



L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR
LA SANTÉ DES AUTOCHTONES
Examen de la santé publique autochtone au Canada

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

© 2012 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone soutient un réseau de santé publique du Canada renouvelé afin qu'il soit inclusif et respectueux des peuples diversifiés des Premières nations, des Inuits et des Métis. Hébergé par l'Université du Nord de la Colombie-Britannique à Prince George en Colombie-Britannique, le CCNSA est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. La production de ce rapport a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées ici ne représentent pas nécessairement celles de l'Agence de la santé publique du Canada.

Remerciements

Le Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone tient à souligner la contribution des représentants des bureaux régionaux de l'Agence de la santé publique du Canada qui ont commenté une version préliminaire de ce rapport, ainsi que celle de West Coast Editorial Associates qui a assuré les services d'édition.

Il est possible de télécharger cette publication sur www.ccnsa.ca.

Référence suggérée :

Centre national de collaboration de la santé autochtone (2012). L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : examen de la santé publique autochtone au Canada. Prince George, Colombie-Britannique. Auteur.



TABLE DES MATIÈRES



Sommaire	4
L'état des connaissances sur la santé des Autochtones :	
Examen de la santé publique autochtone au Canada	7
Définitions	7
Structure du rapport	8
1.0 Analyse documentaire : les principaux problèmes de santé	9
1.1 La santé maternelle, fœtale et infantile	9
1.2 La santé des enfants	12
1.3 Les maladies transmissibles	14
1.4 Les maladies non transmissibles	16
1.5 La santé mentale et le bien-être	19
1.6 La violence, les mauvais traitements, les blessures et l'invalidité	22
1.7 La salubrité de l'environnement	25
1.8 La sécurité alimentaire et la nutrition	28
1.9 Résumé	29
Références	29
2.0 Les déterminants sociaux de la santé	37
2.1 Les perspectives à l'égard des déterminants sociaux de la santé	37
2.2 Les réalités actuelles en matière de santé	43
2.3 Résumé	60
Références	60
3.0 Les initiatives et les programmes nationaux en matière de santé autochtone	65
3.1 L'histoire en quelques points	65
3.2 Le contexte actuel	65
3.3 Les initiatives et les programmes fédéraux en matière de santé	68
3.4 Résumé	81
Références	81
4.0 Les initiatives et les programmes provinciaux et territoriaux en matière de santé autochtone	85
4.1 Colombie-Britannique	86
4.2 Alberta	89
4.3 Saskatchewan	93
4.4 Manitoba	96
4.5 Ontario	99
4.6 Québec	104
4.7 Nouveau-Brunswick	107
4.8 Île-du-Prince-Édouard	109
4.9 Nouvelle-Écosse	111
4.10 Terre-Neuve-et-Labrador	113
4.11 Yukon	116
4.12 Territoires du Nord-Ouest	117
4.13 Nunavut	119
4.14 Résumé	122
Références	124
Conclusion	130

SOMMAIRE

« Il existe manifestement un grand besoin en matière [...] d'équité dans les divers types de programmes et d'initiatives en santé proposés aux Autochtones par les provinces et territoires et visant à améliorer la santé et le bien-être de façon respectueuse et en tenant compte de leur culture ».

Au cours des dernières décennies, l'état de santé des Autochtones¹ du Canada s'est considérablement amélioré. Cependant, il demeure toujours inférieur à celui des peuples non autochtones. De nombreuses organisations autochtones, ainsi que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux cherchent à éliminer ces disparités, dont les raisons sont multiples.

Pour mieux comprendre la prévalence des problèmes de santé chez les Autochtones, leurs causes sous-jacentes et les moyens utilisés pour les aborder, le Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone a formé un partenariat avec l'Agence de la santé publique du Canada afin de compiler un rapport sur l'état actuel des connaissances sur la santé des Autochtones qui contribuera à la préparation d'un cadre politique sur la

santé publique autochtone de l'Agence de la santé publique du Canada. Par conséquent, *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones* vise à fournir un résumé détaillé des connaissances actuelles et de ce qui est fait pour améliorer la santé des Inuits, des Métis et des Premières nations. Ce rapport propose un aperçu de la documentation et des données en lien avec les problèmes de santé des Autochtones, un examen de ces problèmes selon la perspective des déterminants sociaux de la santé, ainsi que des résumés des initiatives et des programmes de santé actuellement proposés aux populations autochtones par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux. (Ces résumés sont fondés sur une recherche Internet effectuée en 2009, ils pourraient ne pas comporter toutes les initiatives et tous les programmes proposés à l'heure actuelle).

Les principaux problèmes de santé des Autochtones

Bien qu'en moyenne la population canadienne profite de soins de santé et d'une qualité de vie parmi les meilleurs au monde, la santé des Autochtones est inférieure à celle du reste de la population, particulièrement en ce qui concerne la santé maternelle, fœtale et infantile; la santé des enfants; certaines maladies transmissibles et non transmissibles; la santé mentale et le bien-être; la violence, les mauvais traitements et les blessures; ainsi que la salubrité de l'environnement. Cet écart disproportionné est en grande partie attribuable à de mauvaises conditions socioéconomiques et à des antécédents historiques qui ont augmenté la prévalence des facteurs de risque à cet égard, comme la consommation

¹ Pour Statistique Canada, les Autochtones du Canada sont définis comme « les personnes ayant indiqué s'identifier à au moins un groupe autochtone, c'est-à-dire Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit/Esquimau [Amérindien], et (ou) ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit selon la *Loi canadienne sur les Indiens*, et (ou) ayant déclaré être membre d'une bande indienne ou d'une Première nation ». Aux fins du présent rapport, l'expression « Autochtones » désigne les trois groupes de la population suivants : les Premières nations, les Métis et les Inuits, qui incluent les Indiens non inscrits, mais qui se considèrent comme membres des Premières nations ou des Inuits.

d'alcool ou de tabac, le surpeuplement des logements et les régimes alimentaires inadéquats. L'élimination de ces problèmes de santé est entravée par d'importants obstacles liés à la géographie, à l'éducation et à l'économie, qui compromettent l'accès aux services de santé. Les problèmes de santé des Autochtones et les obstacles à leur élimination diffèrent selon les peuples des Premières nations, les Inuits ou les Métis. Pour être efficaces, les interventions en santé publique doivent tenir compte des contextes uniques dans lesquels vivent les Autochtones.

L'efficacité des interventions en santé publique dépend de l'exactitude et de la pertinence des données. Mais voilà, les recherches et les données actuelles sur la santé des Autochtones font l'objet de limites importantes. À l'heure actuelle, la plupart des recherches et des données sur la santé abordent les Autochtones comme un groupe homogène et négligent de tenir en compte les différences entre les Premières nations, les Inuits et les Métis; les populations urbaines et rurales; ainsi que la vie dans les réserves et hors des réserves lorsqu'il s'agit d'évoquer les problèmes de santé, les facteurs sous-jacents et les obstacles à leur élimination. De plus, il existe peu de données longitudinales à l'échelon national, qui comparent les mêmes variables pour une même cohorte sur une même période. Ces limites entravent la bonne compréhension des éléments entourant la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, ainsi que l'élaboration de stratégies visant à aborder les problèmes de santé qui leur sont propres.

Les déterminants sociaux de la santé

Étant donné que l'état de santé est déterminé par des facteurs qui vont au-delà des déterminants génétiques et des choix de mode de vie, mais aussi par un ensemble d'autres facteurs qui influencent la santé physique, mentale et sociale et le bien-être, il est nécessaire d'adopter

une perspective plus holistique pour comprendre les disparités actuelles en matière de santé entre les Autochtones du Canada et l'ensemble de la population. Cette perspective holistique pourrait provenir d'un cadre de déterminants sociaux de la santé. Les déterminants sociaux de la santé sont les facteurs qui portent principalement sur les conditions économiques et sociales qui régissent la vie des populations.

L'Organisation mondiale de la santé et l'Agence de la santé publique du Canada ont relevé certains déterminants sociaux courants qui exercent une forte influence sur la santé des particuliers et des communautés. Toutefois, ces définitions internationales et nationales des perspectives à l'égard des déterminants sociaux de la santé ne permettent pas de comprendre les inégalités en matière de santé que subissent les Autochtones du Canada. Des déterminants sociaux propres aux indigènes, comme les répercussions du colonialisme sur les langues, la culture et l'identité autochtones, sont à l'origine de certaines des inégalités socioéconomiques les plus aiguës entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Les Autochtones ne font toutefois pas l'objet des mêmes disparités sociales et économiques et n'ont pas tous été touchés de la même manière par les politiques coloniales c'est pourquoi il convient de tenir compte de ces différences lors de la conception des interventions en santé publique.

Bien que l'on tente d'examiner chacun des déterminants sociaux de la santé individuellement, il semble qu'ils comportent des aspects multiples et interagissent entre eux. Cela signifie que pour améliorer considérablement la santé et le bien-être des Autochtones du Canada, non seulement les stratégies de santé publique doivent-elles régler les disparités socioéconomiques entre les Autochtones et les non Autochtones du Canada, mais elles doivent aussi adopter une approche intégrée et multisectorielle.

Les initiatives et les programmes nationaux en matière de santé autochtone

À l'échelon national, Santé Canada offre des programmes et des services de santé depuis 1945 aux Indiens de plein droit (inscrits) vivant dans les réserves et aux Inuits vivant sur leurs territoires traditionnels. Le mode de prestation de ces programmes et de ses services a considérablement changé depuis les années 1980, le gouvernement fédéral étant passé à la prestation de services directe aux communautés inuites et des Premières nations. La plupart des soins hospitaliers et des services de santé primaires destinés à tous les Autochtones sont dispensés par l'intermédiaire des gouvernements provinciaux et territoriaux. Mais il y a également eu un transfert des responsabilités vers les services de santé communautaire. Le gouvernement fédéral a désormais un rôle direct de mise en place de services limités de santé publique et de prévention par le biais de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. La plupart des initiatives et des programmes ont été mis en place pour régler les disparités en matière de santé entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Toutefois, leur portée se limite surtout aux Autochtones placés directement sous la responsabilité du gouvernement fédéral en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Seul un petit nombre d'initiatives et de programmes ont été mis en place pour aider les membres des Premières nations non inscrits ou vivant hors des réserves, les Inuits vivant hors de leurs territoires traditionnels, et les Métis. Le gouvernement fédéral finance également bon nombre d'autres organisations non gouvernementales afin qu'elles élaborent, réalisent ou administrent des initiatives et des programmes de santé.

Bon nombre des problèmes de santé des Autochtones sont bien connus et sont abordés par des initiatives et des

programmes ciblés du gouvernement fédéral. Plus particulièrement, le gouvernement fédéral en a mis en place plusieurs programmes et initiatives qui visent le développement sain des nourrissons et des enfants, l'amélioration de la santé globale, la réduction du diabète et la diminution des mauvais traitements et de la consommation ou de l'abus d'alcool ou d'autres drogues. D'autres problèmes de santé sont abordés de manière moins efficace par le gouvernement fédéral, notamment ceux en lien avec le cancer, les blessures, la santé mentale et les maladies respiratoires. De plus, il existe peu d'initiatives et de programmes destinés aux Métis et aux populations autochtones urbaines.

Les initiatives et les programmes provinciaux et territoriaux en matière de santé autochtone

Les provinces et les territoires ont la responsabilité de planifier des services de soins de santé destinés aux membres des Premières nations vivant hors des réserves, aux Métis, à ceux non admissibles à l'inscription et aux Inuits ne vivant pas sur leurs territoires traditionnels. Ils sont également responsables des soins hospitaliers et de la plupart des services de soins primaires destinés à tous les Autochtones, y compris les Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits. En outre, les gouvernements provinciaux et territoriaux mettent également en place, que ce soit de manière directe ou indirecte, des initiatives et des programmes ciblés en matière de santé pour éliminer les disparités actuelles entre les Autochtones et les autres Canadiens. La mise en place et l'administration d'initiatives et de programmes dans les provinces et les territoires reflètent la complexité générale associée à la prestation de soins de santé aux Autochtones au Canada. Bien que les gouvernements provinciaux et territoriaux peuvent créer, mettre en place et administrer directement ce type d'initiatives et de

programmes de santé, souvent plusieurs paliers de gouvernement doivent former un partenariat avec des gouvernements et des organisations autochtones. De plus, la plupart des projets ont une portée locale ou régionale plutôt que provinciale. Il en découle un manque d'uniformité dans les types d'initiatives et de programmes proposés aux Autochtones dans les provinces et les territoires.

Comme pour les initiatives et les programmes fédéraux, certains problèmes de santé autochtone sont reconnus et traités de manière plus uniforme que d'autres selon les provinces et les territoires. Bien que les programmes et les initiatives en lien avec le développement du jeune enfant, la santé maternelle et les modes de vie sains (activité physique/nutrition) sont assez communs dans les provinces et les territoires, ceux qui concernent la prévention du suicide, l'abus d'alcool et d'autres drogues, la violence faite aux femmes, le cancer et les maladies transmissibles le sont moins, surtout dans les provinces où habitent moins d'Autochtones. De manière générale, les initiatives et les programmes des territoires ont tendance à être plus accessibles au grand public qu'aux Autochtones en particulier. Par ailleurs et malgré la présence d'une population autochtone assez nombreuse, seul un petit nombre d'entre eux correspondant à nos critères de recherche ont été recensés au Manitoba et en Saskatchewan.

Étant donné la diversité des Autochtones dans l'ensemble du pays, diversité transparaisant dans les cultures autochtones, les indicateurs socioéconomiques et les différences dans les priorités et les besoins en matière de santé, il n'est pas étonnant que la mise en place d'initiatives et de programmes de santé destinés à cette population soit également marquée par la complexité et la diversité. Il n'en reste pas moins que dans de nombreuses provinces et territoires, on attend des initiatives et des programmes

accessibles au grand public qu'ils répondent à des besoins trop nombreux, sans égard au contexte unique dans lequel ces problèmes de santé sont survenus. Il est clair qu'il existe un besoin plus prononcé d'initiatives et de programmes reflétant les réalités quotidiennes de la population à laquelle ils sont destinés, et d'équité dans les divers types de programmes et d'initiatives en santé proposés aux Autochtones de partout dans les provinces et les territoires et visant à améliorer la santé et le bien-être de façon respectueuse et en tenant compte de leur culture. De même, il est nécessaire d'améliorer l'accès à des initiatives et à des programmes destinés aux Autochtones vivant hors des centres urbains (où se trouvent la plupart des programmes et des services de santé) et aux Premières nations et aux Métis non inscrits qui sont actuellement exclus de la plupart des initiatives et des programmes, et dont les besoins en santé ne sont pas abordés adéquatement.

Ce rapport se concentre sur les initiatives et les programmes des gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui crée une limite. Des organisations et des gouvernements autochtones ont mis en place, à des endroits précis, des programmes de santé novateurs plus axés sur la culture et qui reflètent les besoins en santé précis de leurs communautés. Certains d'entre eux englobent également des approches autochtones de la santé et de la guérison et ont des répercussions positives sur l'amélioration de la santé. La réussite de tels programmes met l'accent sur la nécessité de reconnaître les approches autochtones de la santé et de la guérison.

L'ÉTAT DES CONNAISSANCES SUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Examen de la santé publique autochtone au Canada



Comme chacun sait, la santé et le bien-être généraux sont influencés par une multitude de facteurs. Pour être en bonne santé, il faut bénéficier d'une alimentation et d'un logement adéquats; ne pas subir de violence; ne pas consommer trop d'alcool ou d'autres drogues; avoir le sentiment de contribuer à sa famille, à sa communauté ou à son milieu; et avoir rapidement accès aux soins de santé. Sans accès à ces conditions de base, les personnes sont de plus en plus susceptibles d'être atteintes d'affections graves comme des maladies chroniques ou des maladies mentales. Il est alarmant de constater que de nombreux Autochtones du Canada vivent dans ces conditions. En fait, dans presque tous les domaines associés à la santé, les Autochtones du Canada ont une santé moins florissante que celle des peuples non autochtones.

Les disparités en matière de santé qui les touchent s'expliquent par de multiples raisons. Bon nombre d'organisations autochtones nationales, ainsi que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, s'efforcent d'éliminer ces disparités. Pour mieux comprendre la prévalence des problèmes de santé chez les Autochtones, leurs causes sous-jacentes et les moyens utilisés pour les aborder, le Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone a formé un partenariat avec l'Agence de la santé publique du

Canada afin de compiler un rapport sur l'état actuel des connaissances sur la santé des Autochtones qui contribuera à la préparation d'un cadre politique sur la santé publique autochtone de l'Agence de la santé publique du Canada. Ce document vise donc à donner un résumé exhaustif et détaillé des connaissances et des actions favorisant la santé des Autochtones du Canada.

Définitions

Avant d'entreprendre un tel exercice de regroupement des connaissances et de cadrer la portée de ce rapport, il est important de définir trois expressions clés, soit « Autochtones » du Canada, « santé publique » et « initiative politique en santé publique. »

Les Autochtones du Canada

Pour Statistique Canada, les Autochtones du Canada sont définis comme « les personnes ayant indiqué s'identifier à au moins un groupe autochtone, c'est-à-dire Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit/Esquimau [Amérindien], et (ou) ceux ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit selon la *Loi canadienne sur les Indiens* et (ou) ayant déclaré être membre d'une bande indienne ou d'une Première nation ».² Aux fins du présent rapport, l'expression

« Autochtones » désigne les trois groupes de la population suivants : les Premières nations, les Métis et les Inuits, qui incluent les Indiens non inscrits, mais qui se considèrent comme membres des Premières nations ou des Inuits.

La santé publique

La santé publique est « l'art et la science de promouvoir la santé, de prévenir les maladies et de prolonger la vie grâce aux efforts organisés de la société ».³ En associant les sciences, les compétences et les croyances, la santé publique cherche à améliorer la santé des communautés et de la société en son ensemble. Dans ce cadre, elle met l'accent sur « la prévention des maladies et les besoins en santé de la population en son ensemble ».⁴

L'initiative politique en santé publique

Dans le cadre de ce rapport, l'expression « initiative politique en santé publique » désigne les programmes et les activités créés en réponse aux politiques fédérales, provinciales, territoriales, régionales et organisationnelles en santé publique. Ces initiatives (programmes, fondations) visent à améliorer la santé des communautés ou de l'ensemble de la société. Plus particulièrement, elles cherchent à régler et à éliminer les disparités dont souffrent certaines populations du Canada, comme les Premières nations, les Inuits et les Métis.

² Statistique Canada (2011). Définitions, sources et symboles. Profil de la santé, février 2011. Ottawa, Ontario. Statistique Canada, 2009. Consulté le 30 avril 2011 sur <http://www12.statcan.ca/health-sante/82-228/help-aide/DQ-QD04.cfm?Lang=F>

³ Committee of Inquiry into the Future Development of the Public Health Function, 1988, cité par le Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (2003). Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada. Ottawa, Ontario. Santé Canada, p. 46.

⁴ Comité consultatif du Premier ministre sur la santé, 2001, cité par le Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (2003), p. 46.

Structure du rapport

Ce rapport est divisé en quatre chapitres volumineux.

Le chapitre 1 donne un aperçu de la documentation et des données sur les problèmes de santé de la population autochtone du Canada. Il résume les connaissances actuelles sur la prévalence et l'incidence de maladies chez les Autochtones en général, ainsi que, le cas échéant, chez les Premières nations, les Inuits et les Métis. Il souligne également certaines des lacunes actuelles dans la connaissance de ces problématiques. Ce chapitre s'inspire de documents publiés et non publiés depuis 1995 dans les domaines de la santé maternelle, fœtale et infantile; de la santé des enfants; des maladies transmissibles; des maladies chroniques; de la maltraitance/négligence des enfants; de la santé mentale et du bien-être; des blessures non intentionnelles et de l'invalidité; de la salubrité de l'environnement; ainsi que de la sécurité alimentaire et de la nutrition.

Le chapitre 2 expose une méthode de compréhension des problèmes de santé de la population autochtone du Canada. Elle s'appuie sur une conception de la santé déterminée non seulement par la génétique et les choix de mode de vie, mais aussi par un ensemble d'autres facteurs qui influencent la santé physique, mental et social et le bien-être, communément nommés « déterminants sociaux de la santé ». Ce chapitre s'ouvre sur un aperçu de la signification des déterminants sociaux de la santé d'une perspective internationale, nationale et indigène. Il regroupe ensuite ces définitions afin d'examiner les disparités entre les Autochtones et les non Autochtones concernant toute une gamme de déterminants sociaux, ainsi que les répercussions de ces disparités sur la santé de la population autochtone du Canada en particulier. Ces déterminants sociaux sont organisés en six catégories : selon le statut socioéconomique, les enfants et les jeunes, le sexe, les services de santé, l'environnement physique, et enfin la culture et la langue. Il est important de noter que ces catégories ne sont pas autonomes et elles comportent

des aspects multiples et interagissent entre elles. Ce chapitre s'inspire de documents publiés et non publiés sur les déterminants sociaux, ainsi que de données statistiques, pour illustrer les disparités entre la population autochtone et la population non autochtone du Canada en matière de déterminants sociaux de la santé.

Le chapitre 3 se penche sur le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation d'initiatives et de programmes en matière de santé destinés aux Autochtones. Il commence par un bref rappel du rôle du gouvernement fédéral dans la santé publique, avant de détailler ses responsabilités et ses rôles actuels dans la prestation des programmes et des services de santé. Ce chapitre résume ensuite les initiatives et les programmes publics en santé qui ont été créés par le gouvernement fédéral pour diverses populations autochtones ou qui contiennent des éléments qui les ciblent. Cette liste s'amorce sur un aperçu des initiatives et des programmes dont les avantages s'étendent sur plusieurs domaines de la santé. Cette liste est suivie des initiatives et des programmes visant à améliorer la santé des Autochtones en ce qui concerne les enfants et les jeunes; la santé mentale, le suicide et la consommation d'alcool ou d'autres drogues; les maladies chroniques; les maladies transmissibles; l'activité physique et la nutrition; et la salubrité de l'environnement. Ce chapitre se termine par un résumé des initiatives et des programmes fédéraux ciblant plus particulièrement la population autochtone urbaine. Ces initiatives et ces programmes ont été relevés à l'aide d'une étude des sites Internet et des rapports du gouvernement fédéral effectuée au début de 2009.

La mise en place d'initiatives et de programmes de santé destinés aux Autochtones du Canada est une opération complexe. Le gouvernement fédéral n'agit pas seul car les initiatives et les programmes sont souvent mis directement en place par les gouvernements provinciaux/territoriaux ou à l'occasion de partenariats faisant intervenir de plusieurs paliers de gouvernements et (ou) des gouvernements

et des organisations autochtones. Le chapitre 4 présente un profil des initiatives et des programmes de santé mis en place à l'échelle de chacune des provinces ou des territoires. Chaque profil commence par une mise en contexte de la mise en place des programmes et des initiatives dans cette province ou ce territoire. Ensuite, les initiatives et les programmes sont répartis en deux sections. La première section inclut les programmes de santé qui sont directement financés et administrés par le gouvernement provincial ou territorial pour sa propre population autochtone. La deuxième section donne des exemples des autres types d'initiatives et de programmes de santé proposés par cette province ou ce territoire à sa propre population autochtone, notamment les initiatives et les programmes régionaux proposés par des régies régionales de la santé ou des municipalités, des initiatives fédérales administrées par des gouvernements provinciaux ou territoriaux et (ou) des organisations autochtones, ainsi que des initiatives et des programmes directement administrés par des organisations autochtones, comme les programmes des centres d'amitié autochtones. Ces initiatives et des programmes ont été recensés à l'occasion d'une recherche sur Internet effectuée au début de 2009. Étant donné les difficultés associées à la recherche et aux différents modes de mise en œuvre en vigueur au Canada, cette section n'est pas destinée à proposer une liste exhaustive des programmes et des initiatives offertes.

La conclusion reprend ce que nous avons appris sur l'état des connaissances sur la santé publique autochtone au Canada. Elle résume les résultats des quatre volumineux chapitres et les utilise pour souligner les lacunes en matière de connaissances et dans les initiatives et les programmes actuellement en place pour répondre aux besoins en santé de la population autochtone du Canada.

De plus, une bibliographie annotée issue de la documentation utilisée pour rédiger le chapitre 2 de ce rapport est également proposée en document joint.

Chapitre 1 :

ANALYSE DOCUMENTAIRE : LES PRINCIPAUX PROBLÈMES DE SANTÉ



Ce chapitre donne un aperçu de la documentation et des données sur les problèmes de santé de la population autochtone du Canada. Il résume les connaissances actuelles sur la prévalence et l'incidence des maladies, des affections et des problèmes de santé des Autochtones du Canada en général, et le cas échéant, des membres des Premières nations (inscrits et non inscrits, vivant dans les réserves ou hors des réserves, des Inuits et des Métis. Il souligne également certaines des lacunes dans la connaissance de ces problèmes de santé.

La documentation analysée pour rédiger ce chapitre comprend des documents publiés et non publiés⁵ depuis 1995 dans les domaines de la santé maternelle, foetale et infantile; de la santé des enfants; des maladies transmissibles; des maladies chroniques; de la maltraitance/négligence des enfants; de la santé mentale et du bien-être; des blessures accidentelles et de l'invalidité; de la salubrité de l'environnement; ainsi que de la sécurité alimentaire et de la nutrition. Le recours à des bases de données scientifiques comme PubMed, MEDLINE et l'Applied Social Sciences Index, entre autres, a permis de trouver de la documentation évaluée par des pairs. La documentation non évaluée, quant à elle, provient de la consultation des sites Web d'agences gouvernementales et de ministères comme Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada; d'organisations autochtones nationales comme la Fondation

autochtone de guérison et l'Organisation nationale de la santé autochtone, entre autres; et de notre propre collection de ressources sur la santé autochtone. Ce rapport ne constitue pas une revue systématique, pas plus qu'il ne tente d'évaluer cette documentation.

Nous tenons à souligner le travail des membres de l'équipe de recherche affiliée à l'Effective Public Health Practice Project de l'Université McMaster, et à les remercier d'avoir recueilli les données sur lesquelles s'appuie ce chapitre. Leur bibliographie annotée de la documentation pertinente forme le contenu du document qui accompagne ce rapport. Notons toutefois que les opinions et les points de vue exprimés dans ce chapitre n'appartiennent qu'à nous.

1.1 La santé maternelle, foetale et infantile

La naissance et la profession de sage-femme
Dans la documentation, la naissance et la profession de sage-femme sont vues comme des sujets importants pour les femmes autochtones, dont le taux de fertilité atteint près du double de celui des femmes non autochtones (2,6 contre 1,5) (Statistique Canada, 2006a). Ce taux est plus élevé chez les Inuites (3,3) et plus faible chez les Métisses (2,2) (Statistique Canada, 2006a). Malgré cela, la documentation sur ce sujet est plutôt rare et se concentre surtout sur deux thèmes : l'accès aux services de santé en général, et

les soins davantage axés sur la culture en particulier.

Dans les régions rurales et éloignées abritant de nombreuses communautés autochtones, le manque d'accès aux services de santé peut s'avérer problématique, car la densité de population est trop faible pour justifier l'offre d'une vaste gamme de services de santé et pour surmonter l'insuffisance de l'infrastructure de transport, les conditions climatiques du Nord, ainsi que les barrières linguistiques et culturelles entravant la communication des problèmes et des besoins en santé (Halseth et Ryser, 2006; Tait, 2008; Organisation nationale de la santé autochtone [ONSA], 2008). Dans les communautés éloignées et isolées, les services de santé prennent généralement la forme de centres de santé où travaillent principalement du personnel infirmier plutôt que des médecins, et où prévalent d'importantes pénuries de spécialistes et de personnel, des taux de roulement élevés, des programmes restreints et un manque d'équipement médical (ONSA, 2004, 2008; Rohan, 2003; Smith, 2003). Cette situation oblige la majorité des femmes enceintes de 38 semaines à se rendre dans des centres urbains de plus grande taille, loin du soutien de leurs familles et de leurs communautés, afin d'y accoucher (ONSA, 2008; Rohan, 2003). En outre, le manque de services, de soutiens et d'installations tenant compte des différences culturelles constitue un obstacle

⁵ La documentation non publiée est souvent désignée sous le nom de documentation parallèle. Cette documentation comprend généralement des rapports techniques provenant d'organismes gouvernementaux ou de groupes de recherche scientifique, de documents de travail de groupes ou de comités de recherche, de documents de présentation ou de publications préliminaires. Ces sources d'information peuvent être disponibles sur Internet ou sous format papier. Leur distribution n'étant pas prise en charge par des sociétés d'édition, il y manque parfois des informations de base comme le nom de l'auteur, la date de publication ou l'organisme d'édition. (Wikipedia, « Grey literature, » http://en.wikipedia.org/wiki/Gray_literature, consulté le 13 janvier 2011).

à la qualité des soins destinés aux mères autochtones (Tait, 2008; ONSA, 2008). Des organisations nationales et des praticiens autochtones ont reconnu que le retour aux accouchements dans la communauté contribue à améliorer l'accès aux services de santé axés sur la culture pour les futures mères autochtones (ONSA, 2008; SOGC, 2007; Epoo et Van Wagner, 2005; Couchie et Sanderson, 2007; Van Wagner, Epoo, Nastapoka et Hardy, 2007).

Pour les femmes autochtones, l'accouchement est étroitement lié à la culture et à la tradition. Par conséquent, non seulement les services de santé destinés aux futures mères doivent-ils relever de la médecine moderne, mais ils se doivent aussi d'intégrer la tradition et les croyances culturelles (Skye, 2010; ONSA, 2008), soit le savoir traditionnel, la médecine et les pratiques de santé maternelle et infantile, ainsi que les conceptions autochtones de la santé et du bien-être (Skye, 2010). Bien que ces conceptions de la santé et du bien-être varient considérablement d'une population autochtone à l'autre, elles partagent la même vision holistique de la santé, dont l'enjeu est le maintien de l'équilibre mental, physique, spirituel et émotionnel (Skye, 2010). On considère que l'augmentation du nombre de sages-femmes autochtones pour ramener l'accouchement dans la communauté est l'un des moyens d'améliorer l'accès aux services de santé axés sur la culture (Smith, 2002, cité par ONSA, 2008; ONSA, 2004; Healey et Meadows, 2007; Smith, 2003; Couchie et Sanderson, 2007).

Généralement, les sages-femmes autochtones sont formées par le biais de programmes communautaires (comme en Ontario et au Québec) ou par la transmission des compétences et du savoir traditionnels d'une génération de sages-femmes à l'autre (ONSA, 2004). Certaines sages-femmes, comme celles du Manitoba et de la Colombie-Britannique, préfèrent être agréées et travailler avec leur ordre des sages-femmes, tandis que d'autres souhaitent se dégager des règlements qui entourent le métier de sage-femme (ONSA, 2004). Les sages-femmes autochtones jouent

un rôle important dans la promotion de la santé prénatale, dispensent des services de santé primaires dans les limites de leurs attributions, évaluent les risques prénatals, orientent la patiente au besoin et aident à mettre les enfants au monde (ONSA, 2008). En outre, elles donnent aux futures mères le choix d'accoucher où elles le désirent.

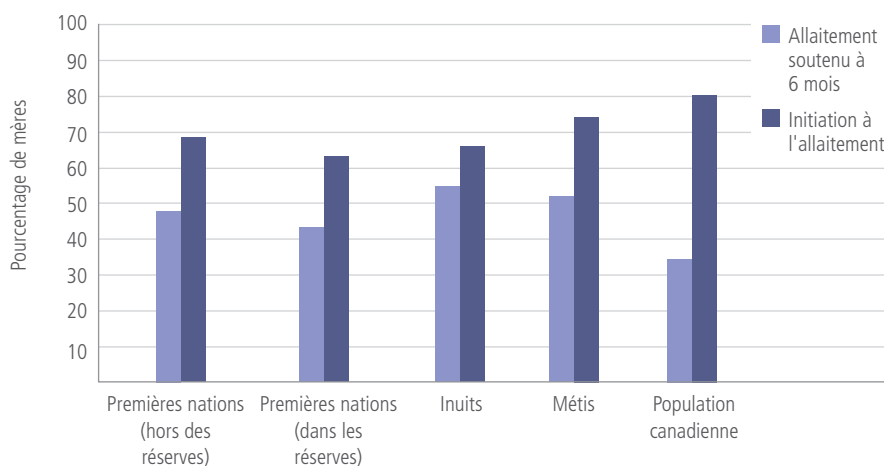
Récemment, de nombreuses initiatives visant à soutenir la profession de sage-femme autochtone ont été mises en place, notamment grâce à la création de modèles de formation et de centres de naissance communautaires comme le Centre de santé Inuulitsivik de Puvirnituk, le Centre de naissance de Rankin Inlet au Nunavut et le Centre maternel et infantile des Six Nations Tsi Non:we Ionnakeratstha Ona:grahsta: dans le sud de l'Ontario (ONSA, 2004, 2008; Skye, 2010). Quelques données limitées mettent en évidence le succès remporté par ces centres de naissance pour améliorer les soins prénatals et les accouchements pour les femmes autochtones (Couchie et Sanderson, 2007). Ces données corroborent certaines évaluations montrant des améliorations dans le domaine des taux de mortalité périnatale, des accouchements prématurés, du poids à la naissance, de l'allaitement maternel ainsi que des interventions comme les césariennes de convenance (Epoo et Van Wagner, 2005). La généralisation des sages-femmes

autochtones est freinée par de multiples facteurs, y compris le renforcement de la réglementation de la pratique professionnelle, la difficulté à recruter et à retenir les sages-femmes, le manque de fonds publics destinés à l'obstétrique et l'obligation, pour les sages-femmes, de contracter une assurance responsabilité professionnelle (ONSA, 2004, 2008; Skye, 2010; Smith, 2003).

L'allaitement maternel et l'alimentation de l'enfant

Il n'existe que très peu de données épidémiologiques sur l'allaitement maternel et l'alimentation de l'enfant, et celles qui existent concernent principalement l'initiation à l'allaitement et les taux d'allaitement soutenu. Ces taux sont généralement inférieurs chez les femmes autochtones que dans le reste de la population féminine canadienne (Black, Godwin et Ponka, 2008). Ces taux diffèrent entre les Premières nations, les Inuites et les Métisses. Dans leur rapport, McShane, Smylie et Adomako (2009) ont utilisé des données provenant de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 (EAPA) pour les femmes des Premières nations (vivant hors des réserves), inuites et métisses, et l'Enquête régionale longitudinale de 2002-2003 sur la santé des Premières nations (ERS) pour les femmes des Premières nations vivant dans les réserves, afin de souligner les

Figure 1.1 : Initiation à l'allaitement et allaitement soutenu chez les mères, par appartenance à un groupe autochtone



Sources : EEA de 2006, ERS de 2002-2003 et ELNEJ de 2000-2001 (signalé dans McShane, Smylie et Adomako, 2009, p. 45)

différences dans les domaines de l'initiation à l'allaitement et de l'allaitement soutenu parmi ces groupes de femmes (figure 1.1). Les auteurs ont découvert que les taux d'initiation à l'allaitement étaient plus élevés chez les femmes métisses (74 %), suivies des femmes des Premières nations vivant hors des réserves (69 %), puis des femmes inuites (66 %). Ces taux sont encore plus bas chez les femmes des Premières nations vivant dans les réserves (63 %). Les femmes inuites étaient plus susceptibles de poursuivre l'allaitement jusqu'à six mois (54 %), suivies par les femmes métisses (51 %), les femmes des Premières nations vivant hors des réserves (48 %), et les femmes des Premières nations vivant dans les réserves (43 %).

Le syndrome d'alcoolisation fœtale et l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les Autochtones L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) englobe une gamme d'invalidités permanentes découlant de l'exposition prénatale à l'alcool et allant du trouble neurologique du développement lié à l'alcool, moins visible, au syndrome complet d'alcoolisation fœtale (SAF) (Masotti, Szala-Meneok, Selby, Ranford et Van Koughnett, 2006). Ce trouble peut toucher les fonctions cérébrales et entraîner l'invalidité intellectuelle et (ou) d'importantes altérations de la mémoire, du jugement et des capacités cognitives (Masotti et coll., 2006). Bien qu'il puisse être évité, il arrive souvent que l'ETCAF ne soit pas diagnostiqué, ce qui entraîne des coûts humains et financiers (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2005; Masotti et coll., 2006). Bien que l'ETCAF n'est pas unique aux communautés autochtones, des documents révèlent que sa prévalence était plus élevée chez les enfants de ces populations (Robinson, Conry et Conry, 1987; Williams, Odaibo et McGee, 1999). L'une des raisons en est que le risque d'ETCAF est augmenté par des déterminants sociaux comme la pauvreté, le faible niveau de scolarisation, les maladies mentales non traitées, les mauvais traitements physiques et sexuels (Schröter, 2010), conditions qui prévalent dans les communautés autochtones.

Cette section examine la documentation actuelle sur l'incidence et la prévalence du SAF et de l'ETCAF chez les populations autochtones. Elle comporte également un résumé de la documentation sur les stratégies de prévention et d'intervention destinées aux futures mères autochtones.

Du côté des taux d'incidence et de prévalence, les données limitées qui sont à notre disposition suggèrent des taux plus élevés chez les Autochtones que dans le reste de la population, mais ces taux peuvent considérablement varier d'une communauté à l'autre. Pour certains chercheurs, le SAF et l'ETCAF chez les Autochtones du Canada prennent des allures d'épidémie (ASPC, 2005; Premji, Benzies, Serrett et Hayden, 2006; Chudley et coll., 2005), tandis que pour d'autres, il ne s'agit que d'une surreprésentation de SAF et d'ETCAF (Sandor et coll., 1981; Williams et coll., 1999; Robinson et coll., 1987). Il n'en reste pas moins que Pacey (2009), dans son analyse de la documentation propre aux autochtones, révèle qu'il n'existe pas suffisamment de données épidémiologiques pour conclure à une plus grande prévalence du SAF chez ces populations. Pacey souligne par ailleurs plusieurs problèmes concernant la documentation publiée sur le SAF et l'ETCAF : les études sont « trop diversifiées sur le plan de la méthodologie pour fournir des taux de référence propres aux Autochtones »; les connaissances expérientielles des communautés autochtones et des cliniciens peuvent considérablement différer des estimations de la documentation; « certaines études canadiennes portant tout particulièrement sur les Autochtones portent principalement sur les communautés soumises à un risque plus élevé », ce qui peut fausser les perceptions; et enfin, la plupart des cas de SAF et d'ETCAF sont vraisemblablement liés à la population non autochtone, étant donné sa proportion par rapport à l'ensemble de la population (p. ii). Malgré tout, le SAF et l'ETCAF sont classés comme un important problème de santé publique chez les Autochtones (Stout, Kipling et Stout, 2001; Pacey, 2009).

Parallèlement, il n'existe que peu de documentation sur les obstacles auxquels sont confrontées les femmes autochtones enceintes souhaitant accéder à des initiatives et à des programmes primaires, secondaires et tertiaires de prévention et d'intervention contre le SAF et l'ETCAF, tandis que plusieurs études évaluent les initiatives et les programmes actuels. Un rapport de la Fondation autochtone de guérison (2003b) propose un bon examen de cette catégorie de documentation. Ses auteurs soulignent les « pratiques exemplaires » en matière de prévention, d'identification et d'intervention à l'égard de l'ETCAF déclarées pour l'ensemble de la population par Roberts et Nanson (2000) et ils situent chacune d'entre elles dans le contexte socioculturel et historique plus large de la vie des Autochtones et les évaluent en fonction des divers obstacles et des lacunes révélées par la documentation, et qui empêchent la mise en œuvre efficace dans un contexte autochtone. Les pratiques exemplaires sont classées en stratégies de prévention primaires, secondaires et tertiaires. Les auteurs concluent que les stratégies primaires de prévention, qui passent par la promotion de la santé publique, doivent être combinées avec d'autres stratégies de prévention et d'intervention pour réussir dans un contexte autochtone. Les stratégies secondaires de prévention peuvent être couronnées de succès si les professionnels de la santé suivent une formation visant à améliorer la confiance, la communication et le respect entre ceux-ci et leurs clients autochtones (également souligné par Masotti et coll., 2003). Les stratégies doivent aussi s'abstenir de juger, intégrer des connaissances et des pratiques autochtones, et être conçues de manière à tenir compte de l'expérience individuelle et collective des femmes autochtones. Le rapport souligne de nombreux obstacles à la prévention tertiaire destinée aux femmes autochtones à risques, notamment les obstacles psychologiques, sociogéographiques et économiques, ainsi que les obstacles associés aux réseaux sociaux, aux stigmates et aux programmes de traitement des dépendances. Nombre de ces obstacles sont directement liés au

contexte social de la vie des femmes, plus particulièrement au rôle des services d'aide à l'enfance qui soustraient des enfants à la garde de femmes connues pour avoir un problème d'abus d'alcool ou d'autres drogues.

Les principaux thèmes émergeant de la documentation propre aux Autochtones sur l'ETCAF suggèrent que, pour réussir, les interventions doivent adopter des approches holistiques, ne pas être menaçantes, être axées sur la culture, et susciter l'engagement et le soutien de la communauté (ASPC, 2005; Fondation autochtone de guérison [FADG], 2003b; Masotti et coll., 2003). En outre, il doit y avoir une coordination des services en vue d'améliorer le continuum de soins destinés aux femmes aux prises avec des problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues (FADG, 2003b). Nombreux sont les initiatives et les programmes uniquement axés sur l'abus d'alcool ou d'autres drogues et qui négligent les causes fondamentales de l'ETCAF, comme la pauvreté et les antécédents d'oppression et de rupture culturelle, ayant mené dans bien des cas à la formation de cycles multigénérationnels de mauvaise santé mentale, de violence familiale et d'abus d'alcool et d'autres drogues (George et coll., 2007; Stout, Kipling et Stout, 2001; FADG, 2003a). En fait, les programmes de financement du gouvernement ont tendance à cibler des problèmes de santé précis, comme l'ETCAF, plutôt que des initiatives multidimensionnelles traitant de certaines des causes fondamentales de l'ETCAF (c.-à-d. la pauvreté) pouvant être vues comme des priorités plus élevées par les communautés autochtones (FADG, 2003b). La Fondation autochtone de guérison (2003b) soutient que les stratégies de prévention de l'ETCAF doivent mettre l'accent sur la santé générale des femmes plutôt que sur la grossesse, afin d'améliorer les conditions de vie desquelles découlent d'autres problèmes (FADG, 2003b). Pour améliorer la santé générale des femmes, il faut surtout améliorer les conditions sociales dans les communautés faisant l'objet d'une prévalence élevée d'ETCAF, ce qui selon Schröter (2010) représente l'élément le plus important de la prévention.

Bien que l'ETCAF est considéré comme évitable, la Fondation autochtone de guérison (2003b) insiste sur le fait que la plupart des initiatives et des programmes en cours en Amérique du Nord remportent un succès limité quant à la prévention chez les femmes qui sont considérées comme présentant des risques plus élevés d'avoir des enfants souffrant de l'ETCAF. Les progrès ont été lents du côté de la création et de la mise en place d'interventions en matière d'ETCAF qui abordent les besoins des femmes autochtones et s'appuient sur les forces des communautés et les traits culturels, particulièrement dans les milieux urbains, où les femmes autochtones à risque sont plus susceptibles d'accéder aux services destinés à la population en général (Masotti et coll., 2003).

1.2 La santé des enfants

De manière générale, la documentation sur la santé des enfants autochtones relève plusieurs problèmes de santé importants, notamment l'otite moyenne, la santé dentaire et les infections respiratoires. Bon nombre de ces problèmes découlent d'une mauvaise alimentation, de mauvaises conditions de logement et d'un manque d'accès à des établissements de santé adaptés (UNICEF Canada, 2009).

L'otite moyenne

Courante chez les nourrissons et les jeunes enfants, l'otite moyenne (ou infection de l'oreille moyenne) peut entraîner une perte auditive. Elle peut compromettre les capacités d'apprentissage et, par conséquent, avoir des répercussions permanentes (Centre des Premières nations, 2007). Bien que les enfants autochtones soient plus susceptibles d'être atteints d'une otite moyenne que les autres enfants, les taux de prévalence sont variables (Bowd, 2002).

Il n'existe pas de données pancanadiennes permettant de comparer directement les taux de prévalence de l'otite moyenne chez les enfants des Premières nations (vivant

dans les réserves et hors des réserves), métis et inuits. Des études de cas de taille plus restreinte ont conclu à des taux de prévalence plus élevés, particulièrement chez les Inuits, où ils sont parfois 40 fois supérieurs à ceux des enfants non autochtones vivant dans des communautés urbaines (Bowd, 2005). Les deux études les plus volumineuses que sont l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 (EAPA) et l'Enquête régionale longitudinale de 2002-2003 sur la santé des Premières nations (ERS) présentent des données sur les Autochtones de l'ensemble du Canada, mais utilisent des cohortes d'âges différents et forment différemment la question c'est pourquoi les données ne sont donc pas directement comparables. L'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) de 2006 révèle que les taux d'infections à l'oreille chez les enfants de 6 à 14 ans, diagnostiquées par un professionnel de la santé, sont plus élevés chez les enfants inuits (15 %) que chez les Métis et les enfants des Premières nations vivant hors des réserves inscrits (9 %), ainsi que chez les enfants des Premières nations vivant hors des réserves non inscrits (8 %) (McShane, Smylie et Adomako, 2009). À partir des données de l'ERS de 2002-2003, McShane et coll. (2009) ont également signalé un taux d'otite moyenne de 9 % chez les enfants des Premières nations vivant dans les réserves.

Bien que l'hérédité et les facteurs de développement (p. ex., système immunitaire non mature) peuvent augmenter les risques d'otite moyenne, les facteurs environnementaux jouent également un rôle important dans la prévalence de cette infection (Bowd, 2002; Reading, 2009b). Ces facteurs incluent le surpeuplement, la moisissure domestique, le manque d'hygiène, l'accès limité aux soins médicaux, l'alimentation au biberon, le recours à la sucette et l'exposition à la fumée (Bowd, 2002).

Bien que l'otite moyenne est généralement plus répandue chez les nourrissons et les très jeunes enfants, le risque de contracter cette infection après la petite enfance,

et d'en souffrir de manière chronique demeure chez les enfants autochtones (Langen, Sockalingam, Caissie et Corsten, 2007). L'ERS a également révélé que la plupart des enfants des Premières nations qui souffrent d'otite moyenne ne sont pas traités et seulement 25 % des enfants sont traités (CPN, 2007). L'accès insuffisant aux professionnels de la santé est une des raisons pour lesquelles certains enfants des Premières nations ne reçoivent pas de traitement.

La santé dentaire

La santé dentaire est un élément important de la santé globale, elle représente un des problèmes de santé chez les Autochtones (McShane et coll., 2009; UNICEF Canada, 2009; Peressini, Leake, Mayhall, Maar et Trudeau, 2004a, 2004b; Lawrence et coll., 2008; Macnab, Rozmus, Benton et Gagnon, 2008). Le Centre des Premières nations (2007) indique que la mauvaise santé dentaire est la principale source de disparités en matière de santé chez les enfants autochtones et les autres, particulièrement en cas d'association entre une mauvaise santé orale et les maladies infectieuses, l'obésité et le diabète.

Plusieurs études révèlent que la santé dentaire des enfants autochtones du Canada est plus mauvaise que celle des autres enfants; toutefois, le nombre d'études pancanadiennes qui fournissent des données directement comparables pour les enfants des Premières nations (vivant dans les réserves et hors des réserves), métis et inuits est insuffisant. Une étude de Macnab et coll. (2008) a révélé que la santé dentaire des enfants autochtones est deux à trois fois plus mauvaise que celle d'autres enfants canadiens, tandis qu'une étude de Lawrence et coll. (2004) indique qu'environ 70 % des enfants autochtones vivant dans les réserves ont eu des caries avant l'âge de trois ans. La prévalence des caries dentaires est particulièrement élevée

chez les enfants autochtones qui vivent dans le Nord (Schroth, Smith, Whalen, Lekic et Moffatt, 2005). Un facteur contribuant à la prévalence plus élevée dans cette région peut être l'association entre les faibles revenus et les coûts élevés de l'alimentation, qui complique l'accès à une alimentation saine (Boult, 2004). L'Enquête de 2006 sur les enfants autochtones (EEA), qui examine la prévalence des « problèmes dentaires » chez les enfants, a révélé que les taux les plus élevés se trouvent chez les Inuits (31 %), suivi des enfants des Premières nations inscrits vivant hors des réserves (24 %), des Métis (15 %) et des enfants des Premières nations non inscrits vivant hors des réserves (13 %) (cité par McShane et coll., 2009). En ce qui concerne les enfants des Premières nations vivant dans les réserves, l'ERS de 2002-2003 donne une prévalence de 29 % d'enfants de 3 à 5 ans atteints de caries dentaires (cité par McShane et coll., 2009). Toutefois, l'utilité des données de l'EEA et de l'ERS est limitée par le manque de comparaison avec les enfants non autochtones, ce qui complique l'évaluation de l'importance des problèmes dentaires chez les enfants autochtones du Canada.

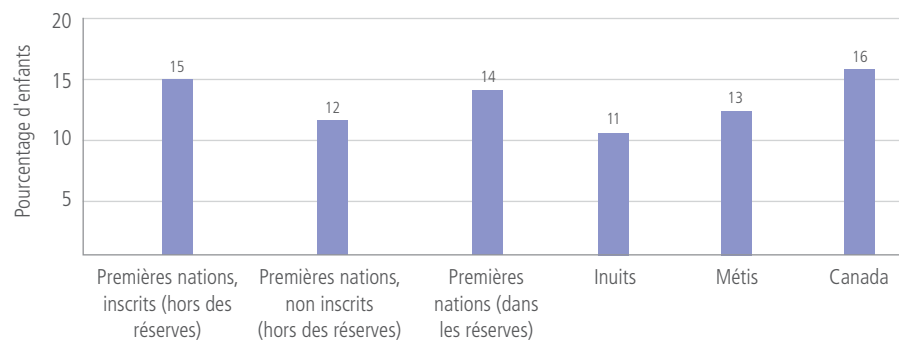
La santé respiratoire

Il existe plusieurs types de problèmes respiratoires allant de l'asthme à la maladie

pulmonaire obstructive chronique (MPOC) en passant par des infections des voies respiratoires inférieures, comme la bronchite et la pneumonie. Bien qu'ils puissent affliger tous les groupes d'âge, les problèmes respiratoires sont plus préoccupants chez les enfants autochtones que chez les adultes (Berghout et coll., 2005; Reading, 2009a). Voilà pourquoi cette section porte principalement sur la prévalence des problèmes respiratoires qui touchent plus particulièrement les nourrissons et les enfants autochtones. Elle comporte également une discussion portant sur certains des facteurs de risque liés à l'augmentation de la prévalence et aux répercussions des problèmes respiratoires sur les populations autochtones.

La documentation sur la prévalence de l'asthme chez les nourrissons et les enfants autochtones présente des conclusions variées, qui suggèrent que certains facteurs de risque existent à certains endroits, et pas à d'autres. Une étude de McShane et coll. (2009), qui utilise les données de l'EEA de 2006, de l'ERS de 2002-2003 et de l'Enquête longitudinale nationale de 2000-2001 sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), examine le taux de prévalence de l'asthme chez les nourrissons et les enfants autochtones du Canada (figure 1.2).⁶

Figure 1.2 : Prévalence de l'asthme chez les enfants, par appartenance à un groupe autochtone et par statut



Sources : Adapté de McShane et coll., 2009, 49, à partir de données de l'EEA de 2006, de l'ERS de 2002-2003 et de l'ELNEJ de 2000-2001

⁶ L'asthme n'a jamais été vu comme un problème de santé plus important chez les adultes autochtones que dans le reste de la population canadienne. Il semble toutefois que cette situation soit en train de changer (Berghout et coll., 2005; Statistique Canada 2008a; Statistique Canada, 2009a; Centre des Premières nations, 2007). Des données compilées provenant de Statistique Canada (2008a; 2009a) et du Centre des Premières nations (2007) indiquent qu'alors que 7,8 % des adultes canadiens déclarent être asthmatiques, la prévalence est plus importante dans la population autochtone, car 10,6 % des Premières nations, 9 % des Inuits et 14 % des Métis adultes déclarent en souffrir.

L'EEA, qui se penche sur ce phénomène chez les enfants de moins de 7 ans, a révélé des taux supérieurs chez les enfants des Premières nations inscrits vivant hors des réserves (15 %), suivis des Métis (13 %), des enfants des Premières nations non inscrits vivant hors des réserves (12 %) et enfin des Inuits (11 %) (McShane et coll., 2009). L'ERS a révélé une prévalence de l'asthme chez les enfants des Premières nations de moins de 12 ans vivant dans les réserves s'élève à 14 % (McShane et coll., 2009). Lorsqu'on les compare avec les données de l'ELNEJ qui révélé que 16 % des enfants canadiens de moins de 12 ans souffrent d'asthme (McShane et coll., 2009), ces données semblent indiquer que l'asthme constitue un problème de santé chez les enfants autochtones et non autochtones et peuvent toutefois également suggérer un problème d'asthme non diagnostiqué (Crighton, Wilson et Sénécal, 2010). D'autres études ont révélé des taux supérieurs d'asthme et (ou) de MPOC chez des populations autochtones vivant dans certains milieux (Sin, Wells, Svenson et Man, 2002; Crighton et coll., 2010; Berghout et coll., 2005).

L'emplacement géographique est le plus important facteur associé à l'asthme, les personnes qui vivent dans les territoires du Nord, dans les réserves ou en zone rurale sont les moins susceptibles de souffrir d'asthme (Crighton et coll., 2010). Les autres facteurs de prévalence élevée de l'asthme sont le surpeuplement et les mauvaises conditions de vie, le faible niveau de scolarisation, les taux élevés de chômage, les taux élevés de tabagisme et les infections respiratoires fréquentes (Jetté, 1992, cité par Hemmelgarn et Ernst, 1997: 1870; Berghout et coll., 2005).

