

Les populations autochtones du Québec

Rédaction par Marie-Noëlle Caron, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) et Lina Noël, Institut national de santé publique du Québec

Révision par Robert Carlin, Faye Le Gresley, France Morin, Jean-François Proulx, Hamado Zoungrana, Marjolaine Sioui, Sophie Picard et Louise Tanguay

Mars 2013

QUI SONT LES POPULATIONS AUTOCHTONES?

Le terme « **Autochtones** » désigne les premiers peuples d'Amérique du Nord et leurs descendants. La Constitution canadienne reconnaît trois groupes de peuples autochtones au pays : les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Ces trois groupes distincts ont leur propre histoire ainsi que leurs propres langues, pratiques culturelles et croyances¹.

Au Québec, les Autochtones représentent environ 1 % de la population. En 2011, la population autochtone comptait plus de 93 000 individus dans la province². Ces derniers habitent principalement dans 14 villages inuits et 41 communautés des Premières Nations (figure 1), lesquelles sont regroupées en 10 nations : les Abénaquis, les Algonquins, les Atikamekw, les Cris, les Hurons-Wendat, les Innus, les Malécites, les Mi'gmaq, les Mohawks et les Naskapis (CSSSPNQL, 2013). Le statut de Métis n'est pas reconnu au Québec (SAA, 2011).

Les communautés autochtones sont en pleine expansion démographique et croissent à un rythme presque deux fois plus rapide que la population générale (AINC-SCHL, 2007). Au Québec, plus de la moitié des Autochtones ont moins de 30 ans (SAA, 2011). La population autochtone est plus jeune que la population québécoise dans son ensemble et elle compte une forte proportion de jeunes concernés par la prévention des ITSS.

Pour des raisons pratiques, nous utiliserons tout au long du texte qui suit les termes Cris, Inuits et Premières Nations (excluant les Cris) afin de désigner les différents groupes autochtones au Québec. Cette subdivision reflète à la fois les particularités culturelles des communautés et les enjeux de juridiction quant à l'offre de services de santé offerte aux populations autochtones.

OÙ VIVENT LES POPULATIONS AUTOCHTONES?

Les populations autochtones sont présentes sur l'ensemble du territoire de la province (figure 1). La plus forte concentration d'Autochtones se trouve dans le Nord-Ouest, soit dans les régions du Nunavik (Inuits, région sociosanitaire 17) et d'Eeyou Istchee (Cris, région sociosanitaire 18), où ces derniers composent 90 % de la population locale (Disant, 2008). Les quatorze villages inuits sont situés le long de la baie d'Ungava, ainsi que du détroit et de la baie d'Hudson. Les communautés des autres Premières Nations sont dispersées sur l'ensemble du territoire québécois.

Au Québec, 75 % des 93 000 Autochtones résident dans des communautés des Premières Nations ou dans des villages inuits alors que 25 % vivent au dehors. La proportion des Autochtones vivant hors communauté varie d'une nation à l'autre. La grande majorité des 10 883 Inuits vivent dans les villages nordiques côtiers. Plus de 90 % des Cris vivent dans les communautés alors que chez les autres Premières Nations, ce sont environ les deux tiers de la population qui résident dans leur communauté.

¹ <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/>

² <http://www.saa.gouv.qc.ca/nations/population.htm>

Figure 1 : Les nations autochtones du Québec




 Affaires autochtones et
Développement du Nord Canada

 Aboriginal Affairs and
Northern Development Canada

Canada

Source : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/Mobile/Nations/carte960fra/carte-fra.html>

QUEL EST L'ÉTAT DE SANTÉ DES POPULATIONS AUTOCHTONES AU REGARD DES ITSS?³

Depuis l'année 2002, les infections génitales à chlamydia et les infections gonococciques sont globalement en augmentation dans tout le Québec. Chez les Cris (figure 2) et chez les Inuits (figure 3), les taux d'infection génitale à chlamydia sont très élevés. De plus, les taux d'infection gonococcique sont en augmentation tant au Nunavik que dans la région d'Eeyou Istchee.

