



# BILAN DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DES PREMIÈRES NATIONS ET DES INUIT DU QUÉBEC de 1986 à 2006



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

Institut national  
de santé publique

Québec

## **AUTEURS**

Marie-Jeanne Disant, Direction de la recherche, formation et développement  
Institut national de santé publique du Québec

Mathieu-Olivier Côté, Département recherche  
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

## **ÉQUIPE DE RECHERCHE**

Suzanne Bruneau  
Institut national de santé publique du Québec

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

Marie-Jeanne Disant  
Institut national de santé publique du Québec

## **COMITÉ DE SUIVI**

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

Nancy Gros Louis McHugh  
Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

Pierre Joubert  
Institut national de santé publique du Québec

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

## **RÉVISION**

Odile Bergeron  
Institut national de santé publique du Québec

Valérie Boudreault  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

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

Julie Gauthier  
Ministère de la Santé et des Services sociaux

Denis Hamel  
Institut national de santé publique du Québec

Marie-Claire Laurendeau  
Institut national de santé publique du Québec

## **COLLABORATEURS**

Mickel Robertson

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

**MISE EN PAGE**

Line Mailloux  
Institut national de santé publique du Québec

**PAGE COUVERTURE**

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

**CARTOGRAPHIE**

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

*Ce document est disponible intégralement en format électronique (PDF) sur le site Web de l'Institut national de santé publique du Québec au : <http://www.inspq.qc.ca> et sur le site de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador au <http://www.cssspnql.com> .*

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

DÉPÔT LÉGAL – IV<sup>e</sup> TRIMESTRE 2009  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES NATIONALES DU QUÉBEC  
BIBLIOTHÈQUE ET ARCHIVES CANADA  
ISBN : 978-1-926553-14-6 (VERSION IMPRIMÉE)  
ISBN : 978-1-926553-19-1 (PDF)  
ISBN: 978-1-926553-15-3 (PRINTED VERSION - ENGLISH)  
ISBN: 978-1-926553-20-7 (PDF - ENGLISH)

© CSSSPNQL (2009)



## AVANT PROPOS

Depuis près d'une dizaine d'années, les Premières Nations et les Inuit ont redoublé d'efforts afin de se doter de cadres destinés à mieux structurer les activités de recherches s'effectuant sur leurs territoires. Les recherches réalisées dans les communautés des Premières Nations et les villages nordiques Inuit sont nombreuses mais leur apport à la population locale n'est pas toujours tangible. Les préoccupations des populations des Premières Nations et des Inuit sont parfois loin des intérêts des chercheurs et des organismes de financement de la recherche.

Or, l'inclusion des Premières Nations et des Inuit dans les activités et les décisions de recherche est cruciale si on veut bien saisir leurs particularités et tenir compte des enjeux géopolitiques et sociodémographiques qui les caractérisent. Souvent mal comprises, ces particularités sont au cœur de la divergence d'opinion entre le monde de la recherche et le monde des Premières Nations et des Inuit quant aux priorités de recherche à établir. Souvent perçus comme un bloc monolithique, les Premières Nations et les Inuit sont pourtant un amalgame de peuples aux voix diverses. La Commission royale sur les peuples autochtones est d'ailleurs claire à ce sujet :

*Les Premières Nations sont au moins une cinquantaine (dix au Québec) et elles ont beaucoup de points communs, mais elles diffèrent les unes des autres - et elles sont tout à fait différentes des Inuit, dont la culture a été modelée par les rigueurs du Nord.<sup>1</sup>*

En plus des nombreuses disparités géopolitiques et sociodémographiques entre allochtones et autochtones, on retrouve donc aussi un bon nombre de disparités entre les différents peuples des Premières Nations et des Inuit. Cet état de fait constitue un défi de taille pour la recherche et rend difficile l'inclusion de la voix des Premières Nations dans l'univers de la recherche au Canada et au Québec. Bien que de nombreuses organisations autochtones établissent des priorités d'action dans de nombreux domaines (santé, éducation, économie, etc.), ces dernières ne sont que très peu considérées par les organismes qui subventionnent la recherche. Encore aujourd'hui, les Premières Nations n'ont que peu ou pas d'influence sur l'allocation des fonds de recherche sur les thèmes qui les concernent.

En 2007, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a dévoilé le Plan directeur décennal dans lequel les Premières Nations du Québec et du Labrador ont ciblé leurs priorités afin de remédier aux disparités et accélérer le changement en ce qui a trait à la santé. Ce document est le pilier central de la planification en santé et services sociaux des Premières Nations représentées par la Commission.

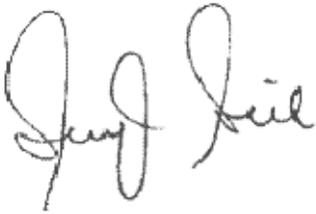
Ce bilan s'inscrit dans la foulée de ce Plan directeur qui prévoit une intensification des travaux de recherche les plus susceptibles de répondre aux priorités et aux besoins identifiés par les Premières Nations dans les domaines de la santé et des services sociaux, et ce, en prenant appui sur une approche holistique de la santé qui intègre tous les déterminants de la santé, y compris ses dimensions spirituelles. Il a été réalisé conjointement avec l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ), donnant ainsi suite aux engagements pris par le ministre de la Santé et des Services sociaux,

---

<sup>1</sup> Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/pubs/rpt/rpt-fra.asp#chp6>

à l'occasion du Forum socioéconomique des Premières Nations, tenu en octobre 2006 à Masteuiatsh. Il avait en effet été convenu que l'INSPQ mettrait à la disposition de la CSSSPNQL ses compétences et ses expertises pour soutenir le développement de capacités de recherche au sein de la Commission.

Cette réalisation vient répondre à la nécessité de mieux connaître la recherche qui concerne les Premières Nations et les Inuit du Québec, afin de préciser les besoins de recherche à combler et d'assurer l'arrimage entre les objectifs poursuivis par le Plan directeur de la CSSSPNQL et les recherches à effectuer. Bref, nous espérons que les informations contenues dans ce document, qui est le résultat d'une fructueuse collaboration entre nos organismes respectifs, contribuera à paver la voie à une nouvelle forme de concertation entre les organisations subventionnaires, les gouvernements et les instances représentant les intérêts des Premières Nations et des Inuit du Québec pour faire en sorte que la recherche dans le domaine de la santé et des services sociaux soit de mieux en mieux adaptée aux réalités et aux priorités des Premières Nations et des Inuit du Québec.



---

Guylaine Gill  
Directrice générale  
CSSSPNQL



---

Pierre Joubert, directeur  
Recherche, formation et développement  
INSPQ

## RÉSUMÉ

Ce document présente les résultats d'un bilan de la recherche sur la santé des Premières Nations et des Inuit du Québec, entrepris en 2008, dans le but de dégager des priorités de développement de la recherche et d'éclairer les décisions relativement aux besoins de santé des populations autochtones.

Un cadre conceptuel a été élaboré pour délimiter et circonscrire le domaine de la recherche en santé des Autochtones. Ce domaine a été défini comme étant composé de : *L'ensemble des activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population autochtone et à leurs déterminants qui visent la production, l'intégration et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes à l'exercice des fonctions de la CSSSPNQL vis-à-vis tant des communautés que des familles et des individus.*

Le bilan a été réalisé à partir de l'étude de 230 projets de recherche en santé des Autochtones ayant été subventionnés entre 1986 et 2006. Ces projets, sélectionnés d'après les principes et les critères définis dans le cadre conceptuel, ont été recensés dans la Banque de la recherche sociale et santé (BRSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, cette banque de données répertoriant, depuis la fin des années 80, l'ensemble des projets de recherche subventionnés par des organismes québécois ou canadiens.

Il ressort des caractéristiques de ces projets de recherche que la majorité concerne les territoires conventionnés et que certaines thématiques de recherche et segments de populations sont plus fréquemment étudiés; *les habitudes de vie et les maladies chroniques* ainsi que *la prévention et la promotion de la santé et du bien-être* sont les deux thématiques les plus abordées alors que *les enfants et les jeunes* et *la périnatalité et la petite enfance* sont les deux groupes les plus ciblés. Toutefois, ce ne sont pas les territoires, les thématiques ou les segments de populations les plus fréquemment subventionnés qui reçoivent les montants les plus élevés. On observe en effet une forme de dualité dans la recherche en santé des Autochtones, avec d'un côté, quelques pôles de recherche où se concentrent la majorité des financements sur des problématiques pointues (par ex. : les changements climatiques, la santé mentale, la nutrition et la prévention du diabète) et, de l'autre côté, de nombreux projets au financement modeste qui couvrent une grande étendue de sujets.

La mise en perspective des résultats avec ceux de l'ensemble des projets de la BRSS permet de mettre en évidence les particularités du soutien à la recherche en santé des Autochtones et, notamment, les contributions respectives du Programme de subventions en santé publique (PSSP) du Québec et de l'Institut en santé des Autochtones (ISA) des Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC), l'ampleur et les formes de leur soutien au développement de la recherche étant toutefois fort différentes.

Au cours de la période étudiée (1986-2006), il y a eu globalement une augmentation des projets financés et des montants investis. Par contre, il y a des variations dans cette évolution puisqu'on constate, d'une part, une diminution des projets ou des montants investis par rapport à certaines thématiques et certains segments de population comme *les enfants et les jeunes* et *la périnatalité et la petite enfance*, et d'autre part, une croissance très forte des projets financés et des montants investis notamment en *environnement physique* et en *santé mentale*. On remarque de plus une augmentation importante des investissements d'infrastructure (centre d'excellence, réseau de recherche, chaire, etc.) que l'on peut relier à la mise en place de l'ISA dans les années 2000.

En rendant compte des spécificités de ce domaine de recherche, ce bilan permet de mieux cerner les perspectives et défis associés au soutien et au développement de la recherche sur la santé des Premières Nations et des Inuit du Québec. On peut aussi penser que celui-ci éclairera les décisions et orientations afin que la recherche contribue davantage à améliorer la santé des Premières Nations et des Inuit du Québec.

## TABLE DES MATIÈRES

<b>AVANT PROPOS</b> .....	<b>I</b>
<b>RÉSUMÉ</b> .....	<b>III</b>
<b>LISTE DES SCHÉMAS</b> .....	<b>VII</b>
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	<b>IX</b>
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	<b>XI</b>
<b>LISTE DES SIGLES</b> .....	<b>XIII</b>
<b>INTRODUCTION</b> .....	<b>1</b>
<b>1. MÉTHODOLOGIE</b> .....	<b>3</b>
1.1 Le cadre conceptuel.....	3
1.2 Constitution de la base de données sur la recherche en santé des Autochtones .....	6
1.2.1 Sélection de la base de données et de la période d'observation .....	6
1.2.2 Sélection et catégorisation des projets.....	7
1.2.3 Traitement et analyse des données .....	10
1.3 Limites.....	11
<b>2. RÉSULTATS</b> .....	<b>13</b>
2.1 Caractéristiques générales de la BRSA .....	13
2.1.1 Les territoires et les groupes de populations ciblés .....	13
2.1.2 Les thématiques de recherche.....	15
2.1.3 Le contexte de recherche .....	15
2.1.4 Les chercheurs en santé des Autochtones .....	16
2.2 Données sur le financement .....	17
2.2.1 Durée et montant des projets .....	18
2.2.2 Types de financement.....	19
2.2.3 Sources de financement.....	20
2.2.4 Financement selon le statut des territoires.....	23
2.2.5 Financement selon les groupes de clientèles .....	26
2.2.6 Financement selon les thématiques .....	26
2.3 Mise en perspective des données financières de la BRSA avec celle de la BRSS .....	29
2.3.1 Comparaison des durées et montants .....	30
2.3.2 Comparaison des sources de financement .....	31
2.4 Évolution de la recherche .....	32
2.4.1 Évolution du financement .....	32
2.4.2 Évolution des projets .....	34
<b>3. DISCUSSION</b> .....	<b>37</b>
3.1 Portée des résultats .....	37
3.2 Principales tendances de la recherche en santé des Autochtones.....	37
3.3 Financement .....	39
3.4 Perspectives et défis .....	42
<b>CONCLUSION</b> .....	<b>45</b>

**RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....47**

Annexe 1 Principes de sélection et critères d'inclusion et d'exclusion .....49

Annexe 2 Carte des Nations autochtones.....55

Annexe 3 Définitions des groupes cibles .....59

Annexe 4 Définitions des thématiques.....63

Annexe 5 Liste des sources de financement répertoriées dans la BRSS.....69

Annexe 6 Comparaison de la fréquence des thèmes de recherche BRSA- CCNSA.....73

## LISTE DES SCHÉMAS

Schéma 1	Synthèse des étapes et activités pour constituer la base de données.....	6
Schéma 2	Étapes de sélection et de catégorisation.....	8
Schéma 3	Répartition des projets selon deux périodes d'observation.....	11



## LISTE DES FIGURES

Figure 1	Affiliation universitaire des chercheurs .....	17
Figure 2	Répartition des projets selon la période de financement.....	18
Figure 3	Projets financés et montants investis selon la taille du financement .....	19
Figure 4	Projets financés et montants investis selon le programme de financement .....	20
Figure 5	Projets financés et montants investis selon les sources de financement .....	23
Figure 6	Projets financés selon l'origine du financement et le statut des territoires .....	24
Figure 7	Montants investis selon l'origine du financement et le statut des territoires .....	25
Figure 8	Comparaison des projets financés selon la taille du financement dans la BRSA et la BRSS.....	31
Figure 9	Comparaison des montants investis selon la taille du financement dans la BRSA et la BRSS.....	31
Figure 10	Projets financés et montants investis selon l'origine du financement et la période.....	33
Figure 11	Projets financés et montants investis selon les types de financement, période 1 .....	34
Figure 12	Projets financés et montants investis selon les types de financement, période 2.....	34



## LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1	Statut des populations autochtones ciblées par les projets de recherche.....	14
Tableau 2	Groupes de population ciblés par les projets de recherche .....	14
Tableau 3	Thématiques abordées par les projets de recherche .....	15
Tableau 4	Montant (médiane et moyenne) des projets selon le programme de financement .....	20
Tableau 5	Projets financés et montants investis selon le statut des territoires.....	24
Tableau 6	Projets financés et montants investis selon le programme de financement et le statut des territoires.....	26
Tableau 7	Projets financés et montants investis selon les groupes de population ciblée.....	26
Tableau 8	Projets financés et montants investis selon les thématiques .....	27
Tableau 9	Projets financés selon les thématiques et le programme de financement .....	28
Tableau 10	Projets financés et montants investis selon les thématiques, infrastructures exclues .....	29
Tableau 11	Comparaison des durées et des montants dans la BRSA et la BRSS.....	30
Tableau 12	Comparaison des projets financés et des montants investis selon l'origine du financement.....	32
Tableau 13	Évolution des projets financés et des montants investis selon les périodes .....	33
Tableau 14	Projets financés et montants investis selon les thématiques et les périodes .....	35
Tableau 15	Projets financés et montants investis selon le statut des territoires et les périodes.....	36
Tableau 16	Projets financés et montants investis selon les groupes de population et les périodes ....	36



## LISTE DES SIGLES

BRSA	Base de recherche en santé des Autochtones
BRSS	Banque de recherche sur la recherche sociale et en santé
CCNSA	Centre de collaboration nationale de la santé autochtone
CQRS	Conseil québécois de la recherche sociale
FQRSC	Fonds québécois de recherche sur la société et culture
CRSH	Conseil de recherches en sciences humaines
CSSSPNQL	Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador
DSP	Direction de santé publique
FRSQ	Fonds de la recherche en santé du Québec
INSPQ	Institut national de santé publique du Québec
IRSC	Institut de recherche en santé du Canada
ISA	Institut de santé des Autochtones
MSSS	Ministère de la Santé et des Services sociaux
PNRDS	Programme national de recherche et de développement en matière de santé
PNSP	Programme national de santé publique
PSSP	Programme de subventions en santé publique



## INTRODUCTION

Ce bilan de la recherche en santé des Premières Nations et des Inuit du Québec fait suite au Plan directeur 2007-2017 de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL)<sup>2</sup> et vise à éclairer les décisions en matière de développement de la recherche sur la santé des Premières Nations et des Inuit du Québec. Il a été réalisé en 2008-2009, conjointement par l'Institut national de santé publique du Québec (INSPQ) et la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL). Cette collaboration s'inscrit dans la foulée des engagements pris par le ministre de la Santé et des Services sociaux lors du Forum socioéconomique des Premières Nations, tenu en octobre 2006 à Masteuiatsh, où il avait été convenu que l'INSPQ participerait au renforcement des capacités de recherche de la CSSSPNQL en mettant à sa disposition ses expertises et ses compétences.

Une équipe de recherche et un comité de suivi ont été formés en 2008 afin de réaliser ce bilan. L'équipe de recherche et le comité de suivi composés de personnel de l'INSPQ et de la CSSSPNQL ont pu au cours de cette démarche partager et développer leur expertise mutuelle dans le domaine de la recherche sur la santé des Premières Nations et des Inuit du Québec.

Ce bilan vient donc soutenir le processus de planification de la CSSSPNQL, tout comme en 2007, le Bilan de la recherche en santé publique au Québec l'a fait pour la mise à jour du Programme national de santé publique (PNSP). L'équipe de recherche a adapté la démarche de ce dernier bilan afin de mieux circonscrire le domaine de la recherche en santé des Autochtones<sup>3</sup> et préciser les orientations de recherche et les stratégies à soutenir ou à développer.

Relativement peu d'études permettent en effet d'étayer les orientations en vue de soutenir ou de développer la recherche en santé des Autochtones au Québec. Ainsi, l'étude réalisée en 2006 par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone<sup>4</sup> (CCNSA) permet de situer quelques-unes des caractéristiques de la recherche en santé des Autochtones. Toutefois, celle-ci ne présente pas une analyse détaillée de la situation de la recherche au Québec. En mettant en évidence certaines caractéristiques de la recherche en santé des Autochtones au Québec, ce bilan devrait permettre de dégager quelques-uns des enjeux et défis associés au développement de la recherche dans ce domaine.

En premier lieu, sont précisés les orientations méthodologiques et le cadre conceptuel de cette étude; dans la section sur les résultats sont ensuite présentées les caractéristiques générales des projets de recherche en santé des Autochtones, puis celles du financement et de l'évolution de la recherche. Dans la dernière section, les principaux constats sont discutés avant de présenter les perspectives et défis associés au développement de la recherche en santé des Autochtones.

---

<sup>2</sup> <http://www.cssspnql.com/fr/nouvelles/documents/Plan%20directeur.pdf>

<sup>3</sup> Dans le but d'alléger le texte, l'expression «recherche en santé des Autochtones» sera utilisée dans ce document pour désigner la recherche sur la santé des Premières Nations et des Inuit du Québec.

<sup>4</sup> Greenwood M., 2006, *Regards sur la santé indigène, une analyse environnementale*, CCNSA.



## 1. MÉTHODOLOGIE

Les objectifs de ce bilan sont de réaliser un portrait de la recherche au Québec en santé des Autochtones en mettant en évidence les caractéristiques, les forces et les faiblesses, et ce, afin de dégager des priorités de développement, qu'elles soient sous la forme d'objets de recherche, de stratégies ou de modes de financement.

Pour ce faire, le projet a comporté la séquence d'activités suivantes :

- l'élaboration d'un cadre conceptuel permettant de définir et circonscrire le domaine de la recherche en santé des Autochtones au Québec;
- le repérage et la recension des recherches en santé des Autochtones au Québec;
- la constitution d'une base de données sur la recherche en santé des Autochtones et leur catégorisation;
- le traitement, l'analyse et l'exploitation des résultats de la base de données constituée;
- l'interprétation et la diffusion des résultats.

Le comité de suivi a été constitué au début du projet et a participé, comme instance consultative et décisionnelle, aux diverses étapes de cette étude que cela soit pour orienter les décisions d'ordre méthodologique ou pour valider et éclairer les constats et analyses de l'équipe de recherche.

### 1.1 LE CADRE CONCEPTUEL

L'élaboration du cadre conceptuel s'est appuyée sur plusieurs documents de référence ainsi que sur des démarches similaires visant à circonscrire et à catégoriser la recherche dans un champ d'intervention.

Ainsi, nous nous sommes appuyés plus particulièrement :

- sur le plan directeur<sup>5</sup> de la CSSSPNQL et les priorités de santé en découlant;
- sur la démarche réalisée par le réseau Dialog<sup>6</sup> pour indexer les recherches se rapportant aux Autochtones;
- sur le portrait de l'environnement de la recherche en santé des Autochtones au Canada, réalisé par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone<sup>7</sup>;
- sur la réalisation du Bilan de la recherche en santé publique au Québec<sup>8</sup>.

---

<sup>5</sup> Plan directeur 2007-2017 : <http://www.cssspnql.com/fr/nouvelles/documents/Plan%20directeur.pdf>

<sup>6</sup> Dialog : <http://www.reseaudialog.qc.ca/rub3.asp?rub=3&srub=3.3>

<sup>7</sup> Greenwood M., 2006, *Regards sur la santé indigène : une analyse environnementale*, CCNSA.