Les infections des voies respiratoires inférieures constituent, chez les nourrissons et les enfants inuits, un grave problème de santé publique que la documentation sur la santé a très largement abordé (Young, Kandola, Mitchell et Leamon, 2008; Kovesi et coll., 2007; Orr, 2007; Banerji

et coll., 2001; Reading, 2009b). Des études ont révélé que les infections des voies respiratoires inférieures sont très fréquentes et très graves, et entraînent un taux d'hospitalisation très élevé. Orr (2007) signale que certaines années, les taux élevés d'attaques de bronchiolite (57 %) chez les nourrissons inuits de certaines communautés, tandis que Banerji et coll. (2001) a signalé des taux d'hospitalisation de 484 pour 1000 nourrissons pour cette maladie dans la région de Baffin (d'octobre 1997 à juin 1998). De la même façon, Creery et coll. (2005) ont révélé des taux annuels d'hospitalisation de 197 nourrissons sur 1000 pour la bronchiolite et la pneumonie virale de 1999 à 2002. Une fois encore, les facteurs environnementaux dont notamment le surpeuplement des logements, la mauvaise ventilation et l'exposition à la fumée du tabac déterminent la prévalence élevée de ces types d'infections respiratoires (Banerji et coll., 2001, 2009; Kovesi et coll., 2006, 2007). En outre, le sous-allaitement (Banerji et coll., 2009) et l'exposition prénatale aux dichlorobiphényles polychlorés (BPC) (Dallaire et coll., 2006) ont été recensés comme étant des facteurs qui peuvent contribuer aux taux alarmants d'infections respiratoires chez les nourrissons et les enfants inuits.

La documentation établit clairement que les conditions ambiantes intérieures sont la principale cause des problèmes respiratoires des Autochtones. Dans les climats nordiques plus froids, la prévalence des problèmes respiratoires peut être encore accentuée par le temps passé à l'extérieur et par l'exposition aux contaminants domestiques comme les moisissures et les acariens (Berghout et coll., 2005). La mauvaise qualité de l'air intérieur est aggravée par la fumée du tabac; le taux de consommation de tabac chez les Inuits est supérieur à 70 % chez les adultes de 18 à 45 ans (Santé Canada, 2007).

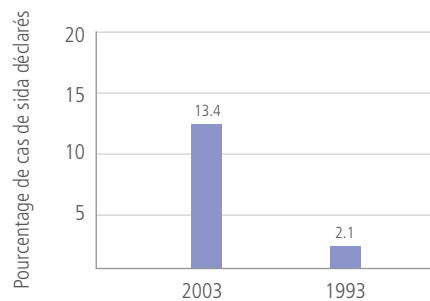
1.3 Les maladies transmissibles

Les infections transmissibles sexuellement
Les infections transmissibles sexuellement (ITS) constituent un grave problème de santé qui menace la santé, le bien-être et la capacité

de reproduction de nombreux Canadiens. Lorsqu'elles ne sont pas traitées, les ITS peuvent entraîner des conséquences graves sur la santé, surtout chez les femmes (Steenbeek, Tyndall, Sheps et Rothenberg, 2009). Il existe plusieurs types d'infections transmissibles sexuellement, les plus courantes sont le chlamydia, la gonorrhée, la syphilis et le VIH ou le sida (qui se transmettent également par les drogues injectables). Bien qu'il n'existe que peu de données de surveillance sur les ITS et la population autochtone, nous savons que leur taux a continué à augmenter considérablement (Steenbeek et coll., 2009). Les données existantes révèlent un volume de cas disproportionné d'ITS chez les Autochtones, surtout chez les jeunes (Devries, Free, Morison et Saewyc, 2009; Steenbeek et coll., 2006, 2009).

Des taux élevés d'infections transmissibles sexuellement ont été découverts chez certaines populations des Premières nations et inuites (Devries et coll., 2009; gouvernement du Manitoba, 2004; Santé Canada, 2004) et dans les régions du Nord (Gesink Law, Rink, Mulvad et Koch, 2008; Steenbeek et coll., 2006, 2009). Chez la population des Premières nations, le taux de chlamydia pour l'année 2000 était environ six fois supérieur à celui du taux du Canada (1071,5 cas pour 100 000 habitants, contre 178,9 pour le Canada) (Santé Canada, 2005a). Lorsque l'âge et le sexe étaient inscrits, plus de la moitié des cas des Premières nations concernaient des femmes de 15 à 24 ans (Santé Canada, 2005a). Au Canada, on retrouve le taux de chlamydia le plus élevé dans les territoires du Nord. En 2008, le Nunavut avait signalé les taux de chlamydia et de gonorrhée les plus élevés du Canada; respectivement 17 fois supérieurs et 30 fois supérieurs à la moyenne nationale (ASPC, 2010). Les facteurs de risques communs aux ITS sont le manque de services de santé accessibles et axés sur la culture, l'absence d'anonymat pour obtenir des préservatifs et (ou) des aiguilles propres, le nomadisme, l'itinérance, la pauvreté, des études moindres que des études secondaires, la prostitution, la marginalisation des utilisateurs de drogues injectables et des

Figure 1.3 : Cas de sida déclarés parmi les populations autochtones du Canada



Sources : ASPC, 2004, p. 2

travailleurs du sexe et l'instabilité des conditions de logement (gouvernement du Manitoba, 2004). La perte d'estime de soi, les antécédents d'abus d'alcool ou d'autres drogues ou de mauvais traitements pendant l'enfance qui sont des résultats fréquents des politiques coloniales comme les pensionnats, sous-tendent souvent ces facteurs de risque et mènent à des comportements sexuels à haut risque qui contribuent à répandre les ITS (ASPC, 2006b; Young et Katz, 1998). Dans les régions du Nord, l'accès limité aux services de santé et à la confidentialité peuvent contribuer à la prévalence élevée d'ITS (Gesink Law et coll., 2008).

Bien que la plupart des stratégies de prévention des ITS se concentrent sur les principaux comportements à risque et recommandent des approches comme le report des relations sexuelles, la réduction du nombre de partenaires et le recours aux préservatifs, Devries et coll. (2009), quant à eux, soulignent les facteurs uniques associés aux comportements à risque chez les jeunes Autochtones. Ces facteurs uniques incluent la consommation importante d'alcool ou d'autres drogues, la violence sexuelle et la vie dans les réserves.

L'augmentation rapide du nombre de cas de VIH et de sida chez les Autochtones représente un autre problème de santé de taille. Les données épidémiologiques les plus récentes sur la prévalence du VIH et du sida dans les populations autochtones viennent de l'Agence de la santé publique

du Canada. Ces données sont quelque peu problématiques puisque toutes les provinces et tous les territoires ne recueillent pas les informations en lien avec l'origine ethnique, ouvre la possibilité à une sous-estimation de l'incidence du VIH et du sida chez les Autochtones. À partir des données du Centre canadien de prévention et de contrôle des maladies, l'Agence de la santé publique du Canada (2004) a recensé 19 344 cas de sida entre 1979 et 2003. Des 87,8 % des cas qui comportaient l'information sur l'origine ethnique, on a signalé que 3,1 % étaient des Autochtones. L'Agence de la santé publique du Canada (2004) a également relevé une augmentation du nombre d'Autochtones ayant reçu un diagnostic de sida (1,2 % en 1993 à 13,4 % en 2003, voir figure 1.3).

Les populations autochtones sont également surreprésentées dans le nombre de cas d'infections au VIH au Canada, avec de 5 à 8 % de tous les cas, alors qu'elles ne constituent que 3,3 % de l'ensemble de la population (ASPC, 2004). En outre, on constate une croissance assez rapide du nombre de tests VIH positifs chez les Autochtones du Canada représentant 18,8 % de tous les tests VIH positifs en 1998 contre 25,3 % en 2003 (ASPC, 2004).

Les femmes autochtones sont touchées par le VIH et le sida de manière disproportionnée par rapport aux autres Canadiennes (ASPC, 2004). Cette différence est la plus notable quant au nombre de cas de VIH déclarés. Lorsque l'on compare la proportion des femmes par rapport au taux total de cas de VIH par rapport à l'ensemble des cas signalés, les femmes autochtones représentent près de 45 % de tous les cas au sein de leur population, tandis que les femmes non autochtones ne représentent que 20 % de tous les cas au sein de leur population (ASPC, 2004).

Chez les jeunes (moins de 30 ans), le nombre de tests positifs du VIH et du sida des jeunes autochtones est supérieur à celui des jeunes non autochtones, et le diagnostic est posé lorsqu'ils sont plus jeunes (ASPC,

2004). Cependant, la proportion des jeunes autochtones par rapport à tous les cas de sida chez les Autochtones a diminué. Bien que les jeunes représentaient 40,6 % des cas de sida chez les Autochtones avant 1993, ce pourcentage est passé à 13 % pendant la période de 1999 à 2003 (ASPC, 2004).

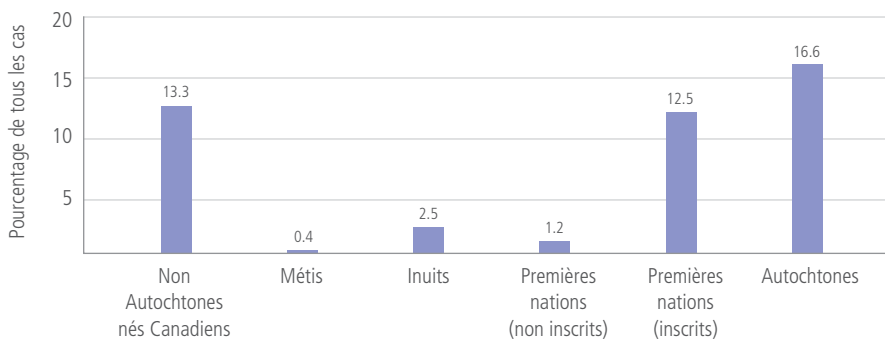
L'utilisation de drogues injectables est devenue le mode de transmission le plus courant du VIH et du SIDA au sein des populations autochtones. En 1993, 10,9 % des cas de sida étaient attribués à l'utilisation de drogues injectables, ce nombre avait atteint 58,3 % en 2003 (ASPC, 2004), ce qui indique que le VIH est passé du statut de maladie transmissible surtout sexuellement à celui de maladie transmissible par utilisation de drogues injectables.

Tout comme pour la transmission des ITS, un nombre croissant de preuves illustrent le rôle essentiel des facteurs sociaux à l'égard de la vulnérabilité au VIH et au sida (Heath et coll., 1999). Les effets multigénérationnels de la colonisation ont entraîné de nombreux jeunes autochtones dans des activités à haut risque (p. ex., relations sexuelles non protégées, utilisation de drogues injectables) qui peuvent entraîner une transmission accrue des ITS, du VIH et du sida. Des antécédents de violence sexuelle, de problèmes de santé mentale ou de commerce du sexe sont des facteurs clés de la prévalence élevée du VIH et du sida chez les Autochtones (Heath et coll., 1999; Craib et coll., 2003). En outre, les personnes socialement et économiquement défavorisées risquent davantage de contracter le VIH (ONSA, 2007; Devries et coll., 2009; Steenbeek, 2004; Steenbeek et coll., 2009; Varcoe et Dick, 2008; Réseau canadien autochtone du sida, 2000).

La tuberculose

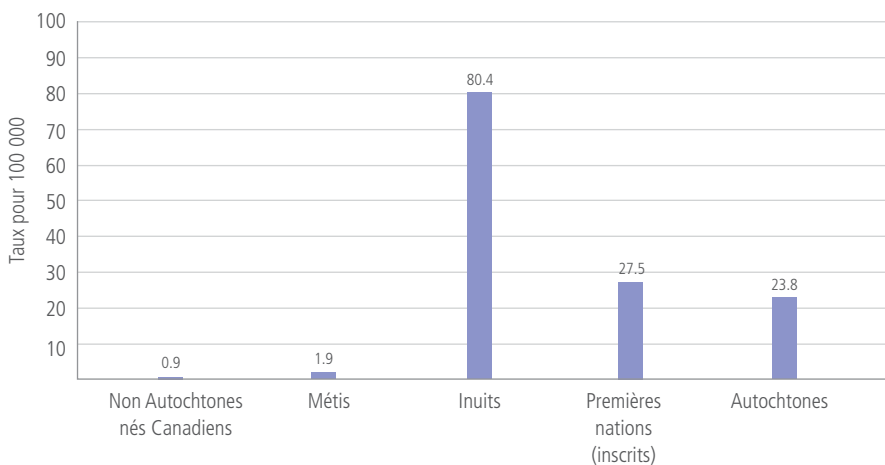
La tuberculose est une maladie extrêmement infectieuse qui commence par une infection des poumons avant de se propager à d'autres parties du corps (US Centers for Disease Control and Prevention, 2005). Elle se transmet d'une personne à l'autre

Figure 1.4 : Proportion des cas de tuberculose, par appartenance à un groupe autochtone et par status



Sources : Adapté d'ASPC, 2007, p. 4

Figure 1.5 : Incidence de la tuberculose pour 100 000 personnes, par appartenance à un groupe autochtone



Source : Adapté d'ASPC, 2007, p. 4

par l'inhalation de l'air infecté au cours d'un contact rapproché. L'époque des premiers contacts avec les Européens a été ponctuée de pics de tuberculose chez les populations autochtones, ce qui a entraîné des taux de mortalité élevés (Grzybowski et Allen, 1999). Au cours du siècle dernier, ces taux ont considérablement chuté grâce aux interventions en santé publique, à l'efficacité des traitements médicaux et à l'amélioration des conditions de vie (p. ex., logement) (Comité canadien de lutte antituberculeuse, 2002). L'administrateur en chef de la santé publique du Canada a reconnu que la tuberculose était comme l'un des plus importants problèmes de santé (Butler-Jones, 2008).

Les taux de tuberculose demeurent disproportionnellement élevés chez les

Autochtones (Comité canadien de lutte antituberculeuse, 2002; Tait, 2008; Smeja et Brassard, 2000; Butler-Jones, 2008). Bien qu'ils ne représentent que 3,8 % de la population canadienne (Statistique Canada, 2008a), en 2004, les Autochtones représentaient 16,6 % de tous les cas de tuberculose au Canada (figure 1.4) (ASPC, 2007). La même année, le taux d'incidence de la tuberculose pour 100 000 habitants était 4,8 fois plus élevé chez la population autochtone que celui de l'ensemble de la population canadienne (y compris les personnes nées à l'étranger) et 26,4 fois plus élevé que celui des personnes non autochtones nées au Canada (ASPC, 2007). Bien que les taux de tuberculose chez les Premières nations semblent s'être stabilisés et s'ils sont généralement bas chez les Métis, on constate toujours des épidémies sporadiques

dans les peuplements inuits, ce qui augmente de façon frappante le taux d'incidence de tuberculose (figure 1.5) (ASPC, 2007). Les taux de tuberculose sont environ 23 fois plus élevés que pour l'ensemble de la population canadienne (Tait, 2008).

1.4 Les maladies non transmissibles

Le cancer

Les données épidémiologiques sur le cancer chez les populations autochtones du Canada se font rares (Louchini et Beaupré, 2008; Circumpolar Inuit Cancer Review Working Group, 2008a, 2008b; Santé Canada FSSNA, 2009; Keon et Pepin, 2009). Les quelques études qui examinent la prévalence et les répercussions du cancer sur les populations autochtones du Canada ont obtenu des conclusions mitigées. Ces conclusions peuvent illustrer les nombreux types de cancers et les facteurs de risque associés à chaque chacun (Earle, 2011), ainsi que le manque de constance dans la déclaration des origines ethniques des registres provinciaux du cancer (Comité de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et des Inuits, 1999).

En règle générale, les effets du cancer chez les Autochtones sont moindres que dans la population non autochtone (Reading, 2009b; Keon et Pepin, 2009). Toutefois, certains types de cancer peuvent poser des problèmes de santé plus graves tandis que d'autres sont moins préoccupants. Par exemple, certaines études révèlent que les taux de mortalité des membres des Premières nations sont inférieurs à ceux du reste de la population canadienne dans le cas du cancer du poumon, du cancer colorectal et du cancer du sein (Santé Canada, 2005a). D'autres sources signalent des taux supérieurs de cancer de l'utérus (Alvi, 2000; Centre des Premières nations, 2006; Young, Kliewer, Blanchard, et Mayer, 2000; Healey, Aronson, Mao et Franco, 2003; Healey, Plaza et Osborne, 2003; Bjerregaard, Young, Dewailly et Ebbesson, 2004), de cancer du sein chez les femmes autochtones (Alvi, 2000; Bjerregaard et coll., 2004), de cancer de la prostate chez les hommes des Premières nations (Santé

Canada, 2005a; Keon et Pepin, 2009; Centre des Premières nations, 2007), ainsi que de cancer colorectal et de cancer des poumons chez les Premières nations et les Inuits (Bjerregaard et coll., 2004; Healey, Plaza et Osborne, 2003; Louchini et Beaupré, 2009). La figure 1.6 illustre les taux de mortalité pour les trois types de cancer signalés dans l'ERS de 2002-2003 chez les populations des Premières nations et du Canada.

Le diabète

Le diabète est devenu l'un des plus importants problèmes de santé publique chez les Autochtones (Ley et coll., 2008; Dyck, Klomp, Tan, Turnell et Boctor, 2002; Oster et Ellen, 2009; Ley et coll., 2009). Cette maladie peut entraîner une vaste gamme de complications graves en matière de santé, notamment des problèmes cardiaques, l'amputation des membres inférieurs, la néphropathie diabétique et la rétinopathie diabétique (Santé Canada, 2003a). Il existe trois principaux types de diabètes soit le diabète de type 1 d'origine génétique qui découle de l'incapacité du pancréas de produire de l'insuline et qui oblige les patients à recevoir des injections d'insuline; le diabète de type 2 qui est associé au mode de vie et apparaît généralement lorsque le corps ne parvient pas à bien utiliser correctement l'insuline produite par le pancréas ce qui entraîne un excès d'insuline (Campbell, 2002) et enfin, le

diabète gestationnel qui survient au cours de la grossesse. Le diabète de type 1 est assez rare, même chez les Autochtones; il touche environ 10 % de l'ensemble de la population (Santé Canada, 2000b). Le diabète de type 2, qui apparaît généralement plus tard et qui est considéré comme étant en grande partie évitable (Colagiuri, 2002; Jermendy, 2005), est le type de diabète le plus répandu (Santé Canada, 2000b). Bien qu'il n'existe que peu de données sur la prévalence du diabète chez les Métis et les Inuits, le diabète de type 2 est considéré comme étant épidémique chez les communautés des Premières nations, supérieur à la moyenne chez les Métis et en augmentation chez les Inuits (Santé Canada, 2000b). Outre ses taux élevés de prévalence, le diabète constitue un important problème de santé publique chez les Autochtones car cette prévalence tend à augmenter, tout comme ses facteurs de risque au sein de cette population, et les Autochtones sont plus susceptibles de contracter le diabète plus jeune, de recevoir un diagnostic de diabète à un stade avancé et de souffrir de complications que les populations non autochtones (Santé Canada, 2000b; Thommasen, Patenaude, Anderson, McArthur et Tildesley, 2004).

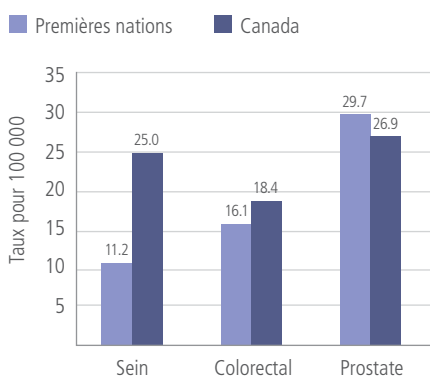
Les données nationales les plus complètes sur la prévalence du diabète chez les Autochtones se trouvent dans l'EAPA de 2006 (pour les Premières nations vivant hors des réserves, les Inuits et les Métis) et

l'ERS de 2002-2003 (pour les Premières nations vivant dans les réserves). L'association des données de ces deux enquêtes avec celles de l'Enquête de 2005 sur la santé dans les collectivités canadiennes (ECSS) à des fins de comparaison à l'échelle du Canada révèle que les taux de prévalence chez les Premières nations vivant dans les réserves sont environ quatre fois supérieurs à ceux de la population canadienne (figure 1.7). Les Métis et les Premières nations vivant hors des réserves ont également un taux de prévalence supérieur à celui du reste des Canadiens. Bien que les données de ces enquêtes semblent suggérer que le diabète n'est pas un problème important chez les Inuits, certains signes sont préoccupants. Les tendances longitudinales montrent un taux de prévalence en constante augmentation, soit une augmentation de 2 % depuis 2001 (Tait, 2008), tout comme la prévalence des facteurs de risque tels que l'obésité (Santé Canada, 2000b).

Jusqu'à il y a 20 ans environ, le diabète de type 2 était généralement vu comme « le diabète de l'adulte » (Campbell, 2002). Depuis, des cas de diabète de type 2 ont été diagnostiqués chez des enfants des Premières nations (Dean, 1998; Dean, Mundy et Moffatt, 1992, 1998; Harris, Perkins et Whalen-Brough, 1996; Fagot-Campagna et coll., 2000). Bien que l'inconstance des programmes de dépistage et la différence des risques génétiques entraînent une variation des taux chez les Premières nations (Dean, 1998), dans certaines communautés des Premières nations, plus particulièrement au Manitoba et dans le nord-ouest de l'Ontario, la prévalence de cette maladie chez les enfants et les jeunes atteint 1 % (Dean et coll., 1998). Étant donné que le diabète de type 2 se manifeste plus souvent chez les jeunes femmes de cette étude, Dean et coll. suggère que le cycle de mauvaise santé est plus susceptible de se reproduire, car l'apparition du diabète avant ou pendant la grossesse peut compromettre la santé du fœtus en formation.

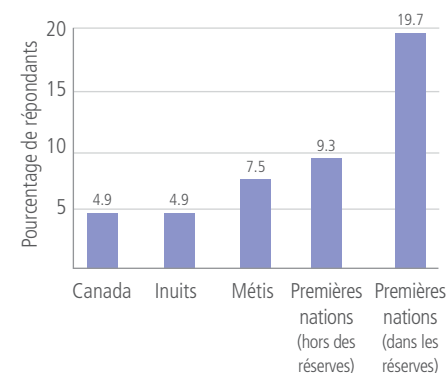
Nous avons trouvé peu d'études portant sur les complications du diabète chez les Autochtones. La plupart des études

Figure 1.6 : Taux de mortalité par cancer, Premières nations par rapport à la population canadienne, 2007



Sources : Adapté du Centre des Premières nations, 2007, Enquête régionale longitudinale, p. 129

Figure 1.7 : Prévalence du diabète chez les Autochtones



Sources : Adapté du Centre des Premières nations, 2007, Enquête régionale longitudinale, p. 129

qui examinent les problèmes cardiaques et l'hypertension chez les diabétiques autochtones révèlent des ratios comparables à ceux des autres Canadiens atteints du diabète (Santé Canada, 2000b). Une étude de Whiteside (1994) montre une prévalence de néphropathie diabétique supérieure chez les diabétiques des Premières nations que chez les diabétiques non autochtones. Rares sont les études sur la portée des amputations des membres inférieurs, la neuropathie périphérique et la rétinopathie diabétique au sein de cette population.

La documentation suggère également que la prévalence du diabète chez les Autochtones continuera d'augmenter à cause de l'accroissement de la prévalence de facteurs de risque comme l'obésité, les facteurs héréditaires et le vieillissement de la population (Dean, 1998; First Nations and Inuit nations RHS National Steering Committee, 1999; Santé Canada, 2000b; Campbell, 2002; Garriguet, 2008; Santé Canada, 2003a). Auparavant, les Autochtones adoptaient des modes de vie plus actifs et plus sains qui comportaient des activités de chasse et de cueillette, entrecoupés de cycles de festins et de famines; l'inactivité et l'obésité étaient rares (Campbell, 2002). Ce mode de vie traditionnel a eu pour résultat une prédisposition génétique à emmagasiner l'énergie de manière plus efficace (Young, Sevenhuysen, Ling et Moffatt, 1990; Thouez, Rannou et Foggin, 1989; Gittelsohn et coll., 1998). Les 50 dernières années ont vu le passage rapide à des régimes alimentaires plus axés sur les aliments plus riches du commerce, ainsi qu'à un mode de vie plus sédentaire (Thouez et coll., 1989, cité par Santé Canada, 2000b; Sharma et coll., 2010); associé à cette prédisposition génétique, ce changement a accentué la vulnérabilité des Autochtones à l'obésité et au diabète (Katzmarzyk et Malina, 1998; Young, Dean, Flett, B. et Wood-Steiman, P., 2000; Young, Reading, Elias et O'Neil, 2000; Kuhnlein, Receveur, Soueida et Egeland, 2004; Willows, 2005).

Plusieurs obstacles empêchent d'aborder ce grave problème de santé publique des

Autochtones. Campbell (2002) souligne que de nombreux obstacles sociaux, culturels, économiques, géographiques, environnementaux et financiers entravent la prévention, la gestion et le traitement du diabète dans cette population. Les obstacles sociaux et culturels incluent la perception de la prise de poids dans les communautés autochtones, la crainte des effets secondaires de l'insuline, le réseau des relations familiales qui déterminent la santé des enfants, et l'hésitation à accepter et à adopter les suggestions formulées par des fournisseurs de santé non autochtones. Les obstacles économiques sont notamment la pauvreté, qui bloque l'accès aux aliments plus nutritifs mais plus coûteux et peut empêcher une famille, de s'installer dans une région où elle peut obtenir de meilleurs soins de santé. Les obstacles géographiques et environnementaux sont notamment l'isolement des régions du Nord, où l'accès aux soins de santé et à l'activité physique adéquate est limité. Les obstacles financiers sont notamment les coûts excessifs du dépistage chez les enfants autochtones, une stratégie proposée par Dean (1998, 1999) et Fagot-Campagna et coll. (2000), nécessaire pour combattre le diabète chez les Autochtones.

Les maladies cardiovasculaires

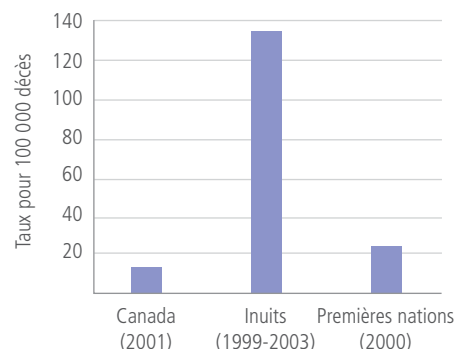
Les maladies cardiovasculaires désignent un éventail de maladies qui touchent le cœur ou les vaisseaux sanguins, dont l'artériosclérose, l'insuffisance coronaire, la cardiopathie valvulaire, l'arythmie cardiaque, l'insuffisance cardiaque, l'hypertension artérielle, l'hypotension orthostatique, le choc, l'endocardite, les maladies de l'aorte et de ses branches, les affections du système vasculaire périphérique et les cardiopathies congénitales (MedicineNet.com, s.d.). Les Autochtones du Canada déclarent des taux de maladies cardiovasculaires plus élevés que le reste de la population (Anand et coll., 2001; Butler-Jones, 2008). Cette situation peut être attribuée en partie à l'augmentation des facteurs de risque comme la pauvreté, la consommation de tabac, l'obésité,

l'hypertension, l'hyperlipidémie et le diabète (Anand et coll., 2001; Keon et Pepin, 2009). Cette section porte principalement sur la prévalence des maladies cardiovasculaires parmi les populations autochtones du Canada.

Il n'existe que des données transnationales très limitées sur la prévalence des maladies cardiovasculaires chez les Autochtones. Bien qu'il en existe certaines données sur les hospitalisations et la mortalité liées aux maladies cardiovasculaires pour certaines régions, les données transnationales se limitent généralement aux données de l'enquête déclarées par les Autochtones dans questionnaires d'évaluation de l'EAPA de 2006 et de l'ERS de 2002-2003. La plupart de ces renseignements ne concernent que les Premières nations.

L'ERS de 2002-2003 a révélé que les maladies cardiaques sont légèrement plus répandues chez les adultes des Premières nations que dans le reste de la population canadienne (7,6 % contre 5,6 %). Toutefois, au fur et à mesure que les adultes des Premières nations vieillissent, plus la prévalence de maladies cardiaques augmente : 11,5 % des adultes des Premières nations déclarent souffrir de maladies cardiaques, contre 5,5 % pour le

Figure 1.8 : Nombre de suicides pour 100 000 décès, Premières nations et Inuits par rapport à la population canadienne



Remarque : Les données sur les Premières nations proviennent de données non publiées de Santé Canada, de données provisoires de Statistique Canada et de données provisoires sur les Inuits provenant du Bureau de la statistique du Nunavut. Source : Gouvernement du Canada, 2006, p. 167

reste de la population canadienne (Centre des Premières nations, 2007). Le taux d'infarctus aigu du myocarde chez les adultes des Premières nations est 20 fois supérieur à celui de la population canadienne (72,7 % contre 52,1 %), et les taux d'AVC correspondent à près du double du reste de la population canadienne (71,5 % contre 34,2 %) (Santé Canada, 2005a).

La principale source d'information sur la prévalence des maladies cardiovasculaires chez les Métis est l'EAPA de 2006, dans laquelle 7 % des adultes métis ont déclaré souffrir de problèmes cardiaques (Statistique Canada, 2009a). De plus, 16 % des Métis ont déclaré être atteints d'hypertension artérielle, un facteur de risque de maladies cardiovasculaires (Statistique Canada, 2009a). Ces taux sont les mêmes que ceux de l'EAPA de 2001.

Il n'existe aucune analyse publique semblable des données de l'EAPA pour les adultes inuits ayant déclaré souffrir de problèmes cardiaques. Peut-être est-ce parce que, par le passé, les taux de mortalité découlant de maladies cardiovasculaires étaient plus bas chez les Inuits que dans le reste de la population canadienne (Young, 2003a). Il a été démontré que le régime alimentaire traditionnel inuit, à base d'aliments de la mer et riche en acides gras oméga-3, constitue un facteur de protection contre les maladies cardiovasculaires (Pars, Osler et Bjerregard, 2001; O'Keefe et Harris, 2000). Toutefois, les Inuits sont passés de modes de vie et de régimes alimentaires traditionnels à un régime alimentaire comportant plus d'aliments du commerce, ce qui augmente les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires, comme l'hypertension artérielle, le diabète et l'obésité (Young, 2003a; Kuhnlein et coll., 2004). Des études récentes sur la prévalence et les facteurs de risque des maladies cardiovasculaires dans certaines cohortes d'Inuits suggèrent que cette prévalence augmente et devient un problème de santé pour cette population (Chateau-Degat et coll. 2010; Egeland et Inuvialuit Settlement Region Steering Committee, 2010; Dewailly, Chateau-Degat, Ékoé et Ladouceur, 2007).

1.5 La santé mentale et le bien-être

Comme c'est le cas pour la maltraitance et la négligence des enfants, ainsi que pour la violence faite aux femmes, les problèmes de santé mentale de nombreux Autochtones prennent souvent racine dans l'érosion de leurs cultures et de leurs valeurs découlant de la marginalisation socioéconomique et de la baisse d'estime de soi (Browne, McDonald et Elliott, 2009). De nombreuses études sur les problèmes de santé mentale chez les populations autochtones du Canada abordent ces questions selon le contexte des répercussions des politiques coloniales (ASPC, 2006a; Mignon, O'Neil et Wilkie, 2003). Toutefois, les données épidémiologiques actuelles sur certains de ces problèmes de santé mentale et sur le suicide sont insuffisantes, surtout du côté des données désagrégées qui montrent les taux de prévalence chez des populations autochtones précises (Premières nations, Métis, Inuits, vivant dans les réserves c. ceux vivant hors des réserves, jeunes c. plus âgés, etc.). Cette section porte principalement sur la documentation disponible sur la prévalence de deux problèmes de santé mentale précis, soit le suicide et l'abus d'alcool ou d'autres drogues.

Le suicide

Bien qu'il existe certaines données épidémiologiques sur le suicide chez les Premières nations et les Inuits du Canada, il n'en existe que peu sur les membres des Premières nations non inscrits et les Métis (Kirmayer et coll., 2007; Moniruzzaman et coll., 2009; Comité consultatif sur la prévention du suicide, 2003). La documentation démontre que les taux de suicide des Autochtones ont constamment été plus élevés que ceux du reste de la population canadienne (figure 1.8) (Kirmayer et coll., 2007). Par exemple, en 2000, le taux de suicide était de 24 pour 100 000 chez les Premières nations, ce qui correspond à environ le double du taux de l'ensemble de la population canadienne (Kirmayer et coll., 2007). Le taux de suicide des Inuits est considéré comme l'un des plus

élevés au monde (Santé Canada, 2006). Entre 1999 et 2003, il était plus de 10 fois supérieur au taux national, soit 135 pour 100 000 (Gouvernement du Canada, 2006, cité par Kirmayer et coll., 2007). Le suicide a tendance à être plus courant chez les jeunes; dans cette catégorie de population, plus d'un tiers de tous les décès lui sont attribuables (Santé Canada, 2003b). L'ERS de 2002-2003 démontre également que la consommation d'alcool intervient dans 80 % des tentatives de suicide (Centre des Premières nations, 2007). Comme dans l'ensemble de la population, les hommes sont plus susceptibles de mourir par suicide que les femmes (Comité consultatif sur la prévention du suicide, 2003); cependant, Kirmayer et coll. (2007) ont découvert que les femmes autochtones avaient davantage tendance à faire des tentatives de suicide que les hommes.

Malgré ces statistiques alarmantes, les taux de suicide varient considérablement d'une communauté à l'autre. Une étude sur le suicide chez les communautés des Premières nations de la Colombie-Britannique révèle dans certaines communautés, les taux sont près de 800 fois supérieurs à la moyenne nationale, tandis que d'autres ne connaissent pour ainsi dire pas ce problème (Chandler et Lalonde, 1998). Une autre étude démontre que tous les cas de suicide chez les Autochtones de Terre-Neuve concernaient quelques communautés du nord du Labrador, ne regroupant que 25 % de la population autochtone de cette province (Aldridge et St. John, 1991). Il existe une tendance au suicide en groupes qui peut le résultat de l'effet de ricochet des événements traumatisants dans les petites communautés très solidaires (Comité consultatif sur la prévention du suicide, 2003). Chandler et Lalonde (1998) ont découvert que les communautés qui se sont dotées de mesures actives pour protéger et réhabiliter leur culture affichent des taux de suicide nettement inférieurs.

Les taux élevés de suicide chez les jeunes de nombreuses communautés autochtones indiquent qu'il ne s'agit pas uniquement d'un problème personnel, mais plutôt de

problèmes dans l'ensemble de la communauté (Kirmayer et coll., 2007). De nombreux jeunes autochtones souffrent d'isolement, de marginalisation et n'obtiennent pas le soutien dans leurs relations familiales, doublé des doutes identitaires (découlant de la colonisation et des changements culturels rapides), ce fardeau leur laisse entrevoir le suicide comme la seule solution (Comité consultatif sur la prévention du suicide, 2003). Étant donné que les facteurs de risque sont vastes, les programmes communautaires doivent s'adapter, surtout ceux qui ciblent plusieurs échelons (des programmes généraux pour promouvoir la santé mentale chez les particuliers, les familles et les communautés, aux programmes qui ciblent des personnes à risque, en passant par les programmes d'intervention d'urgence) (Comité consultatif sur la prévention du suicide, 2003). Toutefois, peu d'études fondées sur des évaluations visant à aider les communautés à sélectionner des stratégies de prévention du suicide qui seront efficaces au sein de leurs communautés (Comité consultatif sur la prévention du suicide, 2003).

La consommation d'alcool ou d'autres drogues

La consommation et l'abus d'alcool, de drogues, de solvants et de tabac dans de nombreuses communautés autochtones ont été abondamment documentés. Un rapport de Santé Canada (2003b) révèle que 73 % des répondants voient l'usage d'alcool et 59 % voient l'usage de drogues comme un problème dans les communautés des Premières nations. Ce même rapport note également qu'un jeune autochtone sur cinq déclare utiliser des solvants dont la moitié a commencé à le faire avant l'âge de 11 ans. Malgré ces faits, les données transnationales à jour sur la prévalence de l'abus d'alcool ou d'autres drogues dans des groupes autochtones précis sont insuffisantes (Korhonen, 2004; Kirmayer et coll., 2007). La plupart des documents qui abordent ce sujet sont de nature qualitative et portent principalement sur la nécessité d'élaborer des stratégies communautaires afin de réduire la consommation et l'abus d'alcool ou d'autres drogues. Les données

quantitatives les plus détaillées sur l'abus d'alcool ou d'autres drogues ne concernent que les Premières nations et se trouvent dans l'ERS de 2002-2003.

Sur le plan de l'alcool, l'ERS de 2002-2003 a révélé que les membres des Premières nations consomment de l'alcool moins souvent que l'ensemble de la population canadienne; cependant, lorsqu'ils buvaient, ils sont plus susceptibles de consommer cinq boissons ou plus lors d'une seule occasion (16 % pour les Premières nations comparativement à 6,2 % pour le reste de la population canadienne) (Centre des Premières nations, 2007). Ces conclusions sont validées par l'ECSS de 2000-2001 en ce qui concerne les Autochtones vivant hors des réserves (signalées dans Tjepkema, 2002) et pour les Inuits (signalées dans Kinnon, 2007). Tjepkema mentionne que 27,2 % des Autochtones vivant hors des réserves boivent toutes les semaines, contre 38,4 % de l'ensemble de la population canadienne; cependant, 22,6 % des Autochtones vivant hors des réserves étaient des buveurs excessifs, comparativement à 16,1 % de l'ensemble de la population. De même, Kinnon signale que 37 % des adultes inuits ne boivent pas et parmi ceux qui le font, 70 % boivent moins de trois fois par mois, mais les 30 % restants boivent de manière excessive, contre 20 % pour le reste de la population canadienne.

Les données sur la prévalence de l'usage de drogues chez les Autochtones sont très limitées. L'ERS de 2002-2003 donne certaines données sur la consommation de marijuana et de drogues illicites en général chez les Premières nations. La marijuana est la drogue illicite la plus largement utilisée au Canada (Chansonneuve, 2007). Cette donnée est révélée dans l'ERS alors que 26,7 % des répondants des Premières nations déclarent en avoir consommé de la marijuana au cours de l'année précédente, contre 14,1 % de l'ensemble de la population canadienne (Centre des Premières nations, 2007). L'ERS révèle également que l'usage global de drogues illicites est généralement faible chez les répondants des Premières nations, il

reste cependant plus de deux fois supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne (7,3 % contre 3 %) (Centre des Premières nations, 2007). Sur le plan du type de drogue illicite consommée, une étude de la Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances (2000, citée par Chansonneuve, 2007) indique que 20 % de ses clients prennent des drogues illicites, de ces 20 %, 12,2 % consomment des stupéfiants alors que 8,6 % consomment des hallucinogènes.

Les données sur le mauvais usage de médicaments sur ordonnance chez les populations autochtones sont largement insuffisantes; aucune donnée n'est disponible à l'échelon national, et seules quelques études isolées ont été publiées. Les indices probants disponibles suggèrent que les Autochtones sont très vulnérables à l'abus de médicaments sur ordonnance (Rehm et Weekes, 2005). Bien que l'ERS de 2002-2003 a interrogé les répondants des Premières nations sur la consommation de médicaments sur ordonnance, comme notamment la codéine, la morphine et les opiacés, elle ne comportait pas de questions portant sur le mauvais usage de médicaments sur ordonnance. Une étude de Wardman, Kahn et el-Guebaly (2002) révèle que 48 % des Autochtones ayant sollicité des services de traitement des dépendances l'ont fait à la suite d'un abus de médicaments sur ordonnance. Le mauvais usage de médicaments sur ordonnance est considéré comme un problème de santé dans certaines communautés des Premières nations. Par exemple, la régie de la santé Sioux Lookout First Nations a désigné le mauvais usage de médicaments sur ordonnance comme un problème de santé au sein de ses propres communautés, c'est pourquoi la régie de la santé consacre par ailleurs un atelier visant à trouver des solutions à ce problème (Sioux Lookout First Nations Health Authority, 2009). En outre, une enquête menée auprès des travailleurs des services de santé du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones indique que 40 % de ces travailleurs ont le sentiment

que le mauvais usage de médicaments sur ordonnance constitue un problème dans leur communauté (Santé Canada, 2005b).

Très peu de données sur l'abus de solvants sont disponibles. Il existe quelques études isolées menées dans certaines communautés inuites et des Premières nations (assez anciennes, pour la plupart), mais aucune étude n'a été menée auprès des Métis (Baydala, 2010). Les conclusions de ces études tendent à indiquer que l'abus de solvants prévaut davantage chez les jeunes inuits et des Premières nations de 12 à 19 ans vivant dans des communautés aux débouchés économiques limités (Coleman, Grant et Collins, 2001; Weir, 2001; Baydala, 2010; Collin, 2006). Par exemple, une vaste étude sur les enfants et les jeunes autochtones du Manitoba et du Québec révèle que 20 % des jeunes du Manitoba et 15 % des jeunes du Québec ont tenté d'inhaler des solvants alors que 3 % des adolescents manitobains et 2 % des Québécois inhalent régulièrement des solvants (Layne, 1987, cité par Santé Canada, 1998). De même, une enquête réalisée en 1996 dans les Territoires du Nord-Ouest révèle un usage élevé de solvants chez les Autochtones (19 %, contre 1,7 % pour les non Autochtones) (Bureau de la statistique des Territoires du Nord-Ouest, 1996, cité par Santé Canada, 1998). Plus récemment, on signalé que 50 % des enfants et des jeunes vivants dans les réserves de la Première nation Pauingassi du Manitoba abusaient de solvants (Collin, 2006), tandis que d'autres communautés ont signalé que jusqu'à 60 % des jeunes ont signalé utiliser des produits à inhaler (Dell, 2005). Une enquête menée auprès des travailleurs des services de santé du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones indique que 24,3 % des travailleurs ont le sentiment que l'abus de solvants ou de produits à inhaler constitue un problème dans leur communauté (Santé Canada, 2005b).

Au moment d'aborder la prévalence du tabagisme chez les Autochtones, il est important d'établir la distinction entre l'usage

traditionnel et l'usage non traditionnel du tabac. Pour de nombreux membres des Premières nations, le tabac est sacré et sert à divers usages médicinaux et cérémoniels, notamment le remerciement au Créateur et à la Terre Mère, la communication avec les esprits, la purification du corps et la guérison de l'esprit (Assemblée des Premières Nations, 2002). Une pipe sacrée est utilisée à ces occasions. Toutefois, l'usage non traditionnel, ou récréatif, du tabac crée une forte dépendance, est nocif pour la santé et est considéré comme un problème de santé publique grave et croissant chez les Premières nations, les Inuits et les Métis (Reading et Allard, 1999; Centre des Premières nations, 2007). Cette section porte sur la prévalence de l'usage non traditionnel du tabac chez les Autochtones.

Il existe une association étroite entre le tabagisme et l'augmentation des risques de maladies cardiovasculaires, de maladies respiratoires et de certains cancers; des preuves suggèrent que l'usage non traditionnel du tabac ouvre également la voie aux drogues et à l'alcool, au jeu et à d'autres comportements malsains (Reading et Allard, 1999). Parmi les adultes des Premières nations vivant dans les réserves, l'Enquête régionale longitudinale de 2002-2003 sur la santé des Premières nations mentionne un taux de tabagisme de 58,8 %, dont une majorité fume quotidiennement (Centre des Premières nations, 2007). Les taux les plus élevés d'usage quotidien du tabac se trouvent chez les adultes les plus jeunes : 53,9 % des adultes de 18 à 29 ans déclarent fumer quotidiennement, contre 23,5 % des adultes de 60 ans et plus (Centre des Premières nations, 2007). Le taux de tabagisme chez les jeunes des Premières nations est de 37,8 %, dont 10,9 % sont des fumeurs de 12 ans et 60,7 % sont des fumeurs de 17 ans (Centre des Premières nations, 2007). Les taux de tabagisme sont plus élevés chez les jeunes filles que chez les jeunes hommes. Le taux de tabagisme chez les femmes enceintes des Premières nations est le même que pour l'ensemble des femmes de cette population.

L'EAPA de 2006 révèle que les taux de tabagisme sont les plus élevés chez les Inuits (Tait, 2008). Les taux de tabagisme varient selon l'âge et la région. Parmi les adultes inuits, 64 % se disent fumeurs, dont 58,8 % fument quotidiennement. Ce taux est demeuré relativement inchangé depuis 2001, reste trois fois supérieur à celui de l'ECSS de 2005 pour tous les adultes du Canada (17 %) (Tait, 2008). Les taux les plus élevés reviennent aux jeunes adultes inuits de 25 à 34 ans, tandis que les taux les plus bas concernent les adultes de plus de 55 ans (38 %). Parmi les jeunes Inuits, 56 % de ceux qui sont âgés de 15 à 19 ans déclarent fumer quotidiennement. Les adultes inuits vivant dans l'Inuit Nunaat sont plus susceptibles de déclarer qu'ils fument quotidiennement que ceux qui n'y vivent pas (73 % contre 40 %).

Les données sur la prévalence du tabagisme sont beaucoup plus limitées chez les adultes et les jeunes Métis. Cette situation peut découler de la faiblesse des taux de prévalence par rapport aux Inuits et aux Premières nations, et (ou) du fait qu'un certain nombre de métis adultes ont déclaré avoir déjà diminué leur consommation de tabac (Statistique Canada, 2009a). Selon l'EAPA de 2006, 31 % des adultes métis fument quotidiennement, soit 6 % de moins que dans l'EAPA de 2001 (Statistique Canada, 2009a). Le pourcentage d'adultes métis qui ne fument pas du tout a lui aussi augmenté de 7 % depuis 2001 (61 % en 2006 contre 54 % en 2001) (Janz, Seto et Turner, 2009).

L'abus d'alcool ou d'autres drogues est une méthode courante pour supporter les problèmes quotidiens de marginalisation, la baisse d'estime de soi et les traumatismes intergénérationnels que vivent de nombreux Autochtones (Chansonneuve, 2007). L'abus d'alcool ou d'autres drogues, qui peut entraîner des taux élevés d'incarcération, de blessures, de morts accidentelles, de suicides, de violence, de violence et de négligence envers les enfants, et de débauche sexuelle (Chansonneuve, 2007; Aucoin, 2005), engendre d'importantes répercussions

sociales et psychologiques sur les personnes, les familles et les communautés. Néanmoins, les communautés autochtones ont fait d'importants progrès au cours des 30 dernières années pour régler ce problème de santé et social répandu et de longue date. De nombreuses pratiques exemplaires en matière de programmes de prévention et de rétablissement associent une vision holistique de la promotion de la santé avec des approches autochtones (Chansonneuve, 2007).

1.6 La violence, les mauvais traitements, les blessures et l'invalidité

Les mauvais traitements et la violence familiale
Cette section se penche sur la documentation concernant les mauvais traitements et la violence familiale. Elle se concentre plus particulièrement sur deux sujets qui engendrent d'importantes répercussions sur les familles et les communautés autochtones : la violence faite aux femmes et la maltraitance/négligence des enfants (Tait, 2008; Fondation autochtone de guérison, 2003a; Keon et Pepin, 2009; ASPC, 2003). La violence et les mauvais traitements chez les personnes, les familles et les particuliers autochtones doivent être abordés sous l'angle des facteurs sociaux, politiques et historiques complexes qui ont forgé la vie de ces peuples (Reading, 2009a). Les politiques coloniales comme la création de réserves et le système des pensionnats ont érodé la culture et les valeurs autochtones ce qui a entraîné la marginalisation socioéconomique et la baisse d'estime de soi généralisées (Reading, 2009a; Commission de mise en œuvre des recommandations sur la justice autochtone [CMORJA], 1999; Browne, McDonald et Elliott, 2009; Association des femmes autochtones du Canada [AFAC], 2009). Ces politiques ont entraîné l'apparition de conditions favorisant la normalisation de la violence et des mauvais traitements dans de nombreuses communautés autochtones (CMORJA, 1999).

La plus grande partie de la documentation sur la maltraitance et la négligence des enfants s'inspire des résultats de l'Étude canadienne de 1998 et (ou) de 2003 sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants, qui conclut à la surreprésentation des enfants autochtones dans le système de protection de l'enfance (ASPC, 2003). Bien que les Autochtones représentent environ 3,8 % de la population du Canada (Statistique Canada, 2008a), ils constituent environ 15 % du total des cas corroborés de mauvais traitements (Trocmé et coll., 2005). Parmi ces cas, 10 % étaient des enfants des Premières nations inscrits, 2 % des enfants Métis ou des Premières nations non inscrits et 1 % des enfants inuits. Les données de 2003 suggèrent que ces cas relevaient davantage de la négligence et de l'absence de supervision que de la violence physique ou sexuelle (Trocmé et coll., 2005). Lors de l'interprétation ces données, il est important d'examiner non seulement le contexte dans lequel évoluent les Autochtones, mais aussi certains facteurs sociaux et culturels uniques : les familles autochtones sont plus susceptibles d'être dirigées par une mère seule que les familles non autochtones (ASPC, 2003), ce qui augmente le stress familial et entraîne les mauvais traitements ou la négligence, par ailleurs, l'interprétation du terme « négligence » peut varier d'une culture à l'autre. Irvine (2009), par exemple, explique comment les méthodes d'éducation traditionnelles autochtones comportant une éthique de non-intervention peuvent être mal interprétées comme de la « négligence » par des organismes non autochtones de protection de l'enfance.

Pour bon nombre de femmes autochtones, la violence est une menace bien réelle avec laquelle elles doivent composer. La documentation sur ce sujet porte principalement sur la prévalence, la gravité et les causes fondamentales de cette violence, ainsi que sur les obstacles rencontrés par les femmes autochtones qui veulent y mettre un terme. On considère que dans certaines

communautés, la violence faite aux femmes a des allures d'épidémie (CMORJA, 1999). On a signalé qu'environ les trois quarts des femmes autochtones ont été victimes de violence familiale au moins une fois dans leur vie (Santé Canada, 1999), et qu'elles sont 3,5 fois plus susceptibles d'être confrontées que les autres femmes canadiennes (AFAC, 2009). Bien qu'il existe peu de données sur la prévalence de la violence faite aux femmes dans les populations autochtones canadiennes, le taux alarmant de violence qu'elles subissent dans leur foyer, dans leur communauté et dans la société canadienne en son ensemble est vu par les ministères, les organismes gouvernementaux et les organisations autochtones comme l'un des plus importants problèmes de santé concernant les femmes autochtones (AFAC, 2009; CMORJA, 1999; Aucoin, 2005; Santé Canada, 2000a).

Les femmes autochtones sont plus susceptibles d'être victimes de formes graves de violence conjugale (p. ex., être étranglées, menacées par une arme meurtrière ou agressées sexuellement) que les femmes non autochtones (AFAC, 2009). Elles ont également davantage tendance à vivre dans un milieu où la violence conjugale est déclenchée par un abus d'alcool ou d'autres drogues (CRPA, 1996; Aucoin, 2005). De plus, les femmes autochtones sont trois fois plus susceptibles que les femmes non autochtones de mourir à la suite des violences (Santé Canada, 2000a).

Outre la documentation sur les racines socioéconomiques de la violence,⁷ on retrouve de la documentation portant sur les obstacles systémiques et discriminatoires auxquels sont confrontées les femmes autochtones qui en sont victimes. Ces obstacles systémiques sont notamment l'absence d'hébergement sécuritaire, d'abris et de services pour les victimes de mauvais traitements, particulièrement ceux qui s'attaquent aux problèmes culturels et sociaux propres aux femmes autochtones

⁷ La documentation sur les racines socioéconomiques de la violence sera examinée plus en détail au chapitre 2.

(Ipsos-Reid Corporation, 2006; Le cercle national autochtone contre la violence familiale, s.d.; Harper, 2005). Les obstacles discriminatoires sont notamment le sexisme et le racisme. Généralement, les croyances sexistes considèrent que la femme est inférieure à l'homme, ce qui entraîne de la violence (CMORJA, 1999). Le sexisme se manifeste souvent sous la forme du manque de soutien envers les femmes victimes de mauvais traitements dans les réserves dont le chef et les membres du conseil sont des hommes et semblent peu désireux de régler ce problème (Ipsos-Reid Corporation, 2006). Le racisme peut prendre la forme d'un traitement exempt de compassion de la part de la police et de l'autorité judiciaire (CMORJA, 1999; Ipsos-Reid Corporation, 2006). Étant donné ces obstacles, de nombreuses femmes autochtones n'ont d'autre choix que de quitter leurs réserves vers des centres urbains afin d'échapper à la violence où au lieu de trouver une vie meilleure, elles peuvent être vulnérables à l'exploitation sexuelle et à un redoublement de violence (Lévesque, 2003, et Culane, 2003, cité par Browne et coll., 2009).

La documentation sur la maltraitance et la négligence des enfants et la violence familiale a tendance à aborder les Autochtones en général, sans faire une réelle distinction entre les Premières nations, les Inuits et les Métis, ou entre les populations urbaines et celles qui vivent dans les réserves. Pour mieux comprendre les répercussions de la maltraitance et de la négligence des enfants et de la violence familiale et éventuellement trouver des solutions efficaces, il est nécessaire de mener d'autres recherches.

Les blessures et l'invalidité

Les répercussions des blessures sur la société canadienne sont profondes sur le plan des coûts économiques directs et indirects (coûts des soins de santé, perte de revenus d'emploi) et la réduction de la qualité de vie (Tjepkema, 2005). Elles favorisent également l'apparition d'autres problèmes de santé, comme la dépression, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, les troubles de l'alimentation et du sommeil,

et les infections transmissibles sexuellement (Centre des Premières nations, 2007). Les blessures sont vues comme la principale cause de décès chez les Autochtones de moins de 45 ans, et une cause importante d'invalidité (Santé Canada, 1996, cité par Santé Canada, 2001; Tjepkema, 2005).

