profile from the 2008 Cree labour market survey. Cree Human Resource Development, Cree Regional Authority. 2009. Accessible at: <http://www.chrd.ca/>

Simard et coll. 2012. Estimation des besoins de main-d'oeuvre du secteur minier au Québec, 2012-2021. Ministère de l'Emploi et de la Solidarité sociale, Québec.

Annexe 1

RÉGION DU NORD-DU-QUÉBEC

Tableau 9 : Les dix professions les plus en demande, Nord-du-Québec, 2012-2021

Emplois	Total
Opérateur ou opératrice d'équipement lourd spécialisé (pelles et camions) (CNP 7421)	844
Journalier ou journalière (mines) (CNP 8411)	562
Opérateur ou opératrice de machines dans le traitement du minerai (CNP 9411)	545
Mineur-dynamiteur ou mineuse-dynamiteuse (sous terre) (CNP 8231)	537
Mécanicien ou mécanicienne d'équipement lourd (CNP 7312)	461
Technicien minier ou technicienne minière (CNP 2212)	403
Foreur ou foreuse au diamant (surface) (CNP 8231)	391
Mécanicien industriel ou mécanicienne industrielle (CNP 7311)	381
Opérateur ou opératrice de foreuses mécanisées (jumbo) (CNP 8231)	359
Manœuvre de mines (CNP 8614)	300

Tableau 9.1 : Les professions les plus en demande selon le niveau de scolarité habituellement exigé, Nord-du-Québec, 2012-2021

Formation universitaire	Total
Géologue (CNP 2113)	278
Ingénieur minier ou ingénieure minière (CNP 2143)	78
Ingénieur ou ingénieure géologue (CNP 2144)	71
Ingénieur ou ingénieure en mécanique industrielle (CNP 2132)	66
Surintendant ou surintendante, et capitaine (mine) (CNP 0811)	60
Formation technique	Total
Technicien minier ou technicienne minière (CNP 2212)	403
Technicien ou technicienne de laboratoire (CNP 2212)	200
Secrétaire (CNP 1241)	138
Technicien ou technicienne (environnement et ventilation) (CNP 2231 ou CNP 2232)	112
Dessinateur ou dessinatrice AutoCAD (CNP 2212 ou CNP 2255)	102
Formation professionnelle	Total
Opérateur ou opératrice d'équipement lourd spécialisé (pelles et camions) (CNP 7421)	844
Opérateur ou opératrice de machines dans le traitement du minerai (CNP 9411)	545
Mineur-dynamiteur ou mineuse-dynamiteuse (sous terre) (CNP 8231)	537
Mécanicien ou mécanicienne d'équipement lourd (CNP 7312)	461
Foreur ou foreuse au diamant (surface) (CNP 8231)	391
Exigence non spécifiée	Total
Journalier ou journalière (mines) (CNP 8411)	562
Manœuvre de mines (CNP 8614)	299
Manœuvre (CNP 7612)	189
Préposé ou préposée à la préparation d'échantillons (CNP 9611)	183
Journalier ou journalière (moulin) (CNP 9611)	51

Source: Simard et coll. 2012.