<sup>8</sup> Laurendeau, M.-C., Hamel, M., Colin, C. & Disant, M.-J., 2007, *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)*, INSPQ-MSSS.

Afin de mieux circonscrire l'ensemble de la recherche en santé des Autochtones, la définition de la recherche en santé des Autochtones retenue est la suivante:

*L'ensemble des activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population autochtone et à leurs déterminants qui visent la production, l'intégration et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes à l'exercice des fonctions de la CSSSPNQL vis-à-vis tant des communautés que des familles et des individus.*

Cette définition s'inspire de la définition de la santé de la CSSSPNQL et de celle retenue pour le Bilan de la recherche en santé publique (2007).

Pour la CSSSPNQL, la santé est conçue « *comme un tout indivisible, prenant en compte le bien-être physique, mental, spirituel, émotionnel, économique, environnemental et culturel tant pour les communautés que pour les familles et les individus* » (CSSSPNQL).

Quant à la recherche en santé publique, elle correspond à « *l'ensemble des activités de recherche reliées à la santé et au bien-être de la population et à leurs déterminants qui visent la production, l'intégration, la diffusion et l'application de connaissances scientifiques, valides et pertinentes à l'exercice des fonctions de santé publique* » (Bilan de la recherche en santé publique-2007).

Partant de cette définition, des principes et des critères de sélection permettant d'exclure ou d'inclure les recherches ont été précisés. Durant tout le processus d'élaboration du cadre conceptuel, ces principes et critères ont été raffinés de manière itérative par un exercice continu de clarification et de validation.

Deux principes de sélection ont été utilisés, le premier étant que « les Autochtones du Québec constituent la population ou l'une des populations autochtones à l'étude », et le second que « la santé soit la variable dépendante de la recherche ». Le détail des principes et critères de sélection est présenté en annexe 1.

Une catégorisation des recherches a ensuite été élaborée, afin de comparer, de mesurer et de repérer des tendances pertinentes aux fins de développement de la recherche en santé des Autochtones et d'orientation de la CSSSPNQL. Cette catégorisation s'est aussi inspirée de celle utilisée par le *Bilan de la recherche en santé publique*, de l'indexation développée par Dialog pour codifier les recherches en santé, ainsi que des priorités énoncées dans le *Plan directeur de la CSSSPNQL*.

Cette catégorisation des projets permet de préciser :

- a) les populations autochtones (communautés, Nations) ciblées par le projet;
- b) les groupes de personnes ciblés par le projet;
- c) les thématiques couvertes par le projet.

**a) La catégorisation selon les populations autochtones** permet de distinguer les recherches ciblant des populations situées :

- dans des territoires conventionnés (Inuit, Cris et Naskapis);
- dans des territoires non conventionnés (Abénakis, Algonquins, Atikamekws, Hurons/Wendat, Innus, Malécites, Mi'gmacqs et Mohawks);
- dans des territoires indifférenciés ou plus vastes (territoires conventionnés et non conventionnés, territoires communs aux populations circumpolaires, aux Autochtones du Québec et à d'autres populations autochtones).

Ces trois catégories sont exclusives, c'est-à-dire qu'un projet ne peut pas être classifié dans plus d'une catégorie. La carte, en annexe 2, présente la répartition au Québec des communautés et des territoires conventionnés/non conventionnés.

**b) La catégorisation selon les groupes de personnes** permet de repérer les besoins particuliers en matière de soins, d'accompagnement, de protection ou de prévention; sept groupes ont été distingués, soit :

- Périnatalité et petite enfance
- Enfants et jeunes
- Femmes
- Hommes
- Adultes
- Familles
- Aînés.

Ces catégories sont non exclusives, un projet pouvant concerner la petite enfance et les enfants et les jeunes. Les définitions associées à ces catégories de populations sont présentées en annexe 3.

**c) Enfin, la catégorisation selon des thématiques** permet de repérer l'importance de certaines priorités de santé. Au total, quatorze thématiques ont été retenues (voir leurs définitions présentées en annexe 4), soit :

- Conditions de vie et environnement social
- Environnement physique
- Maladies chroniques et habitudes de vie
- Maladies infectieuses
- Santé mentale
- Dépendances
- Violence
- Traumatismes non intentionnels
- Alimentation, nutrition
- Pratiques et savoirs traditionnels
- Intervention et programmes de prévention et de promotion

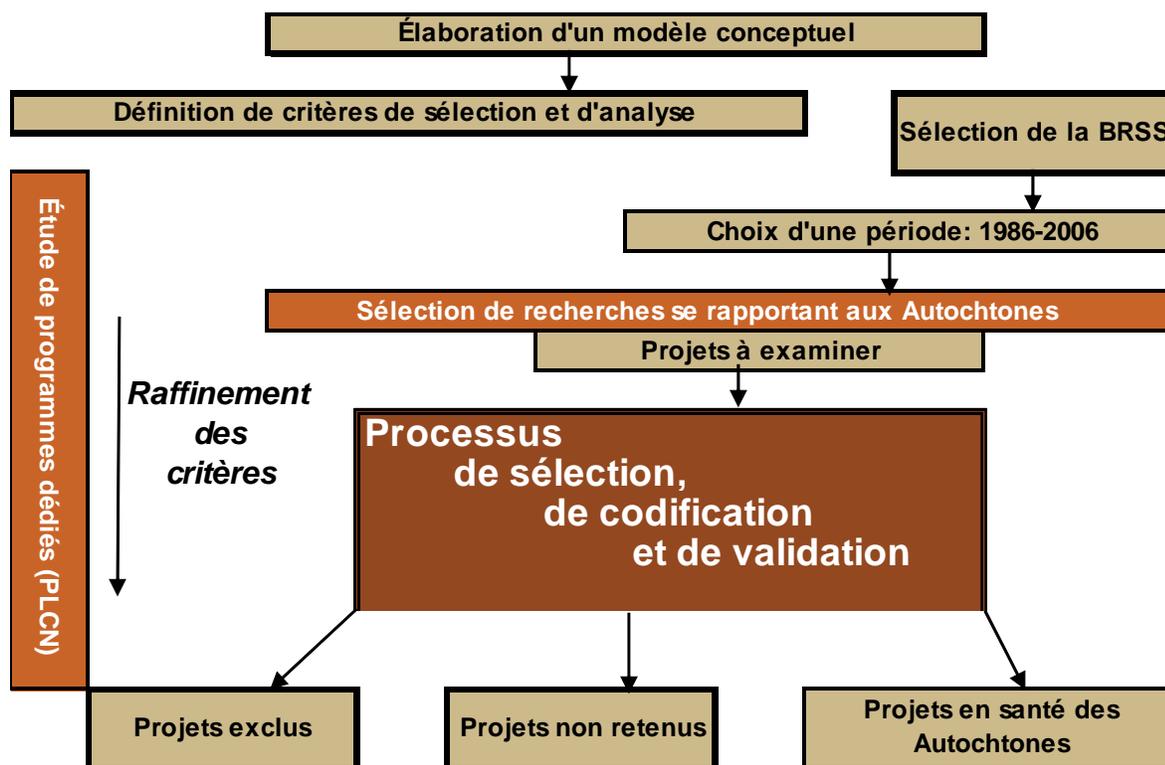
- Organisation des services sociaux et de santé
- Politiques publiques, théories et méthodes
- Santé générale.

Ces thématiques sont non exclusives, un projet pouvant en effet être qualifié par une ou plusieurs thématiques.

## 1.2 CONSTITUTION DE LA BASE DE DONNÉES SUR LA RECHERCHE EN SANTÉ DES AUTOCHTONES

Parallèlement à l'élaboration du cadre conceptuel, il y a eu une exploration de différentes banques de données et le développement d'une stratégie pour repérer les projets en santé des Autochtones afin de constituer une base de données sur les recherches en santé des Autochtones. Le schéma qui suit résume les principales activités et étapes reliées à la constitution de cette base de données, celles-ci étant ensuite détaillées dans les sections suivantes.

**Schéma 1 Synthèse des étapes et activités pour constituer la base de données**



### 1.2.1 Sélection de la base de données et de la période d'observation

Avant de constituer la base de données sur la recherche en santé des Autochtones (BRSA), plusieurs sources de données ont été consultées dont la Banque sur la recherche sociale et en santé (BRSS) du ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et le Codex bibliographique de Dialog. Cette exploration a permis d'estimer le nombre de recherches en santé des Autochtones au Québec et de concevoir des stratégies pour repérer et recenser les recherches en santé des Autochtones. La BRSS et

le Codex de Dialog renfermant un nombre important de références (de l'ordre de près de 40 000 projets de recherche pour la BRSS et de 9 000 titres pour Dialog), il était nécessaire de développer une stratégie, autre que celle d'examiner une à une les références, pour repérer les projets de recherches en santé des Autochtones.

Après examen des limites et avantages de chacune de ces banques, il a été décidé de constituer la base de données à partir de la BRSS, en raison des possibilités d'exploitation offertes par cette banque et de la pertinence des informations. Le Codex de Dialog offre une grande exhaustivité puisqu'il répertorie l'ensemble des publications de recherche (livres, rapports, thèses, articles, DVD, etc.) réalisées dans le cadre de recherches subventionnées ou non (rapports, mémoires, thèses, etc.) se rapportant aux Autochtones du Québec, du Canada mais aussi de par le monde. Toutefois, l'exploitation de cette base bibliographique paraissait limitée puisqu'au moment de la réalisation du bilan, cette banque n'était pas encore indexée; l'autre limite de cette base de données était de ne fournir aucune donnée sur le financement et le contexte de la recherche.

La quantité et la qualité des données ainsi que leur accessibilité sont les grands intérêts de la BRSS. Celle-ci est relativement exhaustive puisqu'elle répertorie les données de la plupart des sources de financement (québécoises ou canadiennes) de la recherche dite « subventionnée » au Québec. De plus, celle-ci fournit des informations non seulement sur les contenus de recherche mais aussi sur les chercheurs, les organismes gestionnaires ou collaborateurs ainsi que sur le financement des projets de recherche. Enfin, les divers descripteurs associés aux projets sont des outils forts utiles pour repérer et sélectionner des recherches.

On peut en outre mentionner la consultation de la banque de données du Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (PLCN) du ministère des Affaires indiennes et du Nord du Canada. En effet, ce programme a pour particularité de soutenir la recherche sur la santé humaine et la surveillance environnementale dans le Nord. Une analyse sommaire des projets a été réalisée afin d'estimer le nombre de recherches se rapportant aux Autochtones du Québec et celles consacrées à la santé dans ce programme. Pour des raisons de cohérence - le programme ne comprenant pas uniquement le financement d'activités de recherche - les données de cette base n'ont pas été intégrées à la BRSS.

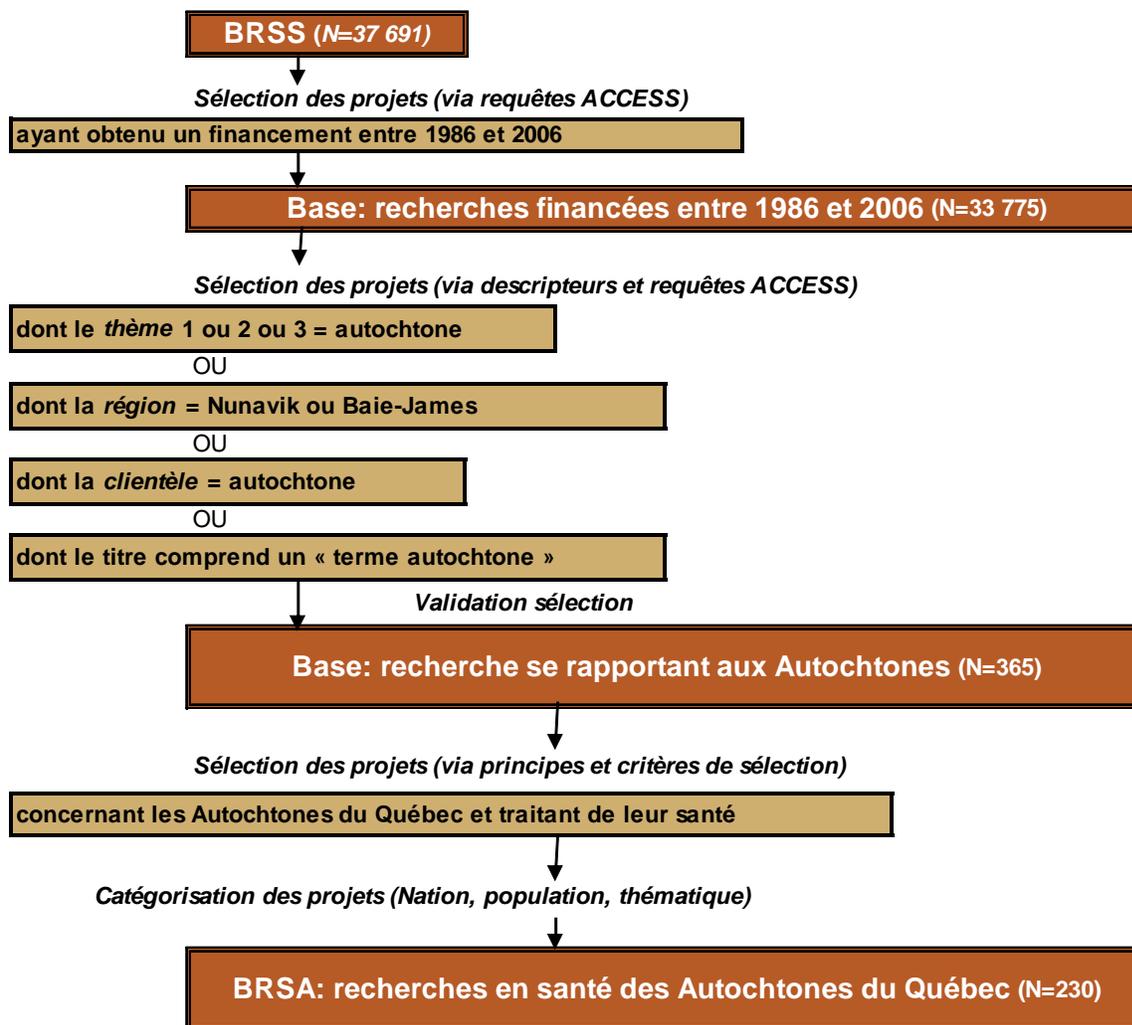
Il a été décidé de sélectionner les projets sur une période relativement étendue, ceci afin de constituer une base consistante pour observer les tendances et les évolutions. La période choisie s'échelonne sur une vingtaine d'années, comprises entre l'année financière 1986-1987 et l'année financière 2006-2007.

### **1.2.2 Sélection et catégorisation des projets**

La sélection et la catégorisation des projets ont été effectuées en suivant les critères et les principes établis dans le cadre conceptuel. De plus, des mécanismes d'examen et de validation ont été mis en place pour assurer la validité et la performance des opérations de sélection et de catégorisation. Les fonctionnalités de la BRSS ont été utilisées pour l'opérationnalisation et la validation des sélections. Par ailleurs, une stratégie et une procédure de codification ont été mises en place pour assurer la

rigueur des opérations. Le schéma qui suit résume les principales étapes de sélection et de catégorisation.

## Schéma 2 Étapes de sélection et de catégorisation



On peut distinguer deux grandes activités dans le processus de constitution de la Base de données en santé des Autochtones (BRSA), la sélection des projets de recherche dans la BRSS via les fonctionnalités du logiciel de base de données Access, ainsi que le travail de l'équipe de recherche pour sélectionner et catégoriser les projets se rapportant aux Autochtones.

### *La sélection des projets de recherche dans la BRSS*

En premier lieu, il y a eu une sélection de tous les projets de la BRSS ayant reçu un financement entre les années financières 1986 et 2006, y compris les projets ayant commencé à être financés avant 1986 ou dont le financement s'est poursuivi après 2006. La sélection de la période s'est effectuée à partir des années de référence des années financières (par exemple, pour l'année financière 1986-1987, l'année de référence est 1986). Au total, 33 775 projets de recherche ont été ainsi retenus.

Une base intermédiaire se rapportant aux Autochtones a été ensuite constituée grâce aux descripteurs de la BRSS. Plus d'une vingtaine de descripteurs permettent en effet de repérer les projets répertoriés dans la BRSS, dont ceux du thème de la recherche, de la clientèle et de la région ciblée. Ces trois descripteurs ont été utilisés pour lister dans la base de données Access les projets se rapportant aux Autochtones, en utilisant notamment la catégorie *Autochtone* pour les descripteurs *Thème 1*, *Thème 2*, *Thème 3* et celui de *Clientèle* et les catégories *Nunavik* et *Baie-James* pour le descripteur *Région*. Enfin, à partir d'une série de mots clés (plus d'une trentaine au total), des requêtes ont été effectuées pour lister les projets ayant dans leur titre une référence, aussi bien en français qu'en anglais, à des Nations autochtones (ex. : Huron, Wendat) ou à une terminologie autochtone (ex. : Premières Nations, Native People, Indigenous).

À l'issue de ces opérations de sélection et après élimination des doublons, une validation a été effectuée, d'une part, en examinant la liste des projets constituée pour repérer les incohérences (ex. : projet du CRI-VIFF sélectionné avec le terme Cri) et, d'autre part, en contrôlant l'exhaustivité de la liste constituée avec celles obtenues par d'autres requêtes (ex. : à partir du nom de chercheurs reconnus pour leur travail dans le domaine autochtone, ou d'organismes autochtones potentiellement associés à des recherches). Au total, 365 projets ont été repérés comme se rapportant aux Autochtones.

#### ***Le travail de sélection et de catégorisation de l'équipe de recherche***

Il est important de souligner que les principes et critères en matière de codification des projets ont été raffinés tout au long de la démarche. En tenant compte des difficultés de codification et des zones d'ombre rencontrées, des précisions ont été apportées pour mieux circonscrire les catégories. Les modifications apportées aux principes et critères de sélection ou de catégorisation ont été systématiquement consignées et validées par le Comité de suivi, de manière à assurer la rigueur des opérations de catégorisation.

De plus, une procédure a été mise en place afin d'encadrer et de garantir la validité des opérations de codification de l'équipe de recherche. Tous les projets à codifier ont été examinés sur une base individuelle par les trois membres de l'équipe, les résultats de cette première codification étant ensuite comparés et débattus en équipe. En cas de divergence ou de doute sur la codification à appliquer, les cas problèmes ont été rapportés au Comité de suivi afin de statuer sur les précisions et les changements à apporter. Par ailleurs, des opérations de validation (via des requêtes informatiques) ont été menées afin de vérifier la cohérence des catégorisations.

Les projets ont été examinés à partir de leur titre et avec le résumé associé lorsque celui-ci était disponible. En cas de doute sur la nature du projet, des recherches complémentaires ont été effectuées à partir de la BRSS (recherche de l'auteur, de son affiliation, etc.) ou via internet (à partir de sites des universités, des fonds subventionnaires, fondations, etc.).

En fonction des principes et critères établis dans le cadre de référence, 230 projets de recherche en santé des Autochtones ont été retenus et catégorisés parmi les 365 projets examinés.

### 1.2.3 Traitement et analyse des données

Plusieurs opérations de validation et de nettoyage de la base de données ont été réalisées afin de garantir la fiabilité et la validité de celle-ci. Ces opérations ont permis de vérifier la cohérence dans la codification et de corriger les données aberrantes (ex. : une recherche se terminant en 2207) ou les données manquantes (montant total, durée totale des projets).

On peut distinguer dans les dimensions d'analyse, celles propres à la BRSA et celles reliées à la BRSS. Les Nations, les groupes de population et les thématiques sont trois dimensions propres aux projets de recherche en santé des Autochtones. Par contre, les données sur le financement, le contexte de recherche (l'origine des organismes impliqués dans la recherche et des chercheurs) sont des dimensions qui permettent de caractériser chacun des projets répertoriés dans la BRSS.

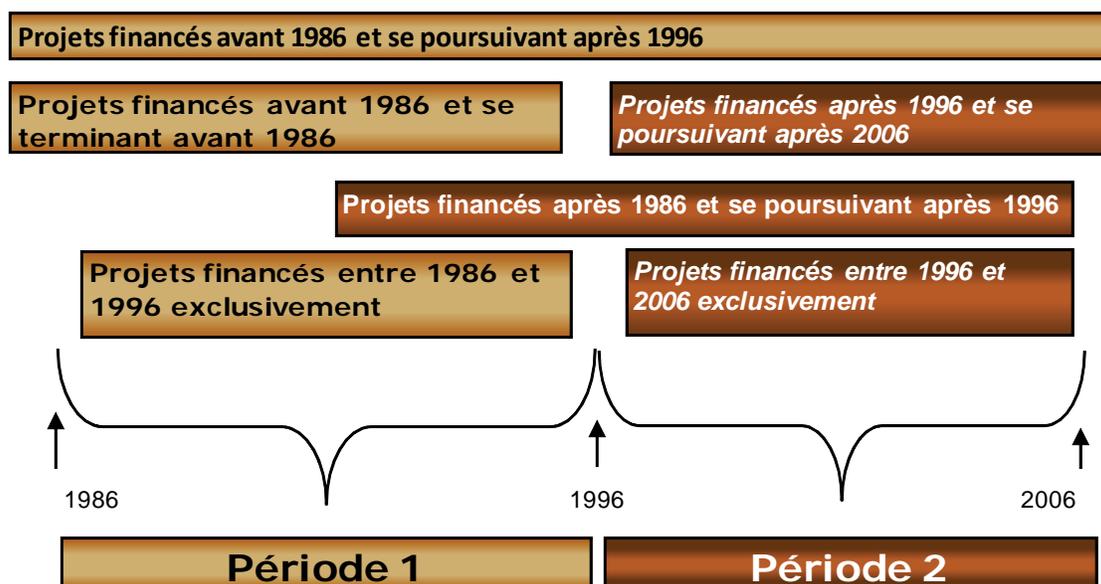
Pour repérer les tendances à partir d'unités d'analyse significatives, des regroupements ont été effectués notamment en ce qui concerne les données sur les montants attribués, les sources de financement, l'affiliation des chercheurs, les organismes gestionnaires des subventions et les organismes partenaires.