Les blessures accidentelles

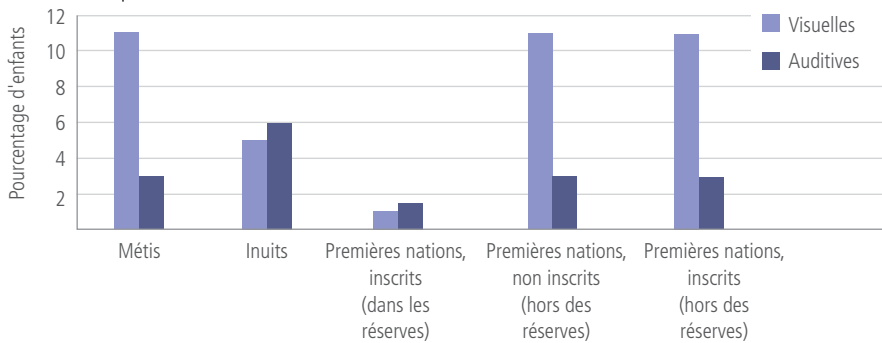
Les blessures peuvent être à la fois accidentelles, sans intention de blesser, et intentionnelles lorsqu'elles sont infligées par la victime elle-même ou par une autre personne (Santé Canada, 2001). Puisque le suicide et la violence familiale sont évoqués plus haut dans ce chapitre, cette section se penchera plutôt sur les blessures accidentelles, dont les causes peuvent comprendre les accidents automobiles, la noyade, l'empoisonnement accidentel, la surdose de drogues, les chutes accidentelles et l'incendie (Santé Canada, 2001).

Il est largement accepté que les Autochtones sont plus susceptibles d'être blessés que le reste de la population canadienne en raison de certains facteurs sociaux, psychologiques et environnementaux. Par exemple, le climat nordique et les conditions routières peuvent entraîner une augmentation du nombre d'accidents automobiles; la pratique de la chasse peut contribuer à accroître le nombre de suicides et de blessures par arme à feu; le surpeuplement et l'isolement des logements peuvent accroître le stress, et par conséquent la violence familiale et les blessures accidentelles et les mauvaises conditions de vie augmentent les risques de violence et de suicide (Santé Canada, 2001). Les facteurs de mode de vie à haut risque accroissent également le risque de blessures chez les Autochtones. Par exemple, on croit que l'alcool contribue aux accidents automobiles, au suicide et à la violence (Centre des Premières nations, 2007), tandis que le tabagisme augmente les risques de blessures à la suite d'un incendie (Santé Canada, 2001). Bien que les blessures causent le tiers des décès chez les Autochtones (Young, 2003b), il n'existe que très peu de données sur ce problème de santé, hormis quelques données

portant précisément sur les Premières nations et (ou) l'ensemble des Autochtones (Santé Canada, 2001). La plupart des données actuelles se basent sur les statistiques sur la mortalité plutôt que sur les blessures non mortelles (Tjepkema, 2005).

Les données disponibles sur les blessures accidentelles chez les Autochtones montrent des schémas semblables à ceux de l'ensemble de la population canadienne, mais les taux sont considérablement plus élevés (Santé Canada, 2001; Centre des Premières nations, 2007). Par exemple, les Autochtones sont plus susceptibles d'être blessés lors d'un accident de voiture (y compris en VTT ou en motoneige), de se noyer, de s'empoisonner ou de tomber par accident (Santé Canada, 2001; Centre des Premières nations, 2007; Karmali et coll., 2005). Il existe des disparités entre les taux de blessures chez les Autochtones et les non Autochtones sur le plan du sexe, de l'âge, de l'appartenance à un groupe autochtone et de l'emplacement géographique. Les taux de blessures sont généralement plus élevés chez les hommes que chez les femmes, ce qui s'explique par leur participation à des activités plus risquées (Tjepkema, 2005; Karmali et coll., 2005; Centre des Premières nations, 2007). Les Autochtones qui vivent dans des régions nordiques et éloignées sont plus susceptibles d'avoir un accident automobile, et les taux de noyade sont particulièrement élevés chez les Autochtones des Territoires du Nord-Ouest, du Yukon et des provinces atlantiques (Santé Canada, 2001). Les taux de blessures sont plus faibles chez les enfants autochtones que dans les autres groupes d'âge (Centre des Premières nations, 2007). Les jeunes des Premières nations vivant dans les réserves affichent des taux de blessures extrêmement élevés par rapport aux autres jeunes Canadiens ou à leurs homologues vivant hors des réserves (Centre des Premières nations, 2007). Les taux de blessures sont sensiblement les mêmes chez les enfants et les jeunes vivant hors des réserves et chez les autres enfants canadiens (Statistique Canada, 2004; Tjepkema, 2005).

Figure 1.9 : Déficiences visuelles et auditives chez les enfants autochtones, par appartenance à un groupe autochtone et par statut



Sources : Adapté des données l'EEA de 2006, de l'ERS de 2002-2003 et de l'ELNEJ de 2000-2001, cité par McShane, Smylie, et Adamako, 2009

Avec le temps, les blessures accidentelles chez les Autochtones ont considérablement diminué, mais elles restent plus nombreuses que pour l'ensemble de la population canadienne et peuvent entraîner une mort prématurée (Santé Canada, 2001). Pour la population des Premières nations, les années potentielles de vie perdues (APVP) à la suite des blessures accidentelles est de 2 571,7 pour 100 000 personnes, soit près de 4,5 fois le taux de 2001 pour le Canada (Santé Canada, 2005a). Les hommes des Premières nations sont plus susceptibles de mourir de manière prématurée que les femmes (APVP de 3 376,2 contre 1 688,7 pour les femmes) (Santé Canada, 2005a)

L'insuffisance des données sur les blessures non mortelles compromet considérablement l'efficacité des programmes de prévention des blessures destinés aux Autochtones (Tjepkema, 2005). Il serait utile de recenser les causes de blessures les plus fréquentes pour aider les communautés à prévoir des programmes de réduction (Centre des Premières nations, 2007). Les stratégies de prévention des blessures nécessitent des mesures à plusieurs échelons, y compris l'élimination des causes fondamentales (p. ex., réduction des disparités socioéconomiques, consolidation des familles et des communautés); la modification du milieu dans lequel se produisent les blessures (p. ex., application des lois sur les ceintures de sécurité, réduction de l'accès aux armes à feu); et la mise en place de programmes

visant à changer le mode de vie, comme des programmes d'information sur la sécurité publique ou de traitement de l'abus d'alcool ou d'autres drogues (Centre des Premières nations, 2007).

L'invalidité

Bien qu'elle ait pu faire l'objet de plusieurs définitions, l'invalidité désigne généralement une réduction du degré d'activité découlant d'un problème de santé cognitive ou physique (Santé Canada, 2009). À l'exception de l'ERS de 2002-2003, qui évoque la prévalence de l'invalidité chez les populations des Premières nations du Canada, il n'existe que peu de données sur les autres groupes d'Autochtones.

L'invalidité est plus répandue chez les adultes, les enfants et les jeunes des Premières nations que dans l'ensemble de la population, et, comme pour cette dernière, l'invalidité augmente avec le vieillissement (Centre des Premières nations, 2007). Lorsque l'on normalise la prévalence en fonction de l'âge pour en donner une image plus juste, 28,5 % des adultes des Premières nations vivant dans les réserves se déclarent invalides, contre 25,8 % de l'ensemble de la population canadienne (Centre des Premières nations, 2007). Les formes invalidité les plus courantes dans ce groupe de population sont l'arthrite, le rhumatisme et la dorsalgie chronique.

Chez les enfants des Premières nations vivant dans les réserves, le trouble déficitaire de

l'attention (DCA), le trouble d'hyperactivité avec déficit de l'attention (THADA), les troubles d'apprentissage, le syndrome d'alcoolisation fœtale (SAF) et les effets de l'alcoolisme fœtal (EAF) sont reconnus dans leurs communautés pour avoir de graves implications sur l'apprentissage à l'école et le reste de la vie (Centre des Premières nations, 2007). L'ERS de 2002-2003 révèle que 2,4 % des jeunes et 2,6 % des enfants des Premières nations souffrent de DCA/THADA, mais que seuls 34,2 % et 37,6 % d'entre eux, respectivement, reçoivent un traitement. Sur le plan des troubles d'apprentissage, un nombre plus faible de jeunes vivant dans les réserves déclarent souffrir de troubles d'apprentissage par rapport aux jeunes Canadiens (3,5 % contre 6,3 %) tandis que 2,9 % des enfants des Premières nations vivant dans les réserves déclarent également souffrir de troubles d'apprentissage (Centre des Premières nations, 2007). Sur le plan du SAF/EAF, 1,8 % des enfants des Premières nations ont reçu un diagnostic pour ces affections (Centre des Premières nations, 2007). La faiblesse du taux de prévalence déclaré peut correspondre à un problème d'accès au diagnostic formulé par des psychologues scolaires ou d'autres professionnels. En général, il existe peu de différences dans la prévalence de l'invalidité entre les garçons et les filles des Premières nations vivant dans les réserves (Centre des Premières nations, 2007).

En ce qui concerne les enfants des Premières nations vivant hors des réserves, l'EAPA de 2006 prévoyait des questions sur les troubles d'apprentissage et le trouble déficitaire de l'attention. Contrairement à l'ERS, l'EAPA a révélé une prévalence supérieure des problèmes d'apprentissage et du THADA chez les enfants des Premières nations vivant hors des réserves par rapport aux autres enfants canadiens, et chez les garçons des Premières nations par rapport aux filles. Les garçons des Premières nations sont deux fois plus susceptibles que les filles de recevoir un diagnostic de troubles d'apprentissage (18 % contre 9 %), et plus de deux fois plus susceptibles de recevoir un

diagnostic de THADA (13 % contre 5 %) (Statistique Canada, 2009b). Aucune donnée semblable de l'EAPA de 2006 portant sur les enfants inuits ou métis n'a été analysée ni n'a été rendue publique.

L'ERS de 2002-2003 mentionne également un faible prévalence de cécité ou de problèmes de vision chez les enfants des Premières nations vivant dans les réserves (moins de 2 % des enfants des Premières nations), tandis que l'EAPA de 2006 indique que 11 % des enfants des Premières nations (vivant hors des réserves), métis et inuits souffrent de déficiences visuelles (Statistique Canada, 2009b) (figure 1.9). Il se peut que la différence entre les prévalences fournies par l'ERS et l'EAPA reflète ici encore un problème d'accès à des services de diagnostics.

Bien que le pourcentage d'enfants, d'adolescents et d'adultes autochtones souffrant d'invalidité soit, dans la plupart des cas, semblable ou légèrement supérieur à celui de l'ensemble de la population canadienne, l'invalidité peut s'avérer plus difficile à vivre pour les Autochtones dont l'état de santé, le revenu et les débouchés d'emploi sont inférieurs. De plus, les Autochtones rencontrent davantage d'obstacles lorsque vient le temps d'accéder à des services de santé (Elias, Demas et Assembly of Manitoba Chiefs, 2001; Centre des Premières nations, 2007).

1.7 La salubrité de l'environnement

La contamination de l'environnement et les changements climatiques représentent deux importants problèmes de salubrité de l'environnement pour la population autochtone du Canada. Ces problèmes ont tous deux de profondes implications sur la sécurité, la santé générale et le bien-être des Autochtones.

La contamination de l'environnement

Cette section examine deux éléments de la contamination de l'environnement : la présence de polluants dans la chaîne alimentaire et la qualité de l'eau potable.

Dans une vaste mesure, le régime alimentaire des Autochtones a délaissé les aliments prélevés dans la nature, provenant surtout du milieu, au profit des aliments du marché. Pourtant, les aliments prélevés dans la nature comme le phoque, le caribou, la baleine, le canard, le poisson et les baies ont un grand intérêt du point de vue nutritionnel et culturel et occupent une grande place dans le régime alimentaire des Autochtones (Kirmayer et coll., 2000; Van Oostdam et coll., 2005; Tait, 2008; Batal, Gray-Donald, Receveur et Gray-Donald, 2005; Lawn et coll., 2002; Simpson, 2003). Au cours des 20 dernières années, la contamination de l'environnement de la chaîne alimentaire a largement été documentée (Dewailly et coll., 2000). Les activités industrielles et urbaines ont entraîné l'émission de métaux lourds toxiques, surtout le mercure et le plomb, qui voyagent dans l'atmosphère jusqu'aux régions du Nord et s'accumulent dans les sources d'aliments traditionnels (Hermanson et Brozowski, 2005; Dallaire, Dewailly, Muckle et Ayotte, 2003). Par conséquent, les populations autochtones sont davantage exposées aux contaminants que les autres, et surtout les Inuits, qui consomment d'importants volumes de mammifères marins, très contaminés au méthylmercure et par d'autres catalyseurs d'oxydation (Bélanger, Mirault, Dewailly, Berthiaume et Julien, 2008; F. Dallaire et coll., 2003; F. Dallaire et coll., 2004; R. Dallaire et coll., 2009; Nickels, Furgal, Buell et Moquin, 2005).

Un certain nombre d'études se sont penchées sur le lien entre l'exposition aux organochlorés que ce soit par la consommation directe ou par l'exposition prénatale, et un certain nombre de maladies. L'exposition prénatale aux diphényles polychlorés (BPC) a été associée aux fonctions de la neurologie du développement ainsi qu'aux fonctions cognitives et motrices. (Une excellente discussion au sujet des répercussions sur la santé de la consommation de contaminants de l'environnement se trouve dans El-Hayek, 2007). Étant donné que les Inuits consomment d'importantes quantités d'aliments prélevés dans la nature et sont par

conséquent plus susceptibles d'être exposés aux contaminants de l'environnement, la plupart des études sur les Autochtones portent principalement sur cette population. Une étude de F. Dallaire et coll. (2004) évoque l'association possible entre l'exposition prénatale aux organochlorés et les infections aiguës dont souffrent ce sous-ensemble de la population à un âge précoce, tandis qu'une autre étude de Dewailly et coll. (2000) révèle le lien entre l'exposition aux organochlorés et l'incidence de maladies infectieuses et de dysfonctionnement immunitaire chez les nourrissons inuits. Toutefois, une autre étude de R. Dallaire et coll. (2009) portant sur la relation entre l'exposition aux toxiques perturbateurs de la thyroïde et l'hormone thyroïdienne chez les femmes inuites enceintes et leurs nourrissons au cours de la première année ne présente que peu de faits en faveur de l'effet des contaminants de l'environnement examiné sur l'hormone thyroïdienne. Du côté des adultes du Nunavik, une étude de Valera, Dewailly et Poirier (2008) suggère que le mercure compromet la pression artérielle et la variabilité de la fréquence cardiaque.

Au cours des dernières décennies, on a constaté une réduction de l'exposition aux polluants organiques persistants (POP) par contamination alimentaire, découlant des restrictions et des réglementations sur l'utilisation et l'élimination des substances POP et des changements apportés au régime alimentaire (F. Dallaire et coll., 2003; Fontaine et coll., 2008). Cependant, on trouve toujours d'importantes concentrations moyennes de POP et de métaux lourds dans le sang des adultes, le sang ombilical et le lait maternel chez les Inuits (Ayotte, Dewailly, Fyan, Bruneau et Lebel, 1997; Dewailly et coll., 1993, 1998; Rhinds, Levallois, Dewailly et Ayotte, 1999; El-Hayek, 2008; Fontaine et coll., 2008). Ces concentrations sont directement liées à l'âge, au niveau d'instruction, au statut matrimonial et à la taille du foyer; les niveaux les plus élevés ont été trouvés chez les Inuits les plus âgés, les personnes les moins scolarisées, celles vivant en couple et les foyers de plus de six occupants (Van Oostdam et coll., 2005).

La diminution de la consommation d'aliments traditionnels par les Autochtones, surtout ceux de l'Arctique, les place au cœur d'un dilemme (Dewailly, 2006). D'un côté, il existe certaines préoccupations quant aux implications sur la santé de la consommation des contaminants de l'environnement ayant, en partie, joué un rôle dans la désaffection envers les aliments traditionnels (Furgal et coll., 2005). De l'autre, ces mêmes aliments prélevés dans la nature, surtout lorsqu'ils sont d'origine marine, représentent d'importantes sources de protéines et d'éléments nutritifs, et certaines personnes n'ont pas accès à des aliments sains pour les remplacer. Ces aliments ont également été associés à des résultats positifs pour la santé, comme l'augmentation du poids à la naissance, l'acuité visuelle des nouveau-nés, la réduction de l'incidence des troubles thrombotiques et la baisse des taux de mortalité en raison des maladies cardiovasculaires (Dewailly et coll., 2001). Dewailly (2006) soutient que bien qu'il est nécessaire de réduire l'exposition des Inuits aux POP et aux métaux lourds, il faut également prendre des mesures préventives pour éviter de réduire les facteurs de protection propres à ce régime alimentaire traditionnel. Selon F. Dallaire et coll. (2004), étant donné le lien entre l'exposition prénatale aux contaminants de l'environnement et la santé des nourrissons, il faudrait se concentrer sur la réduction de la première en favorisant les mesures de prévention destinées aux futures mères.

La question de la qualité et de la distribution d'eau potable préoccupe de nombreuses communautés des Premières nations depuis longtemps (Comité sénatorial permanent des Autochtones [CSPPA], 2007). L'eau et les réseaux d'assainissement insalubres constituent un risque de maladies hydriques. Le cas le plus connu est celui de Kashechewan, dans le nord de l'Ontario, dont les habitants ont été évacués en raison de la crise de l'eau contaminée (CSPPA, 2007). Malgré les investissements des dernières décennies visant à améliorer les réseaux d'eau potable, une évaluation effectuée par le ministère des Affaires

indiennes et du Nord canadien et Santé Canada en 2001 révèle que près des trois quarts des réseaux de distribution d'eau des réserves représentent un risque grave pour la santé tandis qu'un rapport d'étape de 2007 indique que 97 communautés des Premières nations sont considérées comme étant exposées à des risques élevés (CSPPA, 2007). Au 31 janvier 2011, 116 communautés des Premières nations étaient soumises à des avis à long terme d'ébullition de l'eau (Santé Canada, 2011a). Dans de nombreuses communautés, la contamination de l'eau n'est pas l'unique résultat des mauvaises installations de traitement (conception et emplacement), elle est également le résultat du développement économique et d'autres activités humaines ont pollué les sources environnantes (CSPPA, 2007). Malgré l'importance de ces questions de santé pour les membres des Premières nations, il n'existe que peu de documentation à ce sujet dans les rapports gouvernementaux traitant de ces difficultés et de ces obstacles.

Dans les zones rurales et éloignées, les puits, les citernes et les fosses septiques sont choses courantes. Souvent, ils sont mal construits et les puits sont mal situés, ce qui favorise le ruissellement et la contamination par les animaux (Groupe d'experts sur la salubrité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations [GESEPCPN], 2006). Les communautés des Premières nations se trouvent face à de nombreux obstacles lorsque vient le temps d'établir des régimes hydriques sains et efficaces y compris « les coûts élevés de l'équipement, de la construction et de l'entretien des installations dans des zones éloignées; les capacités locales limitées et l'aptitudes à conserver des opérateurs qualifiés; ainsi que le manque de ressources pour financer adéquatement le fonctionnement et l'entretien du système » (Cram, 2007, cité par CSPPA, 2007, p. 3). En plus de ces obstacles, il existe peu d'uniformité dans la manière dont les petits systèmes d'approvisionnement en eau sont régis et gérés, et les multiples pouvoirs fédéraux et provinciaux ou territoriaux qui s'occupent de la question de l'eau et des eaux usées chez les

Premières nations ce qui jette la confusion quant aux rôles de chacun.

Les communautés des Premières nations réclament un cadre global de sécurité de l'eau potable dans leurs communautés. Le Groupe d'experts sur la salubrité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations a été créé dans le cadre d'un plan d'action fédéral visant à traiter de leurs préoccupations. Ce groupe recommande un cadre régissant la protection de l'eau de source; le traitement de l'eau potable et des eaux usées; la distribution sécuritaire de l'eau; la surveillance; la formation et la certification des opérateurs de petits réseaux de distribution; la qualité des activités, la gestion et la gouvernance en la matière; la prudence dans les prises de décision; la recherche et la technologie; et une politique et un cadre réglementaire adaptés, particulièrement en ce qui concerne l'eau et les systèmes d'assainissement non régis par les autorités provinciales ou territoriales, comme les puits et les citernes (GESEPCPN, 2006). Selon le Comité sénatorial permanent des Autochtones, avant d'adopter un régime réglementaire, il faut combler le manque de ressources. On ne peut pas s'attendre à ce que les opérateurs de petits réseaux de distribution respectent les nouveaux règlements sur la distribution d'eau potable, prévoyant de lourdes amendes en cas d'infraction, sans que des fonds aient auparavant été investis dans des ressources humaines (formation et certification des opérateurs de réseaux de distribution) et du matériel (amélioration de l'infrastructure des réseaux) (CSPPA, 2007).

Les changements climatiques

Les changements climatiques et leurs répercussions devraient toucher en premier, et plus lourdement, les régions de l'Arctique (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat [GIEC], 2001; Berkes et Jolly, 2001). Ces régions abritent de grands groupes d'Autochtones « encore inextricablement liés à leur milieu par le biais de la culture et de la tradition », et comptant « sur leur environnement naturel dans de nombreux aspects de leur vie, de leur santé et de leur bien-être » (Furgal et coll.,

2008, p. 308). Par conséquent, ces groupes sont vulnérables aux répercussions des changements climatiques. La recherche sur ces changements et leurs effets sur la santé de la population autochtone du Canada en est à ses balbutiements (Bernier, 2005; Hassie, Rytkonen, Kotaniemi et Rintamaki, 2005; Furgal et Séguin, 2006). Elle se fonde sur des données scientifiques comme sur le savoir indigène et des observations locales.

Les preuves disponibles suggèrent l'existence de changements climatiques considérables dans le nord du Canada, et d'effets positifs ou négatifs, selon le cas, sur les Autochtones qui y vivent (Furgal et Séguin, 2006; Van Oostdam et coll., 2003, 2005; Nickels et coll., 2005). Au cours des dernières décennies, les moyennes des températures à l'ouest et au centre de l'Arctique ont augmenté d'environ 2 à 3 °C (Weller et coll., 2005). Entre autres effets, l'épaisseur de la glace recouvrant la mer, et les étendues d'eau douce a fondu; l'hiver a raccourci; le pergélisol a diminué; les schémas de répartition et de migration des poissons, des oiseaux et des mammifères ont changé; et l'érosion de certaines côtes s'est accrue (Huntingdon et Fox, 2005; Consortium Ouranos sur les changements climatiques, 2004; Weller et coll., 2005; Cohen, 1997). Les répercussions de ces changements environnementaux sur la santé et le bien-être des Autochtones de ces régions sont réparties en quatre catégories principales : l'accès aux ressources, la sécurité, la prévisibilité et la disponibilité des espèces (Berkes et Jolly, 2001).

Sur le plan de l'accès aux ressources, la précocité de la fonte des glaces entraîne la modification de la fréquence et des périodes de pêche et de chasse (Furgal et Séguin, 2006). Par exemple, la précocité de la fonte peut entraver le déplacement vers les zones de chasse et de pêche. La précocité de la fonte entraîne aussi une augmentation du risque de blessures et des coûts généraux pour ceux qui obtiennent des aliments traditionnels lors d'activités de chasse et de pêche c'est pourquoi il faut changer de moyen de transport sur eau et sur terre pour parcourir de plus grandes

distances afin de se les procurer (Guyot, Dickson, Paci, Furgal et Chan, 2006; Furgal et coll., 2002).

« Le réchauffement considérable, l'augmentation des précipitations, les changements dans la variabilité climatique et dans l'occurrence des climats extrêmes » ont été rapportés dans les régions arctiques (Ford et Smit, 2004, p. 390). Les changements climatiques favorisent également l'imprévisibilité des conditions météorologiques, ce qui a des implications sur l'accès des Inuits aux ressources, à la sécurité et à la santé. Cette imprévisibilité du climat se traduit par la fluctuation des niveaux des eaux, parfois des inondations tandis que d'autres fois, les averses moindres signifient moins de baies et d'eau pour la faune) et le réchauffement de l'eau, qui perturbe le frai chez les poissons (Guyot et coll., 2006). Furgal et Séguin (2006) signalent également que l'augmentation du stress respiratoire découle des températures estivales extrêmes.

Sur le plan de la sécurité, la fonte précoce des glaces augmente les risques de blessures et de noyades (Furgal et Séguin, 2006). Pour chasser en toute sécurité, il est essentiel de bien connaître la glace marine (Berkes et Jolly, 2001). Les Inuits ont davantage tendance à vivre dans des communautés littorales, or, les changements climatiques ont entraîné une érosion des côtes et réduit la fonte du pergélisol, ce qui menace les logements et les infrastructures (Furgal et Séguin, 2006; Furgal et coll., 2008).

L'augmentation des températures saisonnières a favorisé l'arrivée de nouvelles espèces, l'augmentation des espèces d'origine, le déclin de certaines autres, et des changements dans les schémas migratoires (Guyot et coll., 2006; Berkes et Jolly, 2001; Furgal et Séguin, 2006). Par exemple, les cougars ont atteint des régions plus nordiques (Guyot et coll., 2006), ce qui augmente les risques pour la sécurité. On a remarqué la présence d'un plus grand nombre de mouches piqueuses et d'insectes (Furgal et Séguin, 2006). Des changements ont également été constatés dans la portée

et l'intensité des maladies infectieuses, des maladies alimentaires et hydriques, ainsi que celles associées aux polluants atmosphériques et aux aéroallergènes (Ebi, Sari Kovats et Menne, 2006; Furgal et coll., 2008). Les changements de disponibilité des fourrages verts et de l'eau et le renforcement des infections parasitaires ont contribué à modifier la taille des troupeaux d'animaux sauvages, les schémas de migration et les volumes des récoltes (Berkes et Jolly, 2001).

Étant donné l'importance de leurs problèmes de santé, de leur statut socioéconomique, des limites entourant leur base de ressources naturelles et économiques (Furgal et Séguin, 2006) et de leur lien étroit avec le milieu naturel (Furgal et coll., 2008), les Inuits sont plus vulnérables aux répercussions des changements climatiques. Les changements climatiques ont des implications sur leur santé culturelle, sociale et mentale. Pour ce peuple en particulier, la chasse et la récolte constituent « une importante source d'activité physique, qui (réunit) les gens et (joue) un grand rôle dans le rétablissement du lien avec l'identité inuite, la transmission de la langue et du savoir et l'évacuation du stress physique et mental associé aux tâches communautaires » (Furgal et coll., 2008, p. 337). En outre, l'accès limité aux aliments traditionnels a des implications sur la sécurité alimentaire et la santé nutritionnelle, et peut pousser les Inuits vers un mode de vie encore plus sédentaire (Furgal et coll., 2008).

Les communautés autochtones de l'Arctique ont démontré leur excellente capacité à s'adapter aux changements environnementaux découlant des changements climatiques (Furgal et Séguin, 2006; Berkes et Jolly, 2001; Ford et Smit, 2004; Ford, Smit et Wandel, 2006). Les réponses à court terme aux activités terrestres, comme la recherche d'autres espèces et les changements de périodes, de lieu et de mode de chasse constituent les mécanismes d'adaptation les plus immédiats. De nombreuses communautés élaborent des stratégies locales et à long terme sont également élaborées afin d'aborder ces

répercussions sur le climat. Par exemple, des programmes de chasse et de partage communautaires ont été créés à certains endroits afin que chacun puisse se procurer des aliments traditionnels (Berkes et Jolly, 2001; Furgal et coll., 2002), et des congélateurs communautaires ont été installés pour permettre l'accès à des aliments sains et sécuritaires malgré les changements environnementaux (Furgal et Seguin, 2006).

1.8 La sécurité alimentaire et la nutrition

Au cours du Sommet mondial de l'alimentation de 1996, la sécurité alimentaire a été définie comme le fait d'« avoir l'accès à des aliments sûrs et nutritifs en quantité suffisante pour mener une vie saine et active » (Organisation mondiale de la santé, 2011, par. 1). Cette définition vise également la disponibilité des aliments (quantités suffisantes de qualité adaptée), l'accès aux aliments (ressources suffisantes pour se procurer des aliments nutritifs appropriés), l'utilisation (régime alimentaire adéquat, eau potable, hygiène et soins de santé de nature à combler tous les besoins physiologiques) et la stabilité (accès permanent à des aliments adaptés) (FAO, Division de l'Économie du développement agricole, 2006). Le manque de nourriture n'a jamais été considéré comme un problème au Canada (Che et Chen, 2001). Pourtant, la sécurité alimentaire et

la nutrition constituent une importante préoccupation chez les Autochtones, particulièrement dans les zones rurales et éloignées caractérisées par le manque d'accès à des aliments nutritifs à bas prix (UNICEF Canada, 2009; Tait, 2008; Centre des Premières nations, 2007; Willows, Veugelers, Raine et Kuhle, 2009; Batal et coll., 2005).

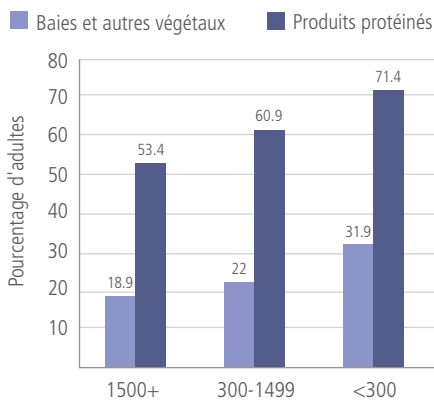
En général, l'information sur les taux de sécurité alimentaire et d'insécurité est insuffisante. L'information existante porte principalement sur les Premières nations et les Inuits et suggère que ces populations sont plus susceptibles de connaître l'insécurité alimentaire que l'ensemble de la population canadienne. Dans les foyers des Premières nations vivant dans les réserves, les taux d'insécurité alimentaire varient entre 21 % à 83 % (McShane, Smylie et Adomako, 2009). En ce qui concerne les Autochtones vivant hors des réserves, l'ECSS de 2007-2008 signale des taux trois fois supérieurs à ceux des non Autochtones (Santé Canada, 2011b). L'enquête révèle qu'environ 20,9 % des foyers autochtones situés hors des réserves sont sujets à l'insécurité (contre 7,2 % des foyers non autochtones), et que la situation est grave chez 8,4 % d'entre eux (contre 2,5 % de foyers non autochtones) (Santé Canada, 2011b). Du côté des Inuits, l'EAPA de 2006 indique que 30 % des enfants de 6 à 14 ans ont faim parce qu'ils n'ont pas assez de nourriture chez eux, ou pas assez d'argent pour en acheter (Tait, 2008). Parmi ces enfants, 24 % ont faim tous les mois, tandis que 21 % ont plus souvent faim (Tait, 2008).

Il existe un lien étroit entre l'insécurité alimentaire, le revenu et l'emploi (McShane, Smylie et Adomako, 2009; Willows et coll., 2009; Batal et coll., 2005; Reading, 2009b). L'incapacité d'acheter ou d'obtenir des aliments nutritifs peut entraîner une mauvaise alimentation, ce qui engendre d'importantes implications sur la santé, surtout au début de la vie y compris le ralentissement du développement intellectuel, social et émotionnel; le retard de la croissance et du développement psychomoteur; la réduction de la capacité à se concentrer; le rendement scolaire

moindre; le risque plus élevé de souffrir de maladies chroniques; l'affaiblissement du système immunitaire et l'augmentation de la susceptibilité aux infections (Che et Chen, 2001). Dans les zones rurales et éloignées, il est encore plus difficile de se procurer des aliments nutritifs car ils sont peu nombreux et très chers (Che et Chen, 2001; Boulton, 2004). Généralement plus légère, la malbouffe coûte moins cher à expédier dans les zones éloignées (Haas, 2002) c'est pourquoi elle représente alors une solution plus économique pour les familles à faible revenu qui y vivent. Par exemple, dans des endroits comme Paulatuk, dans les Territoires du Nord-Ouest, le prix des aliments peut être jusqu'à 470 % plus élevé qu'à Ottawa (Haas, 2002). Le coût et la disponibilité des aliments nutritifs constituent un facteur important dans l'accroissement de la dépendance des Autochtones envers les aliments « occidentaux » transformés, ainsi que dans l'augmentation de la consommation de sel et de calories (Willows et coll., 2009). Les risques importants pour la santé associés à ces habitudes alimentaires sont évoqués ailleurs dans ce chapitre.

Les sources d'aliments traditionnels (aliment prélevé dans la nature) constituent des solutions plus nutritives et moins onéreuses pour remplacer les aliments coûteux des magasins (Statistique Canada, 2001). Les aliments prélevés dans la nature sont riches en fer, en calcium et en vitamines A et C et ils ont une teneur plus élevée en protéines et une teneur plus faible en gras que la plupart des viandes provenant du sud du Canada (Statistique Canada, 2001). De plus, le phoque et la baleine sont d'excellentes sources d'acides gras oméga-3, qui, selon des études, réduisent les risques de maladies cardiovasculaires (Pars et coll., 2001; O'Keefe et Harris, 2000). En plus des bienfaits nutritionnels des aliments prélevés dans la nature, leur collecte demande de gros efforts physiques, ce qui contribue à améliorer la forme physique. Pour les Inuits, la collecte d'aliments prélevés dans la nature représente également un avantage économique : on estime à 40 millions de dollars la valeur de la collecte annuelle de ces

Figure 1.10 : Pourcentage d'adultes des Premières nations consommant des aliments traditionnels, selon la taille de la communauté



Sources : Centre des Premières nations, 2007, pp. 99, 169, 258

aliments prélevés dans la nature au Nunavut (Comité canadien des ressources arctiques, 1989). Il s'agit d'un élément important de la culture inuite, « ...l'incarnation du lien que les Inuits entretiennent avec la terre, et sa générosité » (ONSA, 2004, cité par Statistique Canada, 2001, p. 12), qui contribue ainsi à la santé et au bien-être de ce peuple (Statistique Canada, 2001).

La consommation d'aliments prélevés dans la nature a diminué chez les Autochtones du Canada (Kuhnlein, 1992; Kuhnlein et coll., 2004; Sharma et coll., 2010). De nombreux facteurs ont été attribués à ce phénomène, comme l'introduction du travail rémunéré (Kuhnlein, 1992), les préoccupations à l'égard de leur teneur en contaminants (Furgal et coll., 2005), le coût élevé associé à la cueillette des aliments traditionnels, les répercussions des changements climatiques sur l'accès à ces aliments (Furgal et Séguin, 2006; Berkes et Jolly, 2001), et le déclin des compétences agricoles et du savoir à propos des aliments traditionnels (Brown, Isaak, Lengyel, Hanning et Friel, 2008; Guyot et coll., 2006; Furgal et coll., 2002). Néanmoins, les aliments prélevés dans la nature demeurent une source alimentaire importante pour de nombreux Autochtones, particulièrement les Inuits, qui consomment la majorité du poisson et de la viande consommés (Tait, 2008). Chez les Inuits, la consommation d'aliments prélevés dans la nature est la plus élevée chez les habitants de l'Inuit Nunaat (Tait, 2008) alors que 68 % de la population adulte recueillent des aliments prélevés dans la nature, et 65 % des habitants vivent dans des foyers où au moins la moitié de la viande et du poisson consommés sont prélevés dans la nature (65 %) (Statistique Canada, 2008b). Du côté des populations des Premières nations, l'ERS de 2002-2003, dans ses recherches sur la consommation d'aliments traditionnels riches en protéines et de ceux d'origine végétale, a établi la corrélation entre la consommation de ces aliments et la taille de la communauté. Bien que la majorité des adultes des Premières nations vivant dans les réserves consomment des aliments prélevés dans la nature riches en protéines, les membres des communautés de

plus grande taille sont plus susceptibles de consommer des aliments traditionnels que ceux qui vivent dans des communautés de moindre taille (figure 1.10).

Les Autochtones plus âgés sont plus susceptibles de consommer des aliments prélevés dans la nature, tandis que les jeunes consomment davantage d'aliments achetés en magasin (Brown et coll., 2008; Kuhnlein et coll., 2004; Willows et coll., 2009; Statistique Canada, 2001). Cette tendance augure mal pour la santé des futures générations d'Autochtones.

1.9 Résumé

Ces résultats établissent de façon claire que, de manière générale, la santé des Autochtones est plus mauvaise que celle de l'ensemble de la population canadienne. Cette situation est largement attribuable aux facteurs sociaux, culturels et politiques qui ont forgé leurs vies, et continuent à le faire. De nombreux problèmes de santé des Autochtones sont associés à la prévalence élevée des facteurs de risque qui les sous-tendent, comme la consommation d'alcool ou de tabac, le surpeuplement des logements et l'inadéquation des régimes alimentaires. Ces populations se trouvent également face à des obstacles considérables lorsqu'ils cherchent à régler leurs problèmes de santé comme les obstacles liés à la géographie, à l'éducation et à l'économie compromettent tous l'accès aux services de santé. Les interventions ciblées en santé publique qui vont dans ce sens doivent tenir compte des contextes uniques dans lesquels vivent les membres des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Cette analyse documentaire met également en lumière les imposantes limites des données actuelles, qui compromettent notre compréhension de la santé de ces populations. De nombreux documents traitant des questions de santé examinées dans ce chapitre considèrent les Autochtones comme un groupe homogène. La documentation et les données qui comparent les Premières nations, les Inuits et les Métis, ou les Autochtones qui habitent des régions

urbaines et rurales, ou ceux qui habitent dans les réserves et hors des réserves sont souvent insuffisantes. De la même façon, les données transnationales et longitudinales, qui comparent les mêmes variables pour une même cohorte sur une même période sont également insuffisantes. De ce fait, il est difficile de dresser un portrait fidèle de l'état de santé de la population autochtone, et d'effectuer des comparaisons utiles entre différents groupes. Sans ces données, il devient ardu d'élaborer des stratégies visant à régler les principaux problèmes de santé publique de certains groupes autochtones.

Références

- Fondation autochtone de guérison. (2003a). La violence familiale chez les Autochtones du Canada. Ottawa, Ontario. Auteur
- Fondation autochtone de guérison. (2003b). Fetal Alcohol Syndrome among Aboriginal people in Canada: Review and analysis of the intergenerational links to residential schools. Ottawa, Ontario. Auteur
- Commission de mise en œuvre des recommandations sur la justice autochtone. (1999). Chapitre 13. Aboriginal women. The justice system and Aboriginal people. Winnipeg, Manitoba. Gouvernement du Manitoba. Consulté le 21 juillet 2011, sur <http://www.AJIC.mb.ca/volumel/chapter13.html>
- Comité consultatif sur la prévention du suicide. (2003). Savoir et AGIR : la prévention du suicide chez les jeunes des Premières nations Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 9 février 2011, sur http://www.hc-sc.gc.ca/fni/h-spnia/pubs/promotion/_suicide/prev_youth-jeunes/index-fra.php
- Aldridge, D. et St. John, K. (1991). Adolescent and preadolescent suicide in Newfoundland and Labrador. *Revue canadienne de psychiatrie*, 36, pp. 432-436.
- Alvi, R.A. (2000). Breast, cervical and colorectal cancer survival rates for northern Saskatchewan residents and First Nations (mémoire de maîtrise, département de santé communautaire et d'épidémiologie, Université de Saskatchewan). Consulté le 21 janvier 2011, sur http://library2.usask.ca/theses/available/etd-06202008094940/unrestricted/Alvi_Riaz_Anwar_1999.pdf
- Anand, S.S., Yusuf, S., Jacobs, R., Davis, A.D., Yi, Q., Gerstein, H. et coll., pour les chercheurs du SHARE-AP. (2001). Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people

- in Canada: The study of health assessment and risk evaluation in Aboriginal peoples (SHARE-AP). *Lancet*, 358, pp. 1147-1153.
- Assemblée des Premières Nations (2002). *Faites bon usage du tabac, qu'il reste sacré : un message des jeunes des Premières nations sur le tabagisme*. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 11 juillet 2011 sur <http://64.26.129.156/cmslib/general/Tabacco-Misuse.pdf>
- Aucoin, E. (2005). *La violence familiale au Canada : un profil statistique*. Ottawa, Ontario. Statistique Canada, Centre canadien de la statistique juridique (N° au catalogue 85-224-XIE).
- Ayotte, P., Dewailly, É., Ryan, J.J., Bruneau, S. et Lebel, G. (1997). PCBs and dioxin-like compounds in plasma of adult Inuit living in Nunavik (Arctic Québec). *Chemosphere*, 34, pp. 1459-1468.
- Banerji, A., Bell, A., Mills, E.L., McDonald, J., Subbarao, K., Stark, G., Eynon, N. et Loo, V.G. (2001). Lower respiratory tract infections in Inuit infants on Baffin Island. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164, pp. 1847-1850.
- Banerji, A., Greenberg, D., Forsberg White, L., Macdonald, W.A., Saxton, A., Thomas, E., Sage, D. et coll. (2009). Risk factors and viruses associated with hospitalization due to lower respiratory tract infections in Canadian Inuit children: A case-control study. *Pediatric Infectious Disease Journal*, 28, pp. 697-701.
- Batal, M., Gray-Donald, K., Receveur, O. et Gray-Donald, K. (2005). Estimation of traditional food intake in indigenous communities in Denendeh and the Yukon. *International Journal of Circumpolar Health*, 64, pp. 46-54.
- Baydala, L. (2010). Inhalant abuse. *Paediatrics and Child Health*, 15, pp. 443-448.
- Bélanger, M.-C., Mirault, M.-E., Dewailly, E., Berthiaume, L. et Julien, P. (2008). Environmental contaminants and redox status of coenzyme Q10 and vitamin E in Inuit from Nunavik. *Metabolism Clinical and Experimental*, 57, pp. 927-933.
- Berghout, J., Miller, D., Mazerolle, R., O'Neill, L., Wakelin, G., Mackinnon, B., Maybee, K. et coll. (2005). Indoor environmental quality in homes of asthmatic children on the Elsipogtog Reserve (NB), Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 64, pp. 77-85.
- Berkes, F. et Jolly, D. (2001). Adapting to climate change: Social-ecological resilience in a Canadian western Arctic community. *Conservation Ecology*, 5(2), 18. En ligne. Consulté le 28 février 2011 sur <http://www.consecol.org/vol5/iss2/art18>
- Berner, J.E. (2005). Climate change and health in the circumpolar north. *International Journal of Circumpolar Health*, 64, pp. 435-437.
- Bjerregaard, P., Young, T.K., Dewailly, E. et Ebbesson, S.O.E. (2004). Indigenous health in the Arctic: An overview of the circumpolar Inuit population. *Scandinavian Journal of Public Health*, 32, pp. 390-395.
- Black, R., Godwin, M. et Ponka, D. (2008). Breastfeeding among the Ontario James Bay Cree: A retrospective study. *La revue canadienne de santé publique*, 99, pp. 98-101.
- Boult, D.A. (2004). Hunger in the Arctic: Food (in) security in Inuit communities. Ottawa, Ontario, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Bowd, A.D. (2002). Otitis media: Its health, social and educational consequences, particularly for Canadian Inuit, Métis and First Nations children and adolescents. Thunder Bay, Ontario. Centre d'excellence pour les enfants et adolescents ayant des besoins spéciaux. Université Lakehead.
- Bowd, A.D. (2005). Otitis media: Health and social consequences for Aboriginal youth in Canada's north. *International Journal of Circumpolar Health*, 64, pp. 5-15.
- Brown, J., Isaak, C., Lengyel, C., Hanning, R. et Friel, J. (2008). Moving to the city from the reserve: Perceived changes in food choices. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6, pp. 1-16.
- Browne, A., McDonald, H. et Elliott, D. (2009). Urban First Nations health research discussion paper. Ottawa, Ontario. Centre des Premières nations, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Butler-Jones, D. (2008). Rapport de l'administrateur en chef de la santé publique sur l'état de la santé publique au Canada, 2008 : S'attaquer aux inégalités en santé. Ottawa, Ontario. Santé Canada.
- Campbell, A. (2002). Type 2 diabetes and children in Aboriginal communities: the array of factors that shape health and access to health care. *Health Law Journal*, 10, pp. 147-168.
- Réseau canadien autochtone du sida (2000). *Understanding HIV/AIDS epidemiology: HIV/AIDS surveillance among Canada's Aboriginal peoples*. Ottawa, Ontario. Auteur
- Comité canadien des ressources arctiques. (1989). *An Inuit response: Tungavik Federation of Nunavut*. Consulté le 19 février 2011 sur www.carc.org/pubs/v17no1/4.htm
- Comité canadien de lutte antituberculeuse. (2002). *La tuberculose chez les peuples autochtones du Canada – Rapport spécial du Comité canadien de lutte antituberculeuse*. Ottawa, Ontario. Agence de la santé publique du Canada. Consulté le 21 janvier 2011 sur http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/tbcap-tbpac/rapport_special-fra.php
- Chandler, M.J. et Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35, pp. 191-219.
- Chansonneuve, D. (2007). *Addictive behaviours among Aboriginal people in Canada*. Ottawa, Ontario, Fondation autochtone de guérison.
- Chateau-Degat, M.-L., Dewailly, É., Louchini, R., Counil, É., Noël, M., Ferland, A. et coll. (2010). Cardiovascular burden and related risk factors among Nunavik (Québec) Inuit: Insights from baseline findings in the circumpolar Inuit Health in Transition cohort study. *Health Outcomes/Public Policy*, 26(6), e190-e196.
- Che, J. et Chen, J. (2001). Insécurité alimentaire des ménages au Canada. *Rapports sur la santé*, 12(4), pp. 11-22. Ottawa, Ontario. Statistique Canada, 2009. (N° au catalogue 82-003).
- Chudley, A.E., Conry, J., Cook, J.L., Looock, C., Rosales, T. et Leblanc, N. (2005). Fetal alcohol spectrum disorder: Canadian guidelines for diagnosis. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 175, pp. 1-21.
- Circumpolar Inuit Cancer Review Working Group. 2008a. *Cancer among the circumpolar Inuit, 1989-2003: I. Background and Methods*. *International Journal of Circumpolar Health*, 67, pp. 396-407.
- Circumpolar Inuit Cancer Review Working Group. 2008b. *Cancer among the circumpolar Inuit, 1989-2003: II. Patterns and Trends*. *International Journal of Circumpolar Health*, 67, pp. 408-420.
- Cohen, S.J. (1997). *Mackenzie Basin Impact Study. Final Report*. Ottawa, Ontario. Environnement Canada.
- Colagiuri, R. (2002). Is Type 2 diabetes preventable? What the evidence-based guidelines say. *Diabetes Voice*, 47(4), pp. 18-20.
- Coleman, H., Grant, C. et Collins, J. (2001). Inhalant use by Canadian Aboriginal youth. *Journal of Child and Adolescent Substance Abuse*, 10(3), pp. 1-20.
- Collin, C. (2006). *L'abus de substances psychoactives et la politique publique au Canada : IV. Usage, prévalence et conséquences*. Ottawa, Ontario. Service d'information et de recherche parlementaires, Bibliothèque du Parlement (PRB 06-19E).