En 2011, les taux d'incidence de la chlamydia étaient de 1 746 par 100 000 habitants pour la région d'Eeyou Istchee et de 2 083 par 100 000 pour le Nunavik. Pour leur part, les taux d'infection gonococcique étaient respectivement de 270 et de 1 728 par 100 000 de population. Retenons que pour la même année, les taux d'infection génitale à chlamydia et d'infection gonococcique étaient respectivement de 241 et de 24 par 100 000 pour l'ensemble du Québec.

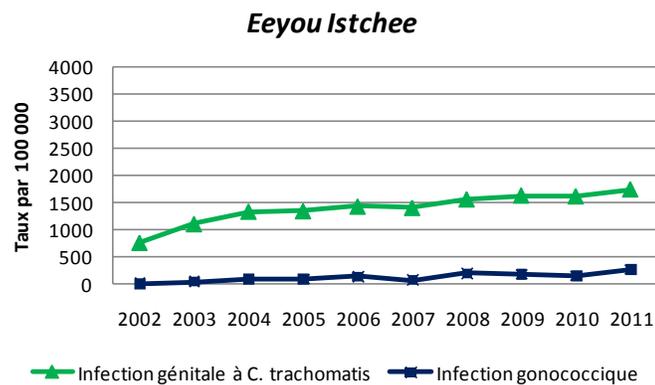


Figure 2 : Taux d'incidence des infections génitales à *chlamydia trachomatis* et des infections gonococciques dans la région d'Eeyou Istchee

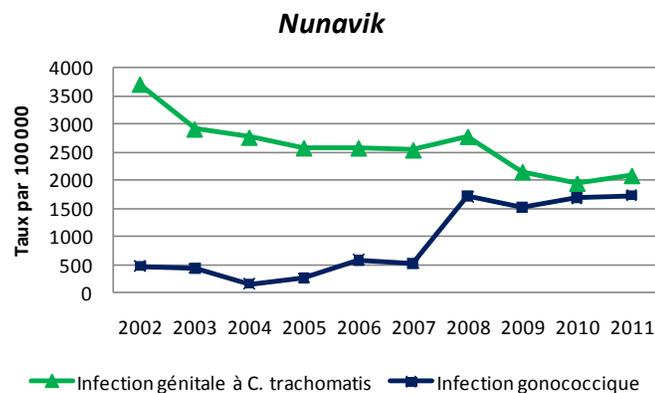


Figure 3 : Taux d'incidence des infections génitales à *chlamydia trachomatis* et des infections gonococciques au Nunavik

³ Sauf lorsque mentionné, les données épidémiologiques sur les ITSS proviennent du registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du Laboratoire de santé publique du Québec.

Enjeux de surveillance auprès des populations autochtones

Les données épidémiologiques extraites des bases provinciales de données comme le registre des maladies à déclaration obligatoire (MADO) du Laboratoire de santé publique du Québec (LSPQ) fournissent des informations par territoire de résidence des individus. Il n'existe malheureusement pas d'identifiant permettant de connaître l'appartenance ethnique des patients pour lesquels une déclaration au système MADO est faite.

Le regroupement des communautés inuites et cries à l'intérieur de régions sociosanitaires distinctes (respectivement le Nunavik et la région d'Eeyou Istchee) ainsi que la forte proportion d'Autochtones vivant sur ces territoires permettent une appréciation de l'évolution de leur état de santé au regard des ITSS. Il demeure toutefois impossible de faire la distinction entre les Autochtones et les non-Autochtones dans les déclarations au système MADO. Les données doivent donc toujours être interprétées avec prudence.

Pour les autres communautés des Premières Nations (excluant les Cris), l'utilisation des données du fichier des MADO comporte d'autres enjeux. En effet, ces communautés ne représentent qu'une petite proportion de la population des différentes régions où elles vivent. Il serait donc pertinent de développer une méthode permettant d'isoler les déclarations de MADO des Premières Nations afin de pouvoir en faire une surveillance plus réaliste et plus efficace.

La surveillance des ITSS chez les Autochtones vivant à l'extérieur des communautés est actuellement quasi impossible autrement qu'à l'aide d'enquêtes ponctuelles.

Comme mentionné dans l'encadré ci-dessus, les données du système MADO ne permettent actuellement pas d'en extraire des informations précises concernant les Premières Nations du Québec (excluant les Cris). Il est donc impossible d'évaluer la fréquence des différentes ITSS dans cette population. Les observations suivantes peuvent toutefois être faites par rapport aux Inuits et aux Cris qui habitent les régions sociosanitaires 17 et 18 et dont la déclaration des MADO est transmise au Laboratoire de santé publique du Québec.