Afin de repérer les évolutions et changements, deux périodes d'observation, d'une dizaine d'années chacune, ont été créées. Les projets ont été répartis entre ces deux périodes pour créer deux ensembles de périodes distincts.

- Dans la première période, figurent les projets ayant été financés entre 1986 et 1996 exclusivement ainsi que ceux ayant commencé avant 1986 qui se sont terminés avant 1996 ou qui se sont poursuivis au-delà de 1996.
- Dans la seconde période, sont regroupés les projets ayant été financés entre 1996 et 2006 exclusivement ainsi que ceux ayant commencé dans cet intervalle et qui se sont terminés avant 2006, de même que ceux qui ont été financés après 1996 et qui se sont poursuivis au-delà de 2006.

Le schéma 3 illustre cette répartition des projets selon les deux périodes.

### Schéma 3 Répartition des projets selon deux périodes d'observation



Les données ont été traitées à partir du logiciel d'exploitation de la base de données Access et du logiciel Excel. Le traitement des données a consisté principalement à effectuer des sommations ainsi que des calculs de moyenne et de médiane pour les données financières au moyen d'analyses uni-variées et bi-variées.

Au total, 14 projets ont été retirés de la base par manque d'information et 121 projets ont été exclus. Parmi les projets exclus, 35 l'ont été parce qu'ils ne concernaient pas les Autochtones du Québec et 95 parce qu'ils ne traitaient pas de la santé. L'exclusion pouvant être à double titre, la somme des exclusions est supérieure ( $n=130$ ) au nombre de projets exclus ( $n=121$ ).

#### 1.3 LIMITES

Ce bilan de la recherche en santé des Autochtones ne rend compte que d'une partie de la recherche réalisée en matière de santé des Autochtones dans la mesure où les informations de la recherche non subventionnée ne sont pas colligées dans la BRSS.

Ainsi, ne sont pas comptabilisés dans ce bilan :

- les recherches réalisées dans le cadre de thèses ou mémoires (à l'exception de celles soutenues par les bourses des grands Fonds subventionnaires répertoriés dans la BRSS);
- les enquêtes sur l'état de santé de la population autochtone (surveillance, dépistage, etc.);
- les évaluations (d'impacts, de programmes, etc.) mandatées par des administrations et services gouvernementaux;
- les recherches subventionnées par des fonds privés (Fondation Chagnon, firmes pharmaceutiques, Fondation autochtone de guérison, Fondations universitaires, etc.);

- les projets de recherche subventionnés dans le cadre du Programme de lutte contre les contaminants nordiques (PLCN), de l'année polaire internationale (API/IPEV);
- les recherches financées par les infrastructures de recherche telles que le Centre d'excellence ArcticNet ou le centre Acadre Nasivvik.

Également, la BRSS ne permet pas de cerner toutes les dimensions de la recherche en santé des Autochtones telles que la production des chercheurs, les impacts et la contribution de la recherche sur la santé des individus et des communautés, le partage et la diffusion des connaissances; l'ensemble des projets de recherche subventionnés fournissent par contre des indications sur les caractéristiques et l'organisation de la recherche en santé des Autochtones.

La BRSS permet de dénombrer les projets de recherche subventionnés mais non le nombre de recherches en tant que telles menées sur un objet donné par un chercheur ou une équipe. En effet, une même recherche peut avoir obtenu plusieurs financements de manière consécutive ou simultanée et ceci auprès de divers Fonds subventionnaires. Par exemple, un projet de recherche sur la prévention du diabète en milieu scolaire peut avoir reçu tout d'abord un financement du PNRDS et du FRSQ puis ensuite, des IRSC et du CRSH; en parallèle, il peut y avoir eu un financement accordé pour connaître les habitudes de vie des enfants et ensuite diffuser les résultats de cette étude, ou encore soutenir le fonctionnement d'infrastructures de recherche consacré à ce domaine (chaires, centres, instituts, réseau, etc.). Il est aussi impossible d'établir le nombre de recherches en santé des Autochtones à partir du nombre de demandes de financement, tout comme il le serait à partir des publications de recherche.

Ces limites et contraintes ont aussi des conséquences sur l'interprétation des données quantitatives : il est en effet primordial de contextualiser les données car ce ne sont pas les valeurs absolues qui sont significatives mais les écarts, les variations ou les tendances observées. Ces précautions à apporter dans l'interprétation des résultats s'appliquent tout particulièrement aux données financières. Celles-ci informent sur les montants octroyés aux projets de recherche subventionnés en santé des Autochtones, mais non sur la totalité des sommes investies dans la recherche en santé des Autochtones. Il n'est donc pas approprié d'utiliser les données numériques ou monétaires comme des « valeurs absolues » ou de les mentionner isolément en les extrayant du contexte de ce bilan. De plus, les données monétaires n'ont pas été converties en dollars constants.

Enfin, on peut souligner que la BRSS permet de disposer d'un inventaire relativement exhaustif de la recherche subventionnée en sciences sociales et en santé, puisqu'elle collige les données sur les projets financés par plus d'une quarantaine de sources (17 au niveau du Canada et 28 au niveau du Québec), parmi lesquelles figurent tous les grands Fonds subventionnaires de la recherche dans le secteur de la santé depuis le début des années 80. De plus, les procédures d'indexation de ces projets assurent la qualité des informations colligées dans cette base de données. La rigueur des procédures de sélection et de validation pour repérer et sélectionner dans la BRSS les projets de recherche en santé des Autochtones (telles que définies dans le cadre conceptuel) permettent de garantir la fiabilité et l'exhaustivité de la base de données étudiée.

## 2. RÉSULTATS

Dans la première section sont présentées les caractéristiques générales de la recherche en santé des Autochtones, puis le financement et son organisation dans la seconde. Ensuite, plusieurs dimensions de la recherche en santé des Autochtones sont mises en perspective avec celles de la recherche sociale et en santé. La dernière section présente les différents aspects de l'évolution de la recherche en santé des Autochtones.

### 2.1 CARACTÉRISTIQUES GÉNÉRALES DE LA BRSA

Cette section présente les grandes caractéristiques de la recherche en santé des Autochtones à partir des trois dimensions spécifiques à la BRSA (Nations ou communautés ciblées - segments ou groupes de populations ciblées - thématiques de recherche) et de dimensions communes aux projets de recherche subventionnés précisant le contexte de recherche (les organismes gestionnaires de la subvention et les organismes partenaires, l'affiliation universitaire des chercheurs).

#### 2.1.1 Les territoires et les groupes de populations ciblés

Les caractéristiques de la recherche en santé des Autochtones peuvent être précisées selon :

- les territoires ciblés (Nations ou communautés situées dans des territoires conventionnés ou non conventionnés)<sup>9</sup>;
- les segments ou groupes de populations ciblés (Petite enfance et périnatalité, Enfants et jeunes, Familles, etc.).

Près des deux tiers des recherches en santé des Autochtones ont pour terrain de recherche des territoires *conventionnés* (tableau 1), correspondant principalement à ceux des régions sociosanitaires des Terres-Cries-de-la-Baie-James et du Nunavik. Moins de 10 % des recherches concernent plus spécifiquement des territoires *non conventionnés*. La catégorie *Autres* (moins d'un tiers des projets) regroupe des projets qui ne concernent pas le territoire d'une Nation ou d'une communauté autochtone précise, ceux-ci référant à un ensemble plus vaste de populations que celles d'une Nation (ex. : les populations circumpolaires, les Premières Nations du Québec ou PNQ).

Certaines Nations et communautés paraissent davantage investiguées. Ainsi près du tiers des recherches ciblent exclusivement les Inuit et le quart, les Cris. De plus, si l'on ajoute les projets concernant non exclusivement les Cris ou les Inuit, c'est près du tiers des recherches qui se rapportent aux Cris (30,9 % en incluant les projets concernant conjointement les Inuit et les Cris) et près de la moitié aux Inuit (47,5 % si l'on regroupe les projets concernant les Inuit, les Inuit et les Cris, les Inuit et les Premières Nations ainsi que ceux ciblant les communautés de l'Arctique).

---

<sup>9</sup> Pour rappel, les distinctions entre territoires ont été construites à partir des Nations ciblées par les projets de recherche : cette catégorisation a été effectuée après avoir identifié la ou les populations ciblées par le projet.

**Tableau 1 Statut des populations autochtones ciblées par les projets de recherche**

<b>Statut</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Conventionné</b>	<b>146</b>	<b>63,5</b>
Inuit	74	32,2
Cris	65	28,3
Inuit-Cris	6	2,6
Naskapis	1	0,4
<b>Non conventionné</b>	<b>19</b>	<b>8,3</b>
Mohawks	9	3,9
Innus	4	1,7
Algonquins	4	1,7
Atikamekws	2	0,9
<b>Autres</b>	<b>65</b>	<b>28,3</b>
Autochtone	29	12,6
Inuit-PNQ	17	7,4
Pop Circumpolaires	12	5,2
PNQ	7	3,0
<b>Total projets</b>	<b>230</b>	<b>100</b>

*Note :* Dans la classification *Autres*, la catégorie *Autochtone* regroupe les recherches concernant les Autochtones du Québec en général ainsi qu'éventuellement d'autres populations autochtones du Canada ou de l'étranger. L'abréviation *PNQ* désigne les Premières Nations du Québec.

En ce qui concerne les groupes de population ciblées (tableau 2), plus de la moitié des projets s'intéressent à une question de santé et de bien-être qui n'est pas reliée à un segment particulier de la population (par exemple: *analyse du sondage sur les conditions de vie dans l'Arctique*). Par ailleurs, certains groupes de population sont davantage ciblés; ainsi près du tiers des recherches portent soit sur les *Enfants et les jeunes* soit sur la *Périnatalité et la petite enfance*.

**Tableau 2 Groupes de population ciblées par les projets de recherche**

<b>Groupes de population</b>	<b>Mentions</b>	<b>%</b>
Hommes	1	0,4
Aînés et aînées	2	0,9
Adultes	4	1,7
Famille	7	3,0
Femmes	12	5,2
Périnatalité et petite enfance	22	9,6
Enfants et jeunes	51	22,2
<i>Sans distinction</i>	<i>136</i>	<i>59,1</i>
<b>Total des mentions</b>	<b>235</b>	

*Note :* Le pourcentage est calculé sur la somme des projets (N=230), les catégories n'étant pas exclusives, la somme des mentions est supérieure au nombre de projets.

### 2.1.2 Les thématiques de recherche

La majorité des projets portent sur une seule thématique (60,9 %), environ un tiers (31,7 %) traitent de deux thématiques et 7,4 % en abordent trois.

La répartition des projets de recherche entre les quatorze thématiques n'est pas uniforme, certaines étant plus fréquemment couvertes que d'autres (tableau 3). Ainsi, un quart des projets abordent la question des *Habitudes de vie et maladies chroniques* et près d'un cinquième celle de la *Prévention et promotion de la santé et du bien-être*. Par ailleurs, cinq thématiques sont traitées par près d'un projet sur dix, soit par ordre décroissant des mentions : *Alimentation et nutrition*, *Conditions de vie et environnement social*, *Santé mentale*, *Organisation des services sociaux et de santé* et *Maladies infectieuses*. Enfin, sept thématiques sont abordées par moins de 10 % des projets, soit *Pratiques et savoirs traditionnels*, *Environnement physique*, *Dépendance*, *Traumatismes non intentionnels*, *Violence* et *Politiques, théories et méthodes*.

**Tableau 3** Thématiques abordées par les projets de recherche

Thématiques	Mentions	%
Alimentation et nutrition	37	16,1
Conditions de vie et environnement social	32	13,9
Dépendance	8	3,5
Environnement physique	17	7,4
Habitudes de vie et maladies chroniques	60	26,1
Maladies infectieuses	26	11,3
Organisation des services sociaux et de santé	31	13,5
Politiques, théories et méthodes	3	1,3
Pratiques et savoirs traditionnels	18	7,8
Prévention et promotion	42	18,3
Santé générale	16	7,0
Santé mentale	31	13,5
Traumatismes non intentionnels	6	2,6
Violence	6	2,6
Total des mentions	333	

*Note* : Le pourcentage est calculé sur la somme des projets (N=230), les thématiques n'étant pas exclusives, la somme des mentions est supérieure au nombre de projets.

### 2.1.3 Le contexte de recherche

Le type d'organisation engagée, soit dans la gestion du projet de recherche ou soit à titre de partenaire, ainsi que l'affiliation universitaire des chercheurs permettent de préciser quelques aspects du contexte de recherche.

#### *Les organismes impliqués dans un projet de recherche*

La réalisation d'un projet de recherche implique la participation d'organisations pour administrer la subvention, une subvention ne pouvant être versée sur le compte personnel d'un chercheur. Deux grands types d'organisation peuvent être distingués, celles qui relèvent du milieu universitaire

(université ou institut de recherche) et celles du réseau de la santé et des services sociaux. D'autres types d'organisations peuvent être impliqués également, comme des institutions publiques, parapubliques ou encore des regroupements de plusieurs institutions, la réalisation d'un projet pouvant requérir la collaboration d'organisations autres que celle qui héberge le chercheur.

Les projets de recherche en santé des Autochtones sont en majorité gérés par des organismes du réseau de la santé et des services sociaux (51,1 % des projets), alors que 40,2 % des projets sont gérés par une université et 8,7 % par d'autres types d'organisations. Parmi les organisations du réseau de la santé et des services sociaux impliquées dans la gestion des projets, on retrouve des centres hospitaliers ayant une affiliation universitaire ou non (ex. : Hôpital Royal Victoria, Centre hospitalier de la Baie d'Hudson), des Régies ou Agences régionales de la santé et des services sociaux, ainsi que des centres de santé de première ligne. Sous la catégorie *autres* figurent des organisations autochtones (ex. : la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, Makivik, la Commission scolaire Kativik) ou des organismes communautaires (ex. : *Avataq Cultural Institute*). La liste des sources de financement est présentée en annexe 5.

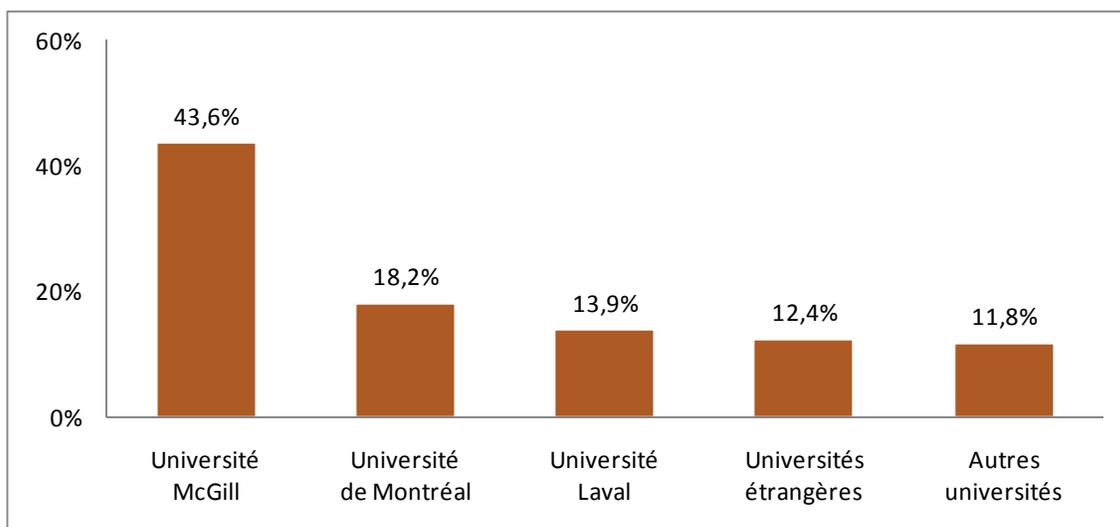
Dans près de la moitié des projets, des organismes sont associés à la réalisation de la recherche à titre de collaborateurs (n=111). Les organismes provenant du réseau de la santé et des services sociaux prédominent puisque les trois-quarts des organismes collaborateurs proviennent de ce réseau, les universités représentant 17,1 % et les autres institutions 8,1 %.

#### **2.1.4 Les chercheurs en santé des Autochtones**

Le nombre total de personnes impliquées dans les 230 projets s'élève à 488 personnes. Toutefois, un peu plus du tiers de ces personnes (38,9 %) ont une affiliation universitaire; ce pourcentage est moins élevé que dans la BRSS, puisque 48 % de toutes les personnes impliquées dans les projets entre 1986 et 2006 ont une affiliation universitaire. Les personnes non affiliées sont principalement des acteurs du réseau de la santé et des services sociaux.

Seulement 15 personnes ont un statut d'étudiant ou de stagiaire, le pourcentage d'étudiants/stagiaires étant plus élevé dans la BRSS (3,1 % dans la BRSA versus 25 % dans la BRSS).

On note que la majorité des affiliations universitaires des chercheurs (étudiants et stagiaires exclus) sont reliées à l'Université McGill (43,6 %), suivies par l'Université de Montréal et l'Université Laval (figure 1). Dans la catégorie *autres* figurent principalement des affiliations reliées au réseau des universités du Québec (4,7 %) et celles reliées aux universités Concordia et de Sherbrooke. Dans la catégorie *Étranger* figurent des universités situées hors Québec (soit au Canada ou à l'extérieur du Canada).

**Figure 1 Affiliation universitaire des chercheurs**

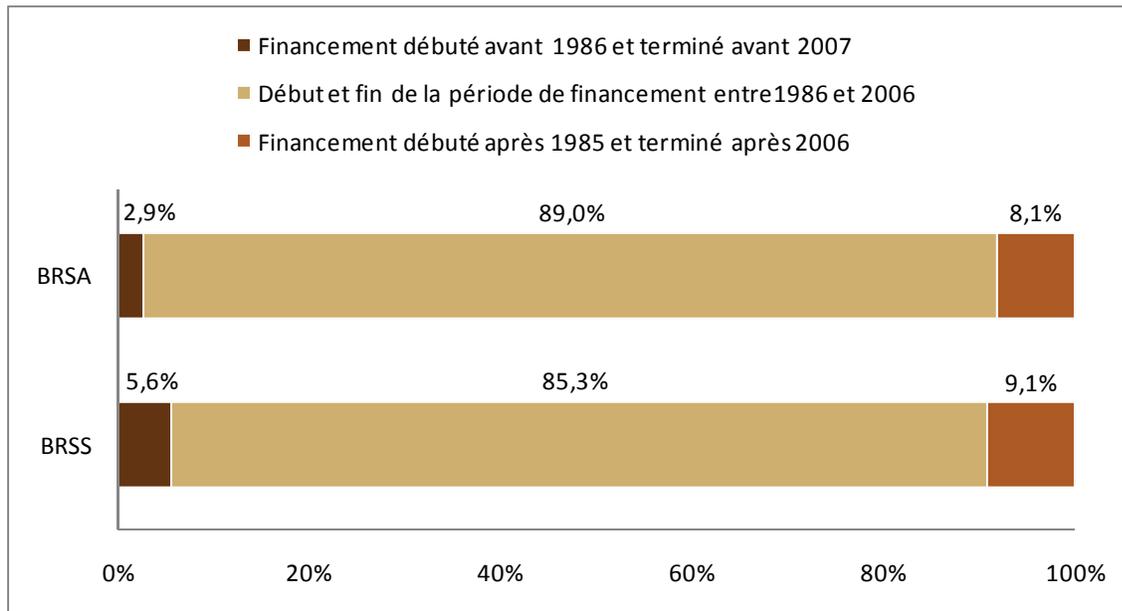
*Note :* Les pourcentages sont calculés sur la somme des mentions d'affiliation (n=330). Le nombre de mentions d'affiliation est supérieur au nombre de personnes affiliées (n=190), une personne pouvant avoir plusieurs affiliations universitaires au cours de sa carrière.