- Couchie, C. et Sanderson, S. (2007). A report on best practices for returning birth to rural and remote Aboriginal communities. *Journal of Obstetricians and Gynaecologists of Canada*, 188, pp. 250-254.
- Craib, K.J.P., Spittal, P.M., Wood, E., Laliberte, N., Hogg, R.S., Li, K. et coll. (2003). Risk factors for elevated HIV incidence among Aboriginal injection drug users in Vancouver. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 168(1), pp. 19-24.
- Cram, C. (2007). Proceedings. (Evidence, 2 mai). Ottawa, Ontario. Comité sénatorial permanent des peuples autochtones.
- Creery, D., Iyer, P., Samson, L., Coyle, D., Osborne, G., et MacDonald, A. (2005). Costs associated with infant bronchiolitis in the Baffin region of Nunavut. *International Journal of Circumpolar Health*, 64, pp. 38-45.
- Crighton, E., Wilson, K. et Sénécal, S. (2010). The relationship between socio-economic and geographic factors and asthma among Canada's Aboriginal populations. *International Journal of Circumpolar Health*, 69, pp. 138-150.
- Dallaire, F., Dewailly, E., Muckle, G. et Ayotte, P. (2003). Time trends of persistent organic pollutants and heavy metals in umbilical cord blood of Inuit infants born in Nunavik (Québec, Canada) between 1994 and 2001. *Environmental Health Perspectives*, 111, pp. 1660-1664.
- Dallaire, F., Dewailly, E., Muckle, G., Vézina, C., Jacobson, S.W., Jacobson, J.L. et Ayotte, P. (2004). Acute infections and environmental exposure to organochlorines in Inuit infants from Nunavik. *Environmental Health Perspectives*, 112, pp. 1359-1364.
- Dallaire, F., Dewailly, E., Vézina, C., Muckle, G., Weber, J.-P., Bruneau, S. et Ayotte, P. (2006). Effect of prenatal exposure to Polychlorinated Biphenyls on incidence of acute respiratory infections in preschool Inuit children. *Environmental Health Perspectives*, 114, pp. 1301-1305.
- Dallaire, R., Muckle, G., Dewailly, E., Jacobson, S.W., Jacobson, J.L., Sandanger, T.M. et coll. (2009). Thyroid hormone levels of pregnant Inuit women and their infants exposed to environmental contaminants. *Environmental Health Perspectives*, 117, pp. 1014-1020.
- Dean, H. (1998). NIDDM-Y in First Nation children in Canada. *Clinical Pediatrics*, 37, pp. 89-96.
- Dean, H. (1999). Treatment of Type 2 diabetes in youth: An argument for randomized controlled studies. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 4, p. 4.
- Dean, H.J., Mundy, R.L. et Moffatt, M. (1992). Non-insulin-dependent diabetes mellitus in Indian children in Manitoba. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 147(1), pp. 52-57.
- Dell, C.A. (2005). Resiliency and holistic inhalant abuse treatment. *Journal of Aboriginal Health*, mars, pp. 1-10.
- Devries, K.M., Free, C.J., Morison, L. et Saewyc, E. (2009). Factors associated with the sexual behavior of Canadian Aboriginal young people and their implications for health promotion. *American Journal of Public Health*, 99, pp. 862.
- Dewailly, É. (2006). Canadian Inuit and the Arctic dilemma. *Oceanography*, 19(2), p. 9.
- Dewailly, É., Ayotte, P., Bruneau, S., Gingras, S., Belles-Isles, M. et Roy, R. (2000). Susceptibility to infections and immune status in Inuit infants exposed to organochlorines. *Environmental Health Perspectives*, 108, pp. 205-210.
- Dewailly, É., Ayotte, P., Bruneau, S., Laliberte, C., Muir, D.C. et Norstrom, R.J. (1993). Inuit exposure to organochlorines through the aquatic food chain in arctic Québec. *Environmental Health Perspectives*, 101, pp. 618-620.
- Dewailly, É., Blanchet, C., Lemieux, S., Sauve, L., Gingras, S., Ayotte, P. et coll. (2001). n-3 Fatty acids and cardiovascular disease risk factors among the Inuit of Nunavik. *American Journal of Clinical Nutrition*, 74, pp. 464-473.
- Dewailly, É., Bruneau, S., Ayotte, P., Lebel, G., Muckle, G. et Rhainds, M. (1998). Évaluation de l'exposition prénatale aux organochlorés et aux métaux lourds chez les nouveau-nés du Nunavik, 1993-1996. Beauport, Québec. Centre de santé publique de Québec, Université Laval.
- Dewailly, É., Chateau-Degat, M.-L., Ékoé, J.-M., et Ladouceur, R. (2007). Qanuippitaa? How are we? Status of cardiovascular disease and diabetes in Nunavik. Québec, Québec. Institut national de santé publique, gouvernement du Québec, et Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik.
- Dyck, R., Klomp, H., Tan, L.K., Turnell, R.W. et Boctor, M.A. (2002). A comparison of rates, risk factors, and outcomes of gestational diabetes between Aboriginal and non-Aboriginal women in the Saskatoon Health District. *Diabetes Care*, 25, pp. 487-493.
- Earle, L. (2011). Les maladies chroniques et le rôle des méthodes traditionnelles dans les communautés autochtones. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone.
- Ebi, K.L., Sari Kovats, R. et Menne, B. (2006). An approach to assessing human health vulnerability and public health interventions to adapt to climate change. *Environmental Health Perspectives*, 114, pp. 1930-1934.
- Egeland, G.M. and Inuvialuit Settlement Region Steering Committee. (2010). Inuit health survey 2007-2008. Inuvialuit Settlement Region. Ste-Anne-de-Bellevue, Québec. Centre for Indigenous peoples Nutrition and Environment, Université McGill.
- El-Hayek, Y. (2007). Mercury contamination in Arctic Canada: Possible implications for Aboriginal health. *Journal on Developing Disabilities*, 13(1), pp. 67-89.
- Elias, B., Demas, D. et Assembly of Manitoba Chiefs. (2001). First Nations people with a disability needs assessment survey findings: A profile of Manitoba First Nations people with a disability. Centre de recherche sur la santé des Autochtones, pour l'Assembly of Manitoba Chiefs. Consulté le 2 juin 2010 sur http://www.umanitoba.ca/centres/centre_aboriginal_health_research/researchreports/Disability_Report.pdf
- Epoo, B. et Van Wagner, V. (2005). Bringing birth back to the community: Midwifery in the Inuit villages of Nunavik. Article présenté au contre de l'ICM, juillet 2005, Brisbane, Australie. Consulté le 15 mars 2010 sur http://www.NAHO.ca/inuit/midwifery/documents/2005-07NunavikICMkeynotefinal_000.pdf
- Groupe d'experts sur la salubrité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations. (2006). Rapport du Groupe d'experts sur la salubrité de l'eau potable dans les collectivités des Premières nations (vol. 1). Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Fagot-Campagna, A., Pettitt, D.J., Engelgau, M.M., Burrows, N.R., Geiss, L.S., Valdez, R. et Beckles, G.L.A. (2000). Type 2 diabetes among North American children and adolescents: An epidemiologic review and a public health perspective. *Journal of Pediatrics*, 136, pp. 664-672.
- Comité directeur national de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et des Inuits. (1999). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et des Inuits : rapport national St. Regis, Québec. Auteur.
- Centre des Premières nations. (2006). Cancer of the cervix in North American Indian women: A literature review. Ottawa, Ontario, National Aboriginal Health Association. Consulté le 21 janvier 2011 sur http://www.NAHO.ca/firstnations/english/documents/FNC_CervicalCancerLiteratureReview.pdf
- Centre des Premières nations. (2007). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-

2003. Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Ottawa, Ontario, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Fontaine, J., Dewailly, E., Benedetti, J.-L., Pereg, D., Ayotte, P. et Déry, S. (2008). Re-evaluation of blood mercury, lead and cadmium concentrations in the Inuit population of Nunavik (Québec): A cross-sectional study. *Environmental Health*, 7, 25. [En ligne]
- Food and Agriculture Organization, Agriculture and Development Economics Division. (2006). Food security (Policy Brief Issue 2). Rome. Auteur.
- Ford, J.D. et Smit, B. (2004). A framework for assessing the vulnerability of communities in the Canadian Arctic to risks associated with climate change. *Arctic*, 57, pp. 389-400.
- Ford, J.D., Smit, B. et Wandel, J. (2006). Vulnerability to climate change in the Arctic: A case study from Arctic Bay, Canada. *Global Environmental Change*, 16, pp. 145-160.
- Furgal, C., Buell, M., Chan, L., Edge, V., Martin, D. et Ogden, N. (2008). Health impacts of climate change in Canada's North. Dans J. Séguin (éd.), *Human health in a changing climate: A Canadian assessment of vulnerabilities and adaptive capacity*. Ottawa, Ontario. Santé Canada.
- Furgal, C., Martin, D. et Gosselin, P. (2002). Climate change and health in Nunavik and Labrador: Lessons from Inuit knowledge. Dans I. Krupnick et D. Jolly (éd.), *The Earth is Faster now: Indigenous observations of Arctic environmental change*, pp. 266-300. Washington, DC. Arctic Research Consortium of the United States, Arctic Studies Centre, Smithsonian Institute.
- Furgal, C.M., Powell, S. et Myers, H. (2005). Digesting the message about contaminants and country foods in the Canadian north: A review and recommendations for future research and action. *Arctic*, 58(2), pp. 103-114.
- Furgal, C. et Séguin, J. (2006). Climate change, health and vulnerability in Canadian northern Aboriginal communities. *Environmental Health Perspectives*, 114(12), pp. 1964-1970.
- Garner, R., Carrière, G., Sanmartin, C. et l'équipe de recherche de l'Initiative sur les données longitudinales administratives et sur la santé. (2010). La santé des adultes chez les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits, et les Métis au Canada : l'incidence du statut socioéconomique sur les inégalités en matière de santé. Ottawa, Ontario. Statistique Canada, 2009. (N° au catalogue 82-622-X-004)
- Garriguet, D. (2008). L'obésité et les habitudes alimentaires de la population autochtone. *Rapports sur la santé*, 19(1), pp. 1-15. Statistique Canada. (N° au catalogue 82-003).
- George, M.A., Masotti, P., MacLeod, S., Van Bibber, M., Look, C., Fleming, M. et coll. (2007). Bridging the research gap: Aboriginal and academic collaboration in FASD prevention; The Healthy Communities, Mothers and Children Project. *Alaska Medicine*, 49 (2 suppl.), pp. 139-141.
- Gesink Law, D., Rink, E., Mulvad, G. et Koch, A. (2008). Sexual health and sexually transmitted infections in the North American Arctic. *Emerging Infectious Diseases*, 14(1), pp. 4-9.
- Gittelsohn, J., Wolever, T.M.S., Harris, S.B., Harris-Giraldo, R., Hanley, A.J.G. et Zinman, B. (1998). *Journal of Nutrition*, 128, pp. 541-547.
- Gouvernement du Canada. (2006). Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada 2006. Ottawa, Ontario. Ministère, Travaux publics et Services gouvernementaux, Canada, 2005.
- Gouvernement du Manitoba. (2004). As long as the waters flow: An Aboriginal strategy on HIV/AIDS; A component of Manitoba's provincial AIDS strategy. Winnipeg, Manitoba. Gouvernement du Manitoba.
- Grzybowski, S. et Allen, E.A. (1999). Tuberculosis: 2. History of the disease in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 160, pp. 1025-1028.
- Guyot, M., Dickson, C., Paci, C., Furgal, C. et Chan, H.M. (2006). Local observations of climate change and impacts on traditional food security in two northern Aboriginal communities. *International Journal of Circumpolar Health*, 65, pp. 403-415.
- Haas, J. (2002). High cost, poor food selection place northern women at nutritional risk. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 166, p. 642.
- Halseth, G. et Ryser, L. (2006). Trends in service delivery: Examples from rural and small town Canada, 1998 to 2005. *Journal of Rural and Community Development*, 1(2), pp. 69-90.
- Harper, A.O. (2005). Ending violence in Aboriginal communities: Best practices in Aboriginal shelters and communities. Ottawa, Ontario. National Aboriginal Circle Against Family Violence. Consulté le 23 juillet 2010 sur http://nacafv.ca/report/shelter_practice.pdf
- Harris, S.B., Perkins, B.A. et Whalen-Brough, E. (1996). Non-insulin-dependent diabetes mellitus among First Nations children: New entity among First Nations people of north western Ontario. *Médecin de famille canadien*, 42, pp. 869-876.
- Hassi, J., Rytkonen, M., Kotaniemi, J. et Rintamaki, H. (2005). Impacts of cold climate on human heat balance, performance and health in circumpolar areas. *International Journal of Circumpolar Health*, 64, pp. 459-476.
- Healey, G.K. et Meadows, L.M. (2007). Inuit women's health in Nunavut, Canada: A review of the literature. *International Journal of Circumpolar Health*, 66, pp. 199-214.
- Healey, S., Aronson, K., Mao, Y. et Franco, E. (2003). Human papillomavirus and cervical dysplasia in Nunavut: Prelude to a screening strategy. *International Journal of Circumpolar Health*, 63 (suppl. 2), pp. 199-201.
- Healey, S., Plaza, D. et Osborne, G. (2003). A ten-year profile of cancer in Nunavut: 1992-2001. Iqaluit, Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Santé Canada. (1996). Tendances relatives au taux de mortalité des Premières nations, 1979-1993. Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Santé Canada. (1998). Stratégies relatives à l'évaluation des programmes de lutte contre l'abus d'alcool ou d'autres drogues chez les Autochtones : examen de la question. Ottawa, Ontario. Auteur.
- Santé Canada. 2000a. Facts and issues: The health of Aboriginal women. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 9 août 2009 sur http://www-hc-sc-gc.ca/women/english/facts_aborigi.htm
- Santé Canada. 2000b. Le diabète dans les populations autochtones (Premières nations, Inuits, Métis) du Canada : les faits Ottawa, Ontario. Auteur.
- Santé Canada. (2001). Les lésions traumatiques accidentelles et intentionnelles chez les Autochtones du Canada. Ottawa, Ontario. Auteur.
- Santé Canada. (2003a). Le diabète dans les collectivités autochtones. Dans *Diabetes in Canada* (2e éd.). Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 2 février 2011 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac2/francais/49chap6-fra.php>
- Santé Canada. (2003b). Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.
- Santé Canada. (2004). Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : 2000. Ottawa, Ontario. Division de l'information sur la santé et analyse, Santé Canada.
- Santé Canada. (2005a). First Nations comparable health indicators. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le

- 11 février 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2009-stats-profil/index-fra.php>
- Santé Canada. (2005b). Étude générale du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA). Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 10 février 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/substan/_ads/workers_trav_question/1a1-fra.php
- Santé Canada. (2006). Suicide prevention. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 23 mars 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/suicide/index-fra.php>
- Santé Canada. (2009). Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Auto-évaluation de la santé et affections choisies, de 2002 à 2005. Ottawa, Ontario. Auteur
- Santé Canada. (2011a). Eau potable et eaux usées. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 15 février 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/public-publique/water-eau-fra.php>
- Santé Canada. (2011b). Insécurité alimentaire des ménages au Canada en 2007-2008 : statistiques et graphiques clés Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 19 février 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fn-an/surveill/nutrition/commun/insecurit/key-stats-cles-2007-2008-fra.php>
- Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. (2007). Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones : Tabac. Ottawa, Ontario. DGSPNI, Santé Canada. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/tobac-tabac/index-fra.php>
- Santé Canada, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. (2009). Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé de 1999 à 2003. Ottawa, Ontario. Santé Canada.
- Heath, K.V., Cornelisse, P.G.A., Strathdee, S.A., Palepu, A., Miller, M.-L., Schechter, M.T., O'Shaughnessy, M.V. et Hogg, R.S. (1999). HIV-associated risk factors among young Canadian Aboriginal and non-Aboriginal men who have sex with men. *International Journal of STD and AIDS*, 10, pp. 582-587.
- Hemmigarn, B. et Ernst, P. (1997). Airway function among Inuit primary school children in Far Northern Québec. *American Journal of Respiratory Critical Care Medicine*, 156, pp. 1870-1875.
- Hermanson, M.H. et Brozowski, J.R. (2005). History of Inuit community exposure to lead, cadmium, and mercury in sewage lake sediments. *Environmental Health Perspectives*, 113, pp. 1308-1312.
- Huntington, H. et Fox, S. (2005). The changing Arctic: Indigenous perspectives. *Arctic Climate Impact Assessment*, pp. 61-98. Cambridge, R.-U. Cambridge University Press.
- Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat. (2001). *Climate change 2001: Synthesis report. Contribution des groupes de travail I, II, et III sur le troisième rapport d'évaluation du Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat*. Cambridge, R.U. et New York: Cambridge University Press.
- Ipsos-Reid Corporation. (2006). Les femmes autochtones et la violence familiale. Ottawa, Ontario. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (dossier DSS A0107-053090/001/CY). Consulté le 23 juillet 2010 sur http://www.phac-aspc.gc.ca/ncfv-cnivf/pdfs/fem-abor_f.pdf
- Irvine, K. (2009). Soutien des parents autochtones : enseignements pour l'avenir Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. Consulté le 24 janvier 2011 sur <http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/child%20and%20youth/NCCAH-supportingaboriginalparents-web-april2009.pdf>
- Janz, T., Seto, J. et Turner, A. (2009). Enquête auprès des peuples autochtones 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 89-637-X - 004).
- Jermendy, G. (2005). Can type 2 diabetes mellitus be considered preventable? *Diabetes Research and Clinical Practice*, 68 (suppl. 1), pp. S73-81.
- Jetté, M. (éd.). (1992). Et la santé des Inuits, ça va? Rapport de l'Enquête santé Québec auprès des Inuits du Nunavik. Québec, Québec. Ministère de la Santé et des Services sociaux, gouvernement du Québec.
- Karmali, S., Laupland, K., Harrop, A.R., Findlay, C., Kirkpatrick, A.W., Winston, B. et coll. (2005). Epidemiology of severe trauma among status Aboriginal Canadians: A population-based study. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 172, pp. 1007-1011.
- Katzmarzyk, P.T. et Malina, R.M. (1998). Obesity and relative subcutaneous fat distribution among Canadians of First Nation and European ancestry. *International Journal of Obesity*, 22, pp. 1127-1131.
- Keon, J. et Pepin, L. (2009). A healthy, productive Canada: A determinant of health approach. Ottawa, Ontario. Comité sénatorial permanent des affaires sociales, permanent des affaires sociales, sciences et technologie.
- Kinnon, D. (2007). Substance use/abuse issues among Inuit in Canada (présentation du Comité permanent de la Conférence des parlementaires de la région arctique, 19 octobre).
- Kirmayer, L.J., Brass, G.B., Holton, T., Paul, K., Simpson, C. et Tait, C. (2007). Suicide among Aboriginal people in Canada. Ottawa, Ontario, Fondation autochtone de guérison.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M. et Tait, C.L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples. Dans L. J. Kirmayer, M.E. Macdonald et G.M. Brass (éd.), *The mental Health of Indigenous peoples: Proceedings of the Advanced Study Institute*, pp. 5-25. Montréal, Québec. Institut de psychiatrie communautaire et familiale, Hôpital général juif - Sir Mortimer B. Davis et Division de de psychiatrie sociale et transculturelle, Université McGill.
- Korhonen, M. (2004). Alcohol problems and approaches: Theories, evidence, and northern practice. Ottawa, Ontario, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Kovesi, T., Creery, D., Gilbert, N.L., Dales, R., Fugler, D., Thompson, B., Randhawa, N. et Miller, J.D. (2006). Indoor air quality risk factors for severe lower respiratory tract infections in Inuit infants in Baffin Region, Nunavut: A pilot study. *Indoor Air*, 16, pp. 266-275.
- Kovesi, T., Gilbert, N.L., Stocco, C., Fugler, D., Dales, R.E., Guay, M. et Miller, J.D. (2007). Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 177, pp. 155-160.
- Kuhnlein, H.V. (1992). Change in the use of traditional foods by the Nuxalk native people of British Columbia. *Ecology of Food and Nutrition*, 27, pp. 259-282.
- Kuhnlein, H.V., Receveur, O., Soueida, R. et Egeland, G.M. (2004). Arctic Indigenous peoples experience the nutrition transition with changing dietary patterns and obesity. *The Journal of Nutrition*, 134, pp. 1447 à 1453.
- Langen, L.A., Sockalingam, R., Caissie, R. et Corsten, G. (2007). Occurrence of otitis media and hearing loss among First Nations elementary school children. *Canadian Journal of Speech-Language Pathology and Audiology*, 31, pp. 178-185.
- Lawn, J., with the collaboration of Harvey, D., Hill, F. et Brulé, D. (2002). An update on nutrition surveys in isolated northern communities. Ottawa, Ontario. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.
- Lawrence, H.P., Binguis, D., Douglas, J., McKeown, L., Switzer, B., Figueiredo, R. et Laporte, A. (2008). A 2-year community-randomized controlled trial of fluoride varnish to prevent early childhood caries in Aboriginal children. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 36, pp. 503-516.

- Lawrence, H.P., Romanetz, M., Rutherford, L., Cappel, L., Binguis, D. et Rogers, J.B. (2004). Effects of a community-based prenatal nutrition program on the oral health of Aboriginal preschool children in northern Ontario. *Probe*, 38, pp. 172-190.
- Layne, N. (1987). Solvent use/abuse among the Canadian registered Indian and Inuit population: An overview paper. Rapport non publié du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones.
- Ley, S.H., Harris, S.B., Connelly, P.W., Mamakeesick, M., Gittelsohn, J., Hegele, R.A. et coll. (2008). Adipokines and incident type 2 diabetes in an Aboriginal Canadian population: The Sandy Lake Health and Diabetes Project. *Diabetes Care*, 31, pp. 1410-1415.
- Ley, S.H., Harris, S.B., Mamakeesick, M., Noon, T., Fiddler, E., Gittelsohn, J. et coll. (2009). Metabolic syndrome and its components as predictors of incident type 2 diabetes mellitus in an Aboriginal community. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 180, pp. 617-624.
- Louchini, R. et Beaupré, M. (2008). Cancer incidence and mortality among Aboriginal people living on reserves and northern villages in Québec, 1988-2004. *International Journal of Circumpolar Health*, 67, pp. 445-451.
- Louchini, R. et Beaupré, M. (2009). Cancer among Aboriginal people living on reserves and in northern villages in Québec, 1984-2004: Incidence and mortality. Québec, Québec. Institut national de santé publique Québec.
- Macnab, A.J., Rozmus, J., Benton, D. et Gagnon, F.A. (2008). 3-year results of a collaborative school-based oral health program in a remote First Nations community. *Rural and Remote Health*, 8, pp. 882.
- Masotti, P., George, M.A., Szala-Meneok, K., Morton, A.M., Looock, C., Van Bibber, et coll. (2006). Preventing Fetal Alcohol Spectrum Disorder in Aboriginal communities: A methods development project. *PLOS Medicine*, 3(1), pp. 24-29.
- Masotti, P., Szala-Meneok, K., Selby, P., Ranford, J. et Van Koughnett, A. (2003). Urban FASD interventions: Bridging the cultural gap between Aboriginal women and primary care physicians. *Journal of Fetal Alcohol Syndrome International*, 1(e17), ppé 1-8.
- McShane, K., Smylie, J. et Adomako, P. (2009). La santé des enfants inuits, métis et des Premières nations du Canada. Dans J. Smylie et P. Adomako (éd.). *Indigenous children's health report: Health assessment in action*. Ottawa, Ontario. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- MedicineNet.com. (s.d.). Cardiovascular disease. Consulté le 13 avril 2011 sur <http://www.medterms.com/script/main/art.asp?articlekey=18312>
- Mignon, J., O'Neil, J.D. et Wilkie, C. (2003). Mental health services review First Nations and Inuit Health Branch Manitoba Region. Winnipeg, Manitoba, Université du Manitoba.
- Moniruzzaman, A., Pearce, M.E., Patel, S.H., Chavoshi, N., Teegee, M., Adam, W. et coll. et Cedar Project Partnership (2009). The Cedar Project: Correlates of attempted suicide among young Aboriginal people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *International Journal of Circumpolar Health*, 68, pp. 261-273.
- Le cercle national autochtone contre la violence familiale. (s.d.). Aboriginal shelters. Kahnawake, Québec. Auteur. Consulté le 21 juillet 2010 sur <http://nacafv.ca/en/shelters>
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2004). Midwifery and Aboriginal midwifery in Canada. Ottawa, Ontario. Auteur
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2007). Aboriginal people and HIV/AIDS: Some facts. Ottawa, Ontario. Auteur
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2008). Celebrating birth: Exploring the role of social support in labour and delivery for First Nations women and families. Ottawa, Ontario. Auteur
- Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. (2000). NNADAP Renewal Framework for implementing the strategic recommendations of the 1998 general review of the National Native Alcohol and Drug Abuse Program (document de travail rédigé uniquement à des fins de discussion).
- Association des femmes autochtones du Canada. (2009). Violence against Aboriginal women in Canada (document d'information). Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 7 août 009 sur <http://www/NWAC-hq-org/en/documents/Backgrounder-Violence.pdf>
- Nickels, S., Furgal, C., Buell, M. et Moquin, H. (2005). Unikkaaqatigiit: Perspectives from Inuit in Canada. Ottawa, Ontario. Organisation nationale de la santé autochtone.
- Bureau de la statistique des Territoires du Nord-Ouest. (1996). 1996 NWT Alcohol and Drug Survey: Rates of use for alcohol, other drugs and tobacco; Report 1. Yellowknife, TNO. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest.
- O'Keefe, J.H., Jr. et Harris, W.S. (2000). From Inuit to implementation: Omega-3 fatty acids come of age. *Mayo Clinic Proceedings*, 75, pp. 607-614.
- Orr, P.H. (2007). Respiratory tract infections in Inuit children: "Set thine house in order." *Journal de l'Association médicale canadienne*, 177, pp. 167-168.
- Oster, R. et Ellen, T. (2009). Differences in the prevalence of diabetes risk-factors among First Nation, Métis and non-Aboriginal adults attending screening clinics in rural Alberta, Canada. *Rural and Remote Health*, 9, pp. 1-8.
- Consortium Ouranos sur les changements climatiques. (2004). S'adapter aux changements climatiques. Montréal, Québec. Consortium Ouranos sur les changements climatiques.
- Pacey, M. (2009). Syndrome d'alcoolisation fœtale et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones : une analyse documentaire de la prévalence. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone.
- Pars, T., Osler, M. et Bjerregard, P. (2001). Contemporary use of traditional food among Greenlandic Inuit, Arctic, 54, pp. 22-31.
- Peressini, S., Leake, J.L., Mayhall, J.T., Maar, M. et Trudeau, R. 2004a. Prevalence of dental caries among 7- and 13-year-old First Nations children, District of Manitoulin, Ontario. *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 70, p. 382.
- Peressini, S., Leake, J.L., Mayhall, J.T., Maar, M. et Trudeau, R. (2004b). Prevalence of early childhood caries among First Nations children, District of Manitoulin, Ontario. *International Journal of Paediatric Dentistry*, 14, pp. 101-110.
- Premji, S., Benzies, K., Serrett, K. et Hayden, K.A. (2006). Research-based interventions for children and youth with a Fetal Alcohol Spectrum Disorder: Revealing the gap. *Child: Care, Health and Development*, 33, pp. 389-397.
- Agence de la santé publique du Canada. (2003). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2003. Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Agence de la santé publique du Canada. (2004). Comprendre l'épidémie de VIH/sida chez les Autochtones du Canada : Un coup d'œil sur la communauté. Ottawa, Ontario. Auteur
- Agence de la santé publique du Canada. (2005). Connaissances et attitudes des professionnels des soins de la santé en matière de syndrome d'alcoolisation fœtale : Résultats d'une enquête nationale. Ottawa, Ontario. Auteur
- Agence de la santé publique du Canada. 2006a. Aspect humain de la santé mentale et de la maladie mentale au Canada. Ottawa, Ontario. Auteur

- Agence de la santé publique du Canada. (2006b). Infections transmises sexuellement chez les jeunes de la rue au Canada. Constatations découlant de la surveillance accrue des jeunes de la rue au Canada, 1999-2003 Ottawa, Ontario. Auteur
- Agence de la santé publique du Canada. (2007). Rapport spécial du Comité canadien de lutte antituberculeuse : La tuberculose chez les peuples autochtones du Canada, 2000-2004. Ottawa, Ontario. Auteur
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). Rapport sur les infections transmissibles sexuellement au Canada : 2008 Ottawa, Ontario. Agence de la santé publique du Canada, Division des infections acquises dans la collectivité, Centre de la lutte contre les maladies transmissibles et les infections.
- Reading, J. (2009a). A life course approach to the social determinants of health for Aboriginal People. Dans W.J. Keon et L. Pepin (éd.), *A healthy, productive Canada: A determinant of health approach*. Ottawa, Ontario. Sénat du Canada.
- Reading, J. (2009b). The crisis of chronic disease among Aboriginal peoples: A challenge for public health, population health and social policy. Victoria, Colombie-Britannique. Centre de recherche sur la santé des Autochtones, Université de Victoria.
- Reading, J. et Allard, Y. (1999). Rapport sur le tabac. Dans *Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et des Inuits*. Ottawa, Ontario. Comité directeur national de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations et des Inuits.
- Rehm, R. et Weekes, J.R. (2005). Abuse of controlled prescription drugs. Dans *Centre canadien de lutte contre les toxicomanies* (éd.), *Toxicomanie au Canada : Enjeux et options actuels*. Ottawa, Ontario. Centre canadien de lutte contre les toxicomanies.
- Rhainds, M., Levallois, P., Dewailly, É. et Aytote, P. (1999). Lead, mercury, and organochlorine compound levels in cord blood in Québec, Canada. *Archives of Environmental Health*, 54(1), pp. 40-47.
- Roberts, G. et Nanson, J. (2000). Meilleures pratiques - Syndrome d'alcoolisme fœtal/effets de l'alcool sur le fœtus et les effets des autres drogues pendant la grossesse. Ottawa, Ontario. Division de la Stratégie nationale antidrogue, Santé Canada.
- Robinson, G.C., Conry, J.L. et Conry, R.F. (1987). Clinical profile and prevalence of fetal alcohol syndrome in an isolated community in British Columbia. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 37, pp. 203-207.
- Rohan, S. (2003). Opportunities for co-operative health provision in rural, remote and northern Aboriginal communities. *Association des coopératives du Canada, Government Affairs and Public Policy*. Consulté le 9 février 2009 sur http://www.coopscanada.coop/assets/firefly/files/files/pdfs/Research/Co-operative_Health_in_Aboriginal_Communities1.pdf
- Sandor, G.G., Smith, D.F., MacLeod, P.M., Tredwell, S., Wood, B. et Newman, D.E. (1981). Intrinsic defects in the Fetal Alcohol Syndrome: Studies on 76 cases from British Columbia and the Yukon Territory. *Neurobehavioural Toxicology and Teratology*, 3, pp. 145-152.
- Schröter, H. (2010). Fetal alcohol spectrum disorder: Diagnostic update. *Journal of Paediatrics and Child Health*, 15, pp. 455-456.
- Schroth, R.J., Smith, P.J., Whalen, J.C., Lekic, C. et Moffatt, M.E.K. (2005). Incidence de la carie chez les enfants d'âge préscolaire des collectivités du nord du Manitoba. *Journal de l'Association dentaire canadienne*, 71(1), pp. 27a-27f.
- Sharma, S., Xiao, X., Roache, C., Buchan, A., Reid, R. et Gittelsohn, J. (2010). Assessing dietary intake in a population undergoing a rapid transition in diet and lifestyle: The Arctic Inuit in Nunavut, Canada. *British Journal of Nutrition*, 103, pp. 749-759.
- Simpson, L. (2003). Toxic contamination undermining Indigenous food systems and Indigenous sovereignty. *Pimatiziwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 1, pp. 129-134.
- Régie de la santé Sioux Lookout First Nations. (2009). *Answering the call for help: Reducing prescription drug abuse in our communities*. Thunder Bay, Ontario. Auteur.
- Sin, D.D., Wells, H., Svenson, L.W. et Man, S.F.P. (2002). Asthma and COPD among Aboriginals in Alberta, Canada. *Chest*, 121, pp. 1841-1846.
- Skye, A.D. (2010). Aboriginal midwifery: A model for change. *Journal of Aboriginal Health*, 1, pp. 28-37.
- Smeja, C. et Brassard, P. (2000). Tuberculosis infection in an Aboriginal (First Nations) population of Canada. *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 4, pp. 925-930.
- Smith, D. (2003). Maternal-child health care in Aboriginal communities. *Canadian Journal of Nursing Research*, 35, pp. 143-152.
- Smylie, J. et Adomako, P. (éd.). (2009). *Indigenous children's health report: Health assessment in action*. Ottawa, Ontario. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2007). *An Aboriginal birthing strategy for Canada*. Ottawa, Ontario. SOGC. Consulté le 26 janvier 2011 sur <http://www.sogc.org/projects/pdf/AboriginalBirthingJune12%2007.pdf>
- Comité sénatorial permanent des peuples autochtones. (2007). *L'approvisionnement en eau potable sécuritaire pour les Premières nations* Ottawa, Ontario. Sénat du Canada.
- Statistique Canada. (2001). *Activités de récolte et bien-être de la collectivité parmi les Inuits dans l'Arctique canadien : constatations préliminaires de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001 - Enquête sur les conditions de vie dans l'Arctique*. Ottawa, Ontario (N° au catalogue 89-619-XIE).
- Statistique Canada. (2004). *Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve : résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001*. Ottawa, Ontario. Ministère de l'Industrie. (N° au catalogue 89-597).
- Statistique Canada. 2006a. *Femmes au Canada : Rapport statistique fondé sur le sexe (5^e éd.)*. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 89-637-X).
- Statistique Canada. (2006b). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes : de nouvelles données sur l'usage du tabac et le diabète. Le Quotidien*, 13 juin 2006. Consulté le 2 février 2011 sur <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/060613/dq060613a-fra.htm>
- Statistique Canada. 2008a. *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*. Ottawa, Ontario. Auteur. (N° au catalogue 97-558-XIE).
- Statistique Canada. 2008b. *Santé, scolarité et récolte de nourriture traditionnelle chez les Inuits : feuillet d'information*. Ottawa, Ontario. Auteur. (N° au catalogue 89-637-X 2008004).
- Statistique Canada (2009a). *Enquête auprès des peuples autochtones 2006 : Un aperçu de la santé de la population métisse (fiche d'information)*. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 89-637-X 2009006).
- Statistique Canada. (2009b). *Expériences vécues à l'école par les enfants des Premières nations de 6 à 14 ans vivant hors réserve (feuillet d'information)*. Ottawa, Ontario. Auteur. (N° au catalogue 89-637-X 2009003).
- Steenbeek, A. (2004). *Empowering health promotion: A holistic approach in preventing sexually transmitted infections among First Nations and Inuit adolescents in Canada*. *Journal of Holistic Nursing*, 22, pp. 254-266.
- Steenbeek, A., Tyndall, M., Rothenberg, R. et Sheps, S. (2006). *Determinants of sexually transmitted infections among Canadian Inuit adolescent populations*. *Public Health Nursing*, 23, pp. 531-534.

- Steenbeck, A., Tyndall, M., Sheps, S. et Rothenberg, R. (2009). An epidemiological survey of chlamydial and gonococcal infections in a Canadian Arctic community. *Sexually Transmitted Diseases*, 36, pp. 79-83.
- Stout, M.D., Kipling, G.D. et Stout, R. (2001). Aboriginal women's health research synthesis project: Final report. Winnipeg, Manitoba. Centres d'excellence pour la santé des femmes.
- Tait, H. (2008). Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : La santé et les conditions sociales des Inuits. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 89-637-X – 001).
- Thommasen, H.V., Patenaude, J., Anderson, N., McArthur, A. et Tildesley, H. (2004). Differences in diabetic co-morbidity between Aboriginal and non-Aboriginal people living in Bella Coola, Canada. *Rural and Remote Health*, 4, p. 319.
- Thouez, J.P., Rannou, A. et Foggin, P. (1989). The other face of development: Native population, health status and indicators of malnutrition: The case of the Cree and Inuit in northern Quebec. *Social Science Medicine*, 29, pp. 965-974.
- Tjepkema, M. (2002). La santé des Autochtones vivant hors réserve. Supplément à *Rapports sur la santé*, 13, pp. 1-17. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 82-003).
- Tjepkema, M. (2005). Les blessures non mortelles chez les Autochtones. *Rapports sur la santé*, 16(2), pp. 9-22. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 82-003).
- Trocme, N., Fallon, B., MacLaurin, B., Daciuk, J., Felstiner, C., Black, T., Tonmyr, L. et coll. (2005). Étude canadienne sur l'incidence des signalements de cas de violence et de négligence envers les enfants - 2003. Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- UNICEF Canada. (2009). La santé des enfants autochtones : Pour tous les enfants, sans exception. Toronto, Ontario. Auteur
- États-Unis. Centers for Disease Control and Prevention. (2005). Guidelines for the investigation of contacts of persons with infectious tuberculosis and guidelines for using the QuantiFERON – TB Gold Test for detecting Mycobacterium tuberculosis infection, United States. *MMWR* 54. Atlanta, Georgia, Centers for Disease Control and Prevention. N° RR-17. Consulté le 2 février 2011 sur <http://www.medicinenet.com/tuberculosis/page6.htm>
- Valera, B., Dewailly, E. et Poirier, P. (2008). Cardiac autonomic activity and blood pressure among Nunavik Inuit adults exposed to environmental mercury: A cross-sectional study. *Environmental Health*, 7, 29. En ligne.
- Van Oostdam, J., Donaldson, S.G., Feeley, M., Arnold, D., Ayotte, P., Bondy, G., Chan, L. et coll. (2005). Human health implications of environmental contaminants in Arctic Canada: A review. *Science of the Total Environment*, 351-352, pp. 165-246.
- Van Oostdam, J., Donaldson, S., Feeley, M., Tremblay, N., Arnold, D., Ayotte, P. et coll. (2003). apport d'évaluation des effets sur la santé des contaminants dans l'Arctique canadien II : la santé des humains. Ottawa, Ontario. Affaires autochtones et Développement du Nord Canada.
- Van Wägnér, V., Epoo, B., Nastapoka, J. et Harvey, E. (2007). Reclaiming birth, health, and community: Midwifery in the Inuit villages of Nunavik, Canada. *Journal of Midwifery and Women's Health*, 52, pp. 384-391.
- Varcoe, C. et Dick, S. (2008). The intersecting risks of violence and HIV for rural Aboriginal women in a neo-colonial Canadian context. *Journal of Aboriginal Health*, 4, pp. 42-52.
- Wardman, D., Khan, N. et el-Guebaly, N. (2002). Prescription medication use among an aboriginal population accessing addiction treatment. *Revue canadienne de psychiatrie*, 47, pp. 355-360.
- Weir, E. (2001). Inhalant use and addiction in Canada. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164, p. 397.
- Weller, G., Bush, E., Callaghan, T.V., Corell, R., Fox, S., Furgal, C. et coll. (2005). Summary and synthesis of the ACIA. Dans *Arctic climate impact assessment*, pp. 989-1020. Cambridge, R.-U. Cambridge University Press.
- Whiteside, C. (1994). Diabetic nephropathy: Successful treatment depends on early diagnosis. *Diabetes News*, 2, pp. 1-3, 8.
- Williams, R.J., Odaibo, F.S. et McGee, J.M. (1999). Incidence of Fetal Alcohol Syndrome in Northeastern Manitoba. *La revue canadienne de santé publique* 90, pp. 192-194.
- Willows, N.D. (2005). Determinants of healthy eating in Aboriginal peoples in Canada: The current state of knowledge and research gaps. *La revue canadienne de santé publique*. 96, pp. S32 à S36.
- Willows, N.D., Veugelers, P., Raine, K. et Kuhle, S. (2009). Prevalence and sociodemographic risk factors related to household food security in Aboriginal peoples in Canada. *Public Health Nutrition*, 12, pp. 1150-1156.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). Food security. Genève. Auteur. Consulté le 18 février 2011 sur <http://www.who.int/trade/glossary/story028/en/>
- Young, M., Kandola, K., Mitchell, R. et Leamon, A. (2008). Hospital admission rates for lower respiratory tract infections in infants in the Northwest Territories and Kitikmeot region of Nunavut for 2000-2004. *EPI North*, 20(1), 1, pp. 3-5.
- Young, T.K. (2003a). Contributions to chronic disease prevention and control: Studies among the Kivalliq Inuit since 1990. *International Journal of Circumpolar Health*, 62, pp. 323-330.
- Young, T.K. (2003b). Review of research on aboriginal populations in Canada: Relevance to their health needs. *British Medical Journal*, 327, pp. 419-422.
- Young, T.K., Dean, H.J., Flett, B. et Wood-Steiman, P. (2000). Childhood obesity in a population at high risk for type 2 diabetes. *Journal of Pediatrics*, 136, pp. 365-369.
- Young, T.K. et Katz, A. (1998). Survivors of sexual abuse: Clinical, lifestyle and reproductive consequences. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 159, pp. 329-334.
- Young, T.K., Kliewer, E., Blanchard, J. et Mayer, T. (2000). Monitoring disease burden and preventive behavior with data linkage: Cervical cancer among Aboriginal people in Manitoba Canada. *American Journal of Public Health*, 90, p. 1467.
- Young, T.K., Reading, J., Elias, B. et O'Neil, J.D. (2000). Type 2 diabetes mellitus in Canada's First Nations: Status of an epidemic in progress. *Journal de l'Association médicale canadienne*. 163, pp. 561 à 566.
- Young, T.K., Sevenhuysen, G., Ling, N. et Moffatt, M. (1990). Determinants of plasma glucose level and diabetic status in a northern Canadian Indian population. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 142, pp. 821-830.

Chapitre 2:

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ



La possession du meilleur état de santé qu'il est capable d'atteindre constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain, quelles que soient sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale.

– Organisation mondiale de la santé, lors de sa création, le 22 juillet 1946 (citée par Anderson, Baum et Bentley, 2004: 58).

Il est bien accepté que la santé est déterminée, non seulement par la génétique et les choix de mode de vie, mais aussi par un ensemble d'autres facteurs qui influencent la santé physique, mentale et sociale et le bien-être. Les déterminants sociaux de la santé sont des facteurs axés sur les conditions économiques et sociales régissant la vie (Centres de collaboration nationale en santé publique [CCNSP], 2008). Chez les Autochtones du Canada, les déterminants sociaux se trouvent souvent à l'origine de nombreuses disparités en matière de santé. Ce chapitre résume les connaissances actuelles sur les déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones du Canada. Il commence par un aperçu de la définition du terme « déterminants sociaux de la santé » à l'aide de perspectives internationale, nationale et indigène.⁸ Puis, il regroupe ces diverses définitions afin d'examiner les disparités entre les Autochtones et les non Autochtones quant à une gamme de déterminants sociaux, ainsi que les répercussions de ces

disparités sur la santé des Autochtones du Canada en particulier. Ces déterminants sociaux sont présentés en six catégories : le statut socioéconomique, les enfants et les jeunes, le sexe, les services de santé, l'environnement physique, et enfin la culture et la langue. Il est important de noter que ces catégories ne sont pas autonomes car elles comportent des aspects multiples et interagissent entre elles.

2.1 Les perspectives à l'égard des déterminants sociaux de la santé

Avant d'être en mesure de comprendre les répercussions des déterminants sociaux sur la santé de la population autochtone du Canada, il faut d'abord comprendre la définition de déterminants de la santé. Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2011), les déterminants sociaux de la santé sont :

... les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Ces circonstances, qui reflètent des choix politiques, dépendent de la répartition du pouvoir, de l'argent et des ressources à tous les niveaux, mondial, national et local. Les déterminants sociaux de la santé sont l'une des principales causes des inégalités en santé, c'est à dire des écarts injustes et importants que l'on enregistre au sein d'un même pays

ou entre les différents pays du monde. (parag. 1]

Que ce soit à l'étranger ou au Canada, plusieurs cadres de travail ont été présentés pour déterminer les facteurs qui constituent les déterminants sociaux de la santé. S'ils ont certains points communs, ces cadres se caractérisent également par leurs différences quant aux situations économiques locales. Toutefois, les facteurs relevés à l'aide de ces cadres et qui exercent une influence importante sur les tendances en matière de santé tendent à ne pas aborder adéquatement le contexte dans lequel évoluent les Autochtones. Cette section commence par un aperçu de ces déterminants sociaux considérés très influents sur la santé et recensés par l'Organisation mondiale de la santé (perspective internationale) et l'Agence de la santé publique du Canada (perspective nationale). Vient ensuite l'examen de certains des facteurs sociaux propres à la santé de la population autochtone du Canada.

La perspective internationale

Le caractère sensible et relation entre la santé et notre milieu social est complexe et comporte de multiples aspects. Par exemple, on pense que de nombreuses maladies importantes (comme le diabète de type 2 ou les maladies cardiovasculaires) sont déterminées par des réseaux

⁸ Le terme « indigène » est généralement employé dans un contexte international pour désigner les personnes originaires ou venant d'un endroit donné. Au Canada, les Indigènes sont souvent appelés des « Autochtones ». Dans le cadre de ce chapitre, le terme « indigène » se rapportera toutefois à la perspective internationale des déterminants sociaux, tandis que le terme « autochtone » sera employé en référence au contexte canadien; il concernera alors collectivement les Premières nations (vivant dans les réserves et hors des réserves, inscrits et non inscrits), les Inuits et les Métis.

d'exposition interagissant entre eux et ayant la capacité d'influencer positivement ou négativement la santé. En général, il est admis que la maladie et l'état de santé découlent de forces sociales, économiques et mêmes politiques, plus connues sous le nom de déterminants sociaux de la santé. En 2003, l'Organisation mondiale de la santé recensait dix principaux déterminants sociaux dans le document *Les déterminants sociaux de la santé. Les faits* (Wilkinson et Marmot, 2003).

Le gradient ou statut social

Le statut socioéconomique inférieur est étroitement associé à un faible niveau de scolarisation, au manque de moyens, au chômage et à la précarité de l'emploi, aux mauvaises conditions de travail et aux lieux de vie dangereux (Commission sur les déterminants sociaux de la santé [CDSS], 2008). Les personnes au statut socioéconomique inférieur sont généralement deux fois plus susceptibles de contracter une maladie grave et de mourir prématurément que celles qui bénéficient d'un statut socioéconomique supérieur (Donkin, Goldblatt et Lynch, 2002). L'OMS remarque également que le sexe est un facteur particulièrement important du statut social; les inégalités de genre se manifestent dans la violence faite aux femmes, le manque de pouvoir décisionnel ainsi que les divisions injustes dans le travail et dans les loisirs, l'habilitation des femmes est vue comme « la clé pour atteindre l'égalité en matière de santé » (CDSS, 2008, p. 16).

Le stress

Les circonstances stressantes, comme le manque de contrôle au travail, à la maison ou en société, peuvent nuire à la santé et même provoquer le décès prématuré. Le stress est causé à la fois par les circonstances sociales et par l'aptitude psychologique à les gérer. Les personnes qui déclarent ressentir fréquemment du stress sont vulnérables à une gamme d'affections comme les infections, le diabète, l'hypertension, les

maladies cardiovasculaires, la dépression et l'agressivité (Brunner, 1997; Brunner et coll., 2002; Wilkinson et Marmot, 2003).

Les premières années de la vie

L'Organisation mondiale de la santé insiste sur le fait que les premières années de la vie, y compris le développement fœtal, représentent un déterminant essentiel du sain développement de l'adulte (Wilkinson et Marmot, 2003). Les facteurs comme l'exposition aux substances tératogènes (p. ex., l'alcool, le tabac), le stress de la mère, les déficiences alimentaires et le manque d'exercice compromettent le sain développement du fœtus. Les investissements dans le développement de la petite enfance donnent des résultats positifs pour la santé (Early Child Development Knowledge Network [ECDKN], 2007, cité par la CDSS, 2008). Il est important de prévoir un continuum de soins destinés aux mères et aux enfants, allant de la préparation à la grossesse aux premières années de la vie en passant par la grossesse et l'accouchement (OMS, 2005).

L'inclusion sociale et le contrôle

Il a été démontré que la pauvreté, le dénuement et l'exclusion sociale ont d'importantes répercussions sur la santé et jouent un rôle dans les décès prématurés (Shaw, Dorling et Brimblecombe, 1999). La pauvreté absolue (manque du nécessaire vital) ainsi que la pauvreté relative (correspondant à 60 % du revenu médian national) boquent l'accès à une scolarité et à un logement décent (Walter, 2007). Le stress entraîné par la pauvreté a surtout des conséquences pour les femmes enceintes, les nourrissons, les enfants et les personnes âgées. L'exclusion sociale peut découler du racisme, de la discrimination, de la stigmatisation et de l'hostilité (Wilkinson et Marmot, 2003).

La nature de l'emploi

La sécurité financière, le statut social, le développement personnel, les relations sociales, l'estime de soi ainsi que la protection contre les risques physiques

et psychosociaux sont liés à l'occupation d'un bon emploi et aux conditions de travail de qualité (Marmot et Wilkinson, 2006, cités par la CDSS, 2008). La nature de l'emploi joue également un rôle important dans la santé et la longévité. Le manque de contrôle en milieu de travail est étroitement lié à des problèmes de santé comme la dorsalgie et les maladies cardiovasculaires (Bosma, Peter, Siegrist et Marmot, 1998).

Le chômage

De manière générale, les personnes qui travaillent sont en meilleure santé que les chômeurs (Wilkinson et Marmot, 2003). Parfois, le chômage s'accompagne d'obstacles particuliers à la santé physique et psychologique des personnes concernées et de leur famille. Il peut s'agir d'obstacles directs à la santé imposés par les contraintes financières, ou d'obstacles indirects découlant de l'anxiété et de la dépression liées au chômage et à l'insécurité financière fondamentale.

Le soutien social

Le soutien se manifeste à deux échelons : individuel et sociétal. Les personnes qui éprouvent un sentiment d'appartenance, celles dont on prend soin et celles qui se sentent aimées, respectées et valorisées sont mieux protégées contre la mauvaise santé mentale et physique. Des études sur les effets physiologiques d'un soutien social positif (Cohen et Herbert, 1996; Heffner, Kiecolt-Glaser, Loving, Glaser et Malarkey, 2004; Uchino, Uno et Holt-Lunstad, 1999) ont révélé des disparités entre les taux de dépression (Oxman, Berkman, Kasi, Freeman et Barrett, 1992), les résultats de la grossesse (Nuckolls, Cassel et Kaplan, 1972) et les diverses maladies chroniques des personnes se sentant socialement acceptées et de celles qui se sentent exclues ou isolées (Kaplan, Salonen, Cohen, Brand, Syme et Puska, 1988). Le soutien social peut améliorer les taux de rétablissement et les résultats de la grossesse dans les groupes de femmes vulnérables (Wilkinson et Marmot, 2003).



La dépendance

L'Organisation mondiale de la santé a révélé que la dépendance à l'alcool, au tabac et aux autres drogues constitue un déterminant social important, souvent associé aux populations socialement et économiquement défavorisées (Wardle et coll., 1999, cités par Wilkinson et Marmot, 2003). La consommation et l'abus d'alcool ou d'autres drogues sont directement liés à de nombreux problèmes physiques et de santé mentale comme les blessures, le suicide, l'empoisonnement, le cancer, la dépression et le décès prématuré. La dépendance est également associée à l'augmentation des taux de violence et de criminalité (Santé Canada, 1998).

Les aliments

L'accès à des aliments abordables et nutritifs est vital pour la santé et le bien-être. La pénurie, la consommation d'aliments de mauvaise qualité et le manque de variété favorisent la malnutrition et les maladies découlant de carences comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, le cancer, les maladies dégénératives des yeux, l'obésité et les problèmes dentaires. Le surtransformation des aliments, qui entraîne une augmentation de la quantité de gras, de féculents, de sucre et de sel, est également préoccupante, particulièrement

chez les populations à faible revenu. Wilkinson et Marmot (2003) remarquent que l'accès à des aliments sains et abordables influence davantage les choix alimentaires que l'éducation sur la santé.

Le transport

Pour l'Organisation mondiale de la santé, le transport « sain », comme le cyclisme, la marche et le recours au transport en commun plutôt qu'à l'automobile, constitue un déterminant social de la santé, celle-ci soutient que ces moyens de transport de rechange sont bons pour la santé, car ils permettent de faire de l'exercice, limitent les accidents mortels, favorisent les contacts sociaux et réduisent la pollution atmosphérique (Wilkinson et Marmot, 2003).

Les importantes recommandations formulées par l'Organisation mondiale de la santé pour éliminer les inégalités portent principalement sur l'amélioration des conditions de vie quotidienne, a nécessité d'aborder la question de la répartition inégale du pouvoir, de l'argent et des ressources, la mesure de l'inégalité, l'évaluation des actions entreprises, la diffusion des connaissances, la formation et la sensibilisation du public au sujet des déterminants sociaux de la santé (CDSS, 2008).

La perspective nationale

L'approche axée sur la santé de la population avance que la santé est une capacité ou une ressource plutôt qu'un état. Cette définition s'oriente davantage vers la notion de capacité à atteindre ses objectifs, à acquérir des compétences et des connaissances, et à progresser. Cette conception plus vaste de la santé tient compte des facteurs sociaux, économiques et environnementaux qui y contribuent. La meilleure expression de ce concept de santé est la suivante :

... la capacité à s'adapter aux difficultés et aux changements de la vie, à y réagir ou à les contrôler (Frankish, Green, Ratner, Chomic et Larsen, 1996, cités par l'ASPC, 2001, parag. 3).

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) reconnaît qu'il subsiste d'importantes disparités en matière de santé entre divers groupes au Canada (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2006). Des facteurs comme le statut socioéconomique, le patrimoine autochtone, le sexe et l'emplacement géographique sont étroitement liés à de profondes inégalités en matière de santé.

L'ASPC (2003) a recensé 12 catégories de déterminants de la santé. Sa définition du développement sain de l'enfant correspond

à celle du déterminant des premières années de la vie de l'Organisation mondiale de la santé (OMS) (2003), et plusieurs autres de ses déterminants sont repris dans le cadre de travail de l'OMS. Par exemple, les déterminants de l'ASPC de l'éducation et l'alphabétisation d'un côté, et le sexe de l'autre, sont intégrés dans le déterminant du gradient ou statut social de l'OMS; son déterminant du revenu se retrouve à la fois dans les déterminants de l'OMS concernant le gradient ou le statut social et le contrôle. Enfin, les déterminants de l'environnement et des réseaux d'aide sociale de l'ASPC sont intégrés dans celui de l'OMS concernant le soutien social.

Les différences entre les deux cadres de travail comprennent quatre déterminants recensés par l'OMS qui ne figurent pas dans le cadre de travail de l'ASPC (le stress, la dépendance, les aliments et le transport) et cinq autres déterminants qui ne figurent pas dans le cadre de l'OMS (l'environnement physique, les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles, le patrimoine biologique et génétique, les services de santé et la culture). Les différences entre ces deux cadres de travail illustrent nettement la différence entre les conditions considérées comme essentielles pour que les habitants du tiers-monde (ciblés par le cadre de l'OMS) mènent une vie saine, et les attentes de ceux qui vivent dans des pays plus développés, comme le Canada.

Pour éviter la redondance avec le cadre de travail de l'OMS, nous donnons plus bas le résumé des déterminants recensés par l'ASPC et qui sont absents ou incomplets du cadre de l'OMS :

L'éducation et l'alphabétisation

L'accès à l'éducation est associé aux trajectoires de développement continu et l'on considère qu'il contribue de manière positive à l'apprentissage, aux aptitudes à résoudre des problèmes, à la maîtrise de soi et au contrôle des situations quotidiennes (Ross et Wu, 1995). Le niveau de scolarité est étroitement lié au statut socioéconomique, à la sécurité du revenu

et à la sécurité matérielle qui en découle pour les personnes et leur famille.

L'environnement physique

Qu'il soit artificiel (p. ex., qualité du logement) ou naturel (p. ex. qualité de l'air), l'environnement joue un rôle essentiel dans le bien-être physique et psychologique (ASPC, 2003). À certains niveaux d'exposition, les contaminants présents dans l'air, l'eau, les aliments et le sol peuvent provoquer divers effets néfastes sur la santé parmi lesquels on peut citer les cancers, les malformations à la naissance, les maladies respiratoires et les malaises gastro-intestinaux.

Les habitudes de vie et les compétences d'adaptation personnelles

Il s'agit des « mesures que l'on peut prendre pour se protéger des maladies et favoriser l'autogestion de sa santé, faire face aux défis, acquérir la confiance en soi, résoudre des problèmes et faire des choix qui améliorent la santé » (ASPC, 2003, p. 7). Les habitudes de vie peuvent comprendre le tabagisme, la consommation d'alcool et de drogues, les relations sexuelles non protégées et la consommation élevée de gras. Des études ont démontré que les « choix » ou les habitudes de vie de chacun sont considérablement influencés par les milieux socioéconomiques (Bobak, Jha, Nguyen et Jarvis, 2000; Association canadienne de santé publique, 1997; Makela, Valkonen et Martelin, 1997; Marsh et McKay, 1994).

Le patrimoine biologique et génétique

La composition biologique et organique de base de l'être humain est un élément déterminant fondamental de la santé et du bien-être. Les gènes confèrent une prédisposition inhérente à une vaste gamme de réactions individuelles influençant la santé. Par exemple, une prédisposition génétique peut constituer un facteur de prévalence considérablement plus élevée de diabète de type 2 chez certaines populations autochtones du Canada (Toth, Cardinal,

Moyah et Ralph-Campbell, 2005; Robert, Henian, Anthony, Zinman, Harris et Anderson, 2000).

Les services de santé

L'accès aux services de santé, y compris au traitement et à la prévention secondaire, constitue un facteur important de la promotion, de la prévention et du rétablissement. L'accès à certains types de soins, comme les soins dentaires, les consultations en santé mentale et les médicaments sur ordonnance est directement lié au revenu; l'accès des Canadiens dont les revenus sont faibles ou modérés est limité (ASPC, 2003).

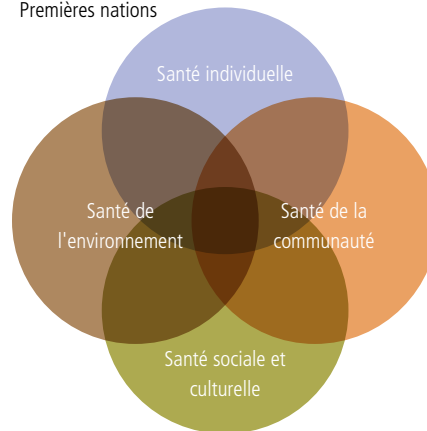
La culture

Certaines personnes et certains groupes se trouvent face à des risques cumulatifs pour la santé lorsqu'ils « sortent » du cadre des valeurs culturelles dominantes. La stigmatisation, la marginalisation et (ou) le racisme fondés sur les préférences culturelles de la société dominante ont des effets négatifs et irréversibles sur la santé et la longévité.

La perspective indigène

Le concept de santé et de survie des Indigènes renvoie à un continuum collectif et intergénérationnel qui englobe une perspective holistique basée sur quatre dimensions communes de la vie :

Figure 2.1 : Les déterminants de la santé des Premières nations



Source : Assemblée des Premières nations (APN), 2006

spirituelle, intellectuelle, physique et émotionnelle. En associant ces quatre dimensions fondamentales, la santé et la survie se manifestent à de multiples échelons où coexistent simultanément le passé, le présent et le futur. (Durie, 2004, p. 1139)

Dans le Cadre de santé publique des Premières nations de 2006 de l'Assemblée des Premières Nations, les déterminants de la santé sont organisés en quatre zones empiétant les unes sur les autres (voir la figure 2.1). Les mesures propres aux Premières nations incluent « la santé sociale et culturelle », associée aux répercussions de la colonisation (p. ex. pensionnats), à l'autodétermination, à la langue, aux pratiques culturelles et à la terre traditionnelle.

Les modèles de santé actuels et les déterminants sociaux qui les alimentent ne ciblent pas tous les besoins des Autochtones, pas plus qu'ils ne traitent de manière adéquate des disparités en matière de santé existant dans leurs communautés (Anderson, 2001; Anderson, Baum et Bentley, 2004; Centre des Premières nations, 2007b). Bien que les modèles actuels s'attaquent aux causes « superficielles », comme l'hygiène de vie, le stress, les ressources psychosociales et les soins médicaux, ils n'abordent pas les causes « structurelles », comme les facteurs économiques, politiques, juridiques, culturels et sociaux (p. ex., racisme) (Anderson, 2001). De Leeuw, Greenwood et Cameron soulignent que la documentation sur les déterminants sociaux a tendance à ne pas prendre en compte la manière dont les « institutions, les idées et les pratiques coloniales s'associent pour entraver l'accès des Indigènes à toute une gamme de déterminants sociaux comme la culture, l'environnement physique et le développement sain de l'enfant, et pour les contrôler » (2009, p. 2).

Pour éliminer les vieilles disparités économiques, politiques et sociales subies par les Autochtones, il est essentiel de commencer par comprendre l'histoire de leur oppression et de leur marginalisation, et la manière dont elles ont influencé leur santé et leur bien-être (Anderson, Baum et Bentley, 2004; Browne, Smye et Varcoe, 2005; Loppie, Reading et Wien, 2009; Pan American Health Organization [PAHO], 2008). Il faut aussi comprendre le concept de santé des Indigènes, qui relève souvent de perspectives écosociales et communales plutôt que de simplement une perspective centrée sur la santé de l'individu (Nettleton, Napolitano et Stephens, 2007). Tynan et coll. (2004) pensent que la compréhension des déterminants sociaux de la santé passe par la compréhension des histoires, des expériences et de la vie quotidienne des personnes, des familles et des communautés qui doivent composer régulièrement avec les nombreux déterminants qui coexistent.