Les infections génitales à *chlamydia trachomatis*

Dans la région d'Eeyou Istchee :

- 86 % des infections génitales à chlamydia sont observées chez les adolescents et les jeunes adultes (Carlin et collab., 2007);
- En 2011, les femmes de 15 à 19 ans (12 797 par 100 000) et celles de 20 à 24 ans (9 298 par 100 000) présentaient les taux les plus élevés d'infection génitale à chlamydia parmi les femmes de la région;
- En 2011, les hommes de 15 à 19 ans (2 585 par 100 000) et ceux de 20 à 24 ans (3 828 par 100 000) présentaient aussi des taux élevés;
- Les taux de réinfection pour l'infection génitale à chlamydia sont de l'ordre de 40 % (Gray, 2012).

Au Nunavik :

- En 2011, le taux d'incidence de la chlamydia était de 2 083 par 100 000 de population;
- En 2011, le taux d'incidence de la chlamydia chez les jeunes de 15 à 29 ans était de 5 393 par 100 000 de population, soit 7 320 par 100 000 chez les femmes et 3 533 par 100 000 chez les hommes;
- Chez les adultes âgés entre 20 et 24 ans, le taux d'incidence de la chlamydia est de 9 551 par 100 000 chez les femmes et de 5 076 par 100 000 chez les hommes.

Les infections gonococciques

Dans la région d'Eeyou Istchee :

- Avant 2004, les communautés d'Eeyou Istchee étaient peu touchées par les infections gonococciques. Entre 2004 et 2011, le nombre annuel de cas déclarés est passé de 13 à 43;
- En 2011, le taux d'incidence des infections gonococciques chez les 20 à 24 ans était de 2 447 par 100 000 chez les femmes et de 766 par 100 000 chez les hommes;
- Malgré le nombre relativement peu élevé de cas observés dans la région d'Eeyou Istchee, les taux d'incidence sont supérieurs à la moyenne provinciale et l'infection touche plus sévèrement les femmes en âge de procréer.

Au Nunavik :

- Le nombre de cas d'infection gonococcique est en augmentation depuis 2007;
- En 2011, le taux d'incidence global était de 1 729 par 100 000;
- Chez les jeunes de 15 à 29 ans, le taux d'incidence est de 3 900 par 100 000, avec un taux de 5 149 par 100 000 chez les femmes et de 2 695 par 100 000 chez les hommes;
- Le taux d'incidence chez les jeunes de 20 à 24 ans est de 7 116 par 100 000 chez les femmes et de 4 738 par 100 000 chez les hommes;
- Le taux global d'infection gonococcique chez les hommes du Nunavik est passé de 175 par 100 000 en 2000 à 1 413 par 100 000 en 2011.

Les autres ITSS chez les Autochtones

VIH

- À Eeyou Istchee, le nombre de cas déclarés de VIH demeure très faible avec 4 cas déclarés sur une période de 11 ans (Gray, 2012);
- Au Nunavik, la situation s'avère semblable avec un faible nombre de cas déclarés.

VHC

- À Eeyou Istchee, 27 cas d'hépatite C ont été déclarés entre 2002 et 2011;
- Au Nunavik, 14 cas d'hépatite C ont été déclarés entre 2002 et 2011.

VHB

- À Eeyou Istchee, un seul cas d'hépatite B aigüe a été déclaré entre 2002 et 2011;
- Au Nunavik, un seul cas d'hépatite B aigüe a été déclaré entre 2002 et 2011.

Syphilis infectieuse

- À Eeyou Istchee, un seul cas de syphilis infectieuse a été déclaré entre 2002 et 2011;
- Au Nunavik, deux cas de syphilis infectieuse ont été déclarés entre 2002 et 2011.

QUELS SONT LES FACTEURS DE RISQUE DES PERSONNES AUTOCHTONES?

Au Québec, les Cris, les Inuits et les Premières Nations sont en pleine expansion démographique et les communautés se préoccupent de plus en plus de la santé sexuelle des adolescents et des jeunes adultes sexuellement actifs.