## 2.2 DONNÉES SUR LE FINANCEMENT

Les données financières sont celles fournies par les sources de financement (organismes subventionnaires, fondations, etc.) et correspondent au montant de la subvention octroyée par ces sources lors de l'acceptation de la demande de subvention. Les données financières sont manquantes pour 10 projets dans la BRSA (soit 4,3 % des 230 projets) et pour 3 730 projets dans la BRSS (soit 11,1 % des 33 755 projets, les projets de la BRSA inclus).

Les calculs sont effectués à partir du montant total attribué pour toute la durée du projet. Si la majorité des projets ont été financés exclusivement entre 1986 et 2006 (voir la figure 2), pour quelques-uns le financement a commencé avant 1986 (n=6 pour la BRSA et n=1 696 dans la BRSS) et pour d'autres s'est poursuivi après 2006 (n=17 pour la BRSA et n=2 726 pour la BRSS).

**Figure 2 Répartition des projets selon la période de financement**

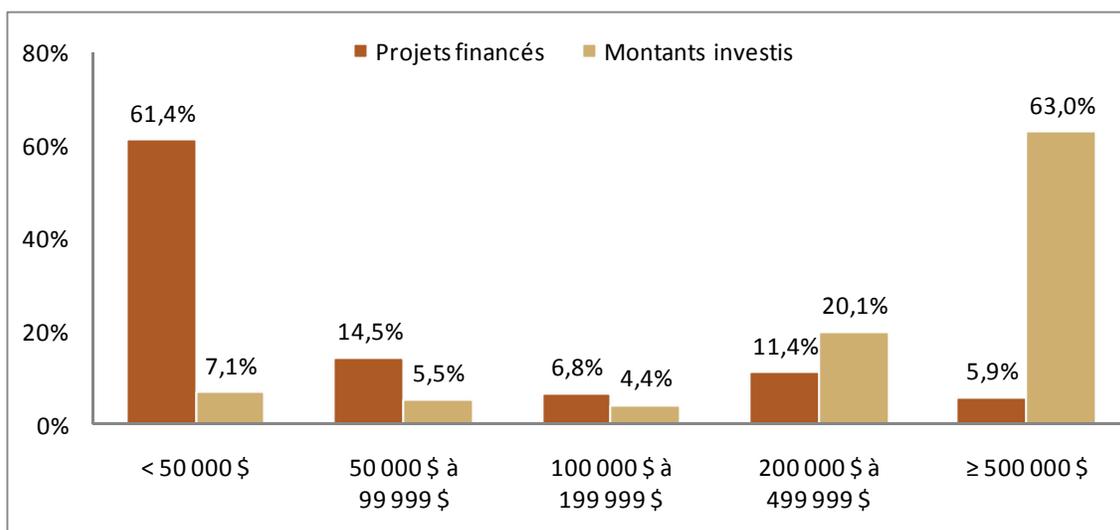


Note : BRSS N=30 025, BRSA N=210.

### 2.2.1 Durée et montant des projets

La durée des projets est en moyenne de deux ans (26,3 mois), la durée médiane se situant à 20,5 mois. Le montant octroyé pour un projet est en moyenne de 192 766 \$, la médiane se situant à 34 156 \$. Cet écart entre le montant moyen et médian témoigne d'une grande variation et d'une grande asymétrie dans la distribution des montants octroyés.

En effet, comme le montre la figure 3, si une majorité de projets ont un financement modeste (61,4 % des projets ont une subvention inférieure à 50 000 \$), une dizaine de projets bénéficient de subventions très importantes. Ainsi, 13 projets (5,9 % des projets) ont un financement supérieur à 500 000 \$, ceux-ci bénéficiant de 63 % de tous les montants. Parmi ces projets mieux dotés, 5 projets se distinguent puisqu'ils cumulent 46,6 % de tous les montants.

**Figure 3 Projets financés et montants investis selon la taille du financement**

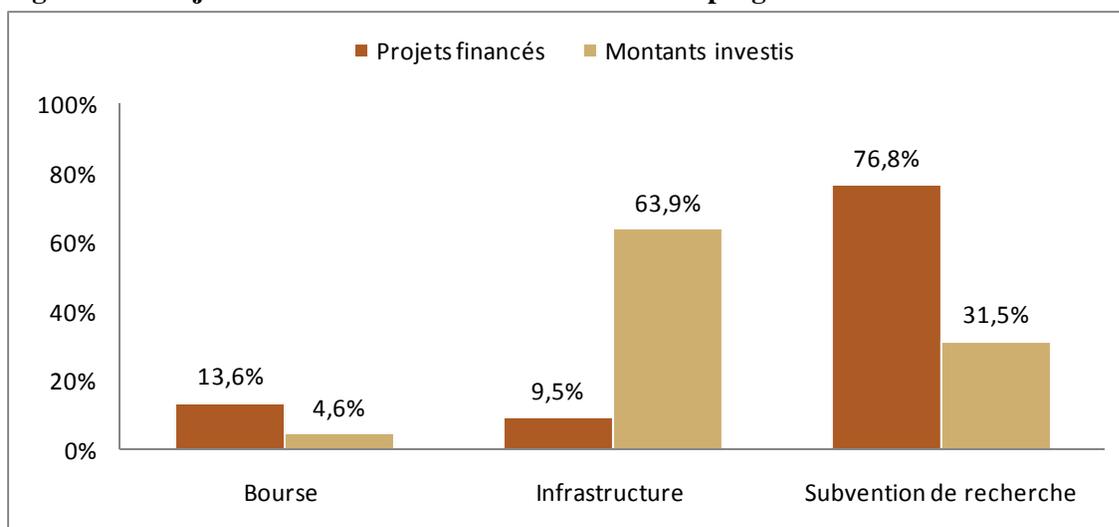
Note : Les pourcentages sont calculés sur la somme des projets et celle des montants investis (N=220).

### 2.2.2 Types de financement

Les projets ont été codifiés pour distinguer parmi les types de financement, ceux qui subventionnent :

- des activités et travaux de recherche (collecte, traitement et analyse des données, diffusion des résultats, etc.);
- des infrastructures de recherche (ex. : chaire, centre d'excellence, réseau de recherche, etc.);
- des bourses de soutien à la relève (chercheurs boursiers, bourses d'études, etc.).

Plus des trois quarts des projets sont des projets « classiques » de recherche subventionnée (collecte, traitement et analyse des données, diffusion des résultats, etc.); toutefois ceux-ci ne reçoivent que 31,5 % de tous les montants (figure 4). A contrario, si les projets d'infrastructures sont peu nombreux (9,5 % des projets), ceux-ci représentent un poids financier important puisqu'ils bénéficient de près des deux tiers des montants. La majorité des projets de 500 000 \$ et plus sont des projets d'infrastructures (10 projets sur 13). Par ailleurs, les cinq projets les mieux dotés (dépassant un million de \$) sont tous des projets d'infrastructure.

**Figure 4 Projets financés et montants investis selon le programme de financement**

Note : Les pourcentages sont calculés sur la somme des projets (N=199) et des montants investis.

Les montants (moyen et médian) des projets d'infrastructures sont beaucoup plus élevés que ceux des bourses et des subventions de recherche (tableau 4). Ces dernières présentent un montant médian moins élevé que les bourses; ainsi 50 % des subventions ont un montant inférieur à 28 500 \$ alors que 50 % des bourses ont un montant inférieur à 61 336 \$. Les montants médian et moyen des bourses sont presque similaires; il n'y a donc pas d'écart important dans les montants attribués.

**Tableau 4 Montant (médiane et moyenne) des projets selon le programme de financement**

Programmes de financement	Montant	
	Médiane \$	Moyenne \$
Infrastructure (n=21)	475 000	1 291 294
Bourse (n=30)	61 136	64 902
Subvention de recherche (n=169)	28 500	78 960

Note : N=220

### 2.2.3 Sources de financement

Les 230 projets sont financés par 6 institutions canadiennes et 3 québécoises. Au tournant des années 2000, plusieurs changements sont survenus dans le soutien à la recherche à la suite de la refonte de programmes et à l'entrée de nouveaux joueurs dans le financement de la recherche. La présentation au préalable des sources de financement au Canada et au Québec et des principaux changements fournit quelques éléments de contexte nécessaires à l'interprétation des données.

### ***Les sources de financement canadiennes - caractéristiques***

Pour les sources canadiennes de financement de la recherche en santé et services sociaux, figurent depuis le milieu des années 80 :

- Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDS);
- Les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC);
- Le Conseil de recherche en sciences humaines (CRSH);
- Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS);
- Le Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie (CRSNG);
- Employabilité et partenariats sociaux (EPS).

Le PNRDS a joué un rôle non négligeable dans le développement de la recherche en santé des Autochtones avec, notamment, la mise sur pied du Programme de recherche autochtone (PRA) en 1999. Celui-ci a disparu à la fin des années 2000 à la suite de la restructuration du financement de la recherche et de la mise en place des IRSC.

La création en 2000 des Instituts de recherche en Santé du Canada (IRSC) est importante à souligner. En effet, parmi les 13 Instituts constituant les IRSC, un est entièrement consacré à la santé des Autochtones : l'Institut de santé des Autochtones (ISA). Cet institut est le seul organisme subventionnaire au Canada et au Québec qui soit exclusivement consacré à la santé des Autochtones. L'ISA est aussi à l'origine de plusieurs initiatives de soutien à la recherche en santé des Autochtones, telles que :

- Le Réseau national de centres de recherche sur la santé autochtone;
- Le Programme de recherche axé sur le développement des capacités (Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé-CDCARS);
- Le programme des Partenariats de collaboration internationale de recherche en santé des Autochtones sur la résilience (2005).

Par ailleurs, faisant suite à une décision de son conseil d'administration en 2002, le CRSH a décidé de faire de la recherche autochtone une priorité stratégique. Le CRSH a ainsi lancé le programme pilote *Réalités autochtones* en 2004.

Enfin, le CRSH et les IRSC ont travaillé à plusieurs documents structurants pour le développement de la recherche, telles que les Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones (2007)<sup>10</sup> et les Possibilités de la recherche autochtone (2003)<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> <http://www.irsc-cihr.gc.ca/f/29134.html>

<sup>11</sup> [http://www.sshrc-crsh.gc.ca/site/apply-demande/background-renseignements/aboriginal\\_background\\_f.pdf](http://www.sshrc-crsh.gc.ca/site/apply-demande/background-renseignements/aboriginal_background_f.pdf)

### ***Les sources de financement québécoises - caractéristiques***

Les principales sources de financement des projets de recherche en santé des Autochtones depuis le milieu des années 80, sont:

- Le Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ, créé en 1964);
- Le Programme de subventions en santé publique (PSSP, créé au début des années 80);
- Le Fonds pour la Formation de chercheurs et l'aide à la recherche (FCAR, créé en 1984, transféré pour la partie sciences humaines et sociales dans le FQRSC au début des années 2000);
- Le Conseil québécois de la recherche sociale (CQRS, transféré pour la majeure partie dans le FQRSC au début des années 2000);
- Le MSSS, dont le Comité de la santé mentale du Québec.

Le Programme de subventions en santé publique (PSSP) est un programme géré conjointement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) et les Agences régionales de la santé et des services sociaux du Québec. Ce programme vise : « par le financement d'études et d'évaluations, la réalisation d'interventions en promotion de la santé et du bien-être ainsi qu'en prévention des maladies, des problèmes psychosociaux et des traumatismes. »<sup>12</sup> Ce programme a deux volets; toutefois seuls les projets du volet régional sont répertoriés dans la BRSS, les projets du volet national n'y figurent pas.

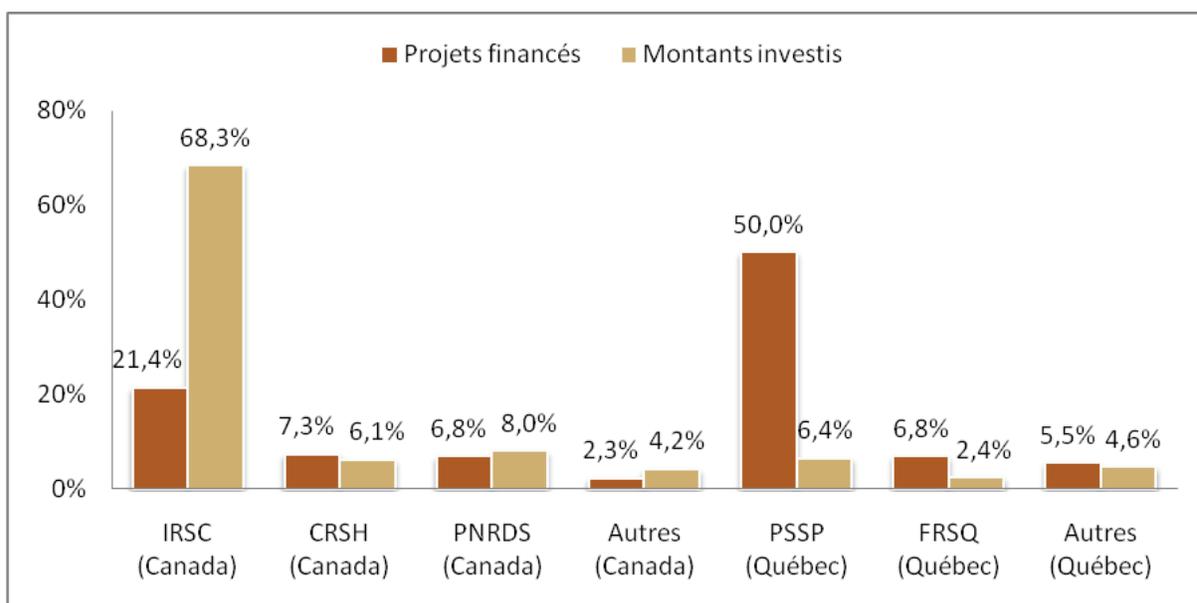
Au Québec, il n'existe pas de programme de financement consacré exclusivement à la santé des Autochtones. Toutefois, on peut souligner l'introduction récente de ce domaine de recherche dans les orientations stratégiques 2007-2010 du Fonds de recherche en santé du Québec (FRSQ).

### ***La contribution des sources de financement québécoises et canadiennes***

Les IRSC et le PSSP sont les deux sources principales de financement de la recherche en santé des Autochtones (figure 5), puisque ces deux sources financent ensemble près des trois quarts des projets et octroient près des trois quarts des montants. Toutefois, le soutien de ces 2 sources est structurellement très différent : en effet, si le PSSP finance un grand nombre de projets (50 % versus 21,4 % pour les IRSC), la contribution financière du PSSP est négligeable proportionnellement à celle des IRSC (6,4 % des montants versus 68,3 % pour les IRSC).

---

<sup>12</sup> <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-221-02.pdf>

**Figure 5 Projets financés et montants investis selon les sources de financement**

*Note* : Les pourcentages sont calculés sur la somme des projets et des montants investis (N=220). Dans les autres sources de financement canadiennes (« Autres Canada ») figurent le CRMC, le FASS et le CRSNG. Pour les autres sources québécoises (« Autres Québec ») figurent le CQRS/FQRSC et le MSSS.

L'écart entre les montants octroyés par le PSSP et les IRSC est important : pour le PSSP, les montants moyen et médian sont de 24 770 \$ et de 20 000 \$, alors que ceux des IRSC sont de 616 262 \$ et de 119 500 \$.

La majorité des financements d'infrastructure proviennent de sources canadiennes (17 projets sur 21), les IRSC représentant la principale source (14 projets sur 17), le CRSH et le CRSNG finançant les autres projets. Au niveau québécois, le CQRS/FQRSC et le FRSQ financent quatre projets d'infrastructures, ces quatre projets étant tous associés à la santé mentale.

#### 2.2.4 Financement selon le statut des territoires

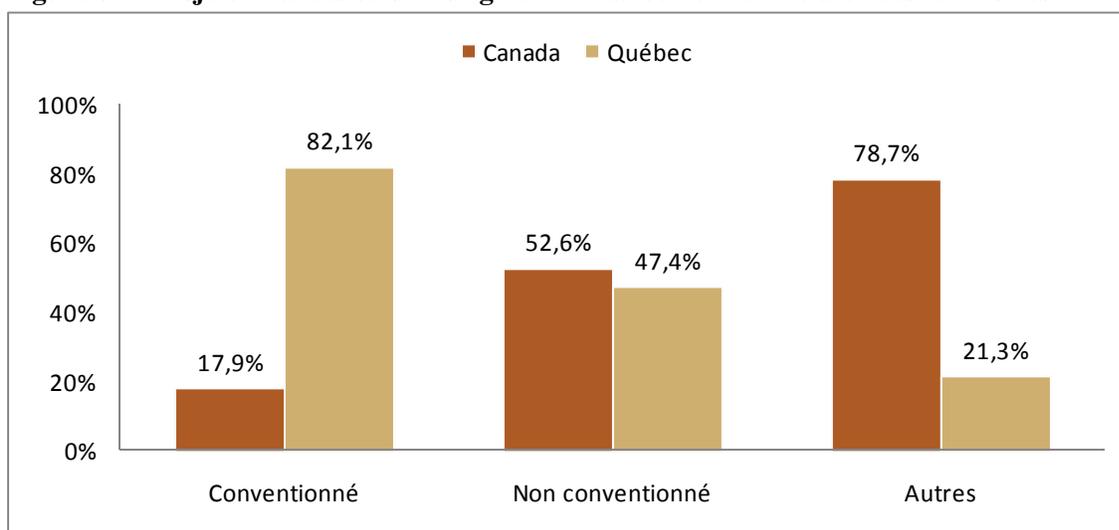
La composition du financement est différente selon le statut des territoires concernés (tableau 5). Les projets qui ciblent les communautés *non conventionnées* ou *conventionnées* affichent des montants moyens et médians moins élevés que ceux qui concernent des ensembles plus vastes de populations (catégorie *Autres*).

**Tableau 5 Projets financés et montants investis selon le statut des territoires**

Statut	Projet %	Montant %	Montant	
			Médiane \$	Moyenne \$
Non conventionné (n=19)	8,6	10,0	31 660	222 156
Conventionné (n=140)	63,6	24,7	27 000	74 872
Autres (n=61)	27,7	65,3	86 000	454 189
Total	100,0	100,0	34 156	192 766

Note : Les pourcentages sont calculés sur le nombre total des projets ou la somme totale des montants (N=220).

Selon les statuts des territoires, les sources de financement diffèrent (figure 6). Ainsi, pour les territoires *conventionnés*, la majorité des projets sont financés par des sources québécoises (82,1 %) alors que c'est la situation contraire qui prévaut pour les territoires *Autres* (78,7 % des projets sont financés par des sources canadiennes). Pour les territoires *non conventionnés*, il n'y a pas prédominance d'une source de financement; toutefois, le faible nombre de projets financés invite à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats.

**Figure 6 Projets financés selon l'origine du financement et le statut des territoires**

Note : N=230

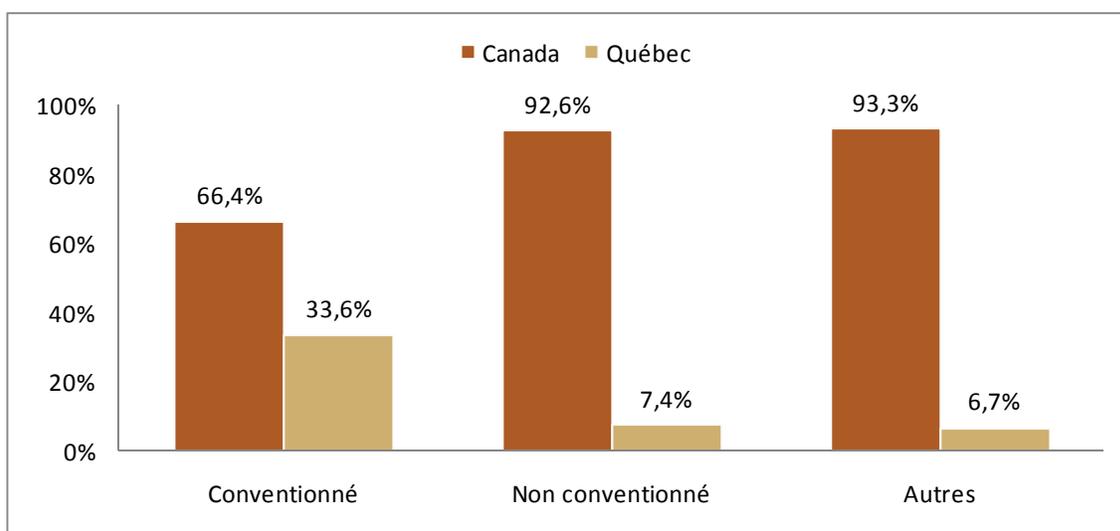
On peut souligner que c'est principalement le PSSP qui finance les projets dans les territoires *conventionnés* (67,8 % des projets), sa contribution étant néanmoins non négligeable dans les territoires non conventionnés (25 %). Par ailleurs, la contribution financière du PSSP est proportionnellement plus importante pour les Cris que pour les Inuit. En effet, pour l'ensemble des projets concernant les Cris, le PSSP finance 85,1 % des projets et octroie 58 % des montants, alors que sur l'ensemble des projets reliés aux Inuit celui-ci finance 56,7 % des projets mais ne fournit que 11,6 % des montants. Le financement des projets reliés aux Inuit provient majoritairement de sources canadiennes : celles-ci supportent 28,4 % des projets mais octroient 80,7 % des subventions.