Pour améliorer la santé des Indigènes, que ce soit au Canada ou ailleurs, il faut aborder une gamme plus vaste de déterminants sociaux propres aux Indigènes. De récentes études ont recensé des déterminants sociaux de la santé propres aux Indigènes, dont le colonialisme, la mondialisation, la migration, la continuité culturelle, le territoire, l'accès, la pauvreté, le racisme, l'exclusion sociale, l'autodétermination, la terre et l'environnement, et l'intendance environnementale.⁹ Bien que ces déterminants soient classés comme discrets, il existe entre eux une relation complexe et d'interdépendance. De Leeuw, Greenwood et Cameron (2009) remarquent que les Indigènes et les organisations se sont mis d'accord sur un cadre de déterminants sociaux, qu'ils utilisent pour conceptualiser les disparités en matière de santé touchant les Indigènes (voir Loppie, Reading

et Wien, 2008). C'est en effet cette interdépendance fondamentale des divers déterminants sociaux de la santé qui intéresse les Indigènes, car elle reprend leur vision commune du monde, axée sur l'interdépendance de la vie. L'explication qui suit sur les déterminants propres aux Indigènes et leurs répercussions sur la santé concerne les quatre déterminants interreliés, soit la colonisation, la culture, le racisme et l'autodétermination.

La colonisation a été définie comme « un processus incluant une incursion géographique, une rupture socioculturelle, un établissement d'un contrôle politique et une dépossession économique par l'extérieur, une prestation de services sociaux de qualité inférieure et, à terme, une formulation d'énoncés idéologiques sur la race et la couleur de la peau, qui dépeignent le colonisateur comme un être plus évolué que le colonisé » (Kelm, 1998, cité par Loppie, Reading et Wien, 2009, p. 21). Depuis longtemps, la documentation dépeint la colonisation comme un déterminant social indigène ayant des répercussions directes sur l'état de santé de cette population (Anderson, 1988, cité par Anderson et coll., 2004). La colonisation influence l'état de santé des peuples indigènes en créant des inégalités sociales, politiques et économiques et en érodant leur identité culturelle.

L'Organisation mondiale de la santé suggère qu'une « association toxique de politiques » a entraîné la perte irrémédiable de terres, de langues, de culture et de modes de vie (CDSS, 2008, p. 36). La colonisation a :

... dépourvu les Autochtones de leurs territoires et leur a imposé des structures sociales, politiques et économiques sans leur consultation, leur consentement ou le respect de leur choix. Leur vie reste régie par des lois et des règlements précis et particuliers qui ne s'appliquent pas aux autres membres des états. Les Autochtones

⁹ Voir, par exemple, les travaux du Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone (<http://www.nccah-cnsa.ca/>), du Centre des Premières nations (2007) et du CRPA (1996b).

continuent à vivre dans des terres limitées ou isolées et se trouvent souvent au cœur de conflits de compétences entre différents ordres de gouvernement, particulièrement dans des domaines concernant l'accès aux ressources financières, aux programmes et aux services. (CDSS, 2008, p. 36)

Pour les peuples indigènes, dont la vision de la santé englobe généralement la personne, la communauté et l'écosystème dans lequel ils vivent (PAHO, 2008), et dont les cultures ont été intimement associées aux terres et aux milieux traditionnels, la perte et la dégradation des terres et des ressources dont ils ont dépendu pour vivre ont affaibli ou détruit les pratiques économiques, sociales et culturelles vues comme essentielles pour la santé et le bien-être (Nettleton, Napolitano et Stephens, 2007). Des études démontrent que la santé de la terre et la santé de la communauté sont synonymes, et que les relations avec l'environnement physique alimentent les racines spirituelles, économiques, politiques et sociales de la culture (Département américain de la Santé et des Services sociaux, 1999). Selon Bartlett (2003), « la perte de la terre est l'un des principaux facteurs contribuant au stress culturel dans les communautés autochtones » (cité par Richmond et Ross, 2009, p. 404).

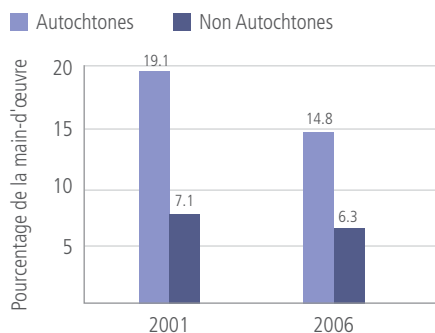
Le colonialisme a également eu des conséquences irrémédiables sur la continuité culturelle, soit le degré de cohésion sociale et culturelle au sein d'une communauté (Loppie, Reading et Wien, 2009). Le maintien de la langue et des traditions culturelles est important pour favoriser l'identité individuelle et collective. On a révélé que la continuité culturelle est essentielle à la santé mentale et au bien-être des populations autochtones. Par exemple, Chandler et Lalonde (1998) démontrent le lien entre la continuité culturelle et le taux de suicide chez les Premières nations de la Colombie-Britannique.

L'autre déterminant social étroitement lié au colonialisme et à ses notions d'infériorité des colonisés est le « racisme ». Le racisme est défini comme « la croyance que la race est le principal déterminant des caractéristiques et des capacités de l'être humain et que les différences de race produisent une supériorité inhérente à une race en particulier » (Merriam-Webster en ligne). Des études suggèrent que les résultats de santé des personnes qui subissent le racisme et d'autres formes de discrimination sont souvent inférieurs à ceux des autres personnes (Wortley, 2003).

Le racisme entraîne une répartition injuste des ressources, du pouvoir, de la liberté et du contrôle, qui, à terme, influence le statut socioéconomique et l'état de santé des Indigènes (Adelson, 2005).

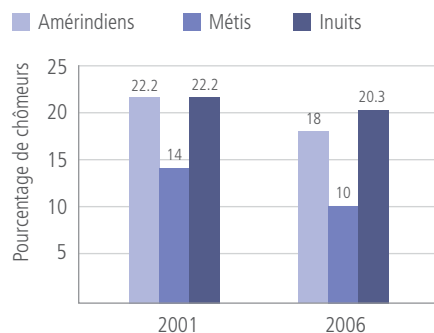
Le dernier déterminant social important dans le cadre de la santé des peuples indigènes est l'autodétermination. Au sens large, l'autodétermination est le droit des peuples à « décider en toute liberté de leur propre statut politique et de poursuivre librement leur développement économique, social et culturel » (Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme, 1996-2001). L'autodétermination a d'importantes implications sur la santé autochtone, car elle encourage la prise de pouvoir et permet à chacun de prendre le contrôle de sa vie et de sa santé (Cornell, 2006; Marmot, 2005). La perte de l'autonomie a nettement caractérisé les processus coloniaux (Commission royale sur les peuples autochtones [CRPA], 1996b). Des recherches ont démontré que l'autodétermination peut améliorer le bien-être mental (Chandler et Lalonde, 1998) et générer un développement économique pouvant servir à réduire la pauvreté et les autres conditions sociales favorisant la mauvaise santé (CRPA, 1996a).

Figure 2.2 : Pourcentage d'Autochtones et de non Autochtones au chômage, 2001 et 2006



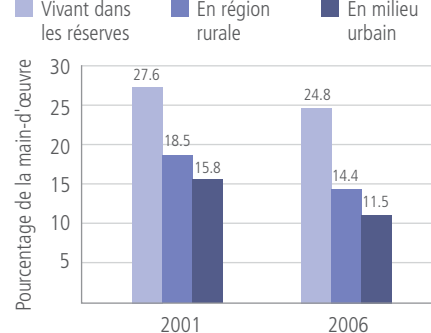
Sources : Statistique Canada (2001), recensement de 2001, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97F0011XCB01044; Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-559-XCB2006019

Figure 2.3 : Pourcentage d'Amérindiens, de Métis et d'Inuits au chômage, 2001 et 2006



Sources : Statistique Canada (2001), recensement de 2001, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97F0011XCB01044; Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-559-XCB2006019

Figure 2.4 : Pourcentage d'Autochtones au chômage, par emplacement, 2001 et 2006



Sources : Statistique Canada (2001), recensement de 2001, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97F0011XCB01044; Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-559-XCB2006019

2.2 Les réalités actuelles en matière de santé

Cette section intègre aux données socioéconomiques actuelles les définitions indigènes, internationales et nationales des déterminants sociaux afin de faire la lumière sur l'environnement dans lequel la santé des Premières nations, des Inuits, des Métis et des Indiens inscrits¹⁰ est déterminée. La première partie porte principalement sur le statut socioéconomique des Autochtones du Canada, notamment l'emploi, le type de travail, le revenu, le niveau de scolarité et le développement économique. La deuxième partie porte sur les enfants et les jeunes, tout en mettant l'accent sur le développement de la petite enfance et les structures familiales. La troisième partie se concentre sur les problèmes de santé particulièrement prévalents chez les femmes autochtones et qui leur sont propres, et examine la violence et la criminalité, non seulement comme résultat du statut social, mais aussi comme facteur négatif du bien-être des femmes autochtones. Enfin, la quatrième partie porte sur l'accès aux services de santé sur le plan de la détection précoce et de la prévention, tandis que la cinquième partie examine la perte de la langue et de la culture en tant qu'importants déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones du Canada.

Dans cette section, le terme « Autochtones » renvoie à tous les groupes d'Autochtones de manière collective, et lorsque c'est possible, les termes « Inuit », « Métis » ou « Premières nations » désignent des groupes d'Autochtones précis. Toutefois, les sources de données peuvent utiliser les termes de manière différente à celle employée dans ce chapitre. Par exemple, les données de Statistique Canada utilisent le terme « Amérindien » pour parler des

membres des Premières nations, ou peuvent aussi les définir en fonction de leur statut d'Indiens inscrits (en vertu de la *Loi sur les Indiens*, et donc, bénéficiaires des droits et avantages conférés par cette loi). Par ailleurs, d'autres sources emploient le terme « Autochtones » d'une manière moins inclusive. Veuillez noter qu'en évoquant les différences entre les Autochtones, le texte qui suit reprend les termes employés par les sources de données.

Le statut socioéconomique

Cette section examine le statut socioéconomique des populations autochtones du Canada à partir de données sur l'emploi, le chômage et les taux d'activité professionnelle; les niveaux de scolarité; les types d'emplois et le revenu. Ces données révèlent des disparités socioéconomiques notables entre les Autochtones et les non Autochtones du Canada, et entre divers groupes d'Autochtones qui peuvent entraîner des disparités en matière de santé.

L'emploi

Selon Statistique Canada,¹¹ le taux de chômage des Autochtones en 2011 dépassait nettement le double de celui des non Autochtones (19,1 % contre 7,1 %). La situation était identique en 2006 (14,8 % contre 6,3 %), même si les deux groupes avaient affiché une baisse du taux de chômage entre 2001 et 2006 (figure 2.2).

Chez les Autochtones, ce sont les Inuits qui détiennent le record du chômage au Canada. Ils sont suivis de près par les Amérindiens (figure 2.3).

Les données des recensements de 2001 et de 2006 de Statistique Canada révèlent des différences notables entre les taux de chômage des Autochtones vivant dans les réserves et ceux vivant en zone urbaine et rurale (figure 2.4). En 2001,

les Autochtones vivant dans les réserves étaient près de deux fois plus susceptibles d'être au chômage que ceux des zones urbaines. En 2006, ils l'étaient plus de deux fois plus. Au cours de la période de cinq ans entre les recensements, le taux de chômage a diminué dans les trois groupes; toutefois, cette diminution a été considérablement plus faible chez les Autochtones vivant dans les réserves (2,8 %) que chez ceux vivant dans des zones rurales (4,1 %) et urbaines (4,3 %).

Le taux de chômage varie également selon la province et le territoire. En 2001, Terre-Neuve-et-Labrador affichait le taux de chômage le plus élevé chez les Autochtones au Canada (33,5 %), suivi de près par le Nouveau-Brunswick (28,1 %) et le Yukon (26,8 %) (Statistique Canada, 2001a). En 2006, ce taux s'est amélioré pour les Autochtones de toutes les provinces, il a diminué de 4,8 % en moyenne, sauf dans les Territoires du Nord-Ouest, où il n'a diminué que de 1,9 % sur cinq ans (Statistique Canada, 2006).

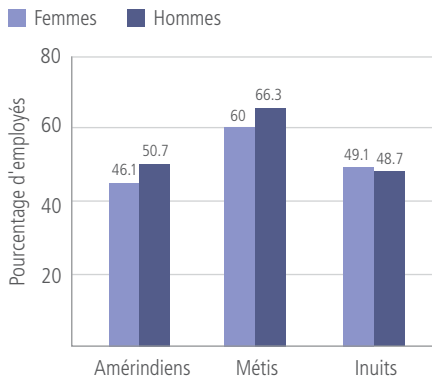
Depuis le recensement de 2001, des améliorations ont été remarquées dans la participation des populations autochtones à la vie active. Selon le recensement de 2006 de Statistique Canada, le taux d'emploi des Autochtones atteignait 53,7 %, contre 49,7 % en 2001 (Statistique Canada, 2006). Le taux de participation des Autochtones à la vie active est passé de 61,4 % à 63 % (ibidem). Quoi qu'il en soit, il existe toujours des disparités considérables entre les Autochtones et les non Autochtones sur le plan de la participation au marché du travail; les Autochtones présentent un taux d'emploi et de participation considérablement plus faibles.

La participation des Autochtones à la population active est différente selon le sexe. En 2006, le taux de chômage des

¹⁰ Par le passé, le terme « indien » était employé par le gouvernement fédéral pour désigner la population indigène. Bien qu'il a généralement été remplacé par « Premières nations », on le trouve encore dans des documents historiques comme la *Loi sur les Indiens*.

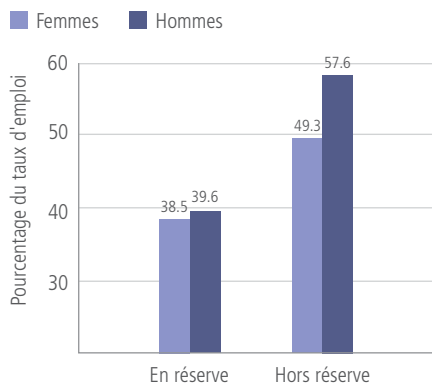
¹¹ La qualité et l'étendue des données sur les Autochtones ont longtemps été préoccupantes (Smylie, 2009).

Figure 2.5 : Pourcentage d'Autochtones employés, selon le sexe, 2006



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-559-XCB2006019

Figure 2.6 : Pourcentage d'employés, Indiens inscrits vivant dans les réserves¹³ et hors réserve,¹⁴ par sexe, 2006



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, n° au catalogue 97-559-XCB2006013

Amérindiens s'élevait à 19,8 %, contre 16,2 % pour les Amérindiennes. De même, celui des Inuits s'élevait à 23,8 %, contre 16,7 % pour les Inuites. Les différences selon le sexe restent anodines chez les Métis : 10,5 % du côté des hommes, contre 9,5 % chez les femmes (Statistique Canada, 2006).

Les femmes autochtones sont également moins susceptibles de travailler que les hommes autochtones et les femmes non autochtones. En 2006, les hommes et les femmes métis affichaient le taux d'emploi le plus élevé de tous les groupes autochtones. À l'exception des femmes inuites, les hommes étaient plus susceptibles d'être employés que les femmes. Pour l'ensemble des hommes autochtones, les hommes inuits étaient les moins susceptibles d'être employés (figure 2.5).

Chez les Indiens inscrits¹², le taux d'emploi était supérieur chez les hommes que chez les femmes vivant dans les réserves (respectivement 39,6 % et 38,5 %) et hors des réserves (respectivement 57,6 % et 49,3 %) (figure 2.6) (Statistique Canada, 2006).

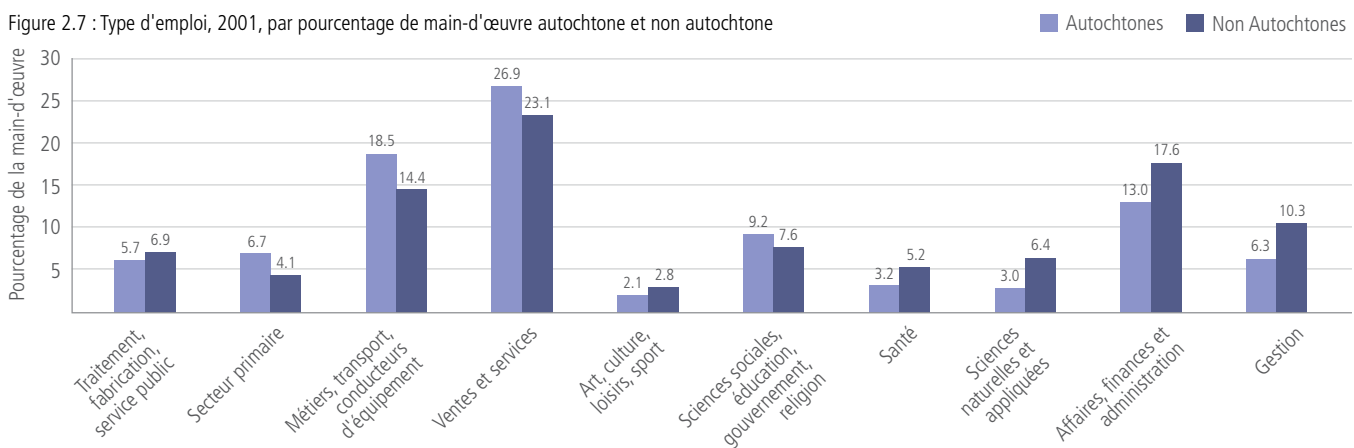
Le type de travail

Selon Statistique Canada, les Autochtones sont moins susceptibles d'occuper des

emplois très rémunérateurs qui exigent un niveau de scolarité élevé. Bien que la population non autochtone a davantage tendance à occuper des postes dans la gestion, la santé, les sciences naturelles et appliquées, la finance et les affaires, les Autochtones se retrouvent dans les ventes et les services, le commerce et le secteur primaire. Ce modèle n'a pas beaucoup évolué entre les recensements de 2001 et de 2006 (figures 2.7 et 2.8).

Les emplois occupés par les Autochtones varient selon la région; s'ils vivent dans les réserves, dans des zones urbaines ou dans des régions rurales (Statistique Canada, 2001a; 2006a). En 2001, la population autochtone urbaine (14,9 %) occupait davantage des postes dans le secteur des affaires, de la finance et de l'administration que les Autochtones vivant dans des régions rurales (10,7 %) ou dans les réserves (10,5 %). La population urbaine travaillait plus souvent dans les ventes et l'industrie des services (28,9 %) que les Autochtones habitant dans des régions rurales (24,8 %) ou dans les réserves (23,9 %). On dénombrait beaucoup plus d'emplois dans l'industrie primaire dans les réserves (9,5 %) et les régions rurales (10,7 %) que dans les zones urbaines (3,7 %) (figure 2.9).

Figure 2.7 : Type d'emploi, 2001, par pourcentage de main-d'œuvre autochtone et non autochtone



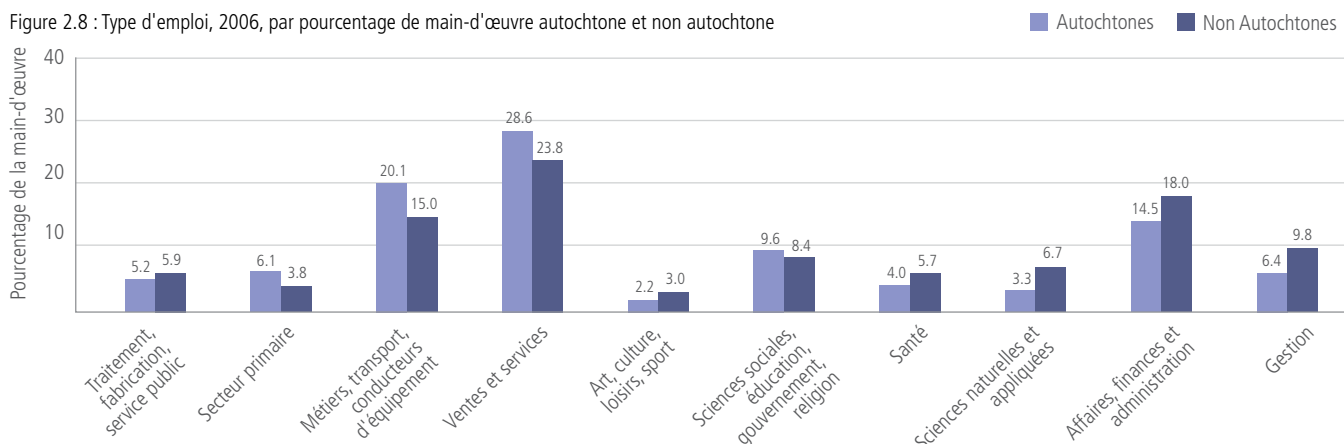
Sources : Statistique Canada (2001), recensement de 2001, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97F0011XCB01044; Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-559-XCB2006019

¹² Le terme « Indiens inscrits » ou « Indiens de plein droit » désigne ceux qui sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* et détiennent donc les droits et avantages qui y sont exposés (Statistique Canada, Statut d'Indien inscrit ou des traités de la personne, <http://www.statcan.gc.ca/concepts/definitions/aboriginal-autochtone4-fra.htm>).

¹³ Le statut d'Indien inscrit se base sur la déclaration du répondant.

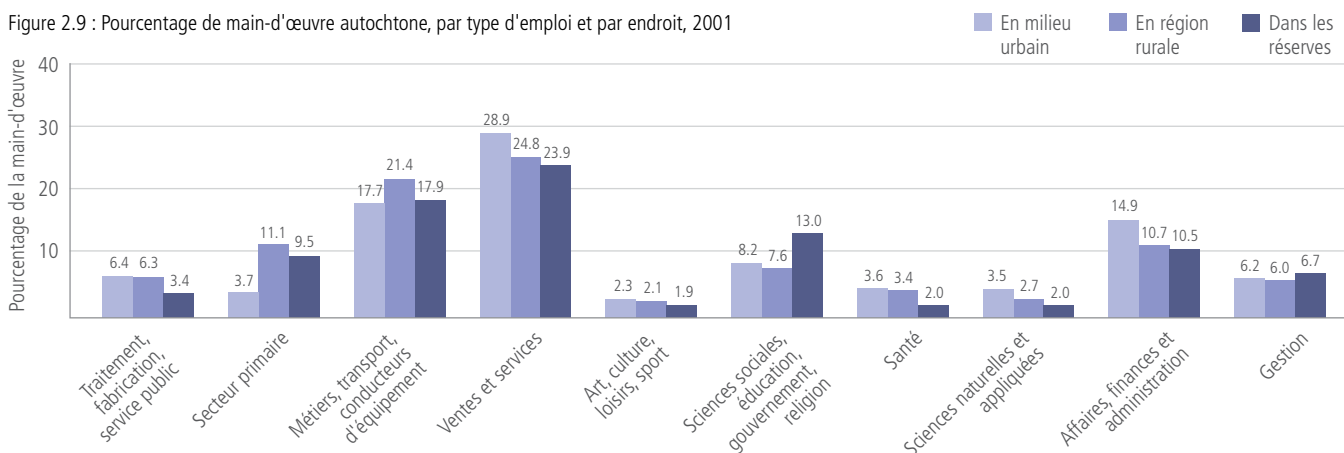
¹⁴ Total de la population d'Indiens inscrits vivant hors des réserves au Canada.

Figure 2.8 : Type d'emploi, 2006, par pourcentage de main-d'œuvre autochtone et non autochtone



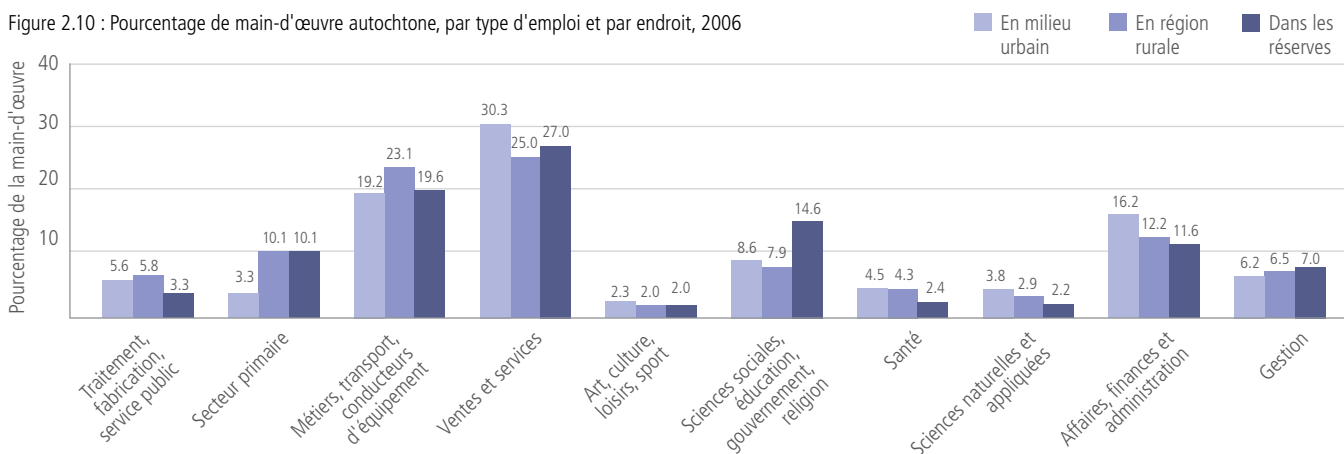
Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-XCB200604

Figure 2.9 : Pourcentage de main-d'œuvre autochtone, par type d'emploi et par endroit, 2001



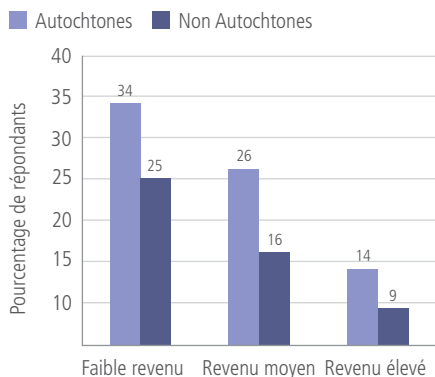
Source : Statistique Canada (2001), recensement de 2001, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97F001XCB01045

Figure 2.10 : Pourcentage de main-d'œuvre autochtone, par type d'emploi et par endroit, 2006



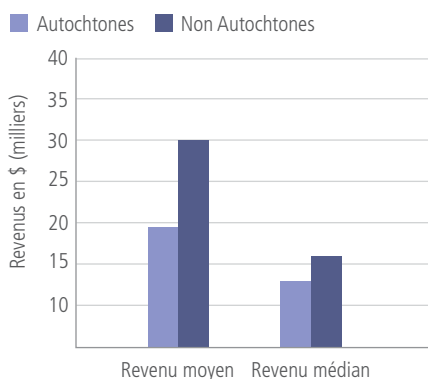
Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-564-XCB2006002

Figure 2.11 : Pourcentage d'Autochtones hors des réserves et de non Autochtones ayant déclaré un état de santé passable ou mauvais, par niveau de revenu du foyer, 2000-2001



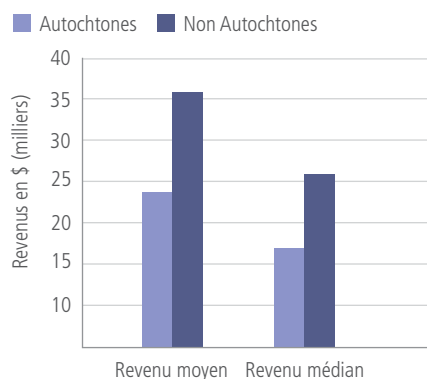
Source : Adapté de Tjepkema (2002)

Figure 2.12 : Comparaison du revenu moyen et médian chez les Autochtones et les non Autochtones, 2001



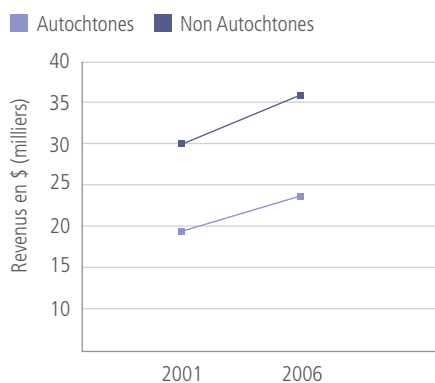
Source : Statistique Canada (2001), recensement de 2001, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97F0011XCBO1047

Figure 2.13 : Comparaison du revenu moyen et médian chez les Autochtones et les non Autochtones, 2006



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-563-XCB2006061

Figure 2.14 : Comparaison de l'écart entre le revenu annuel des Autochtones et des non Autochtones de 2001 à 2006



Source : Adapté de Tjepkema (2002)

Ces tendances se maintenaient en 2006 (figure 2.10), et les Autochtones des zones urbaines occupaient le plus souvent des emplois dans les affaires, la finance et l'administration (16,2 %) et les ventes (30,3 %), tandis que les populations vivant dans les réserves et les régions rurales occupaient le plus souvent des postes dans le secteur primaire (10,1 % contre 3,3 % dans les zones urbaines) (Statistique Canada, 2006).

Les femmes autochtones sont également plus susceptibles d'occuper des postes moins bien payés, comme dans les

ventes ou l'administration (Hull, 2001) et l'Enquête régionale longitudinale de 2002-2003 sur la santé des Premières nations (ERS) indique que les femmes des Premières nations ont davantage tendance à occuper des postes à temps partiel que les hommes (9,4 % contre 5,7 %) (Centre des Premières nations, 2007).

Lorsqu'on compare les recensements de 2001 et de 2006, on ne relève aucune différence notable sur le plan des professions des Amérindiens, des Inuits et des Métis, ou entre celles des Indiens inscrits et des non inscrits.

Le revenu

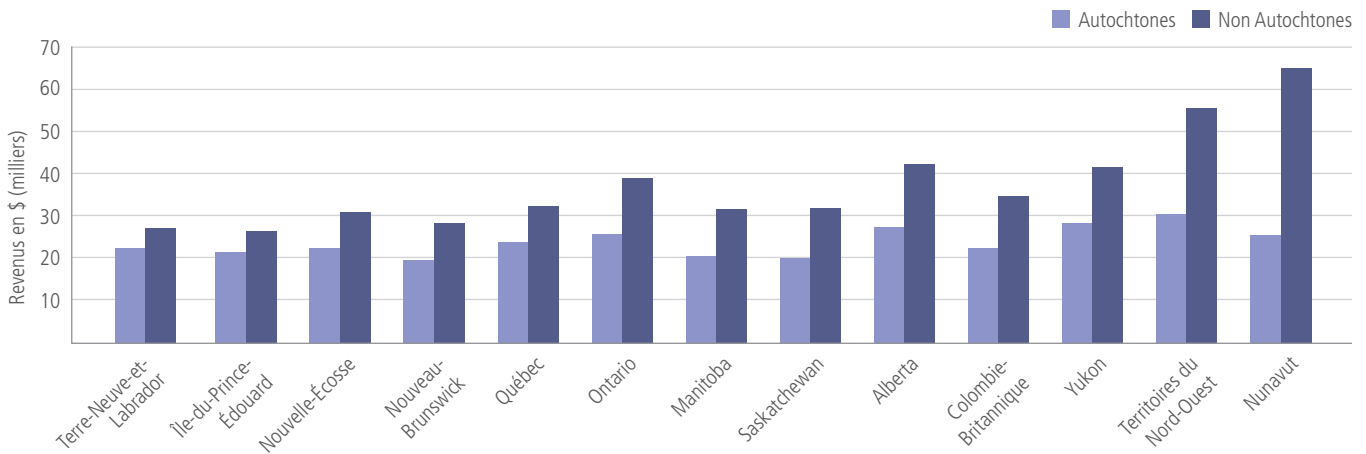
L'association entre le revenu et la santé des ménages est illustrée par Loppie, Reading et Wien (2009) à partir d'une adaptation des données de Tjepkema (2002). Ces chercheurs mentionnent que les Autochtones à faible revenu du Canada affichent des taux nettement supérieurs d'état de santé passable ou mauvais (34 %) que les Autochtones ayant un revenu moyen (26 %) ou élevé (14 %). Tous revenus confondus (faible, moyen et élevé), les Autochtones du Canada déclarent plus souvent un état de santé passable ou mauvais à celle des non Autochtones (figure 2.11).

Bien que les niveaux de revenu ont augmenté chez les Autochtones, ils restent largement inférieurs à ceux des non Autochtones. Selon le recensement de 2001, le revenu annuel moyen était de 19 132 \$ pour les Autochtones contre 30 062 \$ pour les non Autochtones, tandis que le revenu annuel médian atteignait 13 525 \$ pour les premiers et 16 167 \$ pour les seconds (figure 2.12). Le recensement de 2006 montre une augmentation des revenus moyens (23 888 \$ chez les Autochtones contre 35 872 \$ chez les non Autochtones) et du revenu médian (16 752 \$ chez les premiers contre 25 955 \$ chez les seconds) (figure 2.13).

Malgré cette augmentation, l'écart entre le revenu des Autochtones et les non Autochtones a augmenté en réalité, et la différence de revenu moyen entre les deux groupes est désormais de 11 868 \$ (figure 2.14).

Les différences dans les revenus moyens globaux varient également d'une province et d'un territoire à l'autre. On retrouve les écarts les plus grands au Nunavut, dans les Territoires du Nord-Ouest, en Alberta et au Yukon (figure 2.15).

Figure 2.15 : Revenu moyen d'emploi des Canadiens autochtones et non autochtones (15 ans et plus) en dollars indexés (2005), par province et territoire



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-563-XCB2006008

Il existe des disparités notables sur le plan du revenu moyen des Amérindiens, des Inuits et des Métis; les Amérindiens obtiennent les taux les plus faibles tandis que les Métis obtiennent les taux les plus élevés. En 2001, le revenu moyen d'emploi des Amérindiens s'élevait à 17 376 \$, soit 4 837 \$ de moins que celui des Métis (Statistique Canada, 2001a). Bien que le recensement de 2006 montre une augmentation du revenu annuel moyen pour les trois groupes, les disparités entre eux se sont maintenues, et les Métis gagnaient un revenu d'environ 5,6 % supérieur à celui des Amérindiens au cours de cette période de recensement (figure 2.16).

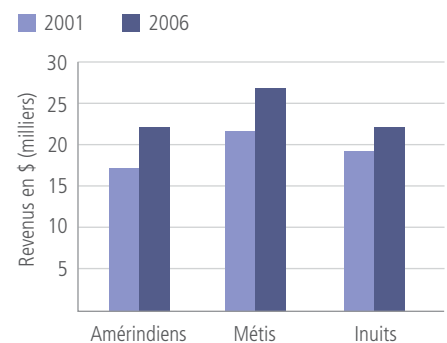
Le niveau de scolarité

Pour les Indigènes, l'éducation est « un processus continu qui dépend des possibilités officielles et informelles » à tous les âges (Battiste, 2005, p. 4). Les compétences de base comme l'alphabétisme et les notions de calcul sont indispensables pour que la population autochtone puisse se tailler une place sur le marché du travail et par conséquent, améliorer son statut socio-économique. Le lien intime avec la terre, le savoir, les compétences acquises et diffusées, la langue et la culture joue également un rôle important dans le processus d'apprentissage

et de scolarisation des Autochtones (Battiste, 2005). L'intégration de ces valeurs à l'éducation a clairement été associée à « l'existence et au devenir de la personne, du membre de la famille, du membre de la communauté et du membre de la société en bonne santé » (Smylie, Williams et Cooper, 2006, p. S22).

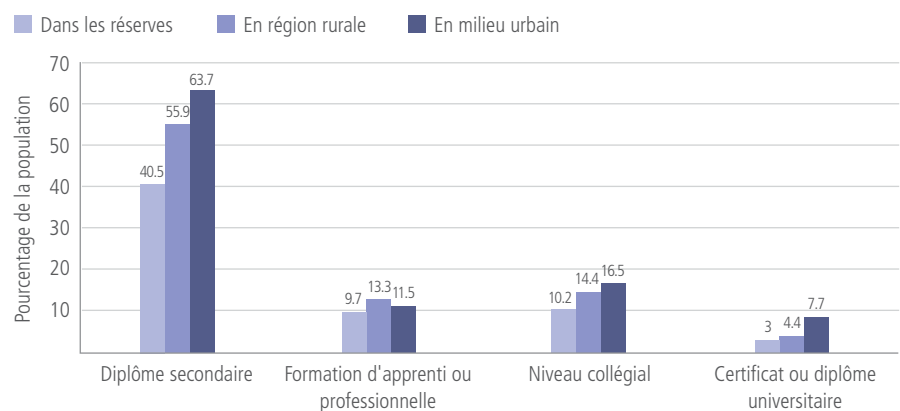
Lorsque l'on considère la jeunesse de cette population, la question du niveau de scolarité revêt une importance toute particulière pour les Autochtones. L'âge moyen est de 27 ans, avec 30 % d'Autochtones de moins de 15 ans, contre 17 % chez les non Autochtones (Statistique Canada, 2006).

Figure 2.16 : Revenu moyen d'emploi par appartenance à un groupe autochtone, 2001 et 2006



Sources : Statistique Canada (2001), recensement de 2001, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97F0011XCB01047; Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-563-XCB2006061

Figure 2.17 : Niveau de scolarité le plus élevé chez les Autochtones, par endroit, 2006



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-560-X2006028

Or, le niveau de scolarité est plus bas chez les Autochtones que chez les autres Canadiens. Selon le recensement de 2006, près de deux fois plus d'Autochtones que de non Autochtones (43,7 % contre 23,1 %) n'ont pas terminé l'école secondaire et n'ont obtenu aucun certificat ni diplôme de quelque sorte que ce soit (Statistique Canada, 2006). De plus, les non Autochtones sont 2,8 fois plus susceptibles que les Autochtones d'obtenir un baccalauréat d'un établissement postsecondaire (11,9 % contre 4,2 %). Par le fait même, la proportion d'Autochtones ayant obtenu une maîtrise ou un doctorat (respectivement 0,8 % et 0,2 %) est inférieure à celle des non Autochtones

(respectivement 3,5 % et 0,7 %). Toutefois, le pourcentage d'Autochtones ayant suivi une formation d'apprenti ou professionnelle (11,4 %) est supérieur à celui des non Autochtones (10,8 %) (Statistique Canada, 2006).

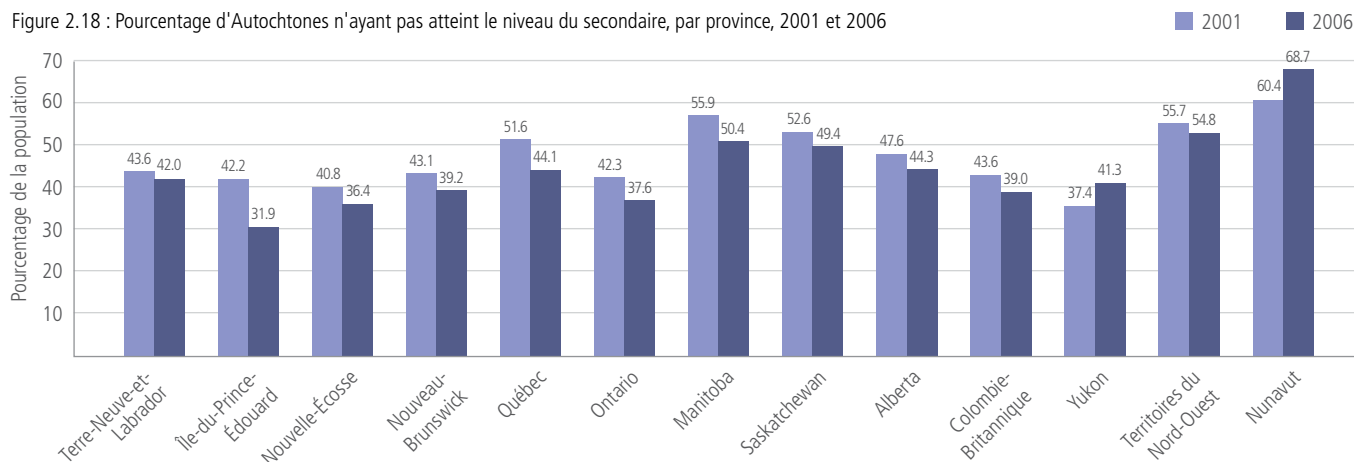
Parmi les différentes populations autochtones, le niveau de scolarité le plus bas se retrouve chez les Inuits : en 2006, 60,7 % d'entre eux n'avaient pas terminé l'école secondaire, contre 48,4 % des Amérindiens et 34,6 % des Métis (Statistique Canada, 2006).

L'emplacement géographique détermine également le niveau de scolarité des

populations autochtones. Les habitants des réserves ont le niveau de scolarité le plus bas, toutes catégories confondues. Ils représentent également le groupe le plus important sans certificat ni diplôme (59,5 %), si on les compare aux Autochtones en zone urbaine (36,3 %) et rurale (44,1 %) (Statistique Canada, 2006). La figure 2.17 illustre les niveaux de scolarité selon l'emplacement.

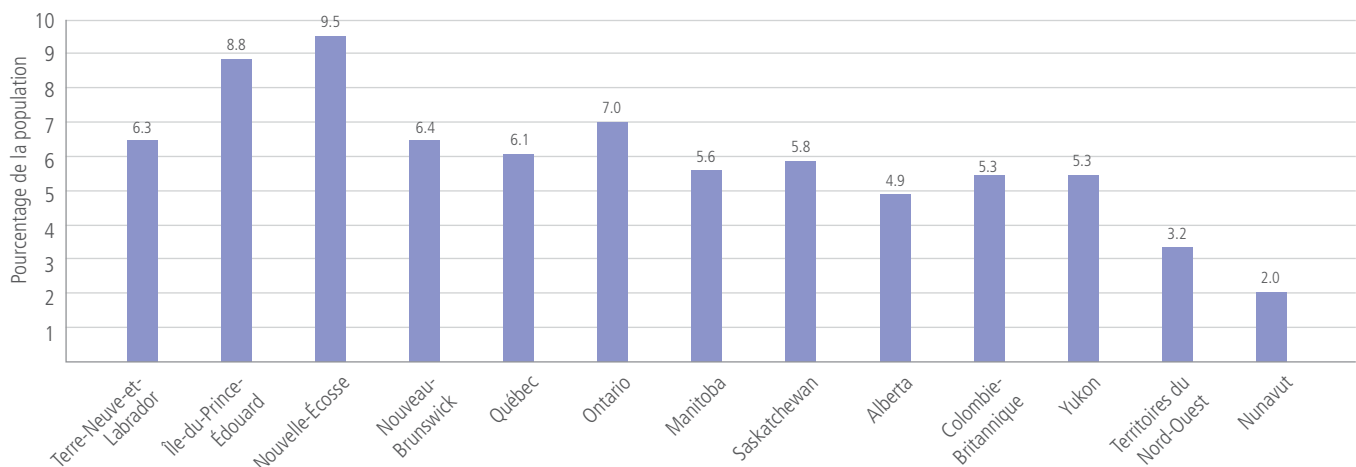
Les données des recensements (2001, 2006) de Statistique Canada indiquent que le niveau de scolarité des Autochtones varie également selon les provinces et les territoires. La figure 2.18 montre les pourcentages des personnes dont le

Figure 2.18 : Pourcentage d'Autochtones n'ayant pas atteint le niveau du secondaire, par province, 2001 et 2006



Sources : Statistique Canada (2001), recensement de 2001, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97F0011XC01043; Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-560-X2006028

Figure 2.19 : Pourcentage d'Autochtones détenteurs d'un certificat ou d'un diplôme universitaire, par province, 2006



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-560-X2006028

niveau est inférieur au secondaire et ne détenant ni certificat ni diplôme, pour le Canada en 2001 et en 2006. Au cours de cette période, bien que le pourcentage des Autochtones n'ayant pas atteint le niveau du secondaire diminuait dans la plupart des provinces et des territoires, il augmentait de 3,9 % au Yukon et de 8,3 % au Nunavut.

Les provinces de l'Est affichaient le plus grand pourcentage d'Autochtones ayant obtenu des certificats et (ou) des diplômes universitaires. C'est en Nouvelle-Écosse que cette tendance est la plus marquée (10,5 % de la population autochtone), suivie par Terre-Neuve (8,8 %), le Nouveau-Brunswick (6,4 %) et le Québec (6,1 %). Les taux d'études postsecondaires les plus faibles se retrouvent au Nunavut (2 %), dans les Territoires du Nord-Ouest (3,2 %), au Yukon (5,3 %) et en Colombie-Britannique (5,3 %) (figure 2.19).

Le chemin des Autochtones vers les études postsecondaires est jalonné de multiples obstacles. Les raisons avancées par les hommes et les femmes autochtones sont différentes. Une étude sur la scolarité postsecondaire chez les femmes et les hommes des Premières nations, basée sur les données d'une enquête de 2006 sur les Autochtones (Milligan et Bougie, 2009) révèle que les principales raisons avancées par les femmes concernent les finances

(14 %), le travail ou la volonté de travailler (14 %), la grossesse (12 %) et les autres responsabilités familiales (11 %); tandis que le travail ou la volonté de travailler était la principale raison invoquée par les hommes. Malgré ces obstacles financiers et familiaux, les femmes autochtones étaient près de deux fois plus susceptibles que les hommes d'obtenir un certificat ou un diplôme universitaire (7,1 % contre 4,5 %) (Statistique Canada, 2006). Toutefois, seulement 36 % des femmes autochtones avaient suivi des études postsecondaires, contre 50 % de toutes les Canadiennes. En 2006, 6,3 % des femmes autochtones avaient obtenu un diplôme universitaire, contre 16 % des femmes non autochtones (Milligan et Bougie, 2009).

Le développement économique

Le développement économique crée des emplois et permet d'améliorer le niveau de scolarité et d'acquérir des compétences. Il s'agit d'un important moyen de lutte contre la pauvreté et les autres conditions sociales nuisibles à la santé (CRPA, 1996a). En retour, la bonne santé sous-tend le développement économique, car « la maladie réduit les chances de chacun de faire partie de la main-d'œuvre » (Suhrecke, McKee et Rocco, 2007, p. 1467).

Le développement économique englobe une gamme de pratiques visant à promouvoir des activités plus intensives

et avancées, y compris le développement macroéconomique, le développement économique local et le développement économique communautaire (Dauncey, 1996). Lorsque le développement économique tient compte des valeurs et des aspirations de la communauté, les revenus peuvent servir à améliorer les services locaux ainsi que la santé et le bien-être du groupe en son ensemble (p. ex., Ketilson et MacPherson, 2001). Il peut également favoriser la prise de pouvoir, développer des ressources et renforcer la résilience de chacun et de la communauté. Pour les Autochtones du Canada, dont les taux de maladies sont largement supérieurs à ceux du reste de la population, le développement économique est essentiel pour améliorer les résultats de santé.

Dans le contexte autochtone, le développement économique doit tenir compte de certaines circonstances particulières. Les Autochtones ont un lien étroit avec la terre, pour eux, la santé de la terre et la santé de la communauté sont synonymes et « les relations avec l'environnement physique alimentent les racines spirituelles, économiques, politiques et sociales de la culture » (CRPA, 1996c, cité par Richmond et Ross, 2009, p. 404). Par conséquent, les Autochtones sont « plus susceptibles de souffrir des effets néfastes pour la santé des décisions gouvernementales



et industrielles pouvant les déposséder de leurs environnements » (CRPA, 1996c, cité par Richmond et Ross, 2009, p. 404). Les projets de mise en valeur des ressources peuvent menacer les économies traditionnelles et entraîner la perte de l'habitat, la contamination de l'environnement et l'appauvrissement des ressources ce qui peut compromettre la santé physique et spirituelle des Autochtones, ainsi que l'apport en aliments traditionnels (Richmond et Ross, 2009).

Les répercussions du développement économique sur la santé autochtone peuvent être directes ou indirectes. Les conséquences directes sur la santé se manifestent plus rapidement lorsque les initiatives de développement économique entraînent la dégradation et la contamination de l'environnement. Par exemple, dans le nord-ouest de l'Ontario, le déversement de méthylmercure dans une rivière située près d'une usine de produits chimiques a empoisonné les sources alimentaires des Ojibwas de la bande de Grassy Narrows et a dramatiquement appauvri leur mode de vie culturel et économique (dépendant de l'industrie de la pêche) (Wheatley, 1998, cité par le Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone, 2009). De façon similaire, les membres de la nation Dene employés par la mine d'uranium de Port Radium dans les Territoires du Nord-Ouest entre 1942 et 1960 n'avaient pas été informés des risques de la manipulation de l'uranium et ont connu des taux élevés de décès causés par le cancer (Nikiforuk, 1998).

Bien que les mauvais résultats de santé de ce type peuvent représenter un argument convaincant contre les initiatives de développement économique, la plupart des communautés autochtones reconnaissent qu'elles sont nécessaires pour accroître la participation des Autochtones à l'économie et améliorer le bien-être de la communauté. Bien qu'ils soient moins tangibles, les avantages indirects du développement économique pour la santé sont nombreux

et cumulatifs. Par exemple, non seulement la société Arctic Co-Operatives Limited a-t-elle donné du travail à de nombreux Autochtones, mais elle a contribué à l'infrastructure physique, sociale et personnelle des communautés autochtones, ce qui a amélioré l'accès aux services dont elles avaient besoin, et la qualité de vie (Ketilson et MacPherson, 2001). De façon similaire, la société Diavik Diamond Mine, située dans les Territoires du Nord-Ouest, a signé en 1999 un accord avec les Territoires du Nord-Ouest et le gouvernement tlicho, la bande Dene de Yellowknife, la Kitikmeot Inuit Association et la bande Dene Lutsel K'e prévoyant des dispositions à l'égard des formations, des emplois et des débouchés commerciaux pour les Autochtones du Nord ainsi que des éléments de bien-être culturel et communautaire tenant compte des valeurs culturelles et du respect des communautés intervenant dans les activités, l'entreprise s'engageait à fournir un certain nombre de services de santé et de bien-être à ses employés (Projet Diamik Diamonds, 1999).

Bien que les avantages potentiels du développement économique sont nombreux, ils peuvent aussi nuire à la santé autochtone. Pour veiller à ce que le développement économique apporte plus d'avantages que désavantages, les Autochtones doivent apporter leur contribution afin de s'assurer que les initiatives tiennent compte des aspirations et des besoins de la communauté. La recherche d'un revenu n'est pas la seule motivation des Autochtones qui entreprennent les initiatives de développement économique; il est important de faire un réel effort pour équilibrer les avantages sociaux et financiers et faire en sorte que ces initiatives tiennent compte des marchés en place et des économies traditionnelles.

Les enfants et les jeunes

Le développement de la petite enfance

Le développement du jeune enfant dépend des soins maternels ainsi que de

l'environnement dans lequel il grandit et se développe. Cette section se penche sur les comportements de la mère pendant la grossesse, sur les résultats de la naissance et sur le taux d'allaitement chez les mères autochtones.

Le tabagisme maternel pendant la grossesse peut influencer négativement le fœtus de différentes manières car celle-ci perdra l'appétit, sera moins bien oxygénée, l'acheminement des nutriments vers le fœtus sera réduit, et enfin, la croissance cellulaire et l'activité du système nerveux seront altérées (Slotkin, 1998). Les femmes des Premières nations vivant dans les réserves fument davantage pendant leur grossesse (36,6 %) que les autres mères canadiennes (23,7 %) (Connor et McIntyre, 2002; Centre des Premières nations, 2007a). Selon l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (Statistique Canada et RHDCC, 1999) et l'ERS (Centre des Premières nations, 2007a), les femmes autochtones enceintes vivant dans les réserves sont trois fois plus susceptibles de fumer plus de 10 cigarettes par jour que les autres femmes canadiennes enceintes (5,3 %), par ailleurs, elles fument plus souvent au cours du premier trimestre (32,2 % contre 17,2 %, respectivement). À partir des résultats d'une enquête réalisée en 1997 par la Fondation des maladies du cœur, l'administrateur en chef de la santé publique de Colombie-Britannique (1998) indique qu'outre l'exposition prénatale à la fumée de tabac, 27 % des enfants autochtones de moins de 12 ans sont exposés quotidiennement à la fumée secondaire.

Les répercussions de la consommation d'alcool pendant la grossesse sur la santé des nourrissons sont bien documentées. Dans de nombreuses communautés autochtones, l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) représente un problème de santé publique, étant donné les ambiguïtés entourant les diagnostics, la documentation et la

collecte biaisée des données, on ignore la prévalence réelle de cette affection (Pacey, 2009; May, 1994). Les recherches disponibles ont tendance à porter sur les communautés connues pour leur forte consommation d'alcool (Poole, 2007). Le taux de prévalence varie dans l'ensemble du Canada, et la majorité des diagnostics ont été effectués dans des régions de l'Ouest (Tait, 2003). (Pour en savoir plus sur la prévalence de l'ETCAF, veuillez consulter le chapitre 1.)

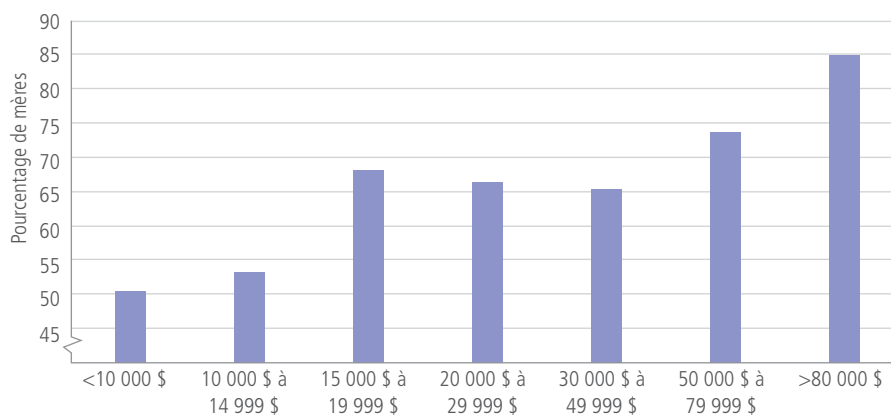
Malgré l'insuffisance des études sur l'ETCAF, l'abus d'alcool a toujours constitué un important problème pour la santé des femmes autochtones (Grace, 2003; Stout, Kipling et Stout, 2001). Selon Tait (2003), plutôt que de relier systématiquement les taux élevés de prévalence d'ETCAF, les répercussions de l'alcool sur la naissance et l'abus d'alcool chez les femmes autochtones à l'identité ethnique des femmes à risque, il convient de chercher plutôt du côté de la pauvreté chronique et de la marginalisation sociale. De même, Bray et Anderson (1989) soutiennent que les études qui examinent les facteurs démographiques, socioéconomiques et socioculturels en lien avec l'ETCAF dans les populations autochtones devraient aider à recenser les populations autochtones plus vulnérables.