Les enquêtes menées auprès des communautés sont plutôt rares, mais elles fournissent des données précieuses pour établir les bases d'interventions ciblées et culturellement adaptées à la situation des Autochtones. Voici quelques-uns des facteurs de risque identifiés chez les Autochtones.

Âge lors de la première relation sexuelle

Les données issues de l'enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – l'ESCC (Auger et collab., 2008) – indiquent qu'en 2003, 65 % des jeunes Cris de 15 à 19 ans avaient déjà eu des relations sexuelles. De plus, 34 % des jeunes de 15 à 19 ans indiquaient avoir eu leur première relation sexuelle avant l'âge de 15 ans.

Une étude menée en 2008 chez les Premières Nations du Québec révèle que l'âge moyen des hommes au moment de la première relation sexuelle est légèrement inférieur à celui des femmes; soit 15,3 ans contre 15,7 ans (CSSSPNQL, 2011). Cette même étude indique que près de 49 % des adolescents âgés entre 12 et 20 ans ont déjà eu des relations sexuelles et que l'âge moyen lors de leur première relation sexuelle est de 13,4 ans chez les garçons et de 13,6 ans chez les filles. La proportion de jeunes sexuellement actifs dans l'année précédant l'enquête augmente selon l'âge des répondants :

- 11,3 % chez les 12-14 ans;
- 51,7 % chez les 15-17 ans;
- 75,7 % chez les 18-20 ans.

Nombre de partenaires

L'ESCC réalisée en 2003 (Auger et collab., 2008) a mis en évidence le fait suivant : chez les Cris, 84 % des personnes de 15 à 49 ans actives sexuellement rapportaient un seul partenaire sexuel au cours de l'année précédant l'enquête. Les jeunes de 15 à 19 ans sexuellement actifs rapportent avoir eu deux partenaires et plus dans une proportion de 37,3 %, alors que chez les 20 à 29 ans cette proportion baisse à 23,4 %.

L'enquête sur la santé réalisée auprès des Inuits (Dodin et collab., 2007) montre que 46,4 % des répondants âgés de 15 ans et plus ont déclaré avoir eu un seul partenaire sexuel dans l'année précédant l'enquête, alors que 21,9 % en ont déclaré deux ou plus. Une plus grande proportion d'hommes que de femmes indiquent avoir eu deux partenaires ou plus (25,2 % vs 18,5 %).

Chez les adultes des Premières Nations du Québec, on dénote la même tendance avec 30,3 % des hommes et 15,9 % des femmes ayant eu au moins deux partenaires dans la dernière année (CSSSPNQL, 2011). Parmi les adultes, la proportion d'individus ayant eu deux partenaires ou plus semble diminuer avec l'âge. Chez les jeunes de 12 à 20 ans des Premières Nations, 41,6 % affirment avoir eu deux partenaires ou plus dans la dernière année.

Utilisation du condom

L'enquête de santé menée auprès des Cris en 2003 (Auger et collab., 2008) est peu concluante en ce qui a trait à l'utilisation du condom puisque le taux de réponse à cette question n'a été que de 30 %.

Chez les Inuits (Dodin et collab., 2007), 34,4 % des répondants de 15 ans et plus auraient utilisé le condom lors de leur dernière relation sexuelle. Cette pratique est plus fréquente chez les jeunes de 15 à 29 ans que chez les 30 ans et plus (48,7 % vs 21,1 %).

Parmi les jeunes de 12 à 20 ans sexuellement actifs des Premières Nations, 73,4 % des garçons et 60 % des filles ont indiqué avoir utilisé le condom « la plupart du temps » ou « toujours » dans l'année précédant l'enquête. Cette proportion semble ensuite diminuer avec l'âge (CSSSPNQL, 2011).

Consommation d'alcool et de drogues

Une enquête sur l'hépatite C réalisée dans les communautés cries indique une prépondérance des infections au virus de l'hépatite C (VHC) chez les jeunes de moins de 30 ans avec comme principal facteur de risque des antécédents d'injection ou d'inhalation de drogues (Ohata et collab., 2006).

Selon les données sur l'usage de drogues tirées de l'ESCC 2003 dans les communautés cries, 9 % des répondants de 12 ans et plus rapportent avoir consommé de la cocaïne au cours de l'année précédant l'entrevue (Anctil et al., 2008b). Cette même enquête révèle que parmi les répondants ayant consommé de l'alcool, 73 % ont eu une consommation excessive d'alcool au moins une fois dans l'année, dont 39 % de « une à trois fois par mois ».