Pour les territoires *Autres*, ce sont principalement les IRSC qui financent les projets (53,1 % des projets), le PSSP ne soutenant que 10 % des projets.

La majorité des projets du PSSP (90 %) sont reliés aux Cris et aux Inuit (respectivement 52 % et 38 % des projets PSSP). Pour le FRSQ, ce sont les projets reliés aux Inuit qui prédominent (68 % des projets du FRSQ). Par contre, une minorité des projets soutenus par les IRSC et le CRSH concernent spécifiquement les Inuit ou les Cris (22 % des projets IRSC sont reliés aux Inuit et/ou Cris pour les IRSC et 18 % des projets CRSH sont reliés aux Inuit).

En ce qui concerne les montants investis, la contribution financière des sources canadiennes prédomine par rapport à celles du Québec, et ce, quel que soit le statut des territoires (figure 7). Dans les territoires *conventionnés*, la contribution financière des sources québécoises est proportionnellement plus élevée (33,6 % des montants), alors qu'elle demeure inférieure à 10 % pour les territoires *non conventionnés* et les *autres* territoires. Pour rappel, les montants attribués par les IRSC et le CRSH sont de beaucoup plus élevés que ceux du PSSP (montant moyen et médian respectivement de l'ordre de 620 000 \$ et de 120 000 \$ pour les IRSC, de 160 000 \$ et de 70 000 \$ pour le CRSH et de 25 000 \$ et de 20 000 \$ pour le PSSP), ce qui explique la contribution financière importante des sources canadiennes dans les territoires *non conventionnés* et *autres*.

**Figure 7 Montants investis selon l'origine du financement et le statut des territoires**



Note : N=220

On constate de forts écarts dans la répartition de projets selon le programme de financement (tableau 6). Les territoires *conventionnés* concentrent les subventions de recherche alors que les ensembles plus vastes de population (*autres territoires*) concentrent les financements d'infrastructures. Ceci est congruent avec les montants moyens et médians beaucoup plus élevés pour les ensembles plus vastes de population reliés à la prédominance des sources de financement canadiennes (voir section précédente). On peut mentionner que les financements d'infrastructures des territoires *conventionnés* (n=2) concernent les Cris et les Inuit, ceux des territoires *non conventionnés* (n=2) se rapportent aux Mohawks. Par ailleurs, les écarts sont moins élevés dans le financement de bourses, entre territoires *conventionnés*, *non conventionnés* et *autres*.

**Tableau 6 Projets financés et montants investis selon le programme de financement et le statut des territoires**

Statut	Subvention de recherche (n=169)		Bourse (n=30)		Infrastructure (n=21)	
	Projet %	Montant %	Projet %	Montant %	Projet %	Montant %
Conventionné	74,6	61,3	40,0	31,6	9,5	6,2
Non conventionné	7,7	9,7	13,3	16,5	81,0	84,2
Autres, non spécifié	17,8	29,0	46,7	51,9	9,5	9,6
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Note : N=220.

### 2.2.5 Financement selon les groupes de clientèles

Comme le montre le tableau 7, la majorité des recherches ne visent pas un groupe de population spécifique, celles-ci recueillant des montants élevés (cas de 61 % des projets qui cumulent 86 % des montants). Par ailleurs, les montants attribués diffèrent légèrement selon les groupes de population ciblés. Ainsi, on constate que près du tiers des projets concernent les *Enfants/jeunes* ou la *Périnatalité/petite enfance*; toutefois, ceux-ci cumulent moins de 10 % des montants. Les montants médians pour les projets sur les *Enfants/jeunes* ou la *Périnatalité/petite enfance* sont ainsi inférieurs au montant médian de tous les projets (soit 33 000 \$).

**Tableau 7 Projets financés et montants investis selon les groupes de population ciblée**

Groupes de population	Projet		Montant	
	Mentions	%	%	Médiane \$
Hommes*	1	0,5	0,1	55 000
Aînés et aînées*	2	0,9	0,1	24 497
Adultes*	4	1,8	0,3	33 841
Famille*	7	3,2	1,3	32 518
Femmes*	11	5,0	2,9	36 000
Périnatalité et petite enfance	20	9,1	3,5	29 500
Enfants et jeunes	47	21,4	10,1	33 000
Sans distinction	132	60,0	82,6	36 776

Note : Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de projets (n=220) et à la somme totale de leurs montants. L'astérisque invite à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats en raison du nombre peu élevé de projets.

### 2.2.6 Financement selon les thématiques

La comparaison de la répartition des projets et des montants selon les thématiques permet de constater certaines variations (tableau 8). Ainsi, une minorité de projets concernent l'*Environnement physique* ou la *Santé mentale*, ceux-ci bénéficiant toutefois de montants plus importants que dans les autres thématiques. Ainsi, si 7 % des projets concernent l'*Environnement physique*, ceux-ci bénéficient de 40 % de l'ensemble des montants. Pour la *Santé mentale*, ce sont 12,7 % des projets qui bénéficient de 23,1 % des montants.

La situation est contraire pour les thématiques *Habitudes de vie*, *Organisation des services*, *Conditions de vie et environnement social* où le ratio de mentions y est de beaucoup plus élevé que celui des montants. Le montant médian est de plus très peu élevé pour *Habitudes de vie* et *Organisation des services* ainsi qu'en *Prévention-promotion*.

**Tableau 8 Projets financés et montants investis selon les thématiques**

Thématiques	Projet		Montant	
	Mentions	%	%	Médiane \$
Alimentation et nutrition	35	15,9	12,8	37 500
Conditions de vie et environnement social	32	14,5	5,8	39 576
Dépendance*	7	3,2	1,0	30 000
Environnement physique	15	6,8	40,4	99 962
Habitudes de vie et maladies chroniques	59	26,8	18,8	27 615
Maladies infectieuses	23	10,5	5,5	34 000
Organisation des services sociaux et de santé	31	14,1	4,9	20 000
Politiques, théories et méthodes*	3	1,4	1,4	154 055
Pratiques et savoirs traditionnels	17	7,7	9,7	39 576
Prévention et promotion	42	19,1	14,7	25 624
Santé générale	16	7,3	2,2	35 775
Santé mentale	28	12,7	23,1	91 831
Traumatismes non intentionnels*	6	2,7	0,4	25 044
Violence*	6	2,7	0,5	22 330

*Note* : Le nombre de mentions est supérieur à celui des projets. Le pourcentage des mentions est calculé par rapport au nombre total de projets (N=220), le pourcentage des montants est calculé sur la somme des montants des 220 projets. L'astérisque invite à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats en raison du nombre peu élevé de mentions.

On peut de plus noter les différences de composition du financement selon les thématiques (tableau 9). Les financements d'infrastructures se concentrent en *Santé mentale* et en *Environnement physique*; on observe aussi que la proportion de bourses est élevée pour ces deux thématiques.

**Tableau 9 Projets financés selon les thématiques et le programme de financement**

Thématiques	Infrastructure	Bourse	Subvention	Total
	(n =22) %	(n =36) %	(n =172) %	(n=230) %
Alimentation et nutrition	11,4	11,4	77,1	100
Conditions de vie et environnement social	9,7	22,6	67,7	100
Dépendance*	0	28,6	71,4	100
Environnement physique	33,3	46,7	20,0	100
Habitudes de vie et maladies chroniques	6,8	20,3	72,9	100
Maladies infectieuses	4,3	8,7	87,0	100
Organisation des services sociaux et de santé	3,2	3,2	93,5	100
Politiques, théories et méthodes*	0	0	100	100
Pratiques et savoirs traditionnels	17,6	5,9	76,5	100
Prévention et promotion	4,8	2,4	92,9	100
Santé générale	0,0	6,3	93,8	100
Santé mentale	35,7	21,4	42,9	100
Traumatismes non intentionnels*	0	0	100	100
Violence*	0	0	100	100
<i>Total des projets</i>	<i>9,5</i>	<i>15,6</i>	<i>74,8</i>	<i>100</i>

Note : L'astérisque invite à une certaine prudence dans l'interprétation des résultats en raison du nombre peu élevé de mentions.

Le détail de la composition du financement permet de rendre compte du poids important que constituent les infrastructures en *Environnement physique* et en *Santé mentale* :

Ainsi, parmi les 14 projets en *Environnement physique* figurent :

- 5 projets d'infrastructures dont 3 qui dépassent un million de \$ (sur un total de 8 projets de plus d'un million de \$ dans la BRSA).

Parmi les 28 projets figurant en *Santé mentale*, on trouve :

- 10 projets d'infrastructures dont 4 de plus de 1 million de \$ (sur un total de 8 projets de plus d'un million de \$ dans la BRSA).

Le poids des infrastructures est aussi moins important pour les thématiques affichant des montants moins élevés, ainsi :

Parmi les 59 projets mentionnés en *Habitudes de vie et maladies-chroniques*, figurent :

- 4 projets d'infrastructures, dont un de plus de 1 million de \$ (associé à l'*Alimentation et la nutrition*).

Parmi les 42 projets se rapportant à la *Prévention-promotion* il y a :

- 2 projets d'infrastructures (l'un figure sous le thème *Santé mentale* et l'autre en *Alimentation et nutrition*) dont un de plus de 1 million de \$.

Parmi les 31 projets en *Conditions de vie et environnement social*, il y a :

- 3 projets d'infrastructures qui ne dépassent pas la barre des 100 000 \$.

Parmi les 31 projets pour le thème *Organisation des services de santé et services sociaux*, on observe :

- 1 projet d'infrastructure (10 000 \$).

Si l'on exclut les infrastructures (tableau 10), le ratio et la hauteur des montants (médians et moyens) diminuent significativement en *Environnement physique* et en *Santé mentale*. Toutefois, les montants médians demeurent les plus élevés, ceci indiquant que la majorité des projets reliés à ces deux thématiques bénéficient de montants plus élevés, que cela soit pour les subventions de recherche et les bourses. De plus, fait à souligner, les bourses sont fortement représentées dans ces deux thématiques, celles-ci étant plus nombreuses que les subventions de recherche en *Environnement physique* (voir tableau 9).

Par ailleurs, deux thématiques ressortent comme étant moins bien financées: soit l'*Organisation des services sociaux et de santé* et la *Prévention et promotion*. Dans ces deux thématiques, les montants médians et moyens y sont les plus faibles, les bourses y étant également peu fréquentes.

Pour ce qui est des projets en *Habitudes de vie et maladies chroniques*, l'écart entre le montant médian et moyen indique que les petits projets y sont nombreux (50 % des projets ont des montants inférieurs à 28 000 \$). Il existe toutefois quelques projets de grande envergure.

**Tableau 10 Projets financés et montants investis selon les thématiques, infrastructures exclues**

Thématiques	Projet %	Montant %	Montant	
			Moyenne \$	Médiane \$
Alimentation et nutrition	16,1	16,8	80 202	32 358
Conditions de vie et environnement social	14,5	15,1	79 802	40 564
Environnement physique	5,0	6,1	92 728	60 429
Habitudes de vie et maladies chroniques	27,6	34,5	95 877	27 615
Maladies infectieuses	11,6	15,1	100 587	34 000
Organisation services sociaux et santé	15,1	13,5	69 036	21 500
Pratiques et savoirs traditionnels	7,0	8,6	93 455	34 788
Prévention et promotion	20,1	15,9	60 689	23 999
Santé générale	8,0	6,1	58 131	35 775
Santé mentale	9,0	13,8	117 449	61 709

*Note :* Pour des raisons de pertinence et de validité, les données pour les thématiques ayant un nombre de mentions inférieur à 10 ne sont pas présentées (N=199 projets). Le grisé indique les ratios de montant inférieurs à ceux des projets.

### 2.3 MISE EN PERSPECTIVE DES DONNÉES FINANCIÈRES DE LA BRSA AVEC CELLE DE LA BRSS

Afin de mettre en évidence certaines tendances, les données associées au financement des projets de la BRSA ont été mises en perspective avec celles de l'ensemble des projets répertoriés dans la BRSS durant la même période, incluant ceux de la BRSA.

### 2.3.1 Comparaison des durées et montants

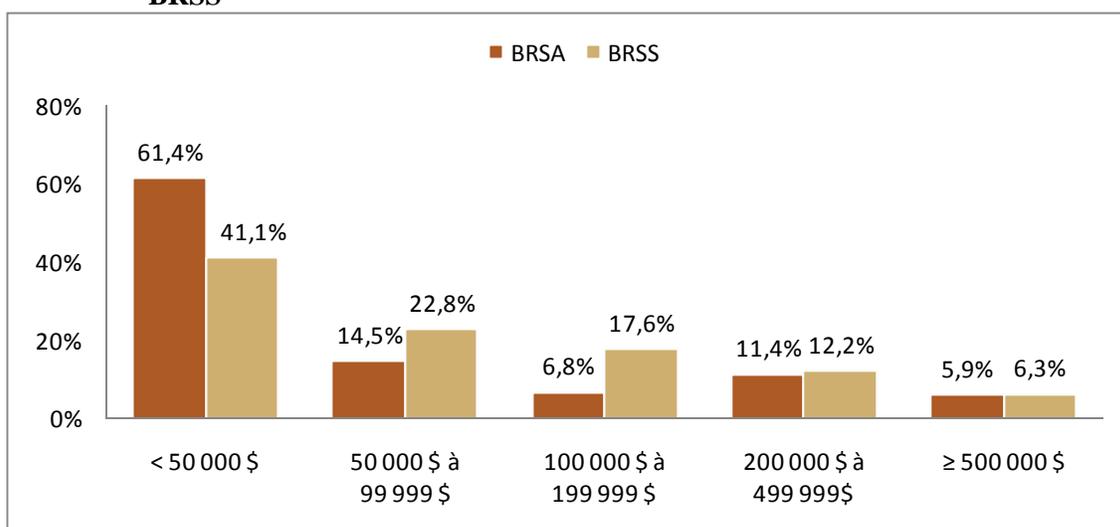
Le volume des projets de recherche en santé des Autochtones représente 0,7 % de l'ensemble des projets de la BRSS, le volume des montants représentant 0,9 % de tous les montants.

La durée (moyenne et médiane) et le montant médian des projets s'avèrent plus élevés dans la BRSS, par contre le montant moyen est plus élevé dans la BRSA (tableau 11).

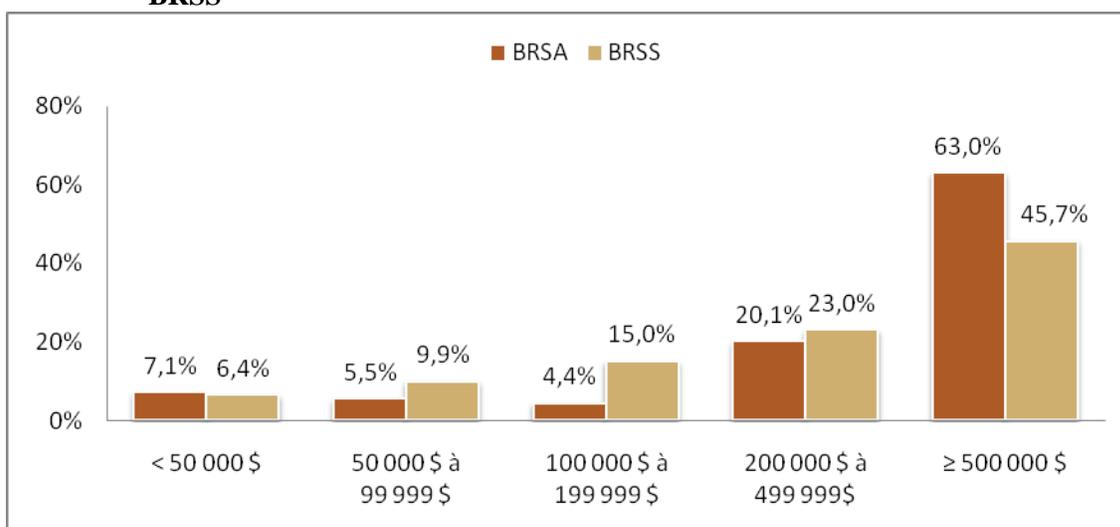
**Tableau 11 Comparaison des durées et des montants dans la BRSA et la BRSS**

	<b>BRSA</b> (N=220)	<b>BRSS</b> (N=30 025)
Durée (mois)		
Moyenne	26,6	37
Médiane	21	36
Montant (\$)		
Moyenne	192 766	162 625
Médiane	34 156	64 000

La comparaison de la répartition des projets (figure 8) et des montants investis (figure 9) selon la taille du financement permet d'éclairer les différences entre les montants (moyens et médians) de la BRSS avec ceux de la BRSA. Il y a en effet davantage de projets à petit budget dans la BRSA que dans la BRSS (dans la BRSA, 61,4 % affichent des montants inférieurs à 50 000 \$ versus 41,1 % dans la BRSS), ce qui se traduit par un montant médian moins élevé dans la BRSA. Par contre, les projets de grande envergure ont un poids financier plus important dans la BRSA que dans la BRSS (respectivement 63,0 % versus 45,7 % affichent des montants supérieurs à 500 000 \$), ce qui se traduit par un montant moyen plus élevé dans la BRSA.

**Figure 8 Comparaison des projets financés selon la taille du financement dans la BRSA et la BRSS**

Note : Le pourcentage est calculé sur le nombre de projets se trouvant dans l'une des 5 catégories de montant par rapport au nombre total de projets (BRSA N=220 et BRSS N=30 025).

**Figure 9 Comparaison des montants investis selon la taille du financement dans la BRSA et la BRSS**

Note : Le pourcentage précise le ratio des montants totaux se trouvant dans les 5 catégories de montants par rapport à la somme totale de tous les montants (BRSA N=220 et BRSS N= 30 025).

### 2.3.2 Comparaison des sources de financement

On observe les mêmes tendances dans la BRSA et dans la BRSS, à savoir que si le nombre de projets soutenus par des sources québécoises est élevé, les montants investis par les sources canadiennes sont plus importants (voir tableau 12). Ces tendances sont plus accentuées dans la BRSA : ainsi davantage de projets y sont financés par des sources québécoises (62,3 % des projets versus 39,7 % dans la BRSS); de même, la contribution financière des sources canadiennes y est plus élevée (86,6 % des montants contre 79,6 % dans la BRSS).

Si le PSSP et les IRSC jouent un rôle important dans le financement de la BRSA, leur contribution est différente dans la BRSS. Le PSSP finance près de 16 fois plus de projets dans la BRSA que dans la BRSS (50 % des projets contre 3,2 % dans la BRSS). Par ailleurs, la contribution financière de ce programme est aussi plus élevée dans la BRSA, même si celle-ci demeure de moindre importance (respectivement 3,2 % et 0,7 % des montants investis). La contribution des IRSC est également plus élevée dans la BRSA : ceux-ci y financent proportionnellement davantage de projets (23,6 % comparé à 18,1 % des projets dans la BRSS) et y ont une contribution financière plus importante (68,3 % contre 35,2 % des montants investis dans la BRSS).

**Tableau 12 Comparaison des projets financés et des montants investis selon l'origine du financement**

Sources	Projet		Montant	
	BRSA %	BRSS %	BRSA %	BRSS %
Canada	37,7	60,3	86,6	79,6
Québec	62,3	39,7	13,4	20,4
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

*Note :* Les pourcentages sont calculés par rapport à la somme des projets et de leurs montants (N=220 pour la BRSA et N= 30 025 dans la BRSS).

## 2.4 ÉVOLUTION DE LA RECHERCHE

Afin de mieux cerner l'évolution de la recherche en santé des Autochtones, il y a eu une observation des projets selon deux périodes de dix ans chacune.

Plusieurs projets chevauchaient les deux périodes ou ont commencé avant ou se sont terminés après ces deux périodes (voir schéma 3 pour leur catégorisation), leur répartition étant la suivante :

- 20 projets de la BRSA (soit 8,7 % des projets) ont commencé dans la première période (entre 1986 et 1996) et se sont poursuivis dans la seconde (1997 et 2006);
- 6 projets dans la BRSA (2,6 %) ont commencé avant 1986 et se sont terminés avant 1996;
- il n'y a pas de projets dans la BRSA qui ont commencé avant 1986 et se sont poursuivis au-delà de 1996.