La mauvaise santé de la mère peut également influencer les résultats des grossesses, comme les anomalies dans le poids à la naissance et la mortalité infantile. Le poids de naissance est une mesure établie de la santé des nouveau-nés. Ceux dont le poids est inférieur à la naissance courraient davantage de risques d'infections, de maladies, voire de décès (Santé Canada, 2002). En 2001, 8 % des nourrissons autochtones vivant hors des réserves affichaient de faibles poids à la naissance, contre 5,6 % pour l'ensemble de la population (Statistique Canada, 2005; Statistique Canada, 2004a). À l'opposé, la proportion de poids élevé à la naissance est plus prévalente et importante dans les communautés autochtones. Par exemple, c'est le cas de 21 % des nourrissons des Premières nations (> 4 kg) mentionnés par l'ERS de 2002-2003, contre 13,1 % chez les non Autochtones (Centre des Premières nations, 2007a). Des données suggèrent que la mauvaise santé durant l'enfance et à l'âge adulte pourrait entraîner des changements in utero (p. ex., diabète de type 2 [Barker, Hales, Fall, Osmond, Phipps et Clark, 1993]). Le poids élevé à la naissance chez les nourrissons autochtones a été attribué à des facteurs comme le régime alimentaire, le mode de vie et la génétique (Schwartz et Taramo, 1999; Boyd, Usher et McLean, 1983).

Les nouveau-nés autochtones affichent des taux de maladies infantiles et de décès (17,9 %) beaucoup plus élevés que ceux de l'ensemble de la population (7,9 %) (Luo et coll., 2004). En Colombie-Britannique, entre 1981 et 2000, le taux de mortalité infantile des autochtones était plus de deux fois supérieur à celui de la population non autochtone, et 3,6 fois plus élevé pour la mortalité postnéo-natale (Statistique Canada, 2004b). La mortalité postnéo-natale est généralement attribuée aux conditions socioéconomiques et de vie (p. ex., infections évitables). Toutefois, au cours de la même période, le taux de mortalité des nourrissons autochtones a diminué de 64 % dans les régions rurales et de 47 % dans les zones urbaines, ce qui indique qu'il faut porter plus attention à la santé maternelle et infantile en milieu urbain (Luo et coll., 2004).

Il a été démontré que l'allaitement constitue une alimentation optimale pour les nourrissons, les protège contre les infections gastro-intestinales et respiratoires (Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada, 1998), et favorise la création de liens entre la mère et l'enfant (Else-Quest, Hyde et Clark, 2003). Malgré ces avantages, les enfants autochtones sont moins susceptibles d'être nourris au sein que les autres petits Canadiens.¹⁵ La prévalence de l'allaitement chez les femmes autochtones a été associée à certains déterminants sociaux. Par exemple, une analyse de l'ERS de 2002-2003 suggère que l'allaitement est plus courant chez les femmes des Premières nations ayant été à l'université (83,5 %) que chez celles qui n'ont pas atteint le secondaire (57,8 %), qui sont allées à l'école secondaire (60 %) et au collège (69,7 %) (Centre des Premières nations, 2007a). Il a également été démontré que l'allaitement est associé aux revenus familiaux supérieurs (> 50 000 \$); les mères des Premières nations vivant dans des foyers à faible revenu (< 15 000 \$) déclarent être moins portées à allaiter leur enfant (Centre des Premières nations, 2007a) (figure 2.20).

Figure 2.20 : Pourcentage de mères des Premières nations qui allaitent, par revenu familial, 2002-2003



Source : Centre des Premières nations, 2007a

¹⁵ Pour en savoir plus sur la prévalence de l'allaitement chez les Autochtones, voir le chapitre 1.

La famille

Le milieu de vie physique et social des enfants est crucial pour leur bon développement. La taille et la structure de la famille, ainsi que l'âge et le niveau de scolarité des parents, sont des facteurs clés pour fournir aux nourrissons et aux enfants un milieu propice à un développement sain. Les familles autochtones du Canada subissent davantage de stress et de problèmes que les autres.

Les familles autochtones sont de plus grande taille que celles des familles non autochtones. Par exemple, environ 17 % des jeunes enfants des Premières nations vivant hors des réserves, 28 % des enfants inuits et 11 % des enfants métis vivent dans des familles d'au moins quatre enfants, contre 8 % des enfants non autochtones (Statistique Canada, 2006). Les enfants des Premières nations inscrits vivant hors des réserves vivent également dans des familles plus nombreuses que les enfants indiens non inscrits (Statistique Canada, 2006). L'ERS de 2002-2003 révèle qu'une grande proportion d'enfants des communautés des Premières nations vivent dans des foyers d'au moins cinq personnes (66,3 %) (Centre des Premières nations, 2007a). Elle montre également qu'environ 83 % des familles des Premières nations comportent au moins deux adultes, et que 38 % d'entre elles ont au moins trois enfants et (ou) adolescents.

Dans les foyers autochtones, il est courant de trouver des adultes autres que les parents. Par exemple, l'ERS de 2002-2003 indique que 37,9 % des foyers de membres des Premières nations vivant dans les réserves comprenaient d'autres adultes que les parents, soit des grands-parents pour 16,5 % d'entre eux et des oncles, tantes ou cousins pour 15,5 % (Centre des Premières nations, 2007a). Neuf pour

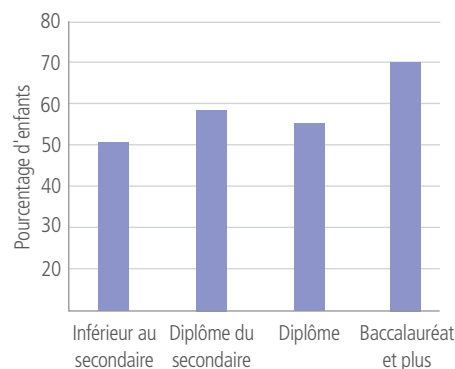
cent des enfants des Premières nations vivant hors des réserves résident avec leurs grands-parents, contre 5 % pour les enfants non autochtones (Statistique Canada, 2008b). Chez les Inuits, le nombre d'habitants par foyer constitue un grave problème de santé,¹⁶ car ils sont près de cinq fois plus susceptibles de vivre dans des logements abritant plus d'une famille que les non Autochtones (18 % contre 4 %) (Statistique Canada, 2008a). Bien que la taille plus grande des foyers peut être en partie attribuée à la tradition de regroupement familial de cette population, il n'en reste pas moins que la grave pénurie de logements qui caractérise la plupart des communautés inuites y contribue également (Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2006).

En outre, les enfants autochtones sont moins susceptibles de vivre dans des familles biparentales que les autres enfants. Environ 50 % des enfants des Premières nations vivent hors des réserves, 59 % des enfants des Premières nations vivent dans les réserves, 67 % des enfants métis et 70 % des enfants inuits vivent avec leurs deux parents, contre 86 % des enfants non autochtones (Statistique Canada, 2008a). Les enfants autochtones sont plus de deux fois plus susceptibles que les enfants non autochtones de vivre avec un seul de leurs parents (35 % contre 17 %) (Statistique Canada, 2008a). Ce sont les enfants des Premières nations vivant hors des réserves qui ont davantage tendance à vivre dans des foyers monoparentaux (41 %), suivis des enfants des Premières nations vivant dans les réserves (33 %), des enfants métis (31 %) et des enfants inuits (26 %) (Statistique Canada, 2008a). La vie en foyer monoparental peut accroître les tensions financières, émotionnelles et mentales exercées sur les personnes.

Il n'existe que de faibles variations dans les pourcentages des familles autochtones monoparentales depuis 2001. Chez les enfants des Premières nations vivant dans les réserves, on ne constate que 1 % d'augmentation des foyers monoparentaux depuis 2001 (Statistique Canada, 2001b; 2009). Malheureusement, il est impossible d'effectuer des comparaisons directes sur le plan de statut des familles monoparentales des Premières nations vivant hors des réserves à partir des sources publiques de données des recensements entre 2001 et 2006.¹⁷ Chez les Métis, le pourcentage de ces familles a légèrement diminué (environ 3 %) depuis 2001, tandis qu'il augmentait dans les mêmes proportions chez les Inuits (Statistique Canada, 2001b; 2008a). Le pourcentage de familles monoparentales non autochtones est resté le même, soit 17 % (Statistique Canada, 2001b; 2008a).

Il semble que la situation de la famille (monoparentale ou biparentale) soit liée au niveau de scolarité et au revenu du foyer. L'ERS de 2002-2003, par exemple, indique que les parents des Premières

Figure 2.21 : Pourcentage des enfants des Premières nations vivant dans des foyers biparentaux, selon le niveau de scolarité de la mère, 2002-2003



Source : Centre des Premières nations, 2007a, p. 231

¹⁶ Par exemple, voir le passage sur les maladies respiratoires chez les Inuits au chapitre 1.

¹⁷ La version 2001b de Statistique Canada fait la distinction entre le statut des familles monoparentales des Premières nations selon qu'elles vivent dans les réserves ou des régions métropolitaines de recensement (ce qui élimine alors les autres membres des Premières nations vivant hors des réserves), tandis que la version 2008b ne donne que le statut des familles monoparentales des Premières nations vivant hors des réserves (y compris celles des régions rurales et des régions métropolitaines de recensement).

¹⁸ Il convient de faire preuve de prudence lors de l'interprétation de ces statistiques, qui ne signifient pas forcément que les parents les plus scolarisés entretiennent des relations plus longues ou plus fréquentes.

nations plus scolarisés (baccalauréat ou plus élevé) ont des revenus largement supérieurs et sont également plus susceptibles de vivre dans un foyer biparental que monoparental (Centre des Premières nations, 2007a).¹⁸ La figure 2.21 illustre le pourcentage d'enfants des Premières nations du Canada vivant dans des foyers biparentaux, par niveau de scolarité de la mère.

Outre le statut des familles monoparentales, l'âge des parents peut être déterminant pour le bon développement de l'enfant. Les parents plus jeunes ont souvent un niveau de scolarité ou des revenus plus faibles, ce qui compromet leur capacité à s'occuper de leurs enfants. Les enfants autochtones sont élevés par des parents plus jeunes que les non Autochtones; 27 % des enfants des Premières nations vivant hors des réserves, de 22 % des enfants métis et de 26 % des enfants inuits de moins de 6 ans vivent avec leur mère âgée de 15 à 24 ans, contre 8 % des enfants non autochtones (Statistique Canada, 2008b).

Le sexe

Le sexe est un important déterminant social de la santé (ASPC, 1999, 2003). Les données épidémiologiques démontrent que les hommes ont tendance à mourir plus jeunes que les femmes, tandis que les femmes ont davantage de problèmes de santé mentale (p. ex., dépression, anxiété) et de types de cancers que les hommes (ASPC, 1999). Pour les femmes autochtones, les inégalités en matière de santé potentiellement associées au sexe sont exacerbées par des questions émanant de facteurs comme le colonialisme, l'exclusion sociale et le racisme. Ces questions regroupent le statut socioéconomique inférieur, le niveau de scolarité inférieur, la réduction des débouchés professionnels, la mauvaise qualité des logements et de l'environnement physique, et la faiblesse de l'infrastructure communautaire (Société des obstétriciens et gynécologues du Canada, 2001). Les déterminants

sociaux de la santé sont de nature cyclique et répétitive, l'un découlant de l'autre, et perpétuent à leur tour les inégalités auxquelles sont quotidiennement confrontées une multitude de femmes autochtones du Canada.

Les problèmes de santé

Au Canada, le diabète constitue la septième cause de décès. Le taux de prévalence du diabète de type 2 est actuellement cinq fois plus élevé chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones, alors que les hommes autochtones sont trois fois plus susceptibles d'en souffrir que les hommes non autochtones (Santé Canada, 1999a). Selon Santé Canada (1999b), les Autochtones de Saskatchewan, du Manitoba et de l'Ontario affichent les taux de diabète les plus élevés, alors que celui de la Colombie-Britannique est le plus faible. En 1996-1997, les femmes autochtones de Saskatchewan étaient 24 fois plus susceptibles d'être hospitalisées pour cette maladie que les femmes autochtones des autres provinces ou territoires (Saskatchewan Women's Secretariat, 1999).

Le taux de décès par cancer est également supérieur chez les femmes autochtones que chez les non Autochtones. Par exemple, le taux de décès du cancer du col de l'utérus chez les femmes des Premières nations de Colombie-Britannique est près de six fois supérieur à la moyenne nationale (Band, Gallagher, Threlfall, Hislop, Deschamps et Smith, 1992). Sur une période de 30 ans, le taux moyen de décès du cancer du col de l'utérus chez les femmes autochtones de Colombie-Britannique était de 33,9 pour 100 000, alors que chez les femmes non Autochtones, il s'élevait à 8,1 (étude des Centres d'excellence pour la santé des femmes, 2001).

Les femmes autochtones canadiennes sont également plus de trois fois plus susceptibles de contracter le sida que les femmes non autochtones (23,1 % contre 8,2 %) (Barlow, 2004). Dans certains groupes plus jeunes (15 à 29 ans), les femmes autochtones représentent environ

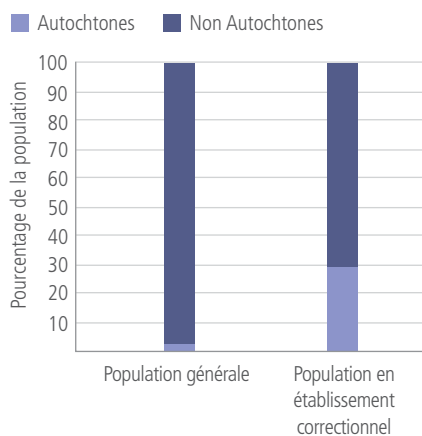
50 % de tous les nouveaux cas d'infection au VIH des 20 dernières années, tandis que les femmes non autochtones de tout le Canada ne représentent que 16 % du total des diagnostics de VIH (Prentice, 2004).

La violence

L'une des plus graves menaces au bien-être des femmes autochtones est le taux alarmant de violence qu'elles subissent dans leur foyer, dans leur communauté et dans la société canadienne en son ensemble. (Association des femmes autochtones du Canada Canada, 2009, p. 1)

On estime que les trois quarts des femmes autochtones ont été victimes de violence familiale au moins une fois dans leur vie (Santé Canada, 1999c). Les femmes autochtones sont 3,5 fois plus susceptibles d'être confrontées à la violence familiale que leur homologues non autochtones (Association des femmes autochtones du Canada [AFAC], 2009). L'Association des femmes autochtones du Canada (2009) signale que les femmes autochtones sont plus susceptibles que les femmes non autochtones de subir des formes graves de violence conjugale (p. ex., être étranglées, menacées par un fusil ou un couteau ou agressées sexuellement). Les femmes autochtones sont aussi plus susceptibles

Figure 2.22 : Pourcentage des femmes autochtones et non autochtones dans la population générale et en établissement correctionnel, 2003



Source : Commission canadienne des droits de la personne, 2003

de vivre dans un milieu de violence conjugale stimulée par l'abus d'alcool ou d'autres drogues (CRPA, 1996a). Les hospitalisations liées à l'alcool sont trois fois plus prévalentes chez les femmes autochtones que chez les femmes non autochtones (AFAC, 2002). Le taux global de mortalité des femmes autochtones à la suite de violence est trois fois plus élevé que chez les femmes non autochtones; environ cinq fois supérieur à celui de femmes autochtones de 25 à 44 ans qui meurent de blessures à la suite de violence que les autres Canadiennes (Santé Canada, 2000).

La criminalité

La surreprésentation des Autochtones dans le système judiciaire canadien est eurocentrique et constitue incontestablement l'exemple le plus flagrant de l'héritage raciste du colonialisme. (Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry, 2004)

En 2003, les femmes autochtones représentaient 29 % des détenues des établissements correctionnels fédéraux (Commission canadienne des droits de la personne, 2003), alors qu'elles ne constituaient que 3 % de la population féminine du Canada (figure 2.22). Au cours de la période allant de 1996-1997 à 2001-2002, le nombre de femmes autochtones dans le système correctionnel a augmenté de 36,7 %, contre 5,5 % chez les hommes autochtones (Commission canadienne des droits de la personne, 2003). Au cours de la même période, 66 % des femmes autochtones détenues dans les prisons fédérales étaient âgées de 20 à 34 ans, contre 56 % pour les autres canadiennes.

Des études ont démontré que les femmes incarcérées étaient le plus souvent au chômage, avaient un niveau de scolarité beaucoup plus faible (Trevethan, 1999)

et avaient souvent des problèmes de dépendance à l'alcool et à la drogue (Serin et Cousineau, 2001). En outre, les femmes autochtones étaient plus susceptibles d'avoir connu la violence physique que leurs homologues non autochtones (90 % contre 67 %) (Commission canadienne des droits de la personne, 2003).

Les services de santé : accès et utilisation
L'accès aux services de santé est un important déterminant de la santé qui peut être limité par les difficultés associées au statut socioéconomique, à l'emplacement géographique, au manque d'infrastructure et de personnel, aux ambiguïtés en matière de compétences, à la langue et au climat. Certaines de ces difficultés touchent tous les groupes d'Autochtones, tandis que d'autres sont propres à certains groupes.

Les personnes au revenu et au niveau de scolarité inférieurs ne se font pas toujours traiter au début d'une maladie ou ne sont pas en mesure de payer les médicaments sur ordonnance ou les services supplémentaires facturés par les médecins. L'accès constitue un problème particulièrement aigu chez les sans-abri. Les sans-abri se heurtent à d'autres obstacles quand vient le moment d'accéder aux services de santé, obstacles découlant notamment de leur incapacité à produire une preuve d'assurance, de la maladie mentale ou de problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues (Hwang, 2001).

Les Autochtones qui vivent dans des régions rurales et éloignées sont, quant à eux, confrontés aux problèmes de manque de transport, de connaissance exclusive de la langue indigène, à la prolongation de la durée de l'attente, aux conditions climatiques du Nord et à la faible densité démographique (Halseth

et Ryser, 2006; Tait, 2008). Par exemple, sur les 52 communautés inuites du Nord, aucune ne dispose de routes praticables toute l'année, et seul un petit nombre d'entre elles ont des hôpitaux (Tait, 2008). Les grandes distances et la faible densité démographique augmentent le coût des services par habitant et réduisent l'accès aux professionnels et aux services de santé (Halseth et Ryser, 2007, 2006). Halseth et Ryser (2006, 2007) remarquent également que les modèles de prestation de services en milieu urbain (p. ex., la répartition rigide des tâches entre les médecins et le personnel infirmier) ne conviennent pas aux milieux ruraux.

Les Autochtones sont plus susceptibles d'obtenir les services de personnel infirmier que de médecins, et moins susceptibles d'accéder à des professionnels de la santé plus spécialisés, comme des dentistes et des médecins de famille. Cette situation est particulièrement vraie dans les régions nordiques du Canada. La principale raison est le manque d'accès à des médecins et à des spécialistes permanents, et la plus intense envers les services de santé dispensés par le personnel infirmier de centres de santé (Tait, 2008). Généralement, les patients sont dirigés vers des régions urbaines du Sud en cas d'urgence médicale, d'hospitalisation, de rendez-vous avec des spécialistes, de diagnostics et de traitements (Guèvremont et Kohen, 2001). De nombreux Autochtones doivent donc quitter leurs communautés et leurs réseaux de soutien pour obtenir des soins plus spécialisés. Pour ceux qui ne parlent que leur langue autochtone, le manque de services de traduction accentue le stress.

Les résultats de l'Enquête de 2006 auprès des Autochtones mettent l'accent sur l'aspect limité de l'accès aux soins des

¹⁹ Données adaptées par Loppie, Reading et Wien et tirées de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) de 2002-2003 : résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations (Ottawa, Ontario. Centre des Premières nations, 2005), p. 130, tableau 3.

²⁰ Les termes « Indien inscrit, de droit ou des traités » désignent les personnes ayant déclaré être inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Les Indiens des traités sont inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* et peuvent prouver leur parenté avec une bande qui a signé un traité. Le terme « Indien des traités » est davantage utilisé dans les provinces des Prairies (Statistique Canada, http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/abor/definitions_fcfm).

Inuits. En général, les Inuits n'avaient pas toujours la possibilité de consulter un médecin au cours de l'année précédente ou de lui parler au téléphone, ce qui était moins le cas de l'ensemble de la population canadienne (56 % contre 79 %) (Tait, 2008). Pour 70 % d'entre eux, le premier contact avec le réseau de la santé passait par le personnel infirmier. Dix pour cent des adultes inuits indiquaient ne pas avoir reçu de soins au moment où ils en avaient eu besoin, et 5 % d'entre eux indiquaient qu'au cours de l'année précédente, ils avaient dû quitter leur foyer pendant au moins un mois pour cause de maladie.

Pour atteindre de bons résultats de santé, il faut accéder aux services de santé, mais aussi pouvoir le faire rapidement (Loppie, Reading et Wien, 2009). Loppie, Reading et Wien mentionnent que les obstacles les plus courants aux services de santé, pour les adultes des Premières nations vivant dans les réserves, sont de nature systémique, et incluent les longues listes d'attente, les services nécessaires non couverts ou non approuvés par le programme des services de santé non assurés du gouvernement fédéral, et le nombre insuffisant de médecins ou de personnel infirmier disponibles dans la région.¹⁹

Les problèmes de compétences compromettent également l'accès aux services de santé. Le gouvernement fédéral est le principal responsable de la prestation des services de santé aux Inuits qui vivent sur les territoires traditionnels et aux Indiens inscrits²⁰ vivant dans les réserves. Seul le programme des services de santé non assurés s'applique à tous les Indiens inscrits et aux Inuits, quel que soit leur lieu de résidence (CCNSA, 2011). Tous les autres Autochtones qui ne peuvent être inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* reçoivent des services de santé des autorités provinciales ou territoriales.

Bien que ces limites semblent précises, on reconnaît généralement la nature fragmentaire et complexe du réseau de

santé des Autochtones (Lavoie et Gervais, 2011; Assemblée des Premières Nations, 2006; Canada, 2005; Inuit Tapiriit Kanatami, 2004). Les gouvernements provinciaux et territoriaux assurent un certain nombre de services de santé, et certains endroits ont procédé à la régionalisation des services de santé provinciaux par le biais de la création de conseils ou de régies de santé. En outre, les ministères et les services fédéraux, provinciaux et territoriaux ont conclu des ententes pour la prestation de certains services, y compris des ententes concernant la Politique de transfert des services de santé, en vertu desquels la planification, la gestion et la prestation des services de santé sont confiées aux communautés (ministère de la Santé nationale et du Bien-être social, 1989). Ces mesures ont entraîné des disparités dans la prestation des services de santé entre les provinces et les territoires (CCNSA, 2011).

Les problèmes de compétences de ce type, où les divers ordres de gouvernements débattent de la responsabilité de la prise en charge des services de santé, ont accentué l'inégalité de l'accès aux services de santé pour les Autochtones. La mort d'un jeune Cri, Jordan River Anderson, survenue alors que les gouvernements provincial et fédéral discutaient de problèmes de compétences, illustre l'inégalité de la prestation des

services de santé destinés aux Autochtones (Blackstock, 2009). Blackstock, Prakash, Loxley et Wien (2005) ont recensé 393 enfants des Premières nations (sur 12 des 105 services d'aide sociale à l'enfance des Premières nations) concernés par des conflits de compétences. Si on étend ces résultats à la totalité des services d'aide sociale à l'enfance des Premières nations, on estime que des milliers d'enfants des Premières nations se voient refuser chaque année des services gouvernementaux (Blackstock, 2009).

De même, les limites de compétences qui entravent la reconnaissance de l'identité et des droits des Métis (Lamouche, 2002) ont entraîné des disparités en matière de santé au sein de cette population (Tait, 2009). Les Métis ne bénéficient pas de l'accès aux services que les membres inscrits des Premières nations et les Inuits reçoivent par le biais du programme des services de santé non assurés de Santé Canada ainsi que par d'autres programmes fédéraux. Bien que les Métis ont accès aux services ordinaires, leurs besoins culturels ou géographiques sont peu pris en compte, voire pas du tout (Tait, 2009). Bien que le gouvernement fédéral a récemment inclus les Métis dans les initiatives pour les Autochtones, le financement prévu n'atteint pas celui destiné aux Premières nations et aux Inuits (Organisation nationale de la santé autochtone, 2004).



La détection précoce et la prévention

Le manque d'accès aux services de santé peut entraver les diagnostics précoces. Ceux qui ne peuvent pas accéder régulièrement à ces services sont moins susceptibles de solliciter des soins en cas de symptômes inhabituels, et les maladies pouvant être traitées lorsqu'elles sont détectées rapidement sont souvent découvertes une fois que le traitement ou le rétablissement n'est plus possible. Les taux de cancers, de diabète et de maladies transmissibles augmentent. Le dépistage précoce est donc particulièrement important pour la population autochtone du Canada. Le cancer (y compris les cancers du col de l'utérus, du sein, des poumons, de la prostate et colorectal) est le problème de santé qui augmente le plus rapidement dans cette population (Action Cancer Ontario, 2004; Morrisseau, 2009). La supériorité des taux de mortalité des Autochtones par rapport aux non Autochtones a été attribuée au caractère tardif des diagnostics (n'intervenant qu'aux derniers stades de la maladie), à l'accès limité aux services de dépistage et de traitement, et à la méconnaissance de la détection précoce et de la prévention (Morrisseau, 2009).

Santé Canada (2009) s'est penché sur l'utilisation des services de diagnostic, et surtout les mammographies, le test Pap et

le toucher rectal, par les Autochtones et les non Autochtones entre 1999 et 2003. L'organisme en a conclu que les femmes non autochtones de 50 à 59 ans passaient plus souvent des mammographies que les femmes non autochtones du même groupe d'âge (88,3 % contre 73,3 %), et que les hommes âgés autochtones étaient plus susceptibles de subir un toucher rectal que les plus jeunes (16,9 % contre 13,8 % pour les hommes plus jeunes de moins de 60 ans). À l'opposé, les jeunes femmes autochtones ont déclaré effectuer un test Pap (89,4 %) plus souvent que les autres femmes canadiennes (87,7 %).

Malgré les taux d'utilisation de ces services, le délai d'attente des diagnostics reste très problématique pour les résultats de santé des Autochtones. Santé Canada (2009) signale que, dans le cas de maladies comme le cancer du col de l'utérus, près de trois fois plus prévalent chez les Autochtones, l'accès aux services de dépistage, à la vaccination et aux programmes d'éducation pourrait largement favoriser la prévention et la détection précoce. Le diabète et les maladies transmissibles (p. ex., la pneumonie et la grippe) sont également disproportionnés dans les communautés autochtones. Le manque de services accessibles et d'information sur la prévention peut expliquer la raison pour laquelle ces maladies, dont on pense qu'elles peuvent être facilement

évitées, sont surreprésentées dans ces communautés (Santé Canada, 2009).

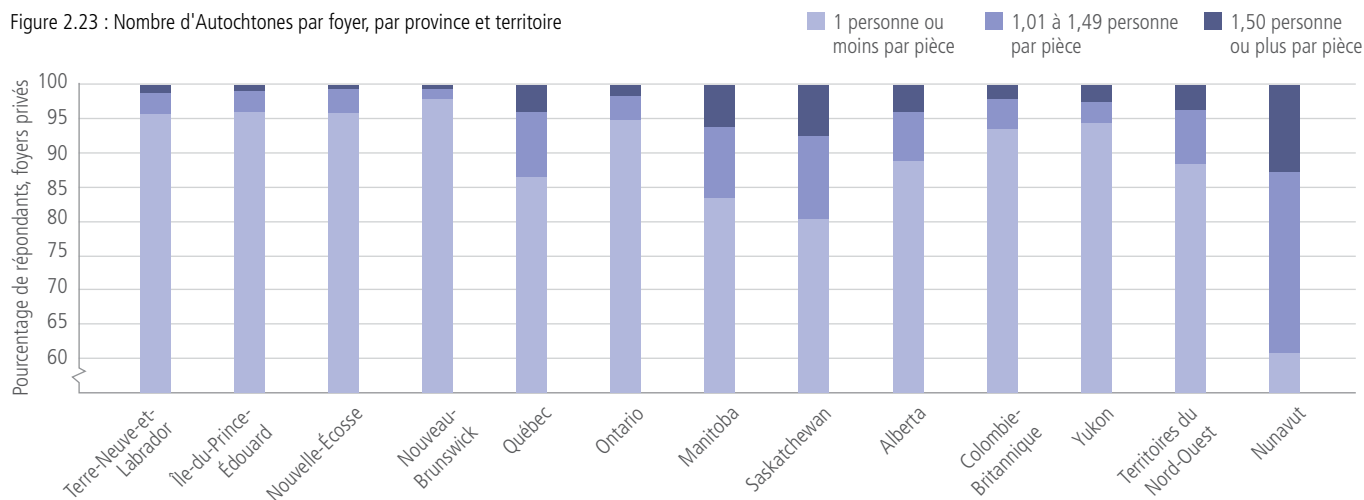
L'environnement physique

Qu'il soit artificiel (p. ex., qualité du logement) ou naturel (p. ex. qualité de l'air), l'environnement a également des répercussions directes sur les résultats de santé. Pour les Autochtones du Canada, la dépossession de l'environnement, ou les « processus qui limitent l'accès des Autochtones aux ressources des milieux traditionnels », est également une caractéristique propre à l'environnement physique, et a des effets directs sur la santé et le bien-être (Richmond et Ross, 2009, p. 404). La rupture des sources d'aliments traditionnels provoquée par le départ des territoires traditionnels et la création de « réserves » a entraîné des changements de régime alimentaire et de mode de vie ayant contribué à augmenter les taux de diabète et d'obésité, ainsi que la prévalence d'autres maladies chroniques importantes comme l'arthrite et le rhumatisme, l'hypertension et l'asthme (Smylie, 2008). D'autres détails sur la prévalence de ces maladies se trouvent au chapitre 1. Cette section porte principalement sur les conditions de logement des Autochtones.

Les conditions de logement

La qualité du logement et l'accessibilité constituent d'importants déterminants

Figure 2.23 : Nombre d'Autochtones par foyer, par province et territoire



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-558-XCB2006025

de la santé. Les mauvaises conditions de logement, comme la présence de moisissures, le manque d'eau potable et le surpeuplement ont été associées à l'augmentation des risques de morbidité découlant de maladies infectieuses, de maladies chroniques, de blessures, de la mauvaise alimentation et de troubles mentaux (Krieger et Higgins, 2002). De même, le logement, l'itinérance et le recours aux abris temporaires contribuent aux mauvais résultats de santé et augmentent le risque de décès prématurés (Centre for Housing Policy and Enterprise Community Partners, 2007; Hwang, 2001). Les disparités dans le logement reflètent une gamme d'autres déterminants, comme le statut socioéconomique inférieur, le chômage, la pauvreté, l'exclusion sociale et le faible niveau de scolarité. Au Canada, les Autochtones sont touchés de manière disproportionnée par la médiocrité des logements et des conditions de vie (CRPA, 1996a).

Un foyer est bien plus qu'une structure physique, il englobe également le milieu social et le milieu naturel qui l'abrite. Les conditions physiques du logement font intervenir son entretien; la présence et l'état de la plomberie, de l'électricité, du réseau d'eau potable, de l'isolation, du système de prévention des incendies, du chauffage, du sol et de l'ameublement; et la présence de contaminants physiques, biologiques ou chimiques, comme les ravageurs, les allergènes, les moisissures ou le radon (Krieger et Higgins, 2002). Les dimensions sociales du logement vont d'un sentiment d'appartenance et de contrôle sur le foyer (c.-à-d. sécurité du logement, statut social, prestige) à l'environnement domestique (c.-à-d. sentiment personnel de sécurité, surpeuplement) (Bryant, 2003). L'environnement dans lequel se trouve le foyer est également important. La proximité des services, comme les écoles,

les aires de loisirs, les soins de santé, les services de soutien, les épiceries, les centres commerciaux, les réseaux d'eau et les égouts, a des répercussions directes sur la santé, tout comme la proximité de déchets industriels et d'autres contaminants de l'environnement (Krieger et Higgins, 2002).

La question du logement des Autochtones doit être abordée dans le contexte des pressions démographiques. Jeune et de plus en plus urbaine, la population autochtone du Canada augmente près de six fois plus vite que la population non autochtone (Statistique Canada, 2008a). En 2006, elle dépassait le million avec ses 1 172 790 membres, soit 4 % de la population totale du Canada (Statistique Canada, 2008a). Environ 54 % de ses membres vivaient en milieu urbain. Près de la moitié de cette population (48 %) est constituée d'enfants et de jeunes de moins de 24 ans (Statistique Canada, 2008a). Bien que des améliorations ont été apportées au cours de la dernière décennie à l'égard de la disponibilité et de la qualité des logements destinés aux Autochtones, ces améliorations ne leur ont pas encore permis de composer avec ces pressions démographiques.

Même si les derniers résultats du recensement indiquent une baisse du surpeuplement des logements habités par les Autochtones au cours de cette période, la médiocrité des logements et des conditions de vie au Canada continue de compromettre la santé de cette population, surtout en ce qui concerne la propagation des maladies transmissibles comme la tuberculose (Clark, Riben et Nowgesic, 2002). En 2006, 11 % des Autochtones vivaient dans des foyers de plus d'une personne par pièce, soit une réduction de 6 % par rapport à 1996 (Statistique Canada, 2008a). Le surpeuplement est particulièrement grave

chez les membres des Premières nations vivant dans les réserves (26 %) et chez les Inuits (36 %). Près de la moitié (49 %) des Inuits du Nunavik ont déclaré vivre dans des logements surpeuplés (Statistique Canada, 2008a).

Le surpeuplement varie d'une province et d'un territoire à l'autre (figure 2.23). Le Nunavut affiche la proportion la plus élevée de personnes vivant dans des logements surpeuplés, suivi par la Saskatchewan et le Manitoba (Statistique Canada, 2006). La situation des logements surpeuplés est moins inquiétante chez les Autochtones des provinces maritimes. En partie, le surpeuplement des logements inuits a été associé au déplacement forcé vers des établissements permanents et a contribué aux taux élevés d'infections graves des voies respiratoires (Kovesi et coll., 2007, cité par Smylie, 2008).

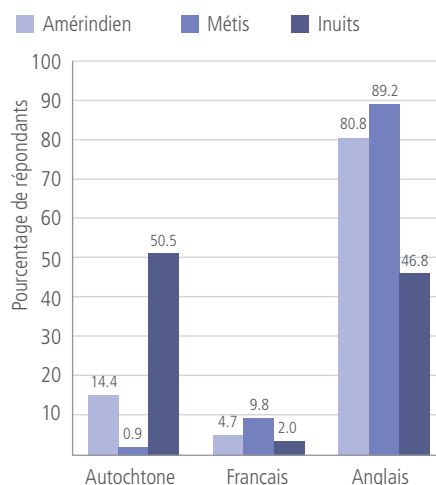
Au cours de la décennie qui sépare les recensements de 1996 et de 2006, on n'a constaté aucune amélioration notable du nombre d'Autochtones vivant dans des foyers nécessitant des réparations importantes (Statistique Canada, 2008a). Les données du recensement de 2006 de Statistique Canada indiquent que près d'un Autochtone sur quatre déclare vivre dans un de ces logements. Alors que 28 % des membres des Premières nations ont signalé qu'ils habitaient dans un logement nécessitant des réparations importantes. Dans les réserves, les disparités s'accroissent : 44 % des membres des Premières nations vivent dans des logements nécessitant des réparations importantes. Chez les Inuits, environ 28 % ont signalé vivre dans des logements nécessitant des réparations importantes alors que ce nombre grimpe à 31 % dans l'Inuit Nunangat²¹ (Statistique Canada, 2008a).

²¹ Le terme « Inuit Nunangat » signifie la patrie inuite et renvoie aux Inuitw vivant dans l'une des quatre régions qui s'étendent du Labrador au Yukon et sur les Territoires du Nord-Ouest : le Nunatsiavut, le Nunavut, le Nunavik et l'Inuvialuit. Ces Inuits partagent une culture commune et de nombreuses traditions (Atlas du Canada, 2010). Récemment, le conseil d'administration de l'Inuit Tapiriit Kanatami a voté pour le remplacement de ce terme par « Inuit Nunangat », afin de désigner non seulement la terre, mais aussi l'eau et la glace qui l'entourent (Inuit Tapiriit Kanatami, 2009).

Les problèmes associés aux logements des réserves sont bien connus (Bureau du vérificateur général du Canada [BAGC], 2003). Ces logements ont tendance à se détériorer plus rapidement en raison de la mauvaise qualité de la construction, du manque d'entretien et du surpeuplement (BAGC, 2003). La construction de logements accuse des retards, et les fonds pour les services de base dans les réserves comme l'hygiène, l'information et les soins de santé primaires sont limités (Webster, 2007). Ces mauvaises conditions de logement peuvent accentuer le stress de nature sociale, physique et médicale. L'amélioration des logements dans les réserves est entravée par plusieurs facteurs, notamment les règles juridiques ambiguës sur le sujet, le flottement dans les pouvoirs de réglementation des conseils, les facteurs socioéconomiques et démographiques (taux de croissance des Autochtones, niveaux de revenu et de chômage, problèmes sociétaux propres aux réserves), et l'augmentation des dettes de la bande (BAGC, 2003).

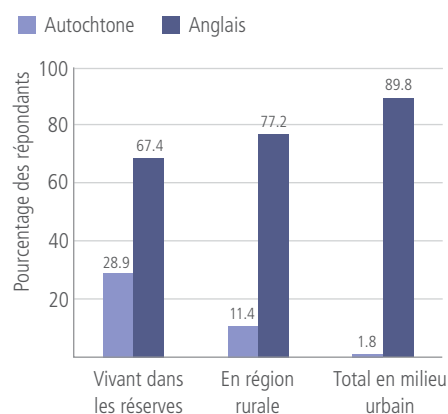
Les conditions de logement dans les réserves, ainsi que la perspective de meilleurs débouchés scolaires et professionnels, l'accès aux services et les possibilités de propriété foncière hors des réserves, ont contribué à l'urbanisation des Autochtones. Les dernières données du recensement de Statistique Canada révèlent que les trois quarts de l'importante population des Premières nations vivant hors des réserves²² habitent en milieu urbain (Statistique Canada, 2008a). Pourtant, loin de trouver une vie meilleure en ville, nombre d'entre eux deviennent des sans-abri. Bien que les estimations varient, une étude de Hwang (2001) révèle que les Autochtones sont surreprésentés selon un facteur de 10 par rapport à tous les sans-abri du Canada, ce qui signifie que le pourcentage des sans-abri autochtones est 10 fois supérieur à celui des Autochtones d'une ville donnée. Les sans-abri risquent

Figure 2.24 : Langue parlée le plus souvent au domicile, par appartenance à un groupe autochtone, 2006



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-564-XCB2006002

Figure 2.25 : Langue parlée le plus souvent au domicile par appartenance à un groupe autochtone, par lieu de résidence, 2006



Source : Statistique Canada (2006), recensement de 2006, Produits reliés aux données, Tableaux thématiques, n° au catalogue 97-558-XCB2006015

la mort prématurée et ils souffrent de nombreux problèmes de santé découlant de leurs conditions de vie physiques et sociales (Hwang, 2001). Par exemple, ils sont jusqu'à cinq fois plus souvent hospitalisés que l'ensemble de la population.

La culture et la langue

D'un point de vue autochtone, la santé « n'est pas seulement l'absence de maladie ou d'infirmité, ou un ensemble de statistiques ou de mesures », la santé se définit par le bien-être physique, spirituel, mental, économique, émotionnel, environnemental, social et culturel de l'individu, de la famille et de la communauté (British Columbia Ministry of Health, 2002, p. 10). On peut voir la maladie comme un manque d'harmonie ou d'équilibre entre tous les aspects de la vie.

Bien qu'il existe des différences culturelles et linguistiques entre les Autochtones du Canada, ils « partagent les problèmes sociaux, économiques et politiques hérités de la colonisation » (Kirmayer, Brass et Tait, 2000, p. 607). La colonisation a entraîné la rupture d'avec les langues et les cultures au cœur des perceptions et des

expériences de mort et de maladie. Chez les Autochtones du Canada, dont le taux de maladie est disproportionné, la culture et la langue sont cruciales pour améliorer les résultats de santé.

La culture est un système dynamique et adaptatif basé sur la compréhension des sujets appris, partagés et transmis d'une génération à l'autre et elle se reflète dans les valeurs, les normes, les pratiques, les symboles, les modes de vie et les autres interactions sociales d'un groupe donné (Kreuter et McClure, 2004). La culture se trouve à la base de l'identité personnelle et collective, et son érosion peut nuire à la santé mentale et au bien-être, entraîner la dépression, l'anxiété, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, et même le suicide (Kirmayer, Brass et Tait, 2000). La culture peut modifier notre perception de la maladie, y compris la manière « d'exprimer et de manifester les symptômes, les styles d'adaptation, les soutiens familiaux et communautaires et la volonté de se soigner » (Brightman, 1993, cité par Richmond et Ross, 2009, p. 404). La perception inuite de la santé mentale, par exemple, se concentre sur « l'état »

²² Selon les données du recensement de 2006 de Statistique Canada, on estime que seulement 40 % des membres des Premières nations vivent dans les réserves, tandis que les autres 60 % vivent hors des réserves.

de la personne à un moment précis. Il peut arriver à une personne d'avoir un comportement étrange à un moment, et d'agir normalement le jour suivant. Par conséquent, cette personne ne sera pas considérée comme atteinte de maladie mentale et devant être soignée (CRPA, 1996c, citée par Richmond et Ross, 2009).

De même, la culture des praticiens et des fournisseurs de services de santé peut influencer le diagnostic, le traitement et la prestation de services (Bartlett, 2003). Les différences culturelles entre les patients et les fournisseurs de services de santé peuvent pousser les fournisseurs à ignorer des symptômes importants pour les patients alors que les patients ne respectent pas les traitements prescrits (département américain de la Santé et des Services sociaux, 1999). Par conséquent, les besoins médicaux des patients ne sont pas toujours reconnus ni comblés.

La rupture d'avec la culture est davantage ressentie dans la perte de la langue traditionnelle. La langue est le « véhicule de la culture » (Kirmayer, Brass et Tait, 2000, p. 613) et le moyen à l'aide duquel le savoir, les compétences et les valeurs culturelles s'expriment et se conservent. Sa disparition, particulièrement chez les peuples indigènes, représente « une forme de mise à l'écart et d'oppression » qui compromet l'identité, le bien-être, l'estime de soi et la prise de contrôle, tous cruciaux pour la guérison individuelle et communautaire (Cohen, 2001, p. 143). La protection et la perpétuation de la langue sont essentielles pour revitaliser la culture et la survie des Indigènes (Battiste et Henderson, 2000).

La figure 2.24 montre le pourcentage des langues le plus souvent parlées dans les foyers autochtones du Canada, par appartenance à un groupe autochtone (Statistique Canada, 2006). Environ 14 % des Amérindiens et 49,9 % pour les Inuits déclarent parler le plus souvent leur langue chez eux. Environ 10 % des Métis indiquent que le français est la langue

principale du foyer. En revanche, 79,6 % des Amérindiens, 88,7 % des Métis et 46,9 % des Inuits du Canada déclarent parler l'anglais à la maison.

Les langues les plus parlées varient selon les provinces et les territoires. Le Nunavut et le Québec affichent le plus haut pourcentage de personnes parlant le plus souvent une langue autochtone à la maison (62,3 % et 31,6 % respectivement). Les pourcentages les plus faibles reviennent à l'Île-du-Prince-Édouard (0,6 %), à la Colombie-Britannique (1,7 %) et au Yukon (1,9 %) (Statistique Canada, 2006).

La figure 2.25 montre la langue la plus souvent parlée à la maison selon le lieu de résidence (sur les réserves, en région rurale et en milieu urbain). Les Autochtones vivant dans les réserves utilisent plus souvent une langue autochtone chez eux (28,9 %) que ceux des régions rurales (11,4 %) et des zones urbaines (1,8 %).

La jeunesse autochtone canadienne d'aujourd'hui continue de subir les effets de l'héritage de la colonisation et de la mauvaise santé. La série de politiques coloniales du gouvernement fédéral en vue d'assimiler les Autochtones prévoyait l'élimination de la culture et de la langue, le déplacement forcé vers des réserves, la confiscation des territoires et des modes de vie traditionnels, et, probablement le pire de tout, la création de pensionnats. Le but des pensionnats était d'assimiler les Autochtones dans la société occidentale en coupant les enfants de l'influence culturelle de leurs familles et de leurs communautés (Bennett, Blackstock et de La Ronde, 2005). Les premiers de ces établissements ont été créés dans le cadre de toutes premières activités missionnaires, et se sont mis à proliférer après l'adoption du rapport Davin, en 1879, pour atteindre un nombre record en 1931 (plus de 80 dans tout le Canada) (Bennett et coll., 2005). Les pensionnats coupaient les enfants de leur culture en leur interdisant de parler leur langue traditionnelle et d'acquiescer

les compétences nécessaires pour se débrouiller dans leur communauté (Tait, 2003). Ils s'appuyaient lourdement sur la discipline, les punitions et les humiliations publiques, ce qui a eu des effets sur les générations suivantes :

Il est évident que le système des pensionnats a alimenté le principal facteur de risque pour l'ETCAF, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, mais aussi pour des facteurs dont il a été prouvé qu'ils sont en lien avec l'abus d'alcool, comme la violence physique, émotionnelle et sexuelle envers les enfants et les adultes, les problèmes de santé mentale et le dysfonctionnement familial. Les conséquences des pensionnats peuvent être associées aux facteurs de risque de mauvais résultats de grossesse chez les femmes qui boivent trop d'alcool, comme une mauvaise santé, un faible niveau de scolarisation, et une pauvreté chronique (Tait, 2003, p. 75)

Les Autochtones continuent à ressentir les traumatismes, le chagrin et la perte découlant de l'expansion rapide du système de protection de l'enfance des années 1960. Au cours de cette période, plus connue sous le nom de « rafle des années soixante » (Sinclair, 2007), un nombre disproportionné d'enfants ont été placés en familles d'accueil. Par exemple, à la fin des années 1960, « 30 % à 40 % des pupilles de l'État étaient des enfants autochtones, un contraste saisissant avec le taux de 1 % signalé en 1959 » (Fournier et Crey, 1997, cité par Kirmayer et coll., 2000, p. 609). Les enfants étaient retirés de leurs familles sous l'allégation de « négligence », qui en fait relevait plutôt de problèmes de pauvreté (Bennett et coll., 2005). Nombre d'entre eux étaient placés dans des familles d'accueil ou d'adaptation n'appartenant pas à la population autochtone (Kimelman, 1985).

Tout comme les pensionnats, la « rafle des années soixante » constitue une autre attaque contre la capacité des Autochtones à conserver et à transmettre leur culture, en divisant les familles et

les communautés, et en compromettant la santé personnelle et communautaire. Les conséquences des pensionnats et de la « rafle des années soixante » sur la santé incluent l'augmentation des suicides, de l'alcoolisme, de la violence et de la « démoralisation omniprésente » (Shkilnyk, 1985; LaFromboise, 1988; Richardson, 1991; Waldram, 1997, cité par Kirmayer et coll., 2000).

2.3 Résumé

Ce chapitre visait à donner un concept vaste de la santé autochtone dans le cadre des déterminants sociaux de la santé. Un tel cadre est compatible avec une perspective plus holistique de la santé. Cependant, il est également clair que les perspectives internationales et nationales des déterminants sociaux sont inadéquates et ne permettent pas de comprendre les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontés les Autochtones du Canada. Bien que les inégalités sont omniprésentes entre les Autochtones et les non Autochtones canadiens dans des déterminants comme le revenu, l'éducation, l'emploi, l'inclusion sociale et le sexe, entre autres; les déterminants propres aux Indigènes comme la dépossession de l'environnement et le colonialisme, qui ont entraîné la rupture d'avec la langue et la culture ainsi que la perte de l'autodétermination, alimentent nombre des inégalités socioéconomiques ayant contribué à l'augmentation de la prévalence d'un ensemble de maladies physiques et à l'affaiblissement de la santé mentale et le bien-être. Ce n'est qu'en traitant de ces déterminants sociaux plus vastes que nous parviendrons à améliorer la santé et le bien-être des Autochtones du Canada.

Références

Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *La revue canadienne de santé publique*, 96 (suppl. 2), p. 45.

Comité consultatif sur la santé de la population. (1999). *Toward a healthy future: Second report on the health of Canadians*. Charlottetown, I.-P.-E. Agence de la santé publique du Canada

- Anderson, I. (1988). *Koorie health in Koorie hands: An orientation manual in Aboriginal health for health-care providers*. Melbourne, Australie. Koorie Health Unit, Health Department of Victoria.
- Anderson, I. (2001). Aboriginal health policy and modeling in social epidemiology. Dans R.F. Eckersley, J. Dixon et R. Douglas (éd.), *The social origins of health and wellbeing*, (pp. 247-258). Melbourne, Australie. Cambridge University Press.
- Anderson, I., Baum, F. et Bentley, M. (éd.). (2004). *Beyond bandaids: Exploring the underlying social determinants of Aboriginal health*. Articles de l'atelier sur les déterminants sociaux de la santé autochtone, Adelaïde, Australie, juillet 2004. Darwin, Australie. Cooperative Research Centre for Aboriginal Health.
- Assemblée des Premières Nations. (2006). *Santé publique pour les Premières nations : Un cadre pour l'amélioration de la santé de nos peuples et de nos collectivités*. Ottawa, Ontario. Auteur
- Band, P.R., Gallagher, R.P., Threlfall, W.J., Hislop, T.G., Deschamps, M. et Smith, J. (1992). Rate of death from cervical cancer among Native Indian women in British Columbia. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 147, pp. 1802-1804.
- Barker, D.J.P., Hales, C.N., Fall, C.H., Osmond, C., Phipps, K. et Clark, P.M. (1993). Type 2 (non-insulin-dependent) diabetes mellitus, hypertension and hyperlipidaemia (syndrome C): Relation to reduced fetal growth. *Diabetologia*, 36, pp. 62-67.
- Barlow, K. (2004). Aboriginal women continue to face major challenges, as International Women's Day approaches (communiqué de presse). Ottawa, Ontario, Réseau canadien autochtone du sida.
- Bartlett, J.G. (2003). Involuntary cultural change, stress phenomenon and Aboriginal health status. *La revue canadienne de santé publique*, 94, pp. 165-167.
- Battiste, M. (2005). *State of Aboriginal learning*. Document préliminaire du Dialogue national au sujet du Centre du savoir sur l'apprentissage chez les Autochtones, 13 et 14 novembre 2005, Ottawa. Saskatoon, Saskatchewan. Aboriginal Education Research Centre, Université de Saskatchewan.
- Battiste, M. et Henderson, J. (2000). *Protecting Indigenous knowledge and heritage: A global challenge*. Saskatoon, Saskatchewan. Purich Press.
- Bennett, M., Blackstock, C. et de La Ronde, R. (2005). *A literature review and annotated bibliography on aspects of Aboriginal child welfare in Canada*. Ottawa, Ontario. Site de recherche des Premières nations du Centre d'excellence pour le bien-être des enfants et Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada. Consulté le 19 avril 2007 sur http://www.FNCaringsociety.ca/doc/AboriginalCWLitReview_2ndEd.pdf.
- Blackstock, C. (2009). *Jordan's story: How one boy inspired a world of change*. Dans le Supplément canadien au Rapport sur la situation des enfants dans le monde - La santé des enfants autochtones (pp. 46-52). Toronto, Ontario. Comité d'UNICEF Canada.
- Blackstock, C., Prakash, T., Loxley, J. et Wien, F. (2005). *Wen: de: We are coming to the light of day*. Ottawa, Ontario. Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada
- Bobak, M., Jha, P., Nguyen, S. et Jarvis, M. (2000). *Poverty and smoking*. Dans L. Jha et F. Chaloupka (éd.), *Tobacco control in developing countries* (pp. 41-61). Oxford, Royaume-Uni. Oxford University Press.
- Bosma, H., Peter, R., Siegrist, J. et Marmot, M. (1998). Two alternative job stress models and risk of coronary heart disease. *American Journal of Public Health*, 88, pp. 68-74.
- Boyd, M.E., Usher, R.H. et McLean, F. (1983). *Fetal macrosomia: Prediction, risks, proposed management*. *Obstetrics and Gynaecology*, 61, pp. 715-722.
- Bray, D. et Anderson, P. (1989). Appraisal of the epidemiology of Fetal Alcohol Syndrome among Canadian Native Peoples. *La revue canadienne de santé publique*, 80 (1), pp. 42-45
- Brightman, R. (1993). *Grateful prey: Rock Cree human-animal relationships*. Berkeley, Californie. University of California Press.
- Colombie-Britannique. Bureau de l'administrateur en chef de la santé publique. (1998). *A report on the health of British Columbians: Provincial Health Officer's Report, 1997*. Victoria, Colombie Britannique. Ministry of Health Planning.
- Colombie-Britannique. Bureau de l'administrateur en chef de la santé publique. (2002). *The health and wellbeing of Aboriginal people in British Columbia: Provincial Health Officer's annual report, 2001*. Victoria, Colombie Britannique. Ministry of Health Planning.
- Browne, A.J., Smye, V.L. et Varcoe, C. (2005). The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in Aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 27(4), pp. 16-37.