Les données de l'enquête *Quanuippitaa?* réalisée auprès des résidents inuits de 15 ans et plus des villages du Nunavik (Anctil et collab., 2008a) montrent que la proportion de buveurs occasionnels ou réguliers (77 %) est inférieure à celle de l'ensemble du Québec (85 %). Par ailleurs, les données indiquent que 24 % des buveurs rapportent une consommation excessive d'alcool (cinq consommations ou plus en une même occasion), au moins une fois par semaine, comparativement à 7,5 % pour le Québec.

Toujours suivant les données de l'enquête *Quanuippitaa?*, la consommation de drogues apparaît comme un phénomène important. En effet, 60 % des répondants rapportent avoir consommé des drogues au cours de la dernière année. La consommation de cannabis (60 %) et celle de cocaïne (7,5 %) sont les plus souvent rapportées, tandis que l'injection de drogues au cours des 12 mois précédant l'entrevue est rapportée par 2 % des répondants (Anctil et collab., 2008a).

Une enquête menée auprès des Premières Nations du Québec (CSSSPNQL, 2011) a montré qu'au cours des 12 mois précédant l'enquête, 37,6 % des filles et 36,5 % des garçons de 12 à 20 ans ont déclaré avoir consommé au moins une boisson alcoolisée avant une relation sexuelle. La consommation de drogues avant une relation sexuelle est moins répandue (21,2 % des garçons et 17,7 % des filles ayant répondu). Chez les adultes, les hommes ont plus tendance que les femmes à consommer des substances psychoactives avant d'avoir une relation sexuelle (65,1 % vs 48,8 % pour l'alcool; 29,2 % vs 16,5 % pour les drogues). Par ailleurs, cette même enquête révèle que, parmi les adultes consommateurs de drogues, 19 % des hommes et 13,5 % des femmes s'étaient injecté de la cocaïne dans l'année précédente. Toujours chez les consommateurs de drogues, 7,5 % des hommes et 10,5 % des femmes déclarent avoir partagé du matériel d'injection.

Des connaissances à améliorer

Une étude menée par la CSSSPNQL auprès des jeunes de 12 à 20 ans des Premières Nations révèle des lacunes importantes au plan de leurs connaissances liées aux ITSS et aux facteurs de risque associés (CSSSPNQL, 2011) :

- Plus de 60 % d'entre eux estiment ne pas être assez informés sur les ITSS.
- La majorité a déjà entendu parler du VIH/sida (plus de 70 %), mais ce n'est pas le cas pour les autres ITSS; environ 50 % des femmes ont entendu parler du virus du papillome humain (VPH) et de la chlamydia et moins de 40 % des répondants rapportent avoir entendu parler des autres ITSS.
- Les trois quarts des jeunes interrogés croient que les ITSS sont toujours accompagnées de symptômes.

- La majorité des jeunes répondants ne connaissent pas les conséquences à long terme des ITSS.
- Plusieurs croyances erronées persistent quant aux voies et vecteurs de transmission du VIH/sida; environ la moitié des répondants ont identifié l'échange de salive, le baiser, le partage d'un siège de toilette ou d'un verre comme étant des mécanismes potentiels de transmission du VIH.

Dans un tel contexte, une amélioration des connaissances quant aux pratiques sexuelles à risque apparaît essentielle pour soutenir les efforts de prévention. Par ailleurs, une meilleure compréhension des impacts de l'abus de substances, des traumatismes historiques, de la violence et de la culture sur les comportements sexuels serait précieuse.

Pour développer adéquatement les initiatives de prévention au sein des populations autochtones du Québec, il conviendrait d'accroître les connaissances sur l'ensemble des aspects ci-dessus ainsi que sur la perception des ITSS dans la population. L'adaptation culturelle des programmes de prévention s'avère par ailleurs nécessaire.

QUELS SERVICES ET SOINS DE SANTÉ SONT OFFERTS AUX POPULATIONS AUTOCHTONES?

Organisation des services

Au Québec, la structure des soins de santé destinés aux populations autochtones n'est pas uniforme et varie en fonction du statut de chaque communauté. Voici une description générale de l'organisation des services de santé pour les communautés liées ou non par une convention⁴ et pour les Autochtones vivant hors communauté⁵.