### 2.4.1 Évolution du financement

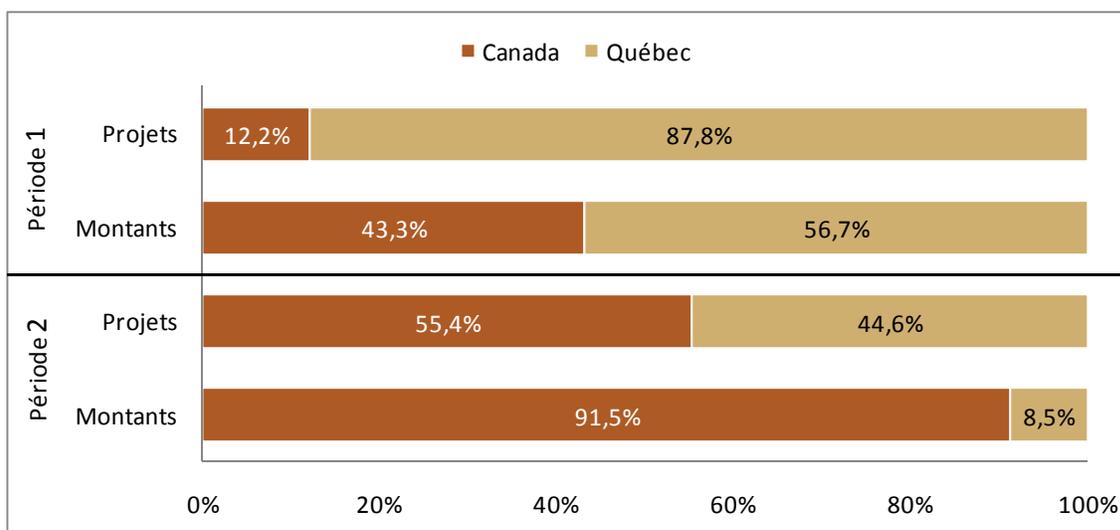
Si le nombre de projets et les montants investis ont augmenté durant la seconde période, la croissance des montants a été proportionnellement plus importante que celle des projets. Ainsi, si 59,1 % des projets ont été financés dans la seconde période, ceux-ci cumulent 89,7 % des montants investis (voir tableau 13). Les montants moyen et médian sont significativement plus élevés dans la seconde période.

**Tableau 13 Évolution des projets financés et des montants investis selon les périodes**

Période	Projet	Montant	Montant	
	%	%	Moyenne \$	Médiane \$
Période 1	40,9	10,3	48 682	26 250
Période 2	59,1	89,7	292 517	57 500
1986-2006	100,0	100,0	192 766	34 156

Note : Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de projets ou à la somme des montants (n=90 en période 1 et n=130 en période 2).

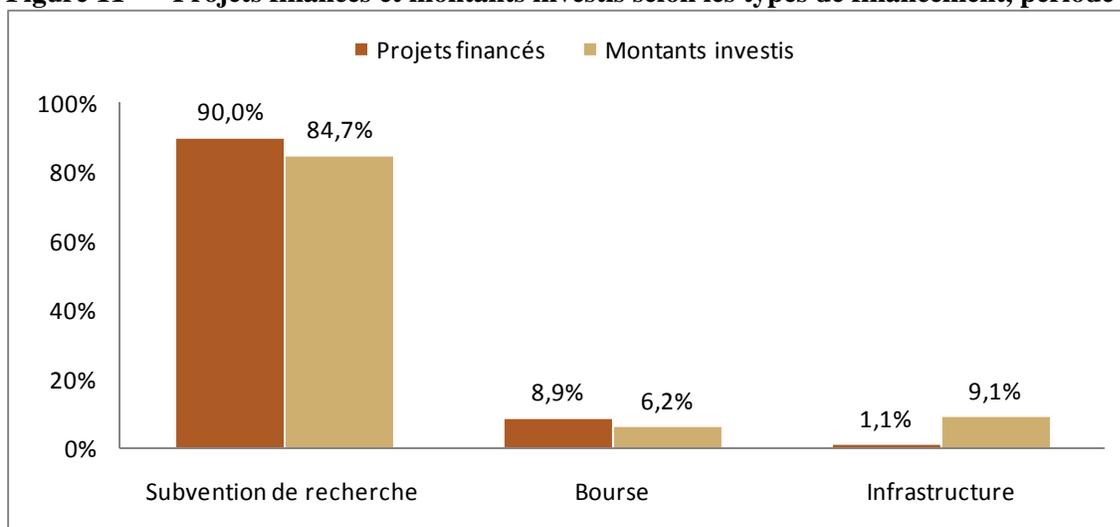
Pour la recherche en santé des Autochtones, la contribution des sources canadiennes par rapport aux sources québécoises a fortement varié selon les 2 périodes. En effet, si les sources canadiennes sont peu présentes durant la première période, elles occupent une place prépondérante dans le financement de la recherche en santé des Autochtones dans la seconde période sur le plan des projets financés mais surtout sur celui de montants investis (Figure 10). On peut souligner que dans la première période figurent uniquement des projets financés par le PNRDS et le CRSNG. Les projets financés par le CRSH et les IRSC le sont tous dans la seconde période.

**Figure 10 Projets financés et montants investis selon l'origine du financement et la période**

Note : Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de projets ou à la somme des montants (n=90 pour la période 1 et n=130 pour la période 2).

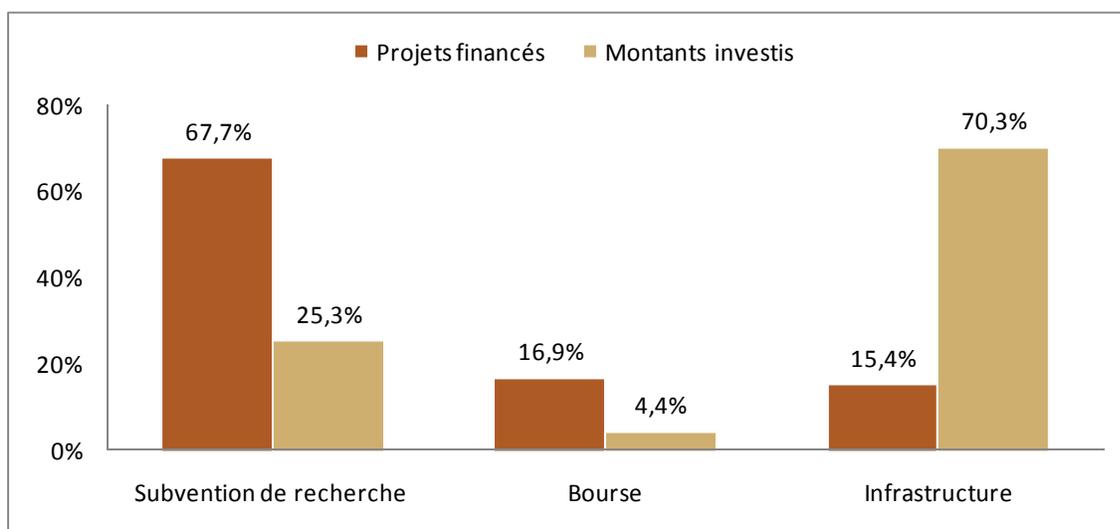
Les types de financement ont également varié entre ces deux périodes (figures 11 et 12). Si dans la première période, ce sont les subventions pour les projets de recherche qui prédominent (90 % des projets, 84,7 % des montants), dans la seconde période, il y a une augmentation importante des projets d'infrastructures : le nombre de projets d'infrastructures a été multiplié par 20 et leur poids financier a augmenté en conséquence. Les projets d'infrastructures cumulent ainsi près de 70,3 % des montants dans la seconde période. L'investissement dans les bourses a également augmenté puisque le nombre a été multiplié par 2,75 et la somme des montants par 6.

**Figure 11 Projets financés et montants investis selon les types de financement, période 1**



Note : Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de projets ou à la somme des montants (n=90).

**Figure 12 Projets financés et montants investis selon les types de financement, période 2**



Note : Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de projets ou à la somme des montants (n=130).

### 2.4.2 Évolution des projets

Si l'évolution du financement n'est pas uniforme, on constate également des évolutions et des changements plus ou moins marqués selon les thématiques, les territoires, les populations ou le contexte de recherche.

La couverture de certaines thématiques a varié entre les 2 périodes en nombre de projets financés et en montants investis (tableau 14).

D'une part, il y a eu un accroissement important des recherches se rapportant aux thématiques : *Santé mentale*, *Environnement physique* et *Conditions de vie et environnement social*. Parallèlement à cette croissance, on observe une augmentation très importante des montants en *Environnement physique* (de 9,9 % à 44 % des montants) et importante en *Santé mentale* (14,2 % à 24,1 % des montants). Cette évolution est à relier au financement d'infrastructures de recherche : ainsi en *Environnement physique*, les 5 projets d'infrastructures (dont 3 dépassant 1 M\$) ont tous été attribués dans la seconde période, de même en *Santé mentale*, 8 des 9 projets d'infrastructures (dont 4 dépassant 1 M\$) ont été attribués dans la seconde période. Pour *Conditions de vie et environnement social*, on observe que le ratio des montants a peu varié, celui-ci demeurant inférieur à celui des mentions dans les deux périodes, les 3 projets d'infrastructures ne dépassant pas la barre des 100 000 \$.

D'autre part, on observe une diminution du poids des mentions dans deux thématiques : *Habitudes de vie et maladies chroniques* (33,3 % en période 1 contre 22,3 % en période 2) et *Organisation des services sociaux et de santé* (18,9 % à 10,8 %). Parallèlement à cette diminution, la baisse des montants est proportionnellement plus accentuée (ceux-ci passant de 33,2 % à 17,2 % pour *Habitudes de vie et maladies chroniques* et de 9,6 % à 4,4 % en *Organisation des services sociaux et de santé*), l'écart entre le ratio des mentions et des montants s'est aussi accru dans la seconde période.

Enfin, on peut aussi noter une diminution des montants en *Maladies infectieuses* et en *Alimentation-nutrition*.

**Tableau 14 Projets financés et montants investis selon les thématiques et les périodes**

Thématiques	Période 1		Période 2	
	Mentions %	Montant %	Mentions %	Montant %
Alimentation et nutrition	15,6	19,0	16,2	12,1
Conditions de vie et environnement social	10,0	5,7	17,7	5,8
Environnement physique	3,3	9,9	9,2	44,0
Habitudes de vie et maladies chroniques	33,3	33,2	22,3	17,2
Maladies infectieuses	11,1	15,9	10,0	4,3
Organisation des services sociaux et de santé	18,9	9,6	10,8	4,4
Pratiques et savoirs traditionnels	7,8	8,0	7,7	9,9
Prévention et promotion	21,1	10,0	17,7	15,2
Santé générale	7,8	13,0	6,9	0,9
Santé mentale	5,6	14,2	17,7	24,1

*Note* : Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de projets ou à la somme des montants (N=220). Pour des raisons de pertinence et de validité, les données des thématiques ayant un nombre de mentions inférieur à 10 ne sont pas présentées.

En ce qui concerne les territoires ciblés (tableau 15), le nombre de projets a peu varié pour les territoires *conventionnés* et *non conventionnés* entre les deux périodes. Par contre, il y a eu une augmentation importante des projets concernant les *autres* territoires. Cette augmentation se traduit également par un accroissement des montants (moyen et médian) des projets ciblant d'*autres* territoires. Enfin, on remarque une augmentation non négligeable des montants (médian et moyen) pour les territoires *non conventionnés*.

**Tableau 15 Projets financés et montants investis selon le statut des territoires et les périodes**

Période 1	Projet		Montant		
	N	%	%	Moyenne \$	Médiane \$
Autres	9	10,0	15,5	75 588	30 000
Conventionné	72	80,0	77,1	46 916	25 624
Non conventionné	9	10,0	7,4	35 900	26 250
Total	90	100,0	100,0	48 682	26 250
Période 2	Projet		Montant		
	N	%	%	Moyenne \$	Médiane \$
Autres	52	40,0	71,1	519 716	101 925
Conventionné	68	52,3	18,7	104 471	32 759
Non conventionné	10	7,6	10,3	389 787	160 607
Total	130	100,0	100,0	292 517	57 500

Note : N=220.

Pour les groupes de populations ciblées, il y a une diminution significative du nombre de projets et des montants investis pour un groupe de population particulier, soit celui des *Enfants et jeunes* (tableau 16).

**Tableau 16 Projets financés et montants investis selon les groupes de population et les périodes**

Groupes de population	Période 1 (n=90)		Période 2 (n=130)	
	Mentions %	Montant %	Mentions %	Montant %
Autres	7,8	3,6	13,8	4,8
Périnatalité	6,7	2,6	10,8	3,6
Enfants et jeunes	24,4	28,5	19,2	7,9
<i>Sans distinction</i>	<i>61,1</i>	<i>65,3</i>	<i>59,2</i>	<i>84,6</i>

Note : Les pourcentages sont calculés par rapport au nombre total de projets et à la somme totale des montants, le nombre de mentions est supérieur à celui des projets.

### 3. DISCUSSION

Ce bilan permet de mieux circonscrire le domaine de la recherche « subventionnée » en santé des Autochtones et d'en décrire les principales caractéristiques. Il permet en effet de rendre compte de tendances quant aux populations autochtones visées, aux segments ou aux groupes de personnes ciblées ou aux thématiques de recherche, ainsi qu'en ce qui concerne le financement et l'évolution de la recherche.

#### 3.1 PORTÉE DES RÉSULTATS

L'une des contributions de ce bilan est d'avoir établi un cadre conceptuel qui, d'une part, s'articule avec les priorités stratégiques de la CSSSPNQL et, d'autre part, rend possible la reproduction de l'exercice et le suivi de l'évolution de la recherche en ce domaine.

Si ce bilan ne peut rendre compte de la totalité de la recherche dans ce domaine (notamment de la recherche non subventionnée), les constats et faits observés témoignent bien d'une réalité spécifique à la recherche en santé des Autochtones.

Ce bilan permet de dresser un portrait non seulement des domaines de recherche qui sont subventionnés mais aussi de l'organisation du financement, de sa composition et de son ampleur. Compte tenu que ce bilan couvre une longue période de temps, il permet également de repérer des tendances dans le soutien à la recherche. De plus, l'exploration des sites des Fonds subventionnaires et de centres de recherche travaillant sur la question autochtone, ainsi que la consultation du rapport réalisé par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone<sup>13</sup>, ont permis non seulement de préciser quelques aspects de l'organisation de la recherche mais également d'éclairer certains des phénomènes constatés. Plusieurs tendances relevées dans le présent bilan sont corroborées par celles énoncées dans le rapport du CCNSA, « *Regard sur la santé indigène* » publié en 2006, notamment en ce qui concerne des groupes de population et des thématiques, et ce, bien que les sources étudiées (projets de recherche subventionnée versus écrits scientifiques révisés par des pairs), les terrains d'étude (Canada versus Québec) et la période ciblée (1987-2006 versus 2001-2006) ne soient pas similaires.

Enfin, le recours à la BRSS permet de mettre en perspective certaines tendances avec celles de la recherche sociale et en santé. Le fait de s'inspirer de la démarche empruntée par le Bilan de la recherche en santé publique a permis également de repérer plus aisément les spécificités de la recherche en santé des Autochtones, en plus de confronter certaines hypothèses quant à l'influence de certains facteurs sur les orientations et l'organisation de la recherche.

#### 3.2 PRINCIPALES TENDANCES DE LA RECHERCHE EN SANTÉ DES AUTOCHTONES

L'un des principaux constats qui se dégage des résultats est la croissance de la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones sur une tranche de 20 ans, ce qui se traduit par une augmentation du volume de projets de recherche (multiplié par 1,4) mais surtout par la croissance des montants

---

<sup>13</sup> Greenwood M., *Regards sur la santé indigène*, une analyse environnementale, CCNSA, 2006.

investis (multiplié par 8,7) durant la seconde période. S'il y a eu globalement un essor de la recherche en santé des Autochtones, lorsqu'on affine et approfondit l'analyse, cette évolution n'est pas uniforme, c'est-à-dire qu'elle ne donne pas lieu aux mêmes variations selon les thématiques, les segments de population ou les Nations.

La seconde tendance est la diversité des projets de recherche portant sur la santé des Premières Nations et des Inuit, ce qui se traduit à la fois par la variété des contenus et sujets abordés ou les formes de recherche développées mais aussi par des tendances propres à certaines Nations, groupes de personnes ou thématiques.

En ce qui concerne les *Nations ciblées*, il ressort que les projets de recherche concernant les territoires conventionnés (Inuit ou Cris) sont plus nombreux mais plus fréquemment associés à des petits budgets, la très grande majorité étant financée par le PSSP. Les projets reliés aux Inuit sont légèrement plus nombreux que ceux reliés aux Cris. De plus, leurs sources de financement étant plus diversifiées, ceux-ci sont également mieux financés. Les projets qui concernent des *ensembles plus vastes de population* (catégories *autres*) sont moins nombreux; par contre les projets de grande envergure financés par les IRSC, le CRSH ou le PNRDS y sont plus fréquents. La croissance a surtout touché les projets ciblant des *ensembles de population plus vastes*, tant sur le plan des volumes de projets que des montants octroyés, ceux-ci abritant la plupart des subventions d'infrastructures octroyées par les IRSC. Les projets de recherche concernant les Nations situées dans des territoires non conventionnés sont peu fréquents, mais leur financement a augmenté durant la seconde période avec notamment l'essor d'un pôle de recherche dans le domaine de la prévention du diabète (projet *Kahnawake center for research and training in diabetes prevention- KCRTDP*).

Parmi les *segments de population ciblée*, la *Petite-enfance et la périnatalité* ainsi que les *Enfants et les jeunes* sont les deux segments de population les plus fréquemment étudiés. Par contre, les projets reliés à ces groupes bénéficient de montants moindres par rapport aux projets qui n'étudient pas un segment particulier de population. L'évolution du volume de projets et surtout celle des montants investis indiquent que la croissance générale a peu profité aux projets portant sur la *Petite enfance et la périnatalité*, et encore moins à ceux portant sur les *Enfants et les jeunes*. Par ailleurs, on peut noter que le taux de projets sur la *Petite-enfance et la périnatalité* est presque équivalent à celui observé dans le rapport du CCNSA en ce qui concerne les publications se rapportant à la santé des mères et de la petite enfance (9,1 % de projets vs 11,4 % de publications, voir annexe 6).

*Pour les thématiques*, certaines paraissent peu couvertes et d'autres davantage investies. Tout d'abord, il ressort que ce ne sont pas les thématiques qui ont suscité le plus de demandes de subventions qui reçoivent le plus de financement. Ainsi, si les *Maladies chroniques et les habitudes de vie*, la *Prévention et la promotion* prédominent sur le plan du nombre de projets (2/5 des projets sont reliés à ces 2 thématiques), les 3/4 des montants sont orientés sur deux autres thématiques où se concentrent les projets d'envergure soit : l'*Environnement physique* et la *Santé mentale*. Ensuite, l'intérêt pour certaines thématiques a considérablement varié entre les deux périodes. Ainsi, il y a eu une croissance importante des projets et surtout des montants investis en *Environnement physique* et en *Santé mentale* et, dans une moindre mesure, en *Conditions de vie et Environnement social*. Par contre, l'essor de la recherche a moins concerné l'*Organisation des services*, les *Maladies chroniques et habitudes de vie*

et, dans une moindre mesure, les *Maladies infectieuses*. Par ailleurs, certaines thématiques demeurent peu couvertes, telles que *Dépendance*, *Politiques théories et méthodes*, *Traumatismes non intentionnels* et *Violence*. On peut enfin souligner que les résultats tendent à corroborer ceux énoncés dans le rapport du CCNSA. Ainsi, il y a moins de 5 % d'écart entre les taux de projets (BRSA) et de publications (CCNSA) sur plusieurs thématiques communes aux deux études. On retrouve des résultats similaires pour les thématiques suivantes : *Environnement physique et toxicologie*, *Maladies chroniques*, *Maladies infectieuses*, *Santé mentale*, *Traumatismes non intentionnels* regroupé avec *Violence* (voir Annexe 6). Du fait que les catégorisations ne sont pas similaires, on ne peut pas toutefois comparer les résultats pour les thématiques suivantes : *Alimentation-nutrition*, *Conditions de vie-environnement social*, *Organisation des services sociaux et de santé*, *Politiques-Théories et méthodes*, *Pratiques-savoirs traditionnels*, *Prévention-promotion*, *Santé générale*.

Enfin, une autre tendance est celle de la présence du réseau de la santé et des services sociaux du Québec dans la recherche sur ce domaine. En effet, les projets de recherche en santé des Autochtones ne sont pas en majorité gérés par des universités, comme cela est le cas pour l'ensemble des projets répertoriés dans la BRSS, mais plus souvent par des organismes du réseau de la santé et des services sociaux. Cet état de fait pourrait être relié à la proportion importante de projets financés par le PSSP, celui-ci encourageant le partenariat avec les milieux d'intervention. Ceci peut témoigner également du rôle joué par les acteurs possédant une bonne connaissance du terrain et des réseaux sociaux pour faciliter la réalisation des recherches en milieu autochtone. En effet, dans plusieurs recherches, on retrouve à titre de collaborateurs, des personnes œuvrant depuis de nombreuses années dans le réseau de la santé et des services sociaux en milieu autochtone. Les données ne permettent toutefois pas de préciser la réelle participation des communautés autochtones aux projets de recherche.

En ce qui concerne l'affiliation universitaire, on note que la majorité des affiliations des chercheurs sont reliées à l'Université McGill en recherche en santé des Autochtones (BRSA). Cette situation diffère de celle dans la recherche sociale et en santé (BRSS) où la proportion d'affiliations à l'Université de Montréal et, dans une moindre mesure, à l'Université Laval est beaucoup plus élevée.