- Brunner, E.J. (1997). Stress and the biology of inequality. *British Medical Journal*, 314, pp. 1472-1476.
- Brunner, E.J., Hemingway, H., Walker, B.R., Page, M., Clarke, P., Juneja, M. et coll. (2002). Andrenocortical, autonomic and inflammatory causes of the metabolic syndrome. *Circulation*, 106, pp. 2659-2665.
- Bryant, T. (2003). The current state of housing in Canada as a social determinant of health. *Policy Options*, mars, pp. 52-56.
- Association canadienne des sociétés Elizabeth Fry. (2004). Women in prison (fiche d'information). Consulté le 7 août 2009 sur <http://dawn.thot.net/election2004/issues32.htm>
- Commission canadienne des droits de la personne. (2003). Protecting their rights: A systematic review of human rights in correctional services for federally sentenced women. Ottawa, Ontario. Auteur
- Société canadienne de pédiatrie, Les diététistes du Canada et Santé Canada. (1998). La nutrition du nourrisson né à terme et en santé. Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Association canadienne de santé publique. (1997). Health impacts of social and economic conditions: Implications for public policy. Ottawa, Ontario. Auteur
- Action Cancer Ontario. (2004). First Nations cancer research and surveillance priorities for Canada. Rapport d'atelier. 23 et 24 septembre 2003. Ottawa, Ontario. Auteur
- Center for Housing Policy and Enterprise Community Partners. (2007). The positive impacts of affordable housing on health: A research summary. Washington, DC. Center for Housing Policy and Enterprise.
- Centres d'excellence pour la santé des femmes. (2001). Aboriginal Women's Health Research Synthesis Project: Final report. Ottawa, Ontario. Auteur
- Chandler, M.J. et Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35, pp. 191-219.
- Clark, M., Riben, P. et Nowgesic, E. (2002). The association of housing density, isolation, and tuberculosis in Canadian First Nations communities. *International Journal of Epidemiology*, 31, pp. 940-945.
- Cohen, B. (2001). The spider' web: Creativity and survival in dynamic balance. *Canadian Journal of Native Education*, 25(2), p. 143.
- Cohen, S. et Herbert, T. (1996). Health psychology: Psychological factors and physical disease from the perspective of human psychoneuroimmunology. *Annual Review of Psychology*, 47, pp. 113-142.
- Commission sur les déterminants sociaux de la santé. (2008). Comblent le fossé en une génération. Instaurer l'équité en santé en agissant sur les déterminants sociaux. Commission des déterminants sociaux de la santé - rapport final. Genève. Organisation mondiale de la santé. 2007.
- Connor S.K. et McIntyre L. (2002). The effects of smoking and drinking during pregnancy. Dans J.P. Willms (éd.), *Vulnerable children: Findings from Canada's National Longitudinal Survey of Children and Youth* (pp. 131-145). Edmonton, Alberta. University of Alberta Press.
- Cornell, S. (2006). Indigenous peoples, poverty and self-determination in Australia, New Zealand, Canada and the United States. Tucson, Arizona. Native Nations Institute for Leadership, Management, and Policy (Joint Occasional Papers on Native Affairs, n° 2006-2002).
- Dauncey, G. (1996). After the crash: The emergence of the rainbow economy. London, Royaume-Uni. Merlin Press and Green Print.
- de Leeuw, S., Greenwood, M. et Cameron, E. (2009). Deviant constructions: How governments preserve colonial narratives of violence and mental health to intervene into the lives of Indigenous children and families in Canada. *International Journal of Mental Health Addictions*, 7(4). En ligne.
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. (1989). Health Transfer Newsletter. Ottawa, Ontario. Auteur
- Diavik Diamonds Project Socio-Economic Monitoring Agreement. (1999). Consulté le 10 février 2009 sur http://www.diavik.ca/documents/Socio_Economic_Agreement.pdf
- Donkin, A., Goldblatt, P. et Lynch, K. (2002). Inequalities in life expectancy by social class, 1972-1999. *Health Statistics Quarterly*, 15, pp. 5-15.
- Duric, M. (2004). Understanding health and illness: Research at the interface between science and Indigenous knowledge. *International Journal of Epidemiology*, 33, pp. 1138-1143.
- Early Child Development Knowledge Network. (2007). Early child development: A powerful equalizer. Rapport définitif du Early Child Development Knowledge Network de la Commission sur les déterminants sociaux de la santé. Genève. Organisation mondiale de la santé. 2007.
- Else-Quest, N., Hyde, J. et Clark, R. (2003). Breastfeeding, bonding, and the mother infant relationship. *Merrill-Palmer Quarterly*, 24, pp. 495-517.
- Centre des Premières nations. (2007a). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations 2002-2003. Résultats de l'enquête sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières nations. Ottawa, Ontario, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Centre des Premières nations. (2007b). Understanding health indicators. Ottawa, Ontario, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Fournier, S. et Crey, E. (1997). Stolen from our embrace. Vancouver, Colombie-Britannique. Douglas et McIntyre.
- Frankish, C.J., Green, L.W., Ratner, P.A., Chomic, T. et Larsen, C. (1996). Health impact assessment as a tool for population health promotion and public policy. Vancouver, Colombie-Britannique. Institut de recherche en santé du Canada, Université de la Colombie-Britannique. Consulté le 20 février 2009 sur <http://origin.PHAC-asp.gc.ca/ph-sp/approach-approche/index-eng.php#What>.
- Grace S. (2003). A review of Aboriginal women's physical and mental health status in Ontario. *La revue canadienne de santé publique*, 94, pp. 173-175.
- Guèvremont, A. et Kohen, D. (2001). The health of Inuit children (fiche d'information). Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 89-627-XIE). 2).
- Halseth, G. et Ryser, L. (2006). Trends in service delivery: Examples from rural and small town Canada, 1998 to 2005. *Journal of Rural and Community Development*, 1(2), pp. 69-90.
- Halseth, G. et Ryser, L. (2007). The deployment of partnerships by the voluntary sector to address service needs in rural and small town Canada. *Voluntas: International Journal of Voluntary and Nonprofit Organizations*, 18, pp. 241-265.
- Santé Canada. (1998). Literature review: Evaluation strategies in Aboriginal substance abuse programs, A discussion. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 20 juin 2009 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihbgsnpni/pdf/pubs/ads/literary_examen_review-eng.pdf
- Santé Canada. (1999a). Pour un avenir en santé - Deuxième rapport sur la santé de la population canadienne. Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard. Auteur.

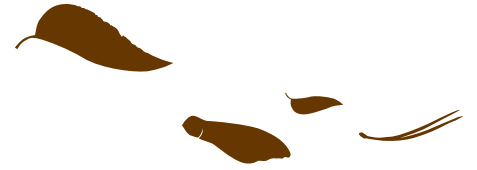
- Santé Canada. (1999b). Diabète au Canada. Possibilités d'accroître la surveillance, la prévention et la lutte contre le diabète. Ottawa, Ontario. Auteur
- Santé Canada. (1999c). A second diagnostic on the health of First Nations and Inuit people in Canada. Ottawa, Ontario. Auteur
- Santé Canada. (2000). Facts and issues: The health of Aboriginal women. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 5 août 2009 sur http://www.hcsc.gc.ca/women/english/facts_aborig.htm.
- Santé Canada. (2002). Les Canadiens et les Canadiennes en santé - Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé. Ottawa, Ontario. Auteur
- Santé Canada. (2005). Métis Health Research Project: An environmental scan of Métis health needs and services Ottawa, Ontario. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.
- Santé Canada. (2009). Profil statistique de la santé des Premières nations au Canada : Déterminants de la santé, 1999-2003. Ottawa, Ontario. Auteur
- Fondation des maladies du cœur de Colombie-Britannique et du Yukon. (1997). Tobacco use in BC, 1997 (enquête effectuée par le groupe Angus Reid). Vancouver, Colombie-Britannique. Auteur.
- Heffner, L., Kiecolt-Glaser, J., Loving, T., Glaser, R. et Malarkey, W. (2004). Spousal support satisfaction as a modifier of physiological responses to marital conflict in younger and older couples. *Journal of Behavioral Medicine*, 27, pp. 233-254.
- Hull, J. (2001). Aboriginal women: A profile from the 2001 census. Winnipeg, Manitoba. Prologica Research.
- Hwang, S. (2001). Homelessness and health. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 164, pp. 229-233.
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2004). Background on Inuit health, for discussion at health sectorial meeting, 4 et 5 novembre 2004, Ottawa, Ontario. Ottawa, Ontario. Auteur
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2009). Maps of Inuit Nunangat (Inuit regions of Canada). Consulté le 11 mars 2011 sur <http://www.itk.ca/publications/maps-inuit-nunangat-inuit-regions-canada>
- Kaplan, G.A., Salonen, J.T., Cohen, R.D., Brand, R.J., Syme, S.L. et Puska, P. (1988). Social connections and mortality from all causes and from cardiovascular disease: Prospective evidence from eastern Finland. *American Journal of Epidemiology*, 128, pp. 370-380.
- Kelm, M.E. (1998). Colonizing bodies: Aboriginal health and healing in British Columbia, pp. 1900-1950. Vancouver, Colombie-Britannique. University of British Columbia Press.
- Ketilson, L.H. et MacPherson, I. (2001). Aboriginal co-operatives in Canada case studies. Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Kimelman, E. (1985). No quiet place: Final report of the Review Committee on Indian and Métis adoptions and placements. Winnipeg, Manitoba. Gouvernement du Manitoba.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M. et Tait, C.L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Revue canadienne de psychiatrie*, 45, pp. 607-616.
- Kovesi, T., Gilbert, N.L., Stocco, C., Fugler, D., Dales, R.E., Guay, M. et coll. (2007). Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 177, pp. 155-160.
- Kreuter, M.W. et McClure, S. (2004). The role of culture in health communication. *Annual Review of Public Health*, 25, pp. 439-455.
- Krieger, J. et Higgins, D. (2002). Housing and health: Time again for public health action. *American Journal of Public Health*, 92, pp. 758-768.
- LaFromboise, T.D. (1988). American Indian mental health policy. *American Psychology*, 43, pp. 388-397.
- Lamouche, J. (2002). Environmental scan of Métis health information, initiatives and programmes. Ottawa, Ontario, Organisation nationale de la santé autochtone.
- Lavoie, J. et Gervais, L. (2011). Access to primary health care in rural and remote Aboriginal communities: Progress, challenges and policy directions. Dans J.P. Kulig et A. Williams (éd.), *Health in Rural Canada* (ch. 18). Vancouver, Colombie-Britannique. University of British Columbia Press.
- Loppie, Reading, C.L. et Wien, F. (2009). Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone.
- Luo, Z.-C., Kierans, W.J., Wilkins, R., Liston, R.M., Uh, S.-H. et Kramer, M.S., pour la British Columbia Vital Statistics Agency. (2004). Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: Temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000. *International Journal of Epidemiology*, 33, pp. 1252-1259.
- Makela, P., Valkonen, T. et Martelin, T. (1997). Contribution of deaths related to alcohol use of socioeconomic variation in mortality: Register based follow-up study. *British Medical Journal*, 316, pp. 211-216.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *Lancet*, 365, pp. 1099-1104.
- Marmot, M. et Wilkinson, R.G. (éd.). (2006). Social determinants of health. Oxford, Royaume-Uni. Oxford University Press.
- Marsh, A. et McKay, S. (1994). Poor smokers. London, Royaume-Uni. Policy Studies Institute.
- May, P.A. (1994). Epidemiology of alcohol use among American Indians: The mythical and real properties. *American Indian Culture and Research Journal*, 18, pp. 121-143.
- Merriam-Webster Online. Racism Consulté en mai 2010 sur <http://www.merriam-webster.com/dictionary/racism>
- Milligan, S. et Bougie, E. (2003). Les femmes des Premières nations et les études postsecondaires : résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2006. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 81-004-X).
- Morrisseau, K. (2009). Aboriginal cancer control progress report. Winnipeg, Manitoba. Aboriginal Services. Consulté le 6 août 2009 sur http://www.cancercare.mb.ca/resource/File/Aboriginal_CancerControlProgressReport_07-08.pdf
- Organisation nationale de la santé autochtone. (2004). Review of Métis health policy forum proceedings. Ottawa, Ontario. ONSA, Métis Centre, ONSA. Consulté le 9 juin 2008 sur http://www.NAHO.ca/MHC_Site/print_friendly/B/review.html
- Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. (2011). À la recherche des Autochtones dans la législation et les politiques sur la santé, 1970 à 2008. Projet de synthèse politique, rapport final. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. Consulté le 2 septembre 2011 sur http://nccah.netedit.info/docs/nccah%20reports/French%20reports/1833_synthesisproject_V3_FR.pdf
- Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. (2009). Le développement

- économique comme déterminant social de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Prince George, Colombie-Britannique. Auteur. Consulté le 4 mars 2011 sur http://nccah.netedit.info/docs/french%20fact%20sheets/social%20determinants%20fact%20sheets/1689_NCCAH_fs_economicdevelopment_FR_V2.pdf
- Les centres de collaboration nationale en santé publique. (2008). Social determinants of health (fiche d'information). Montréal, Québec. Auteur. Consulté le 28 février 2011 sur http://www.nccph.ca/docs/DoH_eng_PRESS_M.pdf
- Association des femmes autochtones du Canada. (2002). Aboriginal women and health care in Canada. Ottawa, Ontario. Auteur
- Association des femmes autochtones du Canada. (2009). Violence against Aboriginal women in Canada: Backgrounder. Ottawa, Ontario. Auteur. Consulté le 7 août 2009 sur <http://www.NWAC-hq.org/en/documents/Backgrounder-Violence.pdf>
- Nettleton, C., Napolitano, D.A. et Stephens, C. (2007). An overview of current knowledge of the social determinants of Indigenous Health (document de travail du Symposium international sur les déterminants sociaux de la santé autochtone, Adelaide, Australie, du 29 au 30 avril 2007). Genève, Commission sur les déterminants sociaux de la santé, Organisation mondiale de la santé.
- Nikiforuk, A. (1998). Echoes of the atomic age: Cancer kills 14 Aboriginal workers. Calgary Herald, 14 mars, p. 1, cité par le Regroupement pour la surveillance du nucléaire. Consulté le 10 février 2009 sur http://www.ccnr.org/deline_deaths.html
- Nuckolls, K.B., Cassel, J. et Kaplan, B.H. (1972). Psychosocial assets, life crisis and the prognosis of pregnancy. American Journal of Epidemiology, 95, pp. 431-441.
- Bureau du vérificateur général du Canada. (2003). Aide de gouvernement fédérale accordée aux Premières nations — Le logement dans les réserves. Dans le rapport du vérificateur général du Canada (ch. 6). Ottawa, Ontario. Auteur
- Bureau du Haut-Commissariat des Nations Unies aux droits de l'homme. (1996-2001). Commentaire général n° 12 : Le droit des peuples à l'autodétermination (article 1). Genève. Nations unies.
- Oxman, T.E., Berkman, L.F., Kasi, S., Freeman, D.H., Jr. et Barrett, J. (1992). Social support and depressive symptoms in the elderly. American Journal of Epidemiology, 135, pp. 356-368.
- Pacey, M. (2009). Syndrome d'alcoolisation fœtale et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones : une analyse documentaire de la prévalence. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone.
- Pan American Health Organization. (2008). Background report: Indigenous social determinants of health. Quito, Équateur. Auteur.
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2006). The Inuit way: A guide to Inuit culture. Ottawa, Ontario. Auteur. Consulté le 28 février 2010 sur www.pauktuutit.ca/pdf/publications/pauktuutit/InuitWay_e.pdf.
- Poole, N. (2007). A women-centered framework for the prevention of Fetal Alcohol Spectrum Disorder. Dans N. Poole et L. Greaves (éd.), Highs and Lows: Canadian Perspectives on Women and Substance Use (pp. 289-298). Toronto, Ontario. Centre de toxicomanie et de santé mentale.
- Prentice, T. (2004). HIV/AIDS and Aboriginal women, children and families: A position statement. Ottawa, Ontario, Réseau canadien autochtone du sida.
- Agence de la santé publique du Canada. (2003). Pourquoi les Canadiens sont-ils en santé ou pas? Ottawa, Ontario. Auteur. Consulté le 1^{er} juin 2009 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2006). Réponse du Canada à la Commission de l'OMS sur les déterminants sociaux de la santé. Ottawa, Ontario. Agence de la santé publique du Canada. Consulté le 1^{er} juin 2009 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/index-fra.php>
- Richardson, B. (1991). Strangers devour the land. Post Mills, Vermont. Chelsea Green.
- Richmond, C.A. et Ross, N.A. (2009). The determinants of First Nation and Inuit health: A critical population health approach. Health et Place, 15, pp. 403-411.
- Robert, A., Henian, C., Anthony, J., Zinman, B., Harris, S. et Anderson, C. (2000). Clinical utility of HNF1A genotyping for diabetes in Aboriginal Canadians. Diabetes Care, 23, pp. 775-778.
- Ross, C. et Wu, C. (1995). The links between education and health. American Sociological Review, 60, pp. 719-745.
- Commission royale sur les peuples autochtones. 1996a. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, vol. 3, Vers un ressourcement. Ottawa, Ontario. Auteur
- Commission royale sur les peuples autochtones. 1996b. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, vol. 2, Une relation à redéfinir. Ottawa, Ontario. Auteur
- Commission royale sur les peuples autochtones. 1996c. Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, vol. 1, partie : Faux postulats et échec de la relation (relocalisation des peuples autochtones). Ottawa, Ontario. Auteur
- Saskatchewan Women's Secretariat. (1999). Profile of Aboriginal women in Saskatchewan. Regina, Saskatchewan. Consulté le 25 mai 2010 sur <http://www.labour.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=8d5971ae-4ae3-4f8c-a3e6-9c4b360df5>
- Schwartz, R. et Taramo, K.A. (1999). What is the significance of macrosomia? Diabetes Care, 22, pp. 1201-1205.
- Serin, R. et Cousineau, C. (2001). Programs for substance abusing offenders in Canada: A national survey. Forum on Corrections Research Focusing on Alcohol and Drugs, 13(3), p. 58.
- Shaw, M., Dorling, D. et Brimblecombe, N. (1999). Life chances in Britain by housing wealth and for the homeless and vulnerably housed. Environment and Planning A, 31, pp. 2239-2248.
- Shkilnyk, A.M. (1985). A poison stronger than love: The destruction of an Ojibwa community. New Haven, Connecticut. Yale University Press.
- Sinclair, R. (2007). Identity lost and found: Lessons from the sixties scoop. First Peoples Child et Family Review, 3(1).
- Slotkin J. (1998). Fetal nicotine or cocaine exposure: Which one is worse? Journal of Pharmacology and Experimental Therapeutics, 285, pp. 931-945
- Smylie, J. (2008). The health of Aboriginal peoples. Dans D. Raphael (édition), Les déterminants sociaux de la santé: Canadian Perspectives, 2e édition, pp. 281-301. Toronto, Ontario. Canadian Scholars' Press.
- Smylie, J. (2009). La force des nombres : information sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. Consulté le 9 février 2009 sur http://nccah.netedit.info/docs/french%20fact%20sheets/setting%20the%20context/1689_NCCAH_fs_context_FR_V3.pdf

- Smylie, J., Williams, L. et Cooper, N. (2006). Culture-based literacy and Aboriginal health. *La revue canadienne de santé publique*, 97(2), p. S22.
- Société des obstétriciens et gynécologues du Canada. (2000). SOGC policy statement: A guide for health care professionals working with Aboriginal peoples. Consulté le 25 mai 2010 sur <http://www.sogc.org/guidelines/public/100E-PS1-December2000.pdf>
- Statistique Canada. (2001a). Recensement de 2001. Ottawa, Ontario. Auteur (Tableaux thématiques)
- Statistique Canada (2001b). Peuples autochtones du Canada : un profil démographique, Recensement de 2001. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 96F0030XIE2001007).
- Statistique Canada. (2004a). Un portrait des enfants autochtones vivant hors réserve : résultats de l'Enquête auprès des peuples autochtones de 2001. Ottawa, Ontario. Auteur
- Statistique Canada. (2004b). Mortalité infantile chez les Amérindiens et les non-Amérindiens de la Colombie-Britannique : 1981-2000. *Le Quotidien*. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 27 juillet 2009 sur <http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/041109/dq041109c-fra.htm>
- Statistique Canada. (2005). Bébés de faible poids de naissance (moins de 2500 grammes), taux et intervalle de confiance, selon le sexe, Canada, provinces, territoires, régions socio-sanitaires et groupes de régions homologues. Ottawa, Ontario. Indicateurs de santé, Statistique Canada.
- Statistique Canada. (2006). Recensement de 2006. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 97-560 X2006031, Tableaux thématiques).
- Statistique Canada. (2008a). Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006. Ottawa, Ontario. Ministère de l'Industrie (N° au catalogue 97-558-XWE2006001).
- Statistique Canada. (2008b). L'Enquête sur les enfants autochtones, 2006 : La famille, la collectivité et la garde des enfants. Ottawa, Ontario. Ministère de l'Industrie (N° au catalogue 89-634-X). 001).
- Statistique Canada. (2009). Tableau 20 : Situation des enfants des Premières nations et non autochtones âgés de 14 ans et moins, Canada, 2006. Ottawa, Ontario. Ministère de l'Industrie. Consulté le 9 août 2011 sur <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/table/t20-fra.cfm>
- Statistique Canada et Ressources humaines et Développement des compétences Canada. (1999). Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 89FOO78XPE, n° 3).
- Stout, M.D., Kipling, G.D. and Stout, R. (2001). Aboriginal women's health research. Ottawa, Ontario. Centres d'excellence pour la santé des femmes Research.
- Suhrcke, M., McKee, M. et Rocco, L. (2007). Health investment benefits economic development, 370, pp. 1467-1468.
- Tait, C. (2003). Fetal alcohol syndrome among Aboriginal people in Canada: Review and analysis of the intergenerational links to residential schools. Ottawa, Ontario, Fondation autochtone de guérison.
- Tait, C. (2009). Is Canada failing Métis children? An examination of the challenges and barriers to improved health. Dans le *Supplément canadien au Rapport sur la situation des enfants dans le monde - La santé des enfants autochtones* (pp. 30-36). Toronto, Ontario. Comité d'UNICEF Canada.
- Tait, H. (2008). Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : La santé et les conditions sociales des Inuits. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 89-637-X - N° 001).
- Tjepkema, M. (2002). La santé des Autochtones vivant hors réserve. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (N° au catalogue 82-003, supplément aux Rapports sur la santé, volume 13).
- Toth, E., Cardinal, K., Moyah, D. et Ralph-Campbell, K. (2005). Perspectives in practice: Partnerships to address the diabetes epidemic in Aboriginal communities in Alberta. *Canadian Journal of Diabetes*, 29, pp. 415-419.
- Trevelan, S. (1999). Women in federal and provincial-territorial correctional facilities. *Forum on Corrections Research*, 11(3), Women Offenders.
- Tyan, M., Atkinson, P., Bourke, L. et Atkinson, V. (2004). « If you don't have health, what's the use of living? » Koori voices from the Goulburn-Murray Rivers region on health and its determinants. Dans I. Anderson, J.F. Baum, et M. Bentley (éd.), *Beyond band-aids: Exploring the underlying social determinants of Aboriginal health* (pp. 1-18). Articles de l'atelier sur les déterminants sociaux de la santé autochtone, Adelaïde, Australie, juillet 2004. Darwin, Australie. Cooperative Research Centre for Aboriginal Health. Consulté le 26 mai 2009 sur http://www.craah.org.au/publications/beyond_band-aids.html
- Uchino, B., Uno, D. et Holt-Lunstad, J. (1999). Social support, physiological processes and health. *Current Directions in Psychological Science*, 8(5), pp. 145-148.
- United States Department of Health and Human Services. (1999). *Mental health: Report of the Surgeon General*. Washington, DC. Auteur. Consulté le 25 mai 2010 sur <http://mentalhealth.samhsa.gov/cmhs/surgeongeneral/surgeongenerallrpt.asp>
- Waldram, J.B. (1997). *The way of the pipe: Aboriginal spirituality and symbolic healing in Canadian prisons*. Peterborough, Ontario. Broadview Press.
- Walter, M. (2007). Aboriginality, poverty and health – Exploring the connections. Dans I. Anderson, J.F. Baum, et M. Bentley (éd.), *Beyond band-aids: Exploring the underlying social determinants of Aboriginal health*. Articles de l'atelier sur les déterminants sociaux de la santé autochtone, Adelaïde, Australie, juillet 2004. Darwin, Australie. Cooperative Research Centre for Aboriginal Health.
- Wardle, J., Farrell, M., Hillsdon, M., Jarvis, M., Sutton, S. et Thorogood, M. (1999). Smoking, drinking, physical activity and screening uptake and health inequalities. Dans D. Gordon, M. Shaw, D. Dorling, et G. Davey Smith (éd.), *Inequalities in health: The evidence presented to the Independent Inquiry into Inequalities in Health* (pp. 213-239). Bristol, Royaume-Uni. The Policy Press.
- Webster, A. (2007). *Sheltering urban Aboriginal homeless people: Assessment of situation and needs*. Winnipeg, Manitoba. Association nationale des centres d'amitié et Institute of Urban Studies, University of Winnipeg.
- Wheatley, M.A. (1998). Social and cultural impacts of environmental change on Aboriginal peoples in Canada. *International Journal of Circumpolar Health*, 57(S1), pp. 537-542.
- Wilkinson, R. et Marmot, M. (éd.). (2003). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits canadiens*. Genève. Organisation mondiale de la santé. 2007.
- Organisation mondiale de la santé. (2005). *Rapport sur la santé dans le monde 2005 - Donnons sa chance à chaque mère et à chaque enfant*. Genève. Auteur.
- Organisation mondiale de la santé. (2011). *Les déterminants sociaux de la santé*. Genève. Auteur. Consulté le 25 mai 2011 sur http://www.who.int/social_determinants/en/
- Wortley, S. (2003). Hidden intersections: Research on race, crime, and criminal justice in Canada. *Canadian Ethnic Studies*, 25(3), pp. 99-117.

Chapitre 3 :

LES INITIATIVES ET LES PROGRAMMES NATIONAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ AUTOCHTONE



Au Canada, les membres des Premières nations, les Inuits et les Métis ont un statut unique, reconnu par la Constitution. Cette situation est traduite par un cadre politique complexe régissant les initiatives et les programmes de santé destinés aux Autochtones,²³ et faisant intervenir plusieurs ordres de gouvernement (c.-à-d. fédéral, provincial/territorial, autochtones) et de multiples intervenants (CCNSA, 2011). Bien que les pratiques et les politiques canadiennes en santé publique ont continué à améliorer la vie de l'ensemble des Canadiens, les Autochtones se heurtent toujours à des inégalités en matière de santé et ont une qualité de vie inférieure à celle des autres Canadiens.

Ce chapitre se penche sur le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation d'initiatives et de programmes en matière de santé destinés aux Autochtones. Il commence par examiner l'émergence du gouvernement fédéral dans la santé publique, et les rôles et responsabilités de chacun en matière de prestation de programmes et de services de santé. Il résume ensuite les initiatives et les programmes publics créés pour diverses populations autochtones ou qui contiennent des éléments qui leur sont destinés. Nombre de ces programmes et initiatives ont été mis en place pour

éliminer les disparités en matière de santé subies par ces populations.

3.1 L'histoire en quelques points

Le gouvernement canadien a commencé à jouer un rôle dans la santé publique au début des années 1830, lorsque le Haut-Canada et le Bas-Canada ont créé des conseils de santé. Lors de la fondation du Canada en 1867, les provinces se sont mises à adopter des lois relatives à la santé publique, des conseils de santé publique ont été créés pour endiguer les risques sanitaires, et des médecins hygiénistes ont été nommés pour veiller à la santé et au bien-être dans les diverses régions (Santé Canada, 2003b). La médecine évoluant, les activités et les programmes pris en charge par ces conseils ont suivi. Ils ont commencé par dépister les maladies du bétail, à mettre en place des pratiques de contrôle des infections transmissibles sexuellement, à créer et à superviser des établissements de prévention de la propagation de maladies transmissibles (comme des sanatoriums contre la tuberculose), et à réglementer la pasteurisation du lait (Santé Canada, 2003b).

Au 20^e siècle, la santé publique des Canadiens s'est nettement améliorée, les taux de mortalité ont baissé et l'espérance de vie a augmenté. Les programmes de vaccination et d'immunisation ont réduit la propagation des maladies transmissibles

comme les oreillons, la rougeole et la diphtérie, tandis que les activités de renforcement et de promotion de l'hygiène ont également réduit la propagation des maladies infectieuses. Les praticiens de la santé publique ont recommandé des mesures pour réduire les inégalités en santé entre les groupes de revenus et de niveau d'instruction différents (Santé Canada, 2003b). De plus en plus, pour étayer les pratiques en santé publique, on s'est appuyé sur les informations sanitaires provenant des programmes de surveillance et de la collecte de données.

3.2 Le contexte actuel

Cette section se penche sur le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation d'initiatives et de programmes en matière de santé destinés aux Autochtones. Il résume également le rôle de trois organisations autochtones nationales dans les domaines de la santé et des politiques sanitaires.

Étant donné le statut spécial et particulier des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis, plusieurs autorités sont responsables de la prestation des programmes et des services de santé destinés à cette population. À l'échelon national, le gouvernement fédéral fournit depuis 1945 des programmes et des services de santé aux Indiens de plein

²³ Dans la totalité de ce rapport, le terme « Autochtone » désigne les peuples des Premières nations, les Inuits et les Métis. Au fil de la documentation et des descriptions des diverses organisations, les membres des Premières nations sont parfois répartis en fonction de leur statut (de plein droit ou de fait) ou selon qu'ils vivent dans les réserves ou hors des réserves.

droit (inscrits)²⁴ vivant dans les réserves et aux Inuits vivant sur leurs territoires traditionnels (Wigmore et Conn, 2003b). Il s'agit principalement de services limités de santé publique et de prévention, et de programmes de promotion de la santé dispensés par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (FSSNA) de Santé Canada. La plupart des soins hospitaliers et des services de soins primaires sont dispensés par les gouvernements provinciaux et territoriaux (Santé Canada, 2009b). La DGSPNI y joue toutefois un rôle par l'intermédiaire de son Programme des établissements de santé et des immobilisations qui fournit des programmes et des services de santé efficaces et rentables à ses clients, même s'ils vivent à distance ou dans des régions isolées, en soutenant « la construction, l'acquisition, la location, l'exploitation et l'entretien des postes de soins infirmiers, des centres de soins de santé, des postes sanitaires, des infirmeries, des centres de traitement, des résidences des employés et des immeubles de soutien opérationnel » (gouvernement du Canada, 2010). Dans le cas des membres des Premières nations vivant hors des réserves, ou des Inuits ou Métis en milieu urbain, le gouvernement fédéral ne joue qu'un rôle limité. On considère que la santé de ces groupes relève de la responsabilité de la province ou du territoire de résidence.

Deux politiques importantes orientent la mise en place et l'administration des services de santé destinés aux Premières nations et aux Inuits : la Politique de 1979 sur la santé des Indiens et la Politique de transfert des services de santé de 1989. L'idée du gouvernement fédéral qui sous-tend la Politique de 1979 sur la santé des Indiens est la prise en charge de l'administration de leurs programmes de santé communautaire par les Premières nations et les Inuits (CCNSA, 2011). Son objectif est d'« améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus

et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes » (Santé Canada, 2004, p. 39). Elle s'appuie sur trois piliers : « le développement communautaire, les relations traditionnelles entre les Indiens et le gouvernement fédéral et le système de santé canadien » pour enrayer les inégalités en matière de santé des Autochtones (Santé Canada, 2007c, p. 2). Bien qu'elle reconnaisse que les communautés doivent davantage contrôler la santé, cette politique est limitée. Elle ne précise pas si elle vise les Indiens inscrits et non inscrits, et n'a pas entraîné la réalisation d'objectifs stratégiques de santé à court terme, à moyen terme ou à long terme (Lavoie et Gervais, à venir).

La Politique de transfert des services de santé a été adoptée en 1989 pour instaurer le contrôle direct de la communauté sur les programmes de santé. Cette politique a été mise en place par la signature d'ententes entre le gouvernement fédéral, représenté par la DGSPNI, et des communautés des Premières nations. Elle vise à transférer graduellement à ces communautés le contrôle des programmes et des ressources en santé. Lorsque la politique a été adoptée, elle a permis à des communautés autochtones et à des conseils tribaux du sud du 60^e parallèle de prendre en charge la planification et la diffusion de programmes et de services de santé communautaires, ainsi que de certains programmes régionaux (Wigmore et Conn, 2003b). Avec l'adoption d'ententes intégrées en 1994, les possibilités de contrôle des communautés sur la santé se sont étendues à des communautés du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest (Wigmore et Conn, 2003b).

Santé Canada collabore également avec des provinces, des territoires et des communautés des Premières nations pour financer un réseau de santé publique dans les réserves. Ce réseau prévoit le contrôle et la surveillance des maladies infectieuses, l'information

et l'immunisation prénatale, ainsi que des services de salubrité de l'environnement (comme l'analyse de l'eau potable et des inspections sanitaires). Les trois ordres de gouvernement (fédéral, provincial-territorial et régional-communautaire) collaborent pour traiter des problèmes en matière de santé publique.

Le contexte de la santé autochtone subit un manque de continuité entre les politiques fédérales, provinciales et territoriales et leur étendue, particulièrement sur le plan du paiement des services. Les gouvernements provinciaux et fédéral ne s'entendent pas toujours sur la prise en charge des services de santé pour les membres des Premières nations vivant dans les réserves. Par le passé, cette ambiguïté quant aux responsabilités de chacune des compétences a eu des répercussions néfastes, comme dans le cas de Jordan River Anderson, un jeune garçon mort en attendant que les gouvernements s'entendent sur la responsabilité de ses soins (Blackstock, 2009).

Le Conseil canadien de la santé, un organisme fédéral qui évalue les soins au Canada, a formulé plusieurs recommandations pour éliminer les disparités intergouvernementales et d'infrastructure, notamment :

- Les Autochtones (Premières nations, Métis et Inuits) devraient pleinement avoir le droit d'agir à titre de partenaires respectés des autorités fédérales, provinciales, territoriales et régionales en vue de créer et de mettre en place un cadre de rapport sur la santé autochtone. Pour y parvenir, les différents ordres de gouvernement doivent collaborer avec les organisations autochtones en vue de traiter des déterminants de la santé qui touchent chaque population.
- Il faut aider les communautés à adopter un modèle de santé de la population

²⁴ Les termes « inscrits » ou « de droit » désignent les personnes ayant déclaré être inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens*. (Statistique Canada, Définitions, http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/abor/definitions_f.cfm)

tenant compte des besoins propres aux Autochtones.

- Il faut combler les besoins socioéconomiques et géographiques de certaines populations, surtout celles des régions isolées ou nordiques (Conseil canadien de la santé, 2005).

En plus de collaborer avec les gouvernements provinciaux et territoriaux pour dispenser des programmes et des services de santé aux Autochtones, le gouvernement fédéral finance un certain nombre d'organisations non gouvernementales qui administrent des initiatives et des programmes en son nom. Par exemple, par le biais du programme des Autochtones de Patrimoine canadien, le gouvernement fédéral a octroyé à des associations nationales, provinciales et territoriales, ainsi qu'à des centres d'amitié autochtones, du financement pour une vaste gamme de programmes et de services axés sur la culture et visant à améliorer la santé et le bien-être des Autochtones en milieu urbain, et à renforcer leur identité (Patrimoine canadien, 2010a).

Le plan directeur de la santé des Autochtones
Au cours des 20 dernières années, on a de plus en plus reconnu la nécessité de combler l'écart entre les résultats de santé des Autochtones et ceux de la population canadienne en général, mais pour y parvenir, il faut éliminer les problèmes découlant de la complexité associée à la prestation de services de santé aux Autochtones et prendre des mesures concertées en ce qui concerne les déterminants de la santé (Santé Canada, 2005a, p. 1). Face à cette prise de conscience, les premiers ministres et des dirigeants autochtones se sont réunis en 2005 pour créer des initiatives concrètes visant à améliorer l'état de santé des Autochtones. Ces efforts ont abouti à un plan de transformation sur 10 ans visant à orienter les décisions des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et des dirigeants autochtones en vue de « combler l'écart dans les résultats de santé en dispensant des services complets, holistiques et coordonnés » (Santé Canada, 2005a, p. 4).

Le Plan directeur de la santé des Autochtones n'a aucun caractère obligatoire; ses objectifs sont des souhaits structurés en vue du changement et de la coopération. En voici les détails :

- combler l'écart existant entre l'ensemble de la population canadienne et les Autochtones en améliorant l'accès aux services de santé ainsi que leur qualité, par la prestation de services complets, holistiques et coordonnés par tous les ordres de gouvernement (fédéral, provincial, territorial, régional et local);
- créer des programmes et des services de santé de qualité dans toutes les régions et les communautés, où que ce soit et quelle que soit leur relation avec la *Loi sur les Indiens*;
- répondre aux besoins précis et variés des femmes, des jeunes et des aînés en exploitant des analyses utiles et fondées sur le sexe lors de la création d'études, de politiques et de programmes (Santé Canada, 2005a).

Pour atteindre ces objectifs, le plan directeur doit utiliser et élargir les relations actuelles entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et entre les organisations, les gouvernements et les fournisseurs de services des Premières nations, inuits et métis. Le mécanisme de financement de ce plan illustre parfaitement cette approche : l'argent provient des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, qui sont chargés de le distribuer et de le gérer en vue d'assurer la viabilité des réseaux autochtones de soins de santé. Le plan directeur est vu comme un document évolutif, qui doit être révisé périodiquement pour maintenir les responsabilités de chacun et évaluer la réalisation des objectifs (premiers ministres et dirigeants d'organisations autochtones nationales, 2005).

Les organisations autochtones nationales
Un certain nombre d'organisations des Premières nations, inuites et métisses participent à l'élaboration du programme

politique en santé publique à l'échelon national. Elles sont dirigées par et pour des Autochtones, et leur portée transcende les frontières provinciales et territoriales (pour en savoir plus sur ces organisations, consultez le Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone [CCNSA], 2010). Presque toutes ces organisations nationales se sont dotées d'un mandat vaste et se consacrent à la défense, à la représentation et au lobbyisme. Vous trouverez plus bas une rapide description des trois plus importantes d'entre elles : l'Assemblée des Premières Nations, Inuit Tapiriit Kanatami et le Ralliement national des Métis. Chacune joue un rôle essentiel dans la création d'une politique de santé à l'échelon national.

L'Assemblée des Premières Nations est l'organisation nationale qui représente les membres des Premières nations du Canada. Son secrétariat présente la vision des diverses Premières nations, exprimée par leurs dirigeants, dans des domaines comme les droits ancestraux et issus de traités, le développement économique, l'éducation, la langue, l'alphabétisation, la santé, le logement, le développement social, la justice, l'imposition, les revendications territoriales et l'environnement. En ce qui concerne la santé publique, l'Assemblée des Premières Nations veille à ce que tous les membres et toutes les communautés des Premières nations aient accès à une qualité de vie et à des soins identiques à ceux des autres Canadiens (par exemple, Assemblée des Premières Nations [APN], 2006).

Inuit Tapiriit Kanatami est l'organisation nationale inuite du Canada. Elle représente quatre régions inuites : le Nunatsiavut (au Labrador), le Nunavik (au Nord du Québec), le Nunavut et la région désignée des Inuvialuit (dans les Territoires du Nord-Ouest). Créée en 1971, Inuit Tapiriit Kanatami représente et promeut les intérêts des Inuits. Sur le plan des soins et de la santé publique, Inuit Tapiriit Kanatami a

réalisé des études et des initiatives dans les domaines de la prévention du suicide, de la santé mentale, du cancer, du diabète, de la santé environnementale et nutritionnelle et du transfert des services de santé (Inuit Tapiriit Kanatami, 2009).

Le Ralliement national des Métis représente les Métis du Canada. Il est plus particulièrement chargé de prendre des mesures pour combler les désirs et les aspirations des gouvernements métis à l'échelon national et international. Sur le plan des soins et des politiques de santé publique, le Ralliement national des Métis a élaboré des objectifs précis pour toutes les provinces à l'ouest de l'Ontario. Il s'agit, entre autres de programmes contre le diabète, de services familiaux, de programmes de sensibilisation et de prévention du VIH et du sida, de programmes de santé, de soins de longue durée, ainsi que de soins aux enfants et aux adolescents (Ralliement national des Métis, s.d.).

3.3 Les initiatives et les programmes fédéraux en matière de santé

Cette section énumère les initiatives et les programmes fédéraux visant à améliorer la santé et le bien-être des Autochtones. Pour les trouver, nous avons exploré les sites Web et des rapports du gouvernement fédéral en effectuant une recherche par mots clés en lien avec les problèmes de santé autochtone. Les résultats se limitent aux initiatives et aux programmes mis en œuvre, financés et administrés par une division ou un ministère du gouvernement fédéral pour les Autochtones, ou comportant un élément qui leur est destiné.

Les initiatives et les programmes énumérés étaient disponibles au moment de la recherche sur Internet, soit au début

de 2009.²⁵ Toutefois, ce chapitre pourrait ne pas inclure l'intégralité des initiatives et des programmes fédéraux, étant donné les limites de la publication sur Internet, où l'information change sans cesse et où il est souvent difficile de vérifier son exhaustivité ou son exactitude.

Cette liste s'amorce sur un aperçu des initiatives et des programmes dont les avantages s'étendent sur plusieurs domaines de la santé : le programme des Services de santé non assurés, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone et le Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Elle est suivie d'un résumé des initiatives et des programmes classés par domaine de santé, comme les enfants et les jeunes, la santé mentale/le suicide/la consommation d'alcool ou d'autres drogues, les maladies chroniques, les maladies transmissibles, l'activité physique et la nutrition, et la salubrité de l'environnement. La section conclut par un résumé des initiatives et des programmes ciblant plus particulièrement la population autochtone urbaine. Pour chaque programme ou initiative, nous avons indiqué les objectifs, la portée, le budget ainsi que les dates de début et de fin lorsque ces renseignements se trouvaient sur le site Web du programme. Ce chapitre porte uniquement sur l'application de ces programmes à l'échelon national. Les détails sur leur diffusion dans les provinces et les territoires visés se trouvent au chapitre 4 : Les initiatives et les programmes provinciaux et territoriaux en matière de santé autochtone.

Le Programme des Services de santé non assurés

À l'échelon fédéral, l'accès équitable aux ressources et autres services de santé est actuellement pris en charge par le programme des Services de santé non

assurés (SSNA). Ce programme vise à « aider les peuples des Premières nations et les Inuits à atteindre un état de santé global comparable à celui des autres Canadiens... » à l'aide de la prestation de services de santé et de traitements non pris en charge par l'assurance provinciale ou territoriale ou d'autres régimes d'assurance privés (Santé Canada, 2005c, p. 5).²⁶ Il couvre une liste précise de médicaments, les soins dentaires, la santé oculaire, les services ophtalmologiques, les fournitures et l'équipement médicaux, les interventions à court terme et les conseils en santé mentale, ainsi que le transport médical. En Colombie-Britannique, il prend également en charge les primes d'assurance maladie.²⁷

Pour être admissible au programme des SSNA :

- il faut être un Indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens*, un Inuit reconnu par l'une des organisations de revendications territoriales des Inuits ou un enfant de moins d'un an dont l'un des parents est admissible;
- il faut être inscrit ou admissible à l'inscription à un régime d'assurance-maladie provincial ou territorial;
- il ne faut pas être protégé en vertu d'une autre entente (p. ex., entente d'autonomie) avec un gouvernement fédéral, provincial ou territorial (Santé Canada, 2010a, p. 7).

En outre, avant d'être envoyées au programme des SSNA, les réclamations doivent d'abord être soumises aux régimes d'assurance-maladie privés ou de santé publique, ou aux programmes sociaux auxquels les clients sont admissibles.

Ce programme n'a pas de date d'échéance, et le financement dépend du nombre de

²⁵ La première recherche de programmes a été entreprise en 2009. Les programmes énumérés ici étaient en vigueur à ce moment-là. Cependant, étant donné que ce document a été révisé et qu'il a fallu vérifier l'information, parfois dans des pages Internet mises à jour, les citations peuvent être postérieures à 2009.

²⁶ Les services visent à permettre aux populations autochtones admissibles d'adopter une approche de santé communautaire et d'établir une relation mutuelle de responsabilisation avec diverses organisations gouvernementales (Santé Canada, 2005b).

²⁷ Ces éléments ont été pris en charge en Alberta jusqu'au 1er janvier 2009, ainsi que lorsque le gouvernement albertain a supprimé les primes d'assurance-maladie pour tous ses citoyens (gouvernement de l'Alberta, 2011).

réclamations présentées. En 2008-2009, les dépenses totales des SSNA s'élevaient à 934,6 millions de dollars, dont 44,8 % pour les produits pharmaceutiques, 29,4 % pour le transport médical et 18,9 % pour les soins dentaires (Santé Canada, 2010a, p. 17).

L'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone

La pénurie de travailleurs de la santé, surtout dans les communautés des Premières nations, constitue un problème reconnu à l'échelon national (APN, 2008). En outre, les Autochtones sont sous-représentés dans tous les domaines de la santé (APN, 2008; Congrès des peuples autochtones, 2007). Pour aborder la crise des ressources humaines en santé, le gouvernement fédéral a mis en place en 2005 l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA). L'IRHSA a obtenu un montant de 100 millions de dollars sur cinq ans pour financer des projets régionaux et nationaux visant à augmenter l'effectif des Autochtones dans le domaine de la santé, à adapter le programme de formation en santé afin qu'il intègre des compétences culturelles, et à inciter les travailleurs de la santé à continuer à travailler dans les communautés autochtones (Santé Canada, 2007d).²⁸ L'IRHSA vise à compléter et à intégrer, lorsque c'est possible, le travail amorcé dans les provinces et les territoires dans le cadre de la Stratégie pancanadienne relative aux ressources humaines en santé (2003).

Financée par la DGSPNI de santé Canada, l'IRHSA est gouvernée par un comité consultatif national de Premières nations et d'Inuits constitué de représentants communautaires et nationaux, ainsi que d'un comité consultatif de Métis et d'Autochtones situé hors des réserves (APN, 2008). Pour réaliser les objectifs de l'initiative, les fonds sont distribués à des organisations nationales et régionales par le biais d'accords de contribution et

de contrats. Des projets régionaux sont mis sur pied et financés par le biais d'un processus de planification des tâches faisant intervenir des représentants de la DGSPNI et de la province ou du territoire, en vue de structurer les dépenses prioritaires et d'approuver le plan de travail du bureau national. Les clients de ce programme sont tous les membres des Premières nations, tous les Inuits et tous les Métis, quel que soit leur statut ou leur lieu de résidence; les fournisseurs de soins de santé aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis; les universités et les collègues qui dispensent des programmes de soins de santé; les organismes de santé professionnels et paraprofessionnels autochtones et non autochtones et les associations représentant les collèges et les universités (APN, 2008).

Les informations concernant les résultats de l'initiative quant au recrutement, à la formation et à la conservation de travailleurs en santé autochtone ne sont pas encore publiées sur Internet.

Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones

Présenté en 2005, le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) est un mécanisme visant à combler l'écart entre la santé des Autochtones et celle des non Autochtones du Canada, en améliorant l'accès aux services de santé actuels, ainsi que leur qualité (Santé Canada, 2010g). Il appuie divers projets au moyen des trois enveloppes budgétaires de l'intégration, de l'adaptation et pancanadienne (Santé Canada, 2009c). L'enveloppe budgétaire de l'intégration soutient l'amélioration de la coordination et de l'intégration entre les services de santé financés par le gouvernement fédéral qui sont en place dans les communautés des Premières nations et des Inuits. L'enveloppe budgétaire de l'adaptation appuie les efforts des gouvernements provinciaux et territoriaux en vue d'adapter leurs programmes de santé actuels aux

besoins particuliers des Premières nations, des Inuits et des Métis, qu'ils vivent dans les réserves, hors des réserves ou en milieu urbain. L'enveloppe budgétaire pancanadienne « contribue au savoir et aux ressources en matière d'intégration et d'adaptation des systèmes de santé pour les Autochtones; portent sur les questions d'intégration ou d'adaptation aux niveaux régional et national; consistent à mettre au point des outils, des travaux de recherche et des ressources visant à appuyer chacun des projets financés par le Fonds de transition pour la santé des Autochtones » (Santé Canada, 2009c, Pan-Canadian, parag. 2).

En tout, 200 millions de dollars ont été distribués sur cinq ans pour le FTSA, dont 80 pour l'enveloppe de l'adaptation, 80 pour l'enveloppe de l'intégration et 40 pour l'enveloppe pancanadienne (Santé Canada, 2006d). Depuis le début, plus de 311 projets en santé se sont vus attribuer un financement (Santé Canada, 2010g). Ces projets ont favorisé différentes approches de coordination et d'adaptation des services de santé dans des domaines comme la cybersanté, l'abus d'alcool ou d'autres drogues, les soins aux enfants et aux adolescents, la santé mentale, les maladies chroniques, les soins à domicile et la gouvernance (Santé Canada, 2010g).

Les enfants et les jeunes

Au cours de la dernière décennie, de nombreuses discussions et études se sont penchées sur l'amélioration des soins aux enfants et aux jeunes Autochtones. En collaboration avec le gouvernement fédéral, la DGSPNI et l'ASPC recensent les débouchés stratégiques susceptibles d'améliorer la santé et le bien-être des enfants et des jeunes inuits et des Premières nations. Financés par le gouvernement fédéral et ses organismes et ministères, les initiatives et les programmes suivants s'adressent aux enfants et aux jeunes Autochtones afin qu'ils puissent obtenir les mêmes résultats de santé que les Canadiens de leur âge.

²⁸ Ce programme a été prolongé jusqu'en mars 2013.

Le Programme canadien de nutrition prénatale

Le Programme canadien de nutrition prénatale est un programme communautaire destiné à améliorer la santé et le bien-être des femmes enceintes, des nouvelles accouchées et de leurs nourrissons malgré les difficultés. Il est offert en deux volets. Le premier est financé et administré par l'Agence de la santé publique du Canada pour toutes les femmes canadiennes et leurs bébés. Bien que le programme ne cible pas particulièrement les Autochtones, il n'en reste pas moins que les taux de participation des Autochtones vivant hors des réserves sont élevés dans certains territoires (surtout dans les Prairies). Le programme, en vigueur depuis 1995, bénéficie actuellement d'un financement annuel d'environ 27,2 millions de dollars (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2007a).

Le deuxième volet - Volet Premières nations et Inuits - est financé et administré par Santé Canada et est destiné aux femmes enceintes et aux nouvelles accouchées ayant des enfants de 12 mois au plus et vivant dans les réserves ou des communautés inuites. Le programme finance des projets communautaires dispensés par des fournisseurs de santé et de services sociaux, comme des diététistes, des nutritionnistes, des conseillers en allaitement, etc. Ces projets visent à améliorer la santé nutritionnelle des femmes enceintes, des nouvelles mères et de leurs enfants. Voici les objectifs de ce programme :

- améliorer le bien-fondé du régime alimentaire des femmes inuites et des Premières nations qui sont en période prénatale ou qui allaitent;
- améliorer l'accès aux renseignements, aux ressources et aux services sur la nutrition, surtout aux femmes particulièrement vulnérables;
- améliorer les taux d'allaitement, d'initiation et de soutien;
- améliorer les possibilités d'acquisition des connaissances et des compétences en matière de santé de la mère et de l'enfant;

- améliorer le nombre de nourrissons recevant des aliments adaptés à leur âge au cours des 12 premiers mois (Santé Canada, 2007b).

Plus de 9 000 femmes participent chaque année au Programme canadien de nutrition prénatale de la DGSPNI (ASPC, 2007a). Bien qu'il a été impossible de trouver sur Internet des informations récentes sur le budget du Volet Premières nations et Inuits, un rapport du gouvernement fédéral mentionne un financement fédéral de 9 328 012 \$ au cours de l'exercice financier 2005-2006, destiné à 450 projets de ce volet (gouvernement du Canada, 2007).

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves et le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques

Les programmes d'aide préscolaire aux Autochtones (PAPA) sont conçus pour aider les enfants autochtones en âge scolaire à combler leurs besoins émotionnels, sociaux, sanitaires, nutritionnels, spirituels et psychologiques dans un milieu holistique et épanouissant. Ils prévoient des interventions précoces en ciblant les besoins des enfants autochtones jusqu'à six ans. Chaque programme comporte six éléments : la promotion et la protection de la langue et de la culture autochtones; la nutrition; l'éducation; la promotion de la santé; le soutien social ainsi que l'engagement des parents et de la famille. Les programmes PAPA visent à aider les parents à contribuer au sain développement de leurs enfants, à les encourager à apprendre de manière continue et à les y aider, et à réduire les effets négatifs sur la santé des taux élevés de pauvreté et du manque de soutien social qui caractérisent de nombreuses communautés autochtones (Santé Canada, 2003a).

Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques est en vigueur depuis 1995. Financé et administré par l'Agence de la santé

publique du Canada, il permet de réaliser des programmes de développement de la petite enfance pour des enfants des Premières nations, inuits et métis vivant en milieu urbain et dans de grandes communautés nordiques du Canada (Williams, s.d.). Son budget d'exploitation annuel est d'environ 35 millions de dollars (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada [AADNC], 2008c). Depuis 2008, près de 140 sites du PAPA ont reçu du financement pour créer des programmes dans tout le Canada, destinés à quelque 4500 enfants de 0 à 6 ans (AADNC, 2008c).

En 1998, le PAPA était étendu aux enfants des Premières nations vivant dans les réserves. Le programme d'aide préscolaire aux Autochtones vivant dans les réserves est financé et administré par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. Actuellement, il fonctionne avec un budget annuel d'environ 59 millions de dollars (Santé Canada, 2010b). Depuis 2008, plus de 354 sites, qui fournissent des services à 383 communautés des Premières nations, ont reçu des fonds pour créer des programmes de développement du jeune enfant (AADNC, 2008d).

L'initiative en matière de SAF/EAF pour les premières nations et les Inuits

Le syndrome d'alcoolisation fœtale et l'effet de l'alcoolisme fœtal (SAF/EAF) sont des anomalies congénitales évitables découlant de la consommation d'alcool pendant la grossesse. Bien que la prévalence du SAF/EAF (Pacey, 2009) est généralement non connue, des études suggèrent que ces troubles touchent environ de 1 à 3 naissances vivantes sur 1000 au Canada, et que les taux sont encore plus élevés chez les Autochtones (Santé Canada, 2005d). L'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) est le terme employé pour désigner le vaste éventail des effets du SAF/EAF.