Communautés liées par une convention

Le Gouvernement du Québec finance les services de santé et les services sociaux offerts dans les communautés liées par une convention, c'est-à-dire les Cris, les Inuits et les Naskapis. Les territoires de la nation inuite et ceux de la nation crie constituent deux régions sociosanitaires distinctes au Québec, soit les régions sociosanitaires 17 et 18 (MSSS, 2007). Chaque village inuit et communauté crie ou naskapie dispose d'un CLSC. Les nations crie et inuite disposent aussi de centres hospitaliers situés sur leur territoire.

Finalement, les nations crie et naskapie ainsi que les Inuits continuent de bénéficier de certains programmes en santé financés par le gouvernement fédéral, dont ceux pour les soins à domicile. Ils ont aussi accès à la plupart des programmes de santé communautaire financés par Santé Canada (MSSS, 2007).

Communautés non liées par une convention

Dans les communautés des Premières Nations non conventionnées, les services sociaux et de santé sont majoritairement financés par le gouvernement fédéral (Santé Canada et le ministère des Affaires autochtones et du Développement du Nord Canada) et généralement sous la responsabilité des conseils de bande ou des conseils tribaux. Ces derniers assurent la prestation des soins primaires de santé et de services sociaux, principalement des programmes de santé communautaire axés sur la promotion de la santé et la prévention des maladies (MSSS, 2007). Ces services sont offerts par un centre de santé ou un poste de soins dans la communauté.

⁴ La *Convention de la Baie-James et du Nord québécois* pour les Cris et les Inuits ainsi que la *Convention du Nord-Est québécois* pour les Naskapis sont des accords sur des revendications territoriales en vertu desquels des rôles et des responsabilités spécifiques ont été déterminés pour les gouvernements fédéral et provincial, entre autres concernant les services de santé locaux.

⁵ Pour de plus amples informations, consultez la référence *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones* publiée par le MSSS.

Santé Canada finance également le Programme de services de santé non assurés qui défraie le coût des médicaments prescrits, des soins de la vue, des soins dentaires, de certains équipements et fournitures médicales, du transport pour raison médicale et des interventions en situation de crise. Enfin, les individus nécessitant des soins de deuxième ou troisième ligne dans un établissement québécois sont couverts par la RAMQ.

Personnes vivant à l'extérieur des communautés

Les Premières Nations et les Inuits vivant hors des communautés autochtones reçoivent leurs services de santé et leurs services sociaux dans le réseau québécois, au même titre que l'ensemble de la population du Québec. Ils bénéficient aussi du Programme de services de santé non assurés de Santé Canada (MSSS, 2007).

En matière de prévention des ITSS

Les activités de sensibilisation et de formation, la vaccination ainsi que la réduction des méfaits sont les approches préconisées en termes de prévention des ITSS auprès des populations autochtones.

Chez les Cris, un programme spécifique d'éducation à la sexualité en milieu scolaire, le *Chii kayeh iyaakwaamih*, a été déployé dans les 9 communautés cries à l'automne 2009. Ce programme a été construit en collaboration avec les jeunes Cris et tient compte de leurs réalités (Caron, 2011).

Au Nunavik, le programme d'éducation à la sexualité *Pigialaurnak Isumatsiarit* a été mis en place en 2007 avec la participation des étudiants et des professeurs du *Kativik School Board*. Ce programme, aussi nommé *Think Before You Start / Un instant, es-tu prêt?*, a été révisé en 2012.

La vaccination contre le virus du papillome humain (VPH) et les hépatites A et B est offerte dans les communautés autochtones à travers les programmes d'immunisation québécois.

Des centres d'accès au matériel d'injection stérile pour les personnes qui s'injectent des drogues sont présents dans certaines communautés des Premières Nations. Pour sa part, le Nunavik a développé son propre programme d'accès au matériel d'injection stérile et dispose d'un guide d'intervention régional.⁶

En matière de dépistage

Le dépistage, le traitement, le suivi et la recherche des partenaires sexuels potentiellement infectés sont disponibles dans la majorité des centres de santé de la région d'Eeyou Istchee (Gray, 2012), du Nunavik et des Premières Nations.