### 3.3 FINANCEMENT

L'analyse du financement et son organisation fait apparaître des tendances divergentes au sein de la recherche en santé des Autochtones. On constate une certaine forme de dichotomie de la recherche avec sa polarisation autour de deux réalités très différentes, avec d'un côté, la réalité d'une recherche plus ou moins disparate composée d'une myriade de petits projets et, de l'autre, celle d'infrastructures majeures qui drainent une grande partie des financements de recherche autour de thématiques pointues. Le PSSP et les IRSC apparaissent jouer un rôle majeur dans cette organisation du développement de la recherche en santé des Autochtones, la contribution de ces deux sources de financement étant fort différente.

**Le PSSP** a financé près de la moitié des projets répertoriés, mais sa contribution représente moins de 10 % des montants investis, cet investissement ayant par ailleurs peu varié. Une des caractéristiques de ce programme est de soutenir des projets de recherche appliquée s'adressant principalement à un bassin précis de population. En effet, « le PSSP est décentralisé afin de tenir compte des besoins

régionaux<sup>14</sup> ». Il est aussi logique que ce programme ait été principalement utilisé dans les deux directions de santé publique desservant spécifiquement des populations autochtones, à savoir la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik et le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la Baie-James. De plus, il est intéressant de noter que ce programme a également soutenu des projets ciblant des populations autochtones situées dans des territoires non conventionnés, en particulier des projets auprès des communautés algonquines (DSP de l'Abitibi-Témiscamingue) et atikamekw (DSP de la Haute-Mauricie-Centre du Québec). Par ailleurs, les orientations du PSSP tendent à rejoindre les nouvelles orientations prônées par les grands organismes subventionnaires (IRSC-CRSH) et instances autochtones en matière de participation et d'utilité des recherches; en effet celui-ci vise à « associer les milieux de l'intervention et ceux de la recherche pour assurer la rigueur scientifique et générer des retombées concrètes, tant en ce qui concerne les populations visées que les interventions et pratiques des différents acteurs<sup>13</sup> ». Toutefois, eu égard aux montants octroyés, les ambitions de ce programme ne peuvent que demeurer modestes, celui-ci ne pouvant seul contribuer au développement et à la structuration de la recherche en santé des Autochtones.

**Les IRSC** occupent une place prépondérante dans le financement de la recherche en santé des Autochtones. Bien que relativement récent, le rôle des IRSC s'avère majeur de par l'importance du soutien financier, mais aussi des orientations en matière de contenu et d'organisation de la recherche (programmation scientifique, soutien à la relève et aux activités de réseautage et développement d'infrastructure).

Il est en effet difficile de ne pas relier l'essor des projets de recherche à la mise en place de programmes visant spécifiquement le développement de la recherche dans le domaine de la santé autochtone. Il faut mentionner tout d'abord le programme de soutien à la recherche autochtone du PRNDS en 1999, qui a précédé en 2000 la mise en place des IRSC et de l'Institut en santé autochtone, l'ISA étant une première sur les scènes canadienne et internationale, puisque celui-ci est le seul organisme subventionnaire exclusivement consacré à la santé des Autochtones.

De plus, dans le cadre de ses activités, l'ISA a contribué à orienter les investissements de recherche sur des thématiques précises comme en environnement physique et en santé mentale. En effet, dans le contexte du programme « Cadres de développement de la capacité autochtone de recherche en santé (CDCARS) » l'ISA a notamment mis sur pied autour de problématiques précises un réseau national de centres de recherche, deux centres figurant au Québec soit:

- Le Réseau national de recherche en santé mentale chez les Autochtones<sup>15</sup> (créé en 2001 et situé à l'Hôpital général juif Sir Mortimer B. Davis à Montréal).
- Le Centre Nasivvik sur la santé des Inuit et les changements environnementaux<sup>16</sup> (créé en 2003 et situé à l'Université Laval).

---

<sup>14</sup> [http://www.santeestrie.qc.ca/sante\\_publique/direction/programme\\_de\\_subventions\\_en\\_sante\\_publique.php](http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publique/direction/programme_de_subventions_en_sante_publique.php)

<sup>15</sup> L'Équipe de recherche en santé mentale chez les autochtones (ERSMA) est une collaboration entre des praticiens en santé mentale communautaire et des chercheurs universitaires. L'équipe se compose de spécialistes des sciences sociales, de praticiens en santé mentale, d'éducateurs et de travailleurs de la santé et des services sociaux de première ligne qui s'emploient à repenser les hypothèses des différentes pratiques de la recherche en santé mentale chez les autochtones. <http://www.mcgill.ca/namhr/>

Outre ces deux pôles de recherche, les IRSC ont participé à la consolidation d'une infrastructure de recherche de très grande envergure autour des Inuit et de l'environnement physique, à savoir :

- Le Centre d'excellence ArcticNet sur les changements climatiques et les Inuit<sup>17</sup> (qui a également bénéficié du soutien financier de très grandes sources de financement reliées à Industrie Canada ou à l'*International Polar Year* notamment).

Ces 3 grandes infrastructures qui drainent une partie importante des financements de recherche sont des pôles de développement de la recherche : outre que ceux-ci disposent de fonds propres pour subventionner des projets de recherche (cas d'ArcticNet et de Nasivvik), ils offrent les conditions pour favoriser les regroupements et l'émergence d'initiatives. Le fait que les subventions de recherche et de surcroît les bourses soient beaucoup plus élevées en *Environnement physique* et en *Santé mentale* illustre l'effet synergique mais aussi centripète que créent ces grandes infrastructures de recherche.

Par ailleurs, les IRSC ont contribué également à consolider des équipes de recherche sur certaines questions spécifiques touchant les *Habitudes de vies et maladies chroniques*, avec :

- La Chaire de recherche du Canada sur l'environnement, la nutrition et la santé ou Le Centre d'études sur la nutrition et l'environnement des peuples autochtones (Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment - CINE) dont les chercheurs collaborent avec ceux d'ArcticNet.
- Le *Kahnawake center for research and training in diabetes prevention - KCRTDP* pour la prévention du diabète (subventionné par les IRSC en tant qu'Alliances communautaires pour la recherche en santé ACRS<sup>18</sup>).

Le même constat de dichotomie de la recherche peut s'appliquer pour la thématique *Habitudes de vies et maladies chroniques* : d'un côté figurent un grand nombre de petits projets dispersés sur tout le spectre reliés à ce thème et, de l'autre, deux infrastructures de recherche aux orientations de recherche très spécialisées.

Si l'on peut s'interroger sur les implications sur la recherche et, au final, sur la santé des Autochtones, de cette forme de « saupoudrage » du PSSP ou de concentration des financements avec les IRSC, on peut également questionner la faible contribution de certaines sources de financement.

---

<sup>16</sup> « Le Centre Nasivvik (ERRSA, Université Laval) étudie les interactions complexes à la base de la santé des populations entourant les thèmes de l'alimentation, de l'eau ainsi que des remèdes et des médicaments traditionnels et naturels. Le centre fait participer activement les Inuit, les étudiants et les autres membres des collectivités des quatre régions inuites du Nord canadien : Nunatsiavut, Nunavik, Nunavut et la région désignée des Inuvialuit. » <http://www.cih-irsc.gc.ca/f/27071.html>

<sup>17</sup> ArcticNet regroupe « plus de 110 chercheurs, issus de 27 universités canadiennes, 8 ministères fédéraux et 11 départements provinciaux qui collaborent avec des équipes de recherche du Danemark, de l'Espagne, des États-Unis, de la Finlande, de la France, du Groenland, du Japon, de la Norvège, de la Pologne, du Royaume-Uni, de la Russie et de la Suède. » <http://www.arcticnet.ulaval.ca/index.php?fa=ArcticNet.aboutUs.fr>

<sup>18</sup> Les ACRS ont été créés par les IRSC sur le modèle des ARUQ en 2001. Le but visé par le programme des ACRS est de favoriser des recherches de grande qualité qui seraient utiles à des groupes et organismes communautaires.

**Le CRSH et le FRSQ** paraissent peu présents dans la recherche en santé des Autochtones. On peut supposer que les nouvelles orientations de ces deux Fonds subventionnaires vont se traduire par un accroissement de leur soutien à la recherche dans le domaine de la santé des Autochtones. Ces deux organismes ont en effet mis depuis peu la recherche autochtone à l'agenda de leurs orientations stratégiques, soit à partir de 2002 pour le CRSH (le Programme Réalités autochtones a été établi en 2004) et tout récemment pour le FRSQ, dans l'énoncé de ses orientations stratégiques 2007-2010. On peut souligner que les données de la BRSS et la période étudiée ne permettent pas de rendre compte des nouvelles orientations de ces deux Fonds subventionnaires.

Enfin, on peut également souligner le faible nombre d'infrastructures de recherche développée sur la base d'un partenariat avec les communautés dans le domaine de la santé des Autochtones. Ainsi durant la période étudiée, il n'y a eu qu'une seule infrastructure créée sous le modèle d'Alliances communautaires pour la recherche en santé (ACRS) soit le *Kahnawake center for research and training in diabetes prevention* et aucune sous le modèle d'Alliances de recherche universités communautés (ARUC). On peut toutefois souligner qu'une subvention a été attribuée tout récemment pour la constitution d'une ARUC, impliquant Dialog et le Regroupement des centres d'amitiés autochtones, autour de la question des Autochtones et de la ville : *Les Autochtones et la ville au Québec : identité, mobilité, qualité de vie et gouvernance*.

### **3.4 PERSPECTIVES ET DÉFIS**

Ce bilan, à l'instar du Bilan de la recherche en santé publique, permet de mieux circonscrire le domaine de recherche en santé des Autochtones, mais aussi de rendre compte de l'influence des politiques en matière de santé et des orientations de la recherche sur l'organisation et l'ampleur du soutien accordé à ce domaine de recherche.

Ainsi, la Politique de la santé et du bien-être (MSSS, 1992), qui a marqué le développement de la Santé Publique au Québec, a eu un effet certain sur les orientations de la recherche en santé publique, notamment autour de la question du *développement, de l'adaptation et l'intégration sociale*. De même, cette étude met en évidence le rôle joué par l'Institut en santé des Autochtones (ISA) sur le développement de pôles de recherches autour de problématiques pointues comme l'environnement physique, la santé mentale ou la nutrition et la prévention des maladies chroniques (diabète). Si on peut saluer cette initiative, on peut toutefois se demander, comme dans le Bilan de la recherche en santé publique, si la structure actuelle du financement « ne risque pas d'entraîner un certain essoufflement chez les chercheurs qui s'intéressent à des thèmes et domaines moins financés mais néanmoins pertinents » (Larendeau et al, 2007, p.87).

Le fait que la très grande majorité des recherches en santé des Autochtones bénéficie de financement très modeste et que le soutien à la relève en dehors des pôles de recherche soit faible, conduit à s'interroger sur les capacités réelles de la recherche à contribuer à l'amélioration de la santé des Autochtones.

La recherche en santé des Autochtones est un domaine de recherche relativement jeune et en construction où il semble primordial d'arrimer le développement aux réalités et préoccupations des

communautés autochtones. Dans leur document d'orientation, les principaux bailleurs de fonds (IRSC, CRSH, PSSP) mettent de l'avant l'importance de la participation des individus et communautés au processus d'une recherche, que cela soit en tant qu'acteurs mais aussi que principaux bénéficiaires. Le présent bilan ne permet pas de préciser la réelle participation des communautés autochtones au processus de recherche tout comme leur utilité et bénéfice, mais on peut se demander si certaines pratiques de recherches ancrées à la réalité des communautés, comme la recherche-action, la recherche participative et la recherche interventionnelle, sont soutenues à leur juste mesure. Les règles actuelles de reconnaissance académique contraignent et limitent bien souvent ce type de pratique. De plus, le partage et l'utilisation des connaissances, qui sont l'une des clés de voute de ce type de recherche, requièrent temps et financement et ne sont pas toujours bien soutenus.



## CONCLUSION

Ce bilan confirme l'intérêt de disposer d'un portrait de la recherche en santé des Autochtones qui en dresse les contours et les caractéristiques afin de pouvoir agir plus adéquatement sur son évolution et plus efficacement sur ses lacunes et faiblesses. On peut aussi supposer que celui-ci répond effectivement, parmi les objectifs de la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador énoncés dans son plan directeur 2007-2017, à celui « d'identifier les lacunes dans nos connaissances et de proposer de nouvelles pistes de recherche. »

Il ressort des résultats que la santé des Autochtones est un domaine de recherche en construction qui est loin d'être uniforme. Il est aussi opportun d'aborder ce domaine non comme un ensemble monolithique mais en tenant compte de ses particularités et des diverses tendances qui le traversent.

Par ailleurs, comme le mode de soutien de la recherche et les incitatifs financiers ont des implications sur les choix d'objets de recherche et les initiatives des chercheurs, on peut s'interroger si l'orientation actuelle du développement de la recherche autour de grands pôles de recherche ne se fait pas au détriment du développement de la recherche sur d'autres thématiques toutes aussi importantes pour la santé des Autochtones. On peut également se demander si l'organisation actuelle du soutien à la recherche permet de répondre pleinement aux préoccupations et aux besoins en matière de recherche face aux priorités de santé des communautés autochtones.

Il semble en effet qu'il y a, comme le précise le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone dans son rapport sur la recherche en santé des Autochtones, « la nécessité, d'une part, d'augmenter la recherche sur le terrain, tant pour comprendre les mécanismes à l'œuvre que pour appliquer les solutions et, d'autre part, de se pencher davantage sur les déterminants sociaux de la santé ». (Greenwood, 2006, p.6).

La reprise de ce bilan à moyen et long terme permettrait de rendre compte de l'évolution de la recherche et de l'infléchissement ou non de certaines tendances. Enfin, on ne peut que souhaiter que pour contribuer à améliorer la santé des Autochtones, les résultats de ce bilan soient repris et utilisés par les diverses instances autochtones, les gestionnaires du réseau de la santé et des services sociaux, les Fonds subventionnaires et les décideurs des différents gouvernements.



## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Agence de la santé et des services sociaux de l'Estrie, *Programme de subventions en santé publique*, [En ligne],

[http://www.santeestrie.qc.ca/sante\\_publicue/direction/programme\\_de\\_subventions\\_en\\_sante\\_publicue.php](http://www.santeestrie.qc.ca/sante_publicue/direction/programme_de_subventions_en_sante_publicue.php) (Page consultée le 8 octobre 2009)

ArcticNet, *Raison d'être*, [En ligne], 2004-2009,

<http://www.arcticnet.ulaval.ca/index.php?fa=ArcticNet.aboutUs.fr> (Page consultée le 8 octobre 2009)

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador, 2007, *Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017. Remédier aux disparités... Accélérer le changement*, [En ligne], Québec.

<http://www.cssspnql.com/fr/nouvelles/documents/Plan%20directeur.pdf>

Conseil de recherches en sciences humaines du Canada (CRSH), 2003, *Les possibilités de la recherche autochtone. Résultats du Dialogue du CRSH sur la recherche et les peuples autochtones*, [En ligne], Ottawa. [http://www.sshrc-crsh.gc.ca/site/apply-demande/background-reenseignements/aboriginal\\_backgrounder\\_f.pdf](http://www.sshrc-crsh.gc.ca/site/apply-demande/background-reenseignements/aboriginal_backgrounder_f.pdf)

Dialog, *Codex bibliographique*, [En ligne], <http://www.reseaudialog.qc.ca/rub3.asp?rub=3&srub=3.3> (Page consultée le 8 octobre 2009)

Greenwood, M., 2006, *Regards sur la santé indigène : une analyse environnementale*, Prince George, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Instituts de recherche en santé du Canada, 2007, *Lignes directrices des IRSC pour la recherche en santé chez les peuples autochtones*, [En ligne], Ottawa. <http://www.irsc-cihr.gc.ca/f/29134.html> (Page consultée le 8 octobre 2009)

Instituts de recherche en santé du Canada, *Environnement réseau pour la recherche sur la santé des Autochtones (ERRSA)*, [En ligne], Ottawa. <http://www.cihr-irsc.gc.ca/f/27071.html> (Page consultée le 8 octobre 2009)

Laurendeau, M.-C., Hamel, M., Colin, C. & Disant, M.-J., 2007, *Bilan de la recherche en santé publique au Québec (1999-2004)*, [En ligne], Québec, Institut national de santé publique du Québec et ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. <http://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/625-BilanRechSantePub1999-2004.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, 2002, *PSSP : Programmes de subventions en santé publique pour projets d'étude et d'évaluation. Orientations, objectifs et paramètres de gestion*, [En ligne], Québec. <http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2001/01-221-02.pdf>

Ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec, *La politique de la santé et du bien-être*, [En ligne], Québec, 1998, [http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92\\_713.pdf](http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/1992/92_713.pdf)

National Network for Aboriginal Mental Health Research (NAMHR), *Welcome to the NAMHR Website*, [En ligne], <http://www.mcgill.ca/namhr/> (Page consultée le 8 octobre 2009)



## **ANNEXE 1**

### **PRINCIPES DE SÉLECTION ET CRITÈRES D'INCLUSION ET D'EXCLUSION**



## ANNEXE 1 Principes de sélection et critères d'inclusion et d'exclusion

### **Principe de sélection: « Les Autochtones du Québec sont ciblés comme population spécifique ou comme une des populations autochtones à l'étude »**

Sont considérés comme devant être inclus, les projets de recherche dont la population inclut les Autochtones du Québec, ou autrement dit, est inclus, un projet de recherche qui a pour population à l'étude une ou plusieurs Nations du Québec, les Inuit du Québec ou qui concernent les Autochtones en général incluant ceux du Québec.

EST EXCLU de la Banque de recherche en santé des Autochtones (BRSA) un projet qui a pour population à l'étude exclusivement des Autochtones situés hors du Québec.

EST EXCLU de la Banque de recherche sur les Autochtones (BRA) un projet qui a pour population celle du Québec sans mention à celle des Autochtones.

### **Exemple de projets inclus dans la BRSA**

*Ex. : The social support and health relationship: establishing its value for Aboriginal health in Canada.*

*Ex. : The determinants of non-insulin-dependent diabetes in a Canadian aboriginal population: Shifting the focus from genetics to social and economic circumstances.*

*Ex. : Features of epidemiology of Streptococcus pneumoniae (serotype 1) in the Arctic (ASTIS).*

### **Exemples de projets exclus de la BRSA**

*Ex. : Aboriginal health in British Columbia: policy and representation.*

*Ex. : Food security in Nunavut: Traditional and market foods.*

### **Exemples de projets exclus de la BRA**

*Ex. : Recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.*

### **Décisions concernant quelques zones grises (validées par le Comité de suivi)**

*Ex. : Projet d'intervention et d'évaluation auprès des clientèles les plus à risque de suicide ou de tentative de suicide.*

Le projet est exclu car celui-ci ne traite pas explicitement de cette question pour les Autochtones du Québec.

*Ex. : Les effets des contaminants de l'environnement sur le système immunitaire des nouveau-nés de la Basse-Côte-Nord.*

Le projet est inclus car celui-ci étudie les effets dans la population des nouveau-nés incluant les nouveau-nés autochtones.

**Principe de sélection: « La santé est la variable dépendante »**

Sont considérés comme devant constituer la base de données sur la recherche sur la santé, les projets de recherches qui ont un lien explicite avec la santé des Autochtones, ou autrement dit sont inclus les projets pour lesquels la santé est la variable dépendante.

EST EXCLUS un projet qui traite des conditions de vie, de l'environnement social, de l'environnement physique, des habitudes de vie, etc. des Autochtones (du Québec ou en général) etc. mais qui ne fait pas de lien explicite avec la santé des individus ou des populations.

**Exemples de projets EXCLUS selon ce principe :**

**Études sur des phénomènes physiques, chimiques, biologiques etc. qui n'ont pas de lien direct avec la santé des individus ou des populations :**

- Ex. : *Arctic microbial biodiversity and ecology*
- *Surveillance des contaminants atmosphériques dans le Nord : mesure des concentrations d'organochlorés<sup>19</sup>.*
- Ex. : *Étude des nouveaux contaminants dans les œufs d'oiseaux de mer de l'Arctique<sup>1</sup>*
- Ex. : *Effets neurotoxicologiques, thyroïdiens et systémiques d'une exposition transplacentale et par le lait maternel des rats de Sprague-Dawley aux éthers diphényles polybromés (PBDE).*

**Études sur des phénomènes ou des changements, sociaux, environnementaux, technologiques, etc. qui n'ont pas de lien explicite avec la santé des populations**

- Ex. : *Aide à la publication de la démographie des Autochtones du Canada.*
- Ex. : *L'enseignement des mathématiques auprès d'élèves inuit de 5 à 8 ans : une nécessaire prise en compte du contexte.*
- Ex. : *Les entités suprahumaines dans la tradition orale inuit contemporaine : éléments d'étude de l'univers invisible aux îles Belcher et au Nunavik.*
- Ex. : *Language socialization in homes and schools of mohawk and algonquin children*
- Ex. : *Leaders, discours et changement social chez les Inuit du Nunavik.*
- Ex. : *La transmission des valeurs spirituelles et des savoirs chamaniques : l'ukpirijatuqait comme dialogue entre les aînés et les jeunes inuit.*
- Ex. : *DIALOG - Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones.*

**Exemples de projets INCLUS selon ce principe :**

**Étude médicale, génétique, toxicologique, pharmacologique, essai clinique en lien avec la santé des individus :**

- Ex. : *Addressing the needs of First Nations and aboriginal communities : genetics research as a focus.*
- Ex. : *Facteurs génétiques et environnementaux déterminant le statut hormonal des hommes et des femmes Inuit.*
- Ex. : *Conséquences neurologiques et motrices à long terme d'une exposition prénatale à des substances neurotoxiques chez des enfants inuit d'âge préscolaire.*

---

<sup>19</sup> Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord (PLCN)

### **Recherche reliée à une pathologie, au traitement et expérience de la maladie**

- Ex. : *Équipe de recherche sur la santé mentale des Autochtones.*
- Ex. : *The role of chlamydia trachomatis in respiratory disease in inuit children.*
- Ex. : *Facteurs de rémission des femmes autochtones de la réserve de Mashteuiatsh ayant présenté une consommation problématique de substances psychoactives.*
- Ex. : *The determinants of non-insulin-dependent diabetes in a Canadian aboriginal population: Shifting the focus from genetics to social and economic circumstances.*

### **Recherche sur les liens entre l'État de santé et de bien-être (ESBE) des populations et ses déterminants :**

- Ex. : *Kinship, colonialism, and well-being among the inuit.*
- Ex. : *Le rôle du rejet dans l'étiologie du suicide dans les communautés autochtones.*
- Ex. : *Style de vie et VIH/sida chez les Premières Nations du Québec.*
- Ex. : *La violence physique faite aux femmes inuit : facteurs socio-culturels.*
- Ex. : *Le savoir des femmes inuit en rapport avec la nourriture et les soins à donner à l'enfant.*
- Ex. : *Réseaux sociaux et alimentation chez les Inuit.*
- Ex. : *Autochtones en milieu urbain : stratégies d'adaptation.*

### **Recherche en lien avec la connaissance et la surveillance de la ESBE des populations**

- Ex. : *Proportion de crimes attribuable à l'alcool et aux drogues.*
- Ex. : *Characterization of the human papillomavirus infection among a population of Inuit women in Quebec.*
- Ex. : *État de santé des populations autochtones du Nord québécois : vers une planification des soins de santé (PLASANNOUQ : Planification-Santé-Nouveau-Québec).*
- Ex. : *Effets de l'exposition prénatale aux substances organochlorées sur l'incidence d'infections aiguës chez les enfants Inuit du nord du Québec.*
- Ex. : *Effets de l'exposition prénatale et postnatale aux contaminants et aux métaux lourds sur le système immunitaire des enfants Inuit.*
- Ex. : *Environmental contaminants, food security and indigenous peoples of the North.*
- Ex. : *Le virus du papillome humain et le cancer du col utérin dans une population inuit du nouveau Québec.*

### **Recherche sur l'organisation de services, sur des projets d'intervention, de prévention, de promotion, de protection de la santé :**

- Ex. : *L'intervention en santé mentale : pour une méthodologie du développement communautaire chez une population autochtone.*
- Ex. : *Évaluation du projet de cuisine éducative en vue de contrer l'anémie ferriprive chez les femmes enceintes et les enfants de la communauté inuit de Kuujjuaraapik.*
- Ex. : *Prévention et contrôle des maladies infectieuses dans une population autochtone urbaine et vulnérable : Perspectives pour une intégration et une continuité des services s'adressant à cette population.*

### **Décisions concernant quelques zones grises (validées par le Comité de suivi)**

**\*Sont considérés comme FAUX par manque d'information (FMI)**, les projets se rapportant aux Autochtones dont on ne dispose pas assez d'information (soit par le titre, le résumé, les descripteurs de la BRSS, les auteurs) pour statuer de leur appartenance ou non au domaine de la recherche en santé des Autochtones.

- *Ex. : Relogement à Umiujaq des Inuit de Kuujjuarapik : reconstruction des formes de solidarités.*
- *Ex. : Rôle et place des institutions pénales dans la trajectoire de vie des femmes autochtones.*
- *Ex. : Les savoirs autochtones, un rapport aux savoirs de l'humanité.*
- *Ex. : « Métiers non-traditionnels » ou « personnes non-traditionnelles » ? Catégories sociales de sexe et division sexuelle des tâches en milieu inuit et québécois.*
- *Ex. : Les facteurs déterminants de la qualité des relations entre autochtones et non-autochtones dans les villes de taille moyenne.*

**ANNEXE 2**

**CARTE DES NATIONS AUTOCHTONES**



## ANNEXE 2 Carte des Nations autochtones





## **ANNEXE 3**

### **DÉFINITIONS DES GROUPES CIBLES**



## ANNEXE 3 Définitions des groupes cibles

### 1- Périnatalité et petite enfance

Sous cette catégorie sont répertoriés des projets qui traitent de la périnatalité, de la grossesse, des relations mère-enfant, de l'allaitement, des maladies de la prime enfance, des maladies congénitales, etc.

*Ex. : Effets de l'exposition prénatale et postnatale aux contaminants et aux métaux lourds sur le système immunitaire des enfants Inuit.*

*Ex. : Conséquences de la macrosomie infantile chez les Cris.*

### 2- Enfants et jeunes

Sous cette catégorie sont répertoriés des projets qui se rapportent aux maladies infantiles et à la santé et au bien-être des enfants et des jeunes (adolescents et jeunes adultes)

*Ex. : La santé dentaire des enfants cris de la Baie-James.*

### 3- Femmes

Sous cette catégorie se retrouvent les recherches se rapportant spécifiquement à la santé et au bien-être des femmes.

*Ex. : Évaluation du projet de cuisine éducative en vue de contrer l'anémie ferriprive chez les femmes enceintes et les enfants de la communauté inuit de Kuujuaaraapik.*

**Nota :** Les projets touchant plus spécifiquement à la santé et au bien-être des mères sont répertoriés en périnatalité et petite enfance.

### 4- Hommes

Sous cette catégorie se retrouvent les recherches se rapportant spécifiquement à la santé et au bien-être des hommes.

*Ex. : Pour sortir de l'impasse, la trajectoire de demande d'aide des hommes du Nord-du-Québec.*

### 5- Adultes

Sous cette catégorie se retrouvent les recherches se rapportant spécifiquement à la santé et au bien-être des adultes

### 6- Famille

Sous cette catégorie se retrouvent les recherches se rapportant spécifiquement à la santé et au bien-être familial

*Ex. : La famille inuit contemporaine. Vers une meilleure harmonisation des besoins, des ressources et des interventions.*

### 7- Aînés et aînées

Sous cette catégorie se retrouvent les recherches se rapportant spécifiquement à la santé et au bien-être des aînés et des personnes en perte d'autonomie liée au vieillissement

*Ex. : Puurtaq project (Inukjuak elders needs assessment).*

**8- Sans distinction**

Sous cette catégorie se retrouvent les projets qui ne ciblent pas un groupe particulier de population.

## **ANNEXE 4**

### **DÉFINITIONS DES THÉMATIQUES**



## ANNEXE 4 Définitions des thématiques

### 1- Conditions de vie et environnement social

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui traitent des effets délétères ou protecteurs sur la santé des individus ou des populations:

a- de phénomènes psycho-sociaux, socio-culturels, socio-économiques tels que l'exclusion, la marginalisation, l'itinérance, la violence, les abus, le décrochage scolaire, les ruptures et pertes culturelles, la pauvreté, le chômage et les conditions d'emploi, l'expérience de pensionnat, le placement des enfants, l'insécurité alimentaire, etc.

b- des ressources sociales, économiques, culturelles, etc. individuelles et collectives dans leurs différents milieux de vie (famille, travail, communauté).

*Ex. : Les effets du surpeuplement des maisons sur la santé de la communauté cri de Chisasibi, au Québec.*

*Ex. : Réseaux sociaux et alimentation chez les Inuit.*

#### **Remarques :**

Les études se rapportant à l'exclusion économique et sociale, la pauvreté, l'expérience des pensionnats sont associées à cette catégorie.

Les projets qui traitent plus spécifiquement des problèmes de violence, de dépendance ou du suicide ne sont pas répertoriés dans cette thématique mais dans celle de Violence, de Dépendance ou de Santé mentale, à moins que ceux-ci soient reliés explicitement à des phénomènes sociaux.

### 2- Environnement physique

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui, en lien avec la santé des individus et des populations, traitent des changements climatiques et de la contamination biologique, chimique et physique environnementale (eau, air, sol) ou domestique (logement, alimentation, etc.).

*Ex. : Effets de l'exposition prénatale et postnatale aux contaminants et aux métaux lourds sur le système immunitaire des enfants Inuit.*

*Ex. : Facteurs génétiques et environnementaux déterminant le statut hormonal des hommes et des femmes Inuit.*

*Ex. : Projet pilote de surveillance et d'analyse du parasite *Trichinella spiralis* chez le morse chassé par les Sallumiut.*

*Ex. : Évaluation de l'exposition au plomb provenant du gibier chez les cris de Whapmagoostui.*

#### **Remarques:**

Les projets qui concernent les aspects davantage psychosociaux du logement (surpeuplement, promiscuité) sont répertoriés sous la thématique « conditions de vie et environnement social ».

### 3- Maladies chroniques et habitudes vie

Sous cette thématique sont répertoriés les projets traitant des habitudes de vie ayant une influence sur la santé et/ou de la promotion/ prévention, de la protection, de la surveillance, du dépistage, du traitement en lien avec des maladies chroniques (maladies cardiovasculaires, pulmonaire obstructive (MPOC), diabète, maladie buccodentaire, musculo-squelettique, obésité, cancers, etc.).

*Ex. : Prévalence du diabète chez les Cris, élaboration du matériel éducatif à l'intention de cette clientèle.*

**Remarques :**

Les projets se rapportant à l'anémie ferriprive sont répertoriés sous cette thématique. Les projets se rapportant au virus du papillome humain et au cancer du col utérin sont classés en maladies infectieuses.

**4-Maladies infectieuses**

Sous cette thématique sont répertoriés les projets traitant de la prévention/ de la promotion, de la protection, du dépistage, du traitement, etc. en matière de maladies infectieuses causées par divers agents biologiques et transmis selon différents modes.

*Ex. : Risques compris : bâtir des compétences pour résister contre les maladies transmises sexuellement (y compris le VIH) dans une communauté de Eeyou Istchee (le Nord du Québec).*

**5- Santé mentale et/ou développement psychique et neurologique**

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui concernent le sentiment de bien-être mental et psychologique des individus et des populations, des problèmes d'adaptation et d'intégration sociale, du suicide, des troubles envahissants du développement, de la déficience intellectuelle ainsi que du développement neurologique, psychique et cognitif.

*Ex. : Le rôle du rejet dans l'étiologie du suicide dans les communautés autochtones.*

*Ex. : Profil de la clientèle et description des services de santé mentale au sein de la population criée.*

*Ex. : Conséquences neurologiques et motrices à long terme d'une exposition prénatale à des substances neurotoxiques chez des enfants inuit d'âge préscolaire.*

*Ex. : Category theoretic study of cognition : theory and experiment (thème associé BRSS: santé mentale, développement de l'enfant, éducation et socialisation).*

**Remarques:**

Les projets abordant des problèmes psycho-sociaux (violence, abus, itinérance, jeux pathologiques, placement, etc.) peuvent être inclus dans cette catégorie lorsque ceux-ci sont reliés ou traitent de leurs effets délétères sur la santé mentale des individus ou des populations.

**6- Dépendances**

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui traitent de la consommation, des problèmes de dépendance et d'addiction que cela soit à l'alcool, aux drogues-médicaments ou au jeu pathologique...

*Ex. : Consommation de substances psychoactives chez les jeunes et leur famille au Nunavik : Enquête épidémiologique et données contextuelles.*

*Ex. : Facteurs de rémission des femmes autochtones de la réserve de Mashteuiatsh ayant présenté une consommation problématique de substances psychoactives.*

**Remarques:**

Les projets regroupés dans cette thématique ne sont pas catégorisés en santé mentale ni en conditions de vie, à moins que d'autres aspects spécifiques soient mentionnés (Exemple fictif : Consommation de drogues dures et psychose Ou consommation d'alcool et violence conjugale).

## **7- Violence**

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui traitent de diverses formes de violence: violence familiale, agression, homicide, abus sexuels, acte de destruction, vandalisme, etc.

*Ex. : La violence physique faite aux femmes inuit : facteurs socio-culturels.*

*Ex. : Étude de l'incidence de la violence faite aux enfants à Pikogan et perception du problème de la violence familiale par ses résidents.*

Remarques : Le suicide en tant qu'acte de violence faite à soi n'est pas répertorié dans cette thématique mais dans celle de Santé Mentale.

## **8- Traumatismes non intentionnels**

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui traitent des accidents et blessures (non provoqués intentionnellement) survenant au domicile, sur les routes, dans les lieux publics ou dans un contexte récréatif ou sportif.

*Ex. : Décès causés par des véhicules à moteur : analyse de la situation dans le Nord-du-Québec.*

*Ex. : Documentation statistique des blessures qui ont nécessité une hospitalisation en Nunavik.*

## **9- Alimentation et nutrition**

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui traitent des pratiques alimentaires, des carences/apports alimentaires ainsi que des effets protecteurs ou délétères de l'alimentation sur la santé des individus et des populations.

*Ex. : A Review of Foodborne Diseases in Nunavik*

*Ex. : Anthropometry and diet of Mohawk schoolchildren in Kahnawake*

*Ex. : Le sel de table fluoré au Nunavik, une étude sur l'ingestion*

*Ex. : Inuit health in transition study: Omega-3 fatty acids and oxidative stress in obese and diabetic inuit subjects*

*Ex. : Évaluation de l'exposition au plomb provenant du gibier chez les cris de Whapmagoostui*

*Ex. : Effets de l'exposition prénatale à l'alcool sur le développement des enfants Inuit : le rôle protecteur des antioxydants*

### **Remarques :**

Les projets qui se rapportent exclusivement à l'obésité sont répertoriés sous la catégorie Maladies chroniques et habitudes de vie.

## **10- Pratiques et savoirs traditionnels**

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui traitent de la médecine traditionnelle autochtone ainsi que des connaissances, des pratiques culturelles et de la spiritualité autochtone en lien avec la santé et le bien-être des individus et des populations.

*Ex. : Faisabilité d'inclure des éléments de médecine traditionnelle dans le programme Bush Kit*

*Ex. : Combining traditional and scientific knowledge to maximise use of traditional food and minimise toxic risk*

## **11- Intervention et programmes de promotion et de prévention**

Sous cette thématique sont répertoriés les projets portant sur des interventions et programmes existant ou en cours de développement en matière de promotion et de prévention de la santé et du bien-être des individus ou des communautés. Les projets peuvent porter sur des interventions/programmes mis en œuvre au sein ou en dehors des services sociaux et de santé, selon une approche populationnelle ou d'autres approches.

*Ex. : Projet cri de santé en milieu scolaire : Évaluation de la mise en application du programme à Wemindji*

*Ex. : Planning familial*

*Ex. : Prévalence du diabète chez les Cris, élaboration du matériel éducatif à l'intention de cette clientèle et formation des intervenants qui les soignent).*

*Ex. : Promouvoir la santé et le bien-être optimum pour les malades mentaux chroniques, leurs soignants immédiats et les communautés de la Baie-James.*

## **12- Organisation des services sociaux et de santé**

Sous cette thématique sont répertoriés les projets de recherche se rapportant à l'organisation et le fonctionnement des services sociaux et de santé ainsi que leur impact, leur efficacité, leur adéquation avec les besoins de la population

*Ex. : Profil de la clientèle et description des services de santé mentale au sein de la population crie.*

*Ex. : La réponse du système de protection de la jeunesse aux enfants autochtones ou issus des minorités visibles*

## **13- Théories et méthodes - Politiques publiques**

Sous cette thématique sont répertoriés les projets portant sur des théories, des méthodes ou des politiques en lien avec la santé et bien-être.

*Ex. : Researching models for effective public health research in the Cree region*

## **14- Santé en général**

Sous cette thématique sont répertoriés des projets qui ne peuvent être qualifiés par aucune des autres thématiques ou qui au contraire recoupent plusieurs thématiques.

*Ex. : Addressing the needs of First Nations and aboriginal communities: genetics research as a focus*

*Ex. : Enquête sur la santé des populations du Grand-Nord*

*Ex. : A summary of the Santé Québec 1992 regional results with additional information for people in Nunavik*

*Ex. : La santé et les facteurs qui l'affectent dans les collectivités cris*

**ANNEXE 5**

**LISTE DES SOURCES DE FINANCEMENT RÉPERTORIÉES  
DANS LA BRSS**



**ANNEXE 5 Liste des sources de financement répertoriées dans la BRSS**

Liste des sources de financement	ABREVIATION
MSSS (catégorie générale)	MSSS
Conseil québécois de la recherche sociale	CQRS
Fonds de la recherche en santé du Québec	FRSQ
Projets subventionnés en santé communautaire	PSSC
Direction générale de la planification et de l'évaluation	MSSS_DGPE
Conseil de la santé et du bien-être	CSBE
Centre québécois de coordination sur le SIDA	CQCS
Conseil d'évaluation des technologies de la santé	CETS
Office des personnes handicapées du Québec	OPHQ
Comité de la santé mentale du Québec	CSMQ
Santé-Québec	Santé-Québec
Conseil des affaires sociales et de la famille/Conseil des affaires sociales	CASF/CAS
Programme de subventions en santé publique	PSSP
Conseil de recherche socio-économique	CRSE
Programme de recherche de la Commission Rochon : Recueil des résumés	ROCHON
Consortium de recherche en réadaptation de l'Est du Québec	CORREQ
Réseau de recherche provincial en adaptation-réadaptation	REPAR
Fondation canadienne pour l'innovation	FCI
Programme national de recherche et de développement en matière de santé	PNRDS
Programme de subventions nationales au bien-être social	PSNBS
Conseil de recherches médicales du Canada	CRMC
Conseil de recherche en sciences humaines	CRSH
Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie	CRSNG
Laboratoire de lutte contre la maladie	LLCM
Employabilité et partenariats sociaux	EPS
Fonds pour l'adaptation des services de santé	FASS
Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé	FCRSS
Programme de soutien à l'infrastructure de la santé	PSIS
Formation de chercheurs et aide à la recherche	FCAR
Fondation de recherche en sciences infirmières du Québec	FRESIQ
Institut de recherche en santé et sécurité au travail	IRSST
Institut québécois de recherche sur la culture	IQRC
Institut national de la recherche scientifique - Culture et société	INRS-CS
Réseau de recherche en réadaptation de Montréal et de l'ouest du Québec	RRRMOQ
Office Canadien de Coordination de l'Évaluation des Technologies de la Santé	OCCETS
Agence d'évaluation des technologies et modes d'intervention en santé du Québec	AETMIS
Instituts de recherche en santé du Canada	IRSC
Fonds de recherche sur la société et la culture	FQRSC
Fonds québécois de la recherche sur la nature et les technologies	FQRNT
Société d'arthrite	SOAR
Fondation des maladies du cœur	FMC
Institut national du cancer du Canada	INCC
Alliance canadienne pour la recherche sur le cancer du sein	ACRCS
Rapport Castonguay	CASTONGUAY



## **ANNEXE 6**

### **COMPARAISON DE LA FRÉQUENCE DES THÈMES DE RECHERCHE BRSA- CCNSA**



## ANNEXE 6 Comparaison de la fréquence des thèmes de recherche BRSA- CCNSA

Thèmes	Mentions %	
	BRSA (N=230 projets de recherche)	CCNSA (N=649 publications)
<b>Groupes de population</b>		
Périnatalité et petite enfance - <i>Santé des mères et de la petite enfance</i>	9,1	11,4
<b>Thématiques</b>		
Alimentation-nutrition	16,1	
Conditions de vie, environnement social	13,9	
Dépendance*	3,5	8,8
Environnement physique } <i>Envt et toxicologie</i>	7,4	10,0
Habitudes de vie et MC } <i>Maladies chroniques</i>	26,1	25,4
Maladies infectieuses	11,3	15,6
Organisation des services sociaux et de santé	13,5	
PolitiquesThéories et méthodes*	1,3	
Pratiques, savoirs traditionnels	7,8	
Prévention-promotion	18,3	
Santé générale	7,0	
Santé mentale	13,5	12,2
Traumatismes non intentionnels et Violence} <i>TNI et violence</i>	2,6 et 2,6	4,5

*Note* : Il n'y a pas de correspondance dans le rapport du CCNSA pour les thématiques suivantes : Alimentation-nutrition - Conditions de vie, environnement social - Organisation des services sociaux et de santé - Politiques, Théories et méthodes - Pratiques, savoirs traditionnels - Prévention-promotion - Santé générale.