De plus, la participation des femmes au dépistage prénatal du VIH, de la syphilis, de l'infection génitale à chlamydia et de l'infection gonococcique y est pratiquement systématique.

Malgré l'offre de services de dépistage des ITSS, une enquête réalisée auprès des Premières Nations révèle que seulement 15 % à 20 % des jeunes de 12 à 20 ans sexuellement actifs ont déjà passé un test de dépistage pour l'une ou l'autre des ITSS. Chez les adultes, de 30 % à 45 % ont déjà passé de tels examens (CSSSPNQL, 2011).

⁶ Communication personnelle, Faye Le Gresley, Programme de santé sexuelle de la Direction de santé publique du Nunavik.

SOURCES

- AFFAIRES AUTOCHTONES ET RÉGIONS NORDIQUES (2011) *Amérindiens et Inuits. Portrait des nations autochtones du Québec, 2^e édition*, Gouvernement du Québec, 64 p. AINC et SCHL (2007) *La démographie autochtone. Projections de la population, des ménages et des familles, 2001-2026*, 29 p.
- ANCTIL, M., ROCHETTE, L., et coll. (2008a) *Quanuippitaa? Comment allons-nous? Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik en 2004, les faits saillants*. Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et INSPQ.
- ANCTIL, M., CHEVALIER, S., et coll. (2008b) *Enquête de santé auprès des Cris 2003, Iiyiyiu Aschii, habitude de vie en matière de consommation d'alcool et de drogues et les pratiques de jeux de hasard et d'argent*. Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et INSPQ.
- AUGER, N., LÉGARER, G., et coll. (2008) *Enquête de santé auprès des Cris 2003, Iiyiyiu Aschii, pratiques préventives et changements pour améliorer sa santé*. Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie James et INSPQ.
- CARLIN, R., LEJEUNE, P. (2007) *Notifiable Disease (MADO) Report for 1990 to 2006 for the Cree Territory of James Bay (Iiyiyiu Aschii) September 2007*. Direction de santé publique des Terres-cries-de-la-Baie-James, Montréal.
- CARON, F. et coll. (2011) *Le chii kayeh, un programme d'éducation à la santé sexuelle pour les élèves des Terres-Cries-de-la-Baie-James (Eeyou Istchee)*, Education Canada 51 :1, Association canadienne d'éducation.
- CSSSPNQL. (2011) *Étude sur le comportement sexuel, les attitudes et les connaissances en lien avec les ITSS chez les jeunes et les adultes des Premières Nations*. CSSSPNQL, 170 p.
- CSSSPNQL. (2013) *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec (ERS 2008), chapitre 1 : Caractéristiques sociodémographiques*, Wendake : Commission de la santé et des services sociaux du Québec et du Labrador, p.6.
- DISANT, M.J., HÉBERT, C., BERGERON, O., BRUNEAU, S. (2008) *Jeunesse autochtone et inégalités sociales de santé*. Carnet synthèse – La santé des populations, on y veille! Réseau de recherche en santé des populations du Québec et INSPQ.
- DODIN, S., BLANCHET, C., ROCHETTE L. (2007) *Quanuippitaa? How are we? Women's health and preventive sexual behavior among men and women*. Nunavik Régional Board of Health & INSPQ.
- GRAY, A. (2012) *Sexually transmitted infections in Eeyou Istchee*. Public Health Department of the Cree Board of Health and Social Services of James Bay, 27 p.
- MINISTÈRE DE LA SANTÉ ET DES SERVICES SOCIAUX (2007) *Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones*. Gouvernement du Québec, 28 p.
- OHATA, B., CARLIN, R., LEJEUNE, P. (2006) *Hepatitis C in the Cree Region—Iiyiyiu Aschii*. Direction de santé publique des Terres-cries – de-la-Baie-James, Montréal.

POUR EN SAVOIR PLUS :

- Site de la Commission de santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador <http://www.cssspnql.com/>
- Site de l'Enquête de santé auprès des Inuits du Nunavik / 2004 <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/nunavik.asp?E=p>
- Site de l'Enquête de santé auprès des Cris 2003, Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/cris.asp?E=p>
- Site du Cree Health Board <http://creehealth.org/biblio>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik <http://rrsss17.gouv.qc.ca/>