En 1999, le gouvernement a commencé à allouer des fonds supplémentaires,

par le biais du Programme canadien de nutrition prénatale, pour les programmes traitant des problèmes de SAF/EAF dans les communautés autochtones. Gérée par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, l'initiative en matière de SAF/EAF pour les Premières nations et les Inuits, vise « les personnes atteintes du SAF/EAF, les personnes à risque, les familles, les membres de la communauté, les fournisseurs de santé et de services sociaux, les dirigeants communautaires, les enseignants et autres éducateurs, ainsi que les travailleurs des services correctionnels et judiciaires » (Groupe de travail technique sur le SAF/EAF, 2001, p. 17). Elle a été créée pour « établir des conditions d'épanouissement de la santé maternelle et infantile » en essayant de prévenir les symptômes de SAF/EAF à la naissance, et en accroissant « les connaissances, les compétences et la qualité de vie des enfants, des mères, des pères et des familles touchés par le SAF/EAF » (Groupe de travail technique sur le SAF/EAF, 2001, p. 11). Voici ses objectifs :

- sensibiliser sur le SAF/EAF et sur les dangers de la consommation d'alcool pendant la grossesse;
- identifier les personnes à risque et leurs partenaires et travailler avec eux pour réduire les risques de SAF/EAF;
- Identifier les personnes touchées par le SAF/EAF et travailler avec elles pour réduire les effets du SAF/EAF sur l'éducation, la société et le comportement en les aidant;
- créer des liens entre les initiatives et les programmes associés (Groupe de travail technique sur le SAF/EAF, 2001, p. 12-13).

Dans le cadre de cette initiative, des fonds sont destinés aux projets, aux services et aux activités appartenant à l'une des trois catégories suivantes :

- promotion de la santé et sensibilisation aux questions entourant le SAF/EAF;
- éducation et formation des personnes faisant partie des groupes ciblés par l'initiative;

- identification d'outils diagnostics ainsi que de soutiens et de stratégies d'intervention conçus pour augmenter la qualité de vie des personnes et des familles touchées par le SAF/EAF (Groupe de travail technique sur le SAF/EAF, 2001, pp. 17-18).

Le financement destiné aux projets, aux activités et aux services en lien avec l'ETCAF vise les membres des Premières nations vivant dans les réserves, les Premières nations au nord du 60^e parallèle et les communautés inuites. Ces projets peuvent être pris en charge par des bandes des Premières nations, des conseils tribaux, des organisations inuites et des Premières nations, ou par des organisations ou des agences communautaires financées par des gouvernements inuits ou des Premières nations.

Le premier budget de l'initiative s'élevait à 750 000 \$ pour sa première année, mais depuis la troisième année, elle fonctionne avec environ 1,7 million de dollars par an (Groupe de travail technique sur le SAF/EAF, 2001). Bien que généralement, le programme, administré au nom des Canadiens par l'Agence de la santé publique du Canada, est soumis à une évaluation, aucune évaluation semblable n'est disponible pour le volet autochtone géré par Santé Canada. Il n'existe donc aucune information sur le nombre de programmes qui ont été financés.

Le Programme de santé maternelle et infantile

Annoncé en septembre 2004, le Programme de santé maternelle et infantile (SMI) vise à aider les femmes enceintes et les familles des Premières nations ayant des bébés et des jeunes enfants, et vivant dans les réserves. Son principal objectif est d'encourager et d'aider les femmes, les enfants et les familles à atteindre leur plein potentiel en matière de développement, grâce à une approche intégrée et communautaire des ressources, de l'aide et des programmes (Santé Canada, 2007b). Avec le soutien des aînés de la communauté, du Programme

canadien de nutrition prénatale et des services infirmiers, les mères et les familles peuvent accéder à une vaste gamme de programmes et de services comme de l'information sur l'ETCAF, des soins à domicile et en communauté, des soins de santé bucco-dentaire et d'autres programmes communautaires. Dans les communautés nordiques (les territoires, le Nunavik et le Labrador), le programme SMI est principalement destiné à élargir et à renforcer les services déjà fournis par la province ou le territoire et Santé Canada, y compris le Programme canadien de nutrition prénatale et les programmes pour l'ETCAF, afin d'augmenter le nombre de communautés disposant de programmes et de proposer des activités plus poussées. Le programme prévoit des visites à domicile par du personnel infirmier de la communauté et des visiteurs familiaux; l'intégration de la culture dans les soins; le dépistage et l'évaluation; la gestion de cas, y compris l'intervention précoce, la coordination de services destinés aux familles et la prestation de soins culturellement adaptés; et la promotion de la santé (Santé Canada, 2007b).

Le budget d'origine de ce programme s'élevait à 110 millions sur cinq ans (APN, 2004). Puisqu'il était insuffisant pour procurer un programme SMI à chaque communauté des Premières nations, un financement a d'abord été octroyé à celles qui avaient les capacités de le diffuser, avec l'idée de financer les autres communautés dès qu'elles le pourraient. Il était prévu de poursuivre et d'étendre les activités du programme (APN, 2004, d'autres fonds lui ont été attribués jusqu'en 2012 au moins (AADNC, 2010a).²⁹ Nous n'avons trouvé aucune information sur le nombre de clients qui ont reçu de l'aide dans ce cadre.

Grandir ensemble

Le programme Grandir ensemble a été créé en 1992 pour aider les communautés inuites et des Premières nations à créer des approches communautaires pour améliorer la santé par le biais de la promotion et de la prévention. Ce programme distribue du

financement pour des programmes, des services ou des activités visant à sensibiliser, à modifier les attitudes, à établir des connaissances et à renforcer les compétences dans cinq domaines : la santé mentale, le développement de l'enfant, les compétences parentales, la santé des bébés et la prévention des blessures (Santé Canada, 2007a).

Le programme Grandir ensemble vise tous les membres des communautés inuites et des Premières nations admissibles. Il est dispensé par divers fournisseurs de services, y compris par des travailleurs en santé mentale, des travailleurs en bien-être, des travailleurs auprès des jeunes et des aînés de la communauté. Chaque société communautaire ou conseil de bande doit demander un financement en suivant un processus de candidature. Le financement dépend de la taille de la population et de l'indice des prix à la consommation. À l'heure actuelle, la majorité des communautés inuites et des Premières nations reçoit du financement dans le cadre de ce programme et (ou) du programme Pour des collectivités en bonne santé.³⁰ Il n'existe pas d'information sur le nombre de propositions financées par ce programme; toutefois, une évaluation effectuée en 2006 a révélé que les activités financées par le programme Grandir ensemble sont utiles et s'attaquent aux besoins et aux priorités en matière de santé et de bien-être des communautés des Premières nations et des Inuits (Santé Canada, 2006a). L'information sur le budget global de ce programme n'est pas disponible.

La santé mentale, le suicide et l'abus d'alcool ou d'autres drogues
De nombreuses communautés autochtones ont rapporté des taux

élevés de problèmes de santé mentale, sous forme de dépression, de décadence morale, de violence familiale, d'abus d'alcool ou d'autres drogues ainsi que de suicides (Kirmayer, Brass et Tait, 2000; Association canadienne pour la santé mentale de l'Ontario, s.d.; Santé Canada, 2006b, 2007b; Cheechoo, Spence et membres du Nishnawbe Aski Nation Decade youth Council, 2006; Chansonneuve, 2007). Nombre de ces problèmes de santé mentale prennent racine dans « une longue histoire de colonisation, de traumatismes découlant des pensionnats, de discrimination, d'oppression et de perte de la terre, de la langue et du mode de vie » (CMHAO, s.d., parag. 6).

Les initiatives et les programmes suivants sont financés par le gouvernement fédéral et ses organismes ou ministères pour combattre les problèmes de santé mentale, le suicide et l'abus d'alcool et de drogues chez les Autochtones.

Pour des collectivités en bonne santé

Pour des collectivités en bonne santé est un programme fédéral conçu pour aider les communautés inuites et des Premières nations, ainsi que leurs gouvernements provinciaux et territoriaux, à créer des approches communautaires en vue de gérer la crise de santé mentale. Ce programme a été créé en 1994, il est financé et administré par Santé Canada. Il propose aux communautés inuites et des Premières nations un financement destiné aux programmes, aux services et aux activités communautaires axées sur l'abus de solvants et la gestion de la crise de santé mentale. Voici les principaux objectifs de ce programme :

- créer et fournir les outils nécessaires aux communautés pour gérer les problèmes de santé mentale et les dépendances;
- se concentrer sur les communautés en crise et les cas hautement prioritaires, comme le suicide;
- fournir des services d'intervention en cas de crise et de postintervention, ainsi que de la formation aux soignants et aux membres de la communauté;
- favoriser l'intervention afin de réduire le nombre de tentatives de suicide et les autres situations de violence (Santé Canada, 2007b, p. 16).

Le volet Santé mentale et intervention en situation de crise du programme prévoit des programmes d'évaluation et de conseil, l'orientation vers des traitements et du suivi, des services postintervention et de réadaptation pour des personnes ou des communautés en crise, de la formation adaptée à la culture pour les membres de la communauté et les soignants et de l'information communautaire sur la santé mentale et le suicide (Santé Canada, 2007b).

Le financement est attribué sur demande de subvention. Chaque société communautaire ou conseil de bande doit demander un financement, qui dépendra de la taille de la population et de l'indice des prix à la consommation. À l'heure actuelle, la majorité des communautés inuites et des Premières nations reçoit du financement dans le cadre de ce programme.³¹ L'information sur le nombre de propositions financées dans cette optique n'est pas disponible; toutefois, une évaluation effectuée en 2006 a révélé que les activités financées par le programme Pour des collectivités en bonne santé sont utiles et s'attaquent aux besoins et aux

²⁹ Le budget de 2010 indique que 285 millions de dollars ont été mis de côté pour renouveler l'investissement dans l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes, les programmes de santé maternelle et infantile, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone et le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (AADNC, 2010a).

³⁰ Santé Canada envisage actuellement de renforcer le programme Grandir ensemble et l'initiative Pour des collectivités en bonne santé, tous deux axés sur la santé mentale à l'échelon communautaire. Le ministère créerait un programme de financement unique qui permettrait à chaque communauté de traiter de la santé mentale, du développement de l'enfant, de l'éducation, de la santé des nourrissons et (ou) de la prévention des blessures, selon les besoins formulés par ses membres. Idéalement, ce programme consolidé permettrait de dispenser un continuum homogène de services communautaires répondant aux besoins en santé et en développement de tous les membres de la communauté, des nouveau-nés aux aînés. Vous trouverez des détails sur le programme Pour des collectivités en bonne santé plus loin dans ce chapitre dans la section « La santé mentale, le suicide et l'abus d'alcool ou d'autres drogues ».

priorités en matière de santé et de bien-être des communautés des Premières nations et des Inuits (Santé Canada, 2006a).

À l'exception du volet Santé mentale et intervention en situation de crise du programme, auquel correspond un budget annuel de 30 millions de dollars (Santé Canada, 2007b), l'information sur le budget de l'initiative Pour des collectivités en bonne santé n'est pas disponible.

La stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones

La stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones a été créée en 2005 pour répondre en urgence à la nécessité de réduire les taux de suicide chez les Autochtones. Elle vise à diminuer l'incidence de ce phénomène et à sensibiliser au suicide des jeunes (Santé Canada, 2007b). Dans cet objectif, elle s'attache à aider les jeunes et les communautés autochtones à acquérir un sentiment d'identité, d'importance, de résilience et de raison d'être, autant de facteurs de protection intégraux. Elle cherche également à créer et à utiliser des outils et des ressources tenant compte des différences culturelles pour favoriser la résilience, la santé spirituelle et émotionnelle, les compétences d'adaptation et le leadership. Les communautés sont encouragées à créer des protocoles d'intervention et de stabilisation en cas de crise, et à développer leurs capacités en la matière afin de composer avec les conséquences du suicide et de prévenir les épidémies de suicide (Santé Canada, 2007b).

Dans le cadre de cette stratégie, les jeunes Autochtones vivant dans les réserves,

les jeunes Inuits et les jeunes vivant hors des réserves ont accès à des services. Les services sont assurés par une variété de fournisseurs en soins de santé et en santé mentale (Santé Canada, 2007b).

Un budget de 65 millions de dollars sur cinq ans a été alloué à la stratégie (Congrès des peuples autochtones, s.d.), et le financement a récemment été prolongé jusqu'en 2012 (AADNC, 2010a).³²

Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones

Le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones (PNLAADA) est une initiative de Santé Canada visant à aider les communautés des Premières nations et des Inuits à créer des programmes locaux afin de prévenir l'abus d'alcool, de drogue et de solvants et de rétablir le bien-être des personnes comme des communautés. Créé dans les années 1970 sous la forme de projet pilote, le programme est devenu permanent en 1982 dans le cadre d'une stratégie fédérale globale de traitement, de recherche et de formation (Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances, s.d.). Désormais, il est largement contrôlé par des communautés et des organisations des Premières nations (Santé Canada, 2006c).

Pour fournir des ressources de prévention, de traitement et de postintervention à plus de 500 communautés autochtones, le PNLAADA :

- aide les Premières nations à réduire l'incidence de l'abus d'alcool ou d'autres drogues dans leurs communautés;
- développe des ressources et crée des programmes et des services

communautaires de lutte contre la dépendance qui sont axés sur la culture;

- renforce la sensibilisation à l'abus d'alcool ou d'autres drogues et aux modes de vie plus sains;
- renforce les relations entre les programmes et services communautaires et le traitement en établissement;
- dispense des services de soutien post-traitement aux personnes et aux familles (Santé Canada, 2007b).

Le PNLAADA prévoit plus de 550 programmes incluant des activités de prévention des problèmes d'abus d'alcool et de drogues, des activités d'intervention précoce contre les problèmes d'abus et des activités de postintervention en vue d'éviter la récurrence (Santé Canada, 2006c). Ces programmes sont offerts dans les réserves des Premières nations et des établissements inuits.

À l'origine, une somme de 154 millions de dollars a été attribuée au PNLAADA (Hodgson, Hanki, Paul, Toulouse et Jock, 1998). Le programme a entrepris un processus de renouvellement depuis 2007, dans le cadre de l'annonce de la Stratégie nationale antidrogue du gouvernement fédéral. Cette annonce s'accompagnait d'une entente de financement de 30,5 millions de dollars sur cinq ans et de 9,1 millions de dollars de financement continu pour renforcer les services de lutte contre la dépendance des Premières nations et des Inuits (PNLAADA, s.d.).

Le traitement en établissements du PNLAADA

Le PNLAADA soutient un réseau national de 52 centres de traitement en établissements totalisant environ 700 lits

³¹ Santé Canada envisage actuellement de renforcer le programme Grandir ensemble et l'initiative Pour des collectivités en bonne santé, tous deux axés sur la santé mentale à l'échelon communautaire. Le ministère créerait un programme de financement unique qui permettrait à chaque communauté de traiter de la santé mentale, du développement de l'enfant, de l'éducation, de la santé des nourrissons et (ou) de la prévention des blessures, selon les besoins formulés par ses membres. Idéalement, ce programme consolidé permettrait de dispenser un continuum homogène de services communautaires répondant aux besoins en santé et en développement de tous les membres de la communauté, des nouveau-nés aux aînés.

³² Dans le budget de 2010, il est indiqué que 285 millions de dollars ont été réservés au renouvellement de l'investissement dans l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes, les programmes de santé maternelle et infantile, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone et le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (AADNC, 2010a).

dans tout le Canada, et servant à traiter directement les problèmes d'abus d'alcool ou d'autres drogues des Premières nations vivant dans les réserves et des Inuits admissibles (Santé Canada, 2006c). Les centres de traitement sont exploités par des organismes et des communautés des Premières nations. Ils dispensent des services de traitement et de soutien externes et internes et donnent de l'information sur les problèmes de dépendance et sur les traitements. Ils fournissent également aide et information aux travailleurs communautaires du PNLAADA qui fournissent des services de suivi ou de postintervention. Voici les principaux objectifs de ce programme :

- offrir aux patients hospitalisés des traitements adaptés à leur culture;
- donner un accès équitable au traitement d'un bout à l'autre du pays;
- accroître la sensibilisation et la compréhension en ce qui concerne les modes de vie sains sans dépendance et promouvoir le mieux-être mental;
- renforcer les liens entre le volet traitement en établissements et le volet prévention communautaire;
- mettre au point un système cohérent de prestation des traitements pour améliorer l'accès aux services et la qualité de ces derniers;
- améliorer la prestation des services et le soutien aux communautés en mettant l'accent sur les priorités en matière de toxicomanie (Santé Canada, 2007b).

Il s'est avéré impossible de se procurer des renseignements sur le budget du programme et les dates de démarrage.

Le Programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes.

Le Programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes, créé par la DGSPNI, est une autre initiative de Santé Canada pour aider les communautés des Premières nations et des Inuits à mettre sur pied des programmes locaux afin de prévenir l'abus d'alcool, de drogue et de solvants, et de rétablir le bien-être des personnes comme des communautés. Ce programme communautaire de prévention,

d'intervention, de postintervention et de traitement aux patients hospitalisés cible tout particulièrement les jeunes inuits et des Premières nations toxicomanes ou risquant d'inhaler des solvants (Santé Canada, 2007b). Il fait intervenir les jeunes, les parents et les communautés pour tenter de gérer des problèmes comme la violence familiale, le suicide et la dépression qui sont souvent la cause ou le résultat de l'utilisation de solvants. Le traitement se base sur les valeurs et les croyances autochtones, est axé sur le développement personnel et le bien-être, et propose un continuum de soins allant du prétraitement aux soins de suivi (Santé Canada, 2007b).

Voici les principaux objectifs du Programme de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes :

- fournir des traitements et des programmes de rétablissement spécialisés destinés aux personnes qui abusent régulièrement des solvants, selon des méthodes axées sur leur patrimoine culturel unique;
- prévoir le soutien communautaire des personnes et des familles avant et après le traitement;
- mieux sensibiliser à l'abus de solvants et aux modes de vie plus sains;
- établir des liens et collaborer avec d'autres programmes et ressources communautaires, dont des travailleurs du PNLAADA et d'autres intervenants, pour répondre aux besoins de la clientèle (Santé Canada, 2007b).

Le programme compte dix centres de traitement de l'abus de solvants, qui proposent en tout 120 lits et sont répartis dans tout le pays (Santé Canada, 2005b). Certains de ces centres proposent des programmes pour les jeunes de 12 à 19 ans, tandis que d'autres ciblent ceux de 16 à 25 ans. Ils servent également de centres de formation et d'information sur l'abus de solvants pour les travailleurs de la communauté. Chaque année, au moins 212 sont traités dans le cadre du programme (Santé Canada, 2005b).

Créé en 1993, ce programme fonctionne avec un budget approximatif de 13 millions de dollars par an (Santé Canada, 2005b).

Programme de soutien en santé - résolution des questions des pensionnats indiens.

Les pensionnats ont d'importantes répercussions intergénérationnelles sur la santé de nombreuses personnes, familles et communautés autochtones. Pour favoriser la guérison, le gouvernement fédéral a annoncé en 2007 la création du Programme de soutien en santé - résolution des questions des pensionnats indiens (Fletcher, 2007). Administré par Santé Canada en partenariat avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, ce programme offre des services de soutien en santé mentale et affective (Fletcher, 2007). En outre, les clients peuvent recevoir de l'aide pour le transport vers les fournisseurs de services (Fletcher, 2007). Sont admissibles au programme les anciens élèves des pensionnats indiens et leurs familles, qui effectuent des démarches en lien avec la Convention de règlement, perçoivent le Paiement d'expérience commune ou prennent part aux événements de la Commission de témoignage et réconciliation (Santé Canada, 2010f).

Le financement du programme a augmenté avec l'accroissement des demandes de services; il est passé de 94,5 millions de dollars sur six ans dans le budget de 2006 à 24,5 millions pour le seul budget de 2009, puis à 65,9 millions sur deux ans dans le budget de 2010, pour un total de 184,9 millions au cours des six dernières années (APN, 2010). Depuis sa création en 2006, le nombre d'échanges avec des clients concernant des services est passé de moins de 10 000 la première année à près de 60 000 en 2009-2010 (APN, 2010).

La stratégie globale de guérison des Innus du Labrador

En 2001, le gouvernement fédéral, par le biais d'Affaires autochtones et

Développement du Nord Canada, a amorcé la stratégie globale de guérison des Innus du Labrador (SGLTGIL) pour résoudre les problèmes de santé, sociaux et de sécurité dans les communautés de Davis Inlet et de Sheshatshiu (AADNC, 2005b; 2007b). Cette stratégie vise à progresser en s'attaquant aux causes fondamentales des problèmes au lieu de se limiter aux symptômes, ses objectifs principaux sont de « ramener la santé et l'espoir, à renforcer les collectivités et à assurer un avenir prospère pour les Innus » (AADNC, 2005b, parag. 1). Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent s'associer avec les Innus pour promouvoir la guérison de leurs communautés; développer les capacités des Innus à gérer et dispenser certains programmes gouvernementaux; conclure une entente de principe sur les revendications territoriales; traiter les problèmes découlant des violences sexuelles, physiques et psychologiques; procéder à des améliorations dans la santé, l'éducation, le bien-être familial et social, le développement économique, le développement communautaire, la sécurité publique et la gouvernance des Premières nations, et gérer la SGLTGIL de manière intégrée et efficace (AADNC, 2008c).

La stratégie a reçu une première subvention de 81 millions de dollars sur trois ans, dont 59 millions de l'AADNC, 20 millions de Santé Canada et 2 millions du solliciteur général (AADNC, 2005b). Depuis sa création, elle n'a pas cessé de s'étendre et a reçu 20,5 millions de dollars en 2004-2005, puis 102,5 millions pour la période allant de 2005-2006 à 2009-2010 (AADNC, 2008e). Les progrès accomplis sont vastes et concernent la fondation d'une nouvelle communauté à Natuashish et le déplacement des Innus Mushuau vers cette communauté; la création et l'inscription de la bande des Innus Mushuau et Sheshatshiu; la création d'une autre réserve; de nouveaux programmes sociaux et communautaires; la création et la mise en place de programmes locaux de traitement et de postintervention dans les

deux communautés; la diffusion de projets de prévention des crimes; et de nouvelles infrastructures, comme un détachement de la GRC, un établissement de santé, une école, des maisons d'hébergement, des logements, une église, un centre culturel et un centre de bien-être (AADNC, 2007b).

Le Programme pour la prévention de la violence familiale

Administré par Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, le Programme pour la prévention de la violence familiale finance des projets de prévention dans la plupart des communautés des Premières nations (AADNC, 2010e). Ces projets, qui sont axés sur la culture, visent à réduire la violence familiale et à créer un environnement familial plus sûr pour les enfants des réserves en assurant des services de prévention de la violence et de protection pour eux et pour leurs familles (AADNC, 2010e).

Normalement, le programme est destiné aux personnes qui vivent dans les réserves (AADNC, 2005a). Il est cependant accessible à ceux qui vivent hors des réserves s'ils bénéficient de services sanitaires ou sociaux non disponibles dans les réserves; s'ils sont des étudiants vivant toujours dans les réserves, des membres de familles qui y résident, ou des personnes retournant vivre dans les réserves avec leur famille; s'ils sont des enfants en garde partagée vivant plus de la moitié du temps dans les réserves; ou s'ils sont des enfants placés auprès d'un service de protection de l'enfance dûment mandaté (AADNC, 2005a).

Divers mécanismes assurent le financement des programmes. AADNC pourvoit au financement opérationnel des abris situés dans les réserves et rembourse les coûts des services offerts hors des réserves utilisés par les membres des Premières nations qui y vivent régulièrement (AADNC, 2010e). Les communautés peuvent également demander des subventions pour des projets visant à réduire les épisodes de violence dans les réserves. Des projets de prévention,

de traitement et de recherche reçoivent des fonds distribués à l'échelon régional et calculés selon le nombre d'habitants, ou par projet (AADNC, 2010e).

Approuvé en 2005, le projet a été doté d'une somme annuelle de 29,6 millions de dollars versée par le gouvernement fédéral pour les programmes et les services de prévention de la violence dans les réserves (ministère de la Justice, 2010). Ce budget prévoit le financement opérationnel d'un réseau de 41 abris et d'environ 350 projets de prévention communautaire dans les réserves (ministère de la Justice, 2010).

Les maladies chroniques

Influencées par un vaste éventail de facteurs liés à l'environnement et à la personne, les maladies chroniques se développent sur une longue période (Earle, 2011). Elles comprennent, entre autres, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les maladies respiratoires chroniques et le cancer. Les Autochtones du Canada en sont atteints de manière disproportionnée (Earle, 2011; Ralph-Campbell et coll., 2009; APN, 2007). Pourtant, un seul programme financé et administré par le gouvernement, intitulé Initiative sur le diabète chez les Autochtones, a été recensé lors de la recherche d'initiatives et de programmes axés sur les maladies chroniques. Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations est également évoqué dans cette section, car il cible les personnes qui souffrent de maladies chroniques ou d'invalidité en général.

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (IDA) est un programme national géré par Santé Canada visant à réduire l'incidence et la prévalence du diabète chez les Autochtones, et à améliorer l'état de santé des personnes, des familles et des communautés inuites et des Premières nations (Santé Canada, 2007b). Elle est née en 2004 dans le cadre de la Stratégie canadienne du diabète. Cette stratégie visait

à fournir un cadre d'aide au développement d'une approche intégrée et coordonnée pour réduire les effets du diabète sur la société, l'être humain et l'économie au Canada (Santé Canada, 2007b). L'IDA prévoit des activités de promotion de la santé communautaire axées sur la culture, y compris la prévention, le dépistage et les soins destinés aux membres des Premières nations et aux Inuits qui souffrent de diabète ou risquent d'en souffrir. À l'échelon national, elle cherche également à :

- renforcer les capacités individuelles et communautaires (pour acquérir des connaissances sur la maladie);
- améliorer la surveillance (pour réduire le pourcentage de personnes qui contractent le diabète);
- augmenter la recherche, l'évaluation et la surveillance (pour aider à créer des procédures de traitement, des mesures de prévention, et éventuellement un remède);
- se concentrer sur la coopération nationale entre les provinces et les territoires, leurs unités de services de santé et les programmes fédéraux (Santé Canada, 2007b).

L'IDA comporte deux volets de financement : le programme Membres des Premières Nations dans les réserves et Inuits dans les communautés inuites (PNRICI) et le Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones vivant hors des réserves et des Inuits en milieu urbain (PPMAHRIMU). Le PNRICI subventionne les programmes de lutte contre le diabète des communautés des Premières nations et des Inuits, tandis que le PPMAHRIMU finance les projets communautaires de promotion de la santé et de prévention du diabète à partir d'appels d'offres nationaux et finance de 30 à 40 projets chaque année (Santé Canada, 2007b). Globalement, l'IDA vise la prestation la plus équitable qui soit des programmes de lutte contre le diabète, y

compris pour les Métis, les Autochtones vivant hors des réserves et non inscrits, et les Inuits en milieu urbain.

Elle assure la prestation de tout un éventail de programmes et de services en matière de prévention, de dépistage et de traitement en partenariat avec des conseils tribaux, des organisations autochtones, des groupes communautaires inuits et les gouvernements provinciaux et territoriaux par le biais d'entente avec la DGSPNI (Santé Canada, 2008a). L'IDA a démarré ses activités en 2005 avec un budget de 190 millions de dollars sur cinq ans. Un autre financement lui a ensuite été attribué jusque 2012 au moins (AADNC, 2010a).³³

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations

Le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations (PSDMCPNI) a été créé en 1999 par la DGSPNI pour permettre aux communautés des Premières nations et inuites de combler les besoins croissants de soins à domicile des personnes handicapées ou atteintes de maladies chroniques. Dans l'ensemble, le programme vise à développer les capacités des Premières nations et des Inuits à dispenser des soins à domicile complets, adaptés à leur réalité culturelle, accessibles et efficaces, afin d'aider les personnes atteintes de maladies chroniques ou graves à maintenir une santé, une autonomie et un bien-être optimaux dans leurs foyers et leurs communautés (APN, 2005). Les populations cibles du programme sont les membres des Premières nations et les Inuits qui habitent dans une réserve des Premières nations au sud du 60° parallèle ou une communauté de celles-ci au nord du 60° parallèle, ou encore sur un territoire inuit au nord ou au sud de celui-ci (Santé Canada, 2010d).

Un budget initial de 152 millions de dollars a été accordé pour les trois

premières années. Depuis, le programme a fait l'objet d'un financement annuel de 90 millions de dollars, cependant, les dépenses ont presque atteint les 100 millions de dollars au cours des dernières années (Santé Canada, 2010d). Depuis 2007, 633 des 645 communautés des Premières nations admissibles et la totalité des 53 communautés inuites admissibles ont reçu des fonds dans le cadre de ce programme (Santé Canada, 2010d)

L'activité physique et la nutrition

La prévalence de l'obésité est considérablement plus élevée chez les Autochtones du Canada que dans le reste de la population (Katzmarzyk, 2008; ASPC, 2009; Bruce, Riediger, Zacharias et Young, 2011). Le surpoids ou l'obésité ont des répercussions négatives sur la santé globale, on a découvert qu'ils constituaient un facteur dans les problèmes de santé comme le diabète, le cancer, les maladies cardiaques et les problèmes de santé mentale. Les initiatives et les programmes suivants sont financés par le gouvernement fédéral et ses organismes et ministères pour favoriser l'activité physique et la saine nutrition chez les Autochtones.

Les Jeux autochtones de l'Amérique du Nord

De concert avec les gouvernements provinciaux et territoriaux, le gouvernement fédéral s'est engagé à favoriser les Jeux autochtones de l'Amérique du Nord afin de permettre aux jeunes Autochtones de prendre part à des activités sportives et de loisirs. Ces compétitions sportives et culturelles amicales qui ont lieu tous les six ans s'étendent sur deux semaines dans toute l'Amérique du Nord (Patrimoine canadien, 2003). L'engagement de financement remonte à 1995, lorsque les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont rencontré des représentants sportifs autochtones et se sont entendus pour créer des stratégies

³³ Le budget de 2010 indique que 285 millions de dollars ont été mis de côté pour renouveler l'investissement dans l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la Stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes, les programmes de santé maternelle et infantile, l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone et le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (AADNC, 2010a).

communes afin d'éliminer les obstacles à la participation autochtone aux sports et aux loisirs. Lors des Jeux de 2008 à Cowichan, en Colombie-Britannique, le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial organisateur ont pris en charge chacun 35 % du budget total, à concurrence de 3,5 millions de dollars alors que la société organisatrice et le gouvernement municipal et régional étaient chargés d'équilibrer le budget (Patrimoine canadien, 2003).

En outre, lors d'une réunion d'août 2009 avec les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des sports, de l'activité physique et des loisirs, un accord a été passé pour financer les sportifs autochtones qui « doivent se rendre aux Jeux autochtones de l'Amérique du Nord », où qu'ils se trouvent (Nation Talk, 2009a).

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains de l'Agence de la santé publique du Canada est « une initiative intersectorielle qui vise à améliorer les résultats pour la santé et à réduire les inégalités dans l'état de santé au Canada » (ASPC, 2003, *Qu'est-ce que la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains?* parag. 1). Elle engage les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à collaborer et à coordonner leurs efforts pour réduire les maladies non transmissibles en traitant leurs facteurs de risque communs et les conditions sociétales sous-jacentes qui y contribuent (Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains et coll., 2005). Cette stratégie vise faire passer à 20 % la proportion de Canadiens qui sont physiquement actifs, qui mangent sainement et qui ont un poids normal.

Bien que cette stratégie vise toute la population canadienne, l'accent est

mis sur les enfants et les jeunes, et sur certains groupes de la population comme les Autochtones. Le volet Autochtones de la stratégie a tenu compte de leurs commentaires. Nombre d'excellentes initiatives ont été entreprises par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux dans le cadre de la stratégie dont plusieurs visaient plus particulièrement les populations autochtones (par exemple, voir la liste dressée par l'ASPC, 2010).

La stratégie a été adoptée par les ministères de la santé fédéral, provinciaux et territoriaux en 2005 (ASPC, 2008). Il s'est avéré impossible d'obtenir par Internet de l'information sur les budgets.

Le Programme Aliments-poste

Dans les communautés nordiques et éloignées, le manque de produits locaux et les coûts élevés du transport des aliments nutritifs constituent un obstacle de taille à l'adoption de régimes alimentaires sains. En créant le Programme Aliments-poste, le gouvernement fédéral s'est attaché à promouvoir la sécurité alimentaire, à réduire les coûts au détail et à permettre l'accès à des aliments sains, de qualité et abordables dans les communautés du Nord.³⁴ Il s'agit d'une action collective d'AADNC, du gouvernement fédéral et de Postes Canada pour faire parvenir des aliments nutritifs périssables et d'autres aliments essentiels aux communautés éloignées du Nord en réduisant les tarifs postaux. Plus de 18 millions de kilogrammes d'aliments sont envoyés chaque année à plus de 70 000 habitants du Nord, et le programme s'accroît chaque année. La contribution annuelle d'AADNC s'élève à 45 millions de dollars environ. Le Programme Aliments-poste prévoit également des enquêtes pour évaluer la nutrition et les coûts des aliments dans les régions canadiennes principalement desservies par avion (AADNC, 2008b).

Les maladies transmissibles

Les deux maladies transmissibles ayant d'importantes répercussions sur les particuliers, les familles et les communautés autochtones sont le VIH et le sida, ainsi que la tuberculose. Bien que l'incidence du VIH a diminué dans l'ensemble de la population canadienne, elle a régulièrement augmenté chez les Premières nations et les Inuits, en partie à la suite du renforcement des facteurs de risque comme la pauvreté, la consommation d'alcool ou d'autres drogues, l'utilisation de drogues injectables, les infections transmissibles sexuellement et l'accès limité aux services de santé (Santé Canada, 2010c). Parallèlement, les taux de tuberculose ont considérablement baissé dans la population canadienne tandis que les Autochtones, eux, restent surreprésentés dans ce domaine, avec un taux près de quatre fois supérieur à celui de l'ensemble du Canada (Comité canadien de lutte antituberculeuse, 2002).

Pour éliminer ces maladies transmissibles, le gouvernement fédéral s'est engagé à financer des programmes de prévention et de contrôle du VIH et du sida, ainsi que de la tuberculose dans tout le Canada, par l'intermédiaire de Santé Canada et de l'Agence de la santé publique du Canada. Étant donné l'impact de ces maladies sur les Autochtones, Santé Canada, à travers sa DGSPNI, s'attache à en réduire l'incidence chez les Premières nations vivant dans les réserves et les communautés inuites. Les initiatives et les programmes suivants sont financés par le gouvernement fédéral et ses organismes et ministères pour lutter contre le VIH et le sida, ainsi que contre la tuberculose.

L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/SIDA au Canada – Volet de la DGSPNI

L'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/SIDA au Canada a été amorcée en janvier 2005 en remplacement de la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA. Cet élément clé de la lutte globale du

³⁴ Ce programme a été remplacé en avril 2011 par le programme Nutrition Nord Canada.

gouvernement du Canada contre le VIH/sida « assure le financement de programmes de prévention et de soutien des populations vulnérables ainsi que de la recherche, de la surveillance, de la sensibilisation du public et de l'évaluation » (ASPC, 2007b). L'Agence de la santé publique du Canada est responsable de la coordination globale de l'initiative dans l'ensemble du Canada, tandis que la DGSPNI de Santé Canada se charge de l'éducation, de la prévention et des services communautaires associés destinés aux Premières nations vivant dans les réserves et à certaines communautés inuites. Voici les objectifs du volet de la DGSPNI :

- accroître la connaissance de l'épidémie de VIH et de sida en améliorant l'acquisition de savoir communautaire, l'analyse des données de surveillance et la conversion de la théorie en pratique;
- rendre les interventions de lutte contre le VIH et le sida plus disponibles à partir de la conclusion de l'analyse des projets régionaux, des tendances des données épidémiologiques et des conclusions d'études financées par d'autres fonds destinés aux Autochtones dans le cadre de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/SIDA au Canada;
- renforcer la sensibilisation et réduire l'ostracisme au sein des communautés pour promouvoir le dépistage, l'accès à la prévention, à l'éducation et au soutien, et favoriser les milieux sociaux positifs pour les personnes atteintes du VIH ou qui y sont vulnérables;
- renforcer les partenariats au sein de la DGSPNI et des gouvernements provinciaux pour améliorer l'accès aux soins et au soutien par les membres des Premières nations atteints du VIH et du sida;
- accroître la collaboration concrète entre les partenaires de longue date et les nouveaux en vue de l'adoption d'une réponse concertée et intégrée au VIH et au sida à l'échelon régional, national et international (Santé Canada, 2007b).

Lors de son démarrage en 1998, le programme s'est vu attribuer 2,4 millions de dollars par le gouvernement fédéral

pour le financement de programmes de lutte contre le VIH et le sida destinés aux Premières nations, aux Inuits et (ou) aux Métis atteints du VIH ou du sida (Native Management Services et ASPC, 2005). Depuis, cette somme n'a pas cessé d'augmenter. Bien qu'aucune donnée récente sur le budget ne sont pas disponible, la DGSPNI a indiqué avoir dépensé 2,5 millions de dollars en 2006-2007 pour le Volet Premières nations et Inuits de l'initiative (ASPC, 2007c).

Le Fonds pour les projets sur le VIH/SIDA des communautés hors des réserves des Premières nations, des Inuits et des Métis

Le Fonds pour les projets sur le VIH/SIDA des communautés vivant hors des réserves des Premières nations, des Inuits et des Métis (Fonds pour les projets des communautés vivant hors des réserves) est l'un des huit programmes actuels de subvention et de contribution relevant de l'Initiative fédérale de lutte contre le VIH/SIDA au Canada et visant à renforcer la réponse du Canada face à l'épidémie de VIH et de sida. Le Fonds pour les projets des communautés vivant hors des réserves a trois priorités : s'appuyer sur le travail déjà effectué dans la communauté, consolider les partenariats et la viabilité, et intégrer la lutte contre le VIH et le sida au travail accompli par les services et organisations autochtones qui ne s'en chargent pas à l'heure actuelle (Native Management Services et ASPC, 2005). Tous les projets financés par le Fonds pour les projets des communautés vivant hors des réserves sont destinés aux communautés autochtones vivant hors des réserves.

Le Fonds pour les projets des communautés vivant hors des réserves se concentre sur la santé sexuelle et (ou) la réduction des méfaits de l'utilisation de drogues injectables chez les populations vulnérables, et plus particulièrement sur la prestation de programmes holistiques et axés sur la culture et sur la participation des Autochtones atteints du VIH ou du sida aux programmes et activités d'éducation (Santé Canada, 2007b). Le fonds est administré par l'Agence de la santé publique du

Canada. Le financement des projets passe par un processus concurrentiel de demande de propositions, organisé tous les deux ans depuis 2000 (Native Management Services et ASPC, 2005). Le budget destiné aux projets s'est d'abord élevé à 1,2 million de dollars (soit la moitié de celui attribué à l'origine au volet autochtone de la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA). Cette somme a augmenté au fil des ans, pour atteindre 1,68 million de dollars par an de 2006 à 2008 (Santé Canada, 2007b).

Le Programme de lutte antituberculeuse – Volet Premières nations et Inuits

Au Canada, la tuberculose touche davantage les Autochtones que le reste de la population, en partie à cause de leur statut économique plus faible (Santé Canada, 2009a). Le Programme de lutte antituberculeuse est l'un des éléments de la Stratégie nationale d'élimination de la tuberculose, créée en 1992. Bien que l'Agence de la santé publique du Canada assume la responsabilité globale du Programme de lutte antituberculeuse, c'est la DGSPNI qui supervise le volet destiné aux Premières nations vivant dans les réserves et aux Inuits du Labrador (Nunatsiavut). Le programme est diffusé sous forme de services de santé primaires à l'échelon des communautés (réserves) (Santé Canada, 2010e).

Voici les principaux objectifs de ce programme :

- réduire à 3,6 cas pour 100 000 l'incidence de la tuberculose dans les communautés des Premières nations et des Inuits d'ici 2015;
- détecter et diagnostiquer les cas de tuberculose chez les personnes exposées et prévenir la propagation de la maladie à d'autres membres de la communauté;
- fournir des traitements aux personnes atteintes des formes actives et latentes de la maladie, prévenir l'émergence de la résistance aux médicaments et effectuer la surveillance permanente des infections à la tuberculose;
- aider les travailleurs de la santé et les communautés à prévenir et à contrôler la tuberculose à l'échelon

communautaire en finançant des activités de sensibilisation et en favorisant la compréhension de cette maladie (Santé Canada, 2007b).

Les renseignements sur le budget de ce programme ne sont pas disponibles sur Internet.

La Stratégie d'immunisation ciblée

La Stratégie d'immunisation ciblée a été créée et mise en place par la DGSPNI pour améliorer les taux de protection par immunisation systématique. Elle cible plus particulièrement les enfants de moins de 6 ans vivant dans des communautés inuites ou des réserves des Premières nations. Elle vise à améliorer les taux de protection par immunisation systématique pour atteindre l'objectif international de 95 %; à réduire l'incidence, les épidémies et les décès dus aux maladies pouvant être évitées par des vaccins; et à mettre sur pied un réseau intégré de surveillance de l'immunisation (Santé Canada, 2007b). Ses autres objectifs concernent la mise en place des programmes de vaccination ayant fait l'objet d'une récente recommandation (varicelle, vaccin conjugué contre le pneumocoque, vaccin antiméningococcique C conjugué) pour ces populations; l'amélioration des données sur les taux de protection de l'immunisation et sur la compréhension du phénomène; la réduction de l'incidence des maladies pouvant être évitées par un vaccin; la réduction des obstacles à l'immunisation et l'augmentation des pratiques exemplaires pour le déploiement (Santé Canada, 2007b).

Lors de son annonce en 2003, la stratégie était dotée d'un budget de 32 millions de dollars sur cinq ans (Stout et Harp, 2009). Bien qu'elle soit échuée en mars 2008, elle s'est poursuivie au moins durant l'exercice financier suivant (2008-2009) mais nous n'avons pas trouvé d'information au-delà de cette date.

La santé environnementale

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (AADNC) est chargé de faire appliquer les normes de

salubrité de l'environnement dans les communautés autochtones de l'ensemble du Canada, y compris en ce qui concerne l'approvisionnement en eau potable (AADNC, 2009a). Les initiatives et les programmes suivants sont financés par le gouvernement fédéral pour favoriser la salubrité de l'environnement, par le biais d'AADNC.

La Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations

La Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations relève d'une collaboration entre les communautés des Premières nations, Santé Canada et AADNC. Cette stratégie en sept volets vise à régler les problèmes urgents d'eau potable et d'eaux usées des communautés des premières nations, et prévoit plus particulièrement :

- un plan visant à améliorer les réseaux d'aqueducs et d'égouts et à en construire de nouveaux en se conformant aux normes de conception, de construction et de qualité de l'eau, la priorité étant accordée aux installations considérées à haut risque;
- un programme efficace de surveillance de la qualité de l'eau allié à un régime global et coordonné de conformité et de rapports permettant de détecter sans tarder les problèmes d'eau potable pour réduire ainsi toute possibilité de risque pour la santé;
- un programme durable et efficace de fonctionnement et d'entretien;
- un plan d'expansion et d'amélioration continues des programmes de formation;
- une série de protocoles intégrés de gestion de la qualité de l'eau définissant clairement les rôles et responsabilités;
- une série exhaustive de normes, de politiques et de protocoles clairement définis, fondée sur une approche à obstacles multiples (AADNC, 2008a).

La stratégie, relevant d'un plan quinquennal allant de 2003 à 2008, s'est vu attribuer un budget de 1,6 milliard de dollars (AADNC, 2008a). Il n'y a actuellement aucune information disponible sur Internet indiquant si cette stratégie est encore en vigueur.

Le Programme des sites contaminés du Nord et le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord

AADNC finance et administre deux programmes visant à améliorer l'écosystème de l'Arctique et à aider les communautés autochtones à prendre des décisions éclairées en matière de choix alimentaires (AADNC, 2009b, 2006). Le premier, le Programme des sites contaminés du Nord, a été lancé à la fin des années 1990 pour nettoyer l'Arctique à la suite d'activités minières et militaires. Il vise « à réduire et à éliminer, dans la mesure du possible, les risques pour la santé humaine et l'environnement, ainsi que la responsabilité inhérente aux sites contaminés dans le Nord », le tout d'une manière rentable et cohérente (AADNC, 2009b). Le financement, qui provient surtout du Plan d'action pour les sites contaminés fédéraux, est complété par AADNC. En 2006-2007, 110,9 millions de dollars ont été dépensés pour ce programme (AADNC, 2007).

Le deuxième élément, le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord, a été lancé en 1991 pour veiller à ce que la faune entrant dans le régime traditionnel des Autochtones soit propre à la consommation. Il vise principalement « à réduire et, autant que possible, à éliminer les contaminants présents dans les aliments traditionnels ou prélevés dans la nature, tout en fournissant de l'information pour aider les individus et les collectivités à prendre des décisions éclairées au sujet de leur alimentation » (AADNC, 2006, 2). Il n'a pas été possible d'obtenir par Internet des informations sur l'attribution du budget pour le programme; toutefois, nous savons que le financement est assuré conjointement par AADNC et par Santé Canada.

Le Programme de santé environnementale et publique

Le Programme de santé environnementale et publique a été créé par le gouvernement fédéral pour prévenir et déterminer les risques d'origine environnementale susceptibles de menacer la santé des résidents des communautés des Premières

Tableau 3.1 : Projets de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, par province, 2008-2009

Province	Nombre de projets	Total des dépenses
Colombie-Britannique	30	1 376 218 \$
Alberta	33	2,322,922
Saskatchewan	30	2,039,530
Manitoba	43	2,034,083
Ontario	19	1,125,244
Total	155	8 897 997 \$

Source : Calculs tirés d'AADNC, 2010d

nations au sud du 60^e parallèle (Santé Canada, 2008b). Au nord du 60^e parallèle, cette responsabilité a été transférée aux gouvernements territoriaux ou aux Premières nations et aux Inuits dans le cadre des règlements des revendications territoriales. Les activités financées par le programme sont réalisées en fonction des besoins des communautés. Il peut s'agir d'inspections, de formation et d'éducation du public sur l'eau potable, la sécurité alimentaire, la santé et le logement, les eaux usées, l'élimination des déchets solides, la lutte contre les maladies transmissibles, les contaminants de l'environnement, la recherche et l'évaluation des risques (Santé Canada, 2008b).

Les sources Internet ne permettent pas d'obtenir des renseignements sur le budget de ce programme.

Les initiatives et les programmes en matière de santé autochtone en milieu urbain
Le gouvernement fédéral gère un nombre limité d'initiatives et de programmes de santé pour les populations autochtones en milieu urbain, y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis vivant hors des réserves.

Le Programme des centres d'amitié autochtones

Il existe actuellement un réseau de 117 centres d'amitié autochtones au Canada, ainsi que sept associations provinciales et territoriales et une

Association nationale des centres d'amitié, qui proposent des programmes et des services axés sur la culture aux Autochtones en milieu urbain (Association nationale des centres d'amitié [ANCA], 2010). Ces centres jouent un rôle essentiel pour améliorer la qualité de vie des Autochtones en leur offrant toute une gamme de programmes de santé et de bien-être, largement conceptualisés. Leur importance pour la prestation de services de qualité aux communautés desservies a été reconnue en 1972 par le gouvernement fédéral lorsqu'il a mis en place le Programme des migrants autochtones et a commencé à lui consacrer directement des fonds (ANCA, 2010). En 1988, les centres se voyaient octroyer un financement de base permanent par le Secrétariat d'État. La responsabilité administrative du programme a été assumée par Patrimoine canadien jusqu'en 1996, avant d'être transférée à l'Association nationale des centres d'amitié (ANCA, 2010).

Depuis 1996, le Programme des centres d'amitié autochtones reçoit chaque année 16,1 millions de dollars pour exploiter des centres dans tout le pays. Ce financement a servi à la prestation de 1 200 programmes et services d'une valeur totale de près de 108 millions de dollars à près d'un million de participants (German, 2009). Un financement supplémentaire est assuré par les autres administrations provinciales, territoriales, régionales et municipales. Les initiatives et les programmes de

santé proposés par les centres d'amitié autochtones varient grandement d'un endroit à l'autre. (Vous trouverez plus d'information à ce sujet au chapitre 4 : Les initiatives et les programmes provinciaux et territoriaux en matière de santé autochtone.)

Le programme Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone (anciennement Centres urbains polyvalents pour jeunes Autochtones)

Le programme de Centres urbains polyvalents pour jeunes Autochtones de Patrimoine canadien vise à fournir des projets communautaires accessibles et tenant compte des différences culturelles pour les jeunes Autochtones. Entre autres, les projets financés concernent la santé, les habiletés fondamentales ainsi que le perfectionnement personnel ou culturel, et peuvent inclure l'accès ou l'amélioration de l'accès à des événements sportifs et récréatifs intérieurs ou extérieurs, l'éducation sexuelle et la sensibilisation aux dépendances, ainsi que des ateliers sur la santé et la sécurité (Patrimoine canadien, s.d.). Pour être financés, les projets doivent se dérouler dans une communauté vivant hors des réserves, urbaine ou nordique comptant plus de 1000 habitants. Ils doivent également répondre aux besoins de jeunes Autochtones de 15 à 24 ans vivant en milieu urbain (bien que les jeunes de 10 à 14 ans et les jeunes adultes de 25 à 29 ans puissent également y participer). Les organisations, les sociétés et les groupes communautaires autochtones sans but lucratif; les établissements d'enseignement autochtones; les organismes ou les centres culturels, éducatifs et récréatifs autochtones; et les organisations pour jeunes et pour femmes autochtones peuvent recevoir du financement pour leurs projets en vertu de ce programme (Patrimoine canadien, s.d.). Nombre de ces projets sont financés par les centres d'amitié autochtones provinciaux ou territoriaux.

Créé en février 1999, ce programme a été approuvé jusqu'au 31 mars 2003. Toutefois, il a depuis été reconduit deux fois, la première jusqu'au 31 mars 2005

(Patrimoine canadien, s.d.) puis jusqu'en 2010 (Nation Talk, 2009b). Son nom a récemment été remplacé par « Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone » (Patrimoine canadien, 2010b). Il n'existe aucune information disponible sur le budget annuel de ce programme, cependant, un communiqué de presse du 8 novembre 2010 mentionne l'engagement du gouvernement d'y injecter un complément de 75 250 \$ (Patrimoine canadien, 2010b). (Vous trouverez plus d'information sur les projets destinés aux jeunes au chapitre 4 : Les initiatives et les programmes provinciaux et territoriaux en matière de santé autochtone.)

La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain

D'après le recensement de 2006, plus de la moitié de la population autochtone du Canada vit en milieu urbain (AADNC, 2010b). En 1997, le gouvernement fédéral a créé sa Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain afin de répondre aux besoins de cette population. Elle vise à promouvoir l'autonomie et à accroître les choix de vie des Autochtones vivant dans les principaux centres du Canada (AADNC, 2009c). À cette fin, les projets de la Stratégie viseront le financement de trois objectifs prioritaires : améliorer les connaissances pratiques; promouvoir la formation et l'acquisition de compétences professionnelles ainsi que l'entrepreneuriat; et soutenir les femmes, les enfants et les familles autochtones (AADNC, 2009d). La Stratégie vise 13 villes prioritaires, soit Vancouver, Prince George, Lethbridge, Calgary, Edmonton, Prince Albert, Regina, Saskatoon, Winnipeg, Thompson, Toronto, Ottawa et Thunder Bay. (AADNC, 2010c).

Les projets considérés comme prioritaires sont financés par des partenariats du gouvernement fédéral avec d'autres gouvernements, des organisations communautaires et des Autochtones (AADNC, 2009c). En 2008-2009, près de 9 millions de dollars ont été attribués à 155 projets dans tout le Canada (voir

le tableau 3.1). (Vous trouverez de plus amples renseignements sur ces projets dans chaque province au chapitre 4 : Les initiatives et les programmes provinciaux et territoriaux en matière de santé autochtone.)

3.4 Résumé

Ce chapitre récapitule les importants programmes (ou leurs éléments ciblés) financés et administrés par le gouvernement fédéral ainsi que ses organismes et ses ministères à destination des Autochtones. Il ne prétend pas à l'exhaustivité. En outre, il n'inclut pas le transfert de fonds du gouvernement fédéral en vue de la construction d'infrastructure ou du développement, par les communautés des Premières nations, de leurs propres programmes et services de santé. Les initiatives et les programmes pouvant améliorer indirectement la santé et le bien-être en sont également exclus, comme les projets en lien avec le développement économique ou la justice, et ceux qui sont destinés à l'ensemble des Canadiens, dont les Autochtones.

À la lecture de ce chapitre, il apparaît clairement que certains des problèmes de santé des Autochtones sont connus du gouvernement fédéral, qui tente de les régler en créant des initiatives et des programmes. Plus particulièrement, un certain nombre de ces programmes ciblent le bon développement des nourrissons et des enfants, et d'autres plus vastes traitent des questions de l'obésité, des maladies vasculaires et du diabète (Initiative sur le diabète chez les Autochtones et autres programmes en lien avec l'activité physique et la nutrition, par exemple). Il reste toutefois de nombreuses lacunes dans les initiatives et les programmes prévus pour éliminer d'autres problèmes de santé importants documentés, comme le cancer, les blessures, les problèmes de santé mentale, les maladies respiratoires et le tabagisme. Parallèlement, il existe peu d'initiatives et de programmes destinés aux Métis et aux populations autochtones urbaines.

Références

- Assemblée des Premières Nations. (2004). Maternal Child Health Program in First Nations communities. Consulté le 12 janvier 2011 sur <http://64.26.129.156/article.asp?id=2270>
- Assemblée des Premières Nations. (2005). First Nations Action Plan on continuing care. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 15 mars 2009 sur <http://64.26.129.156/cmslib/general/CCAP.pdf>
- Assemblée des Premières Nations. (2006). First Nations public health: A framework for improving the health of our people and our communities. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 15 mars 2009 sur <http://fnpublichealth.ca/wp-content/uploads/PDF/FNPH-IH.pdf>
- Assemblée des Premières Nations. (2008). Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. Consulté le 21 février 2011 sur http://www.fnhealthmanagers.ca/html/IRHSA_e.php
- Assemblée des Premières Nations. (2010). Programme de soutien en santé - résolution des questions des pensionnats indiens (présentation PowerPoint préparée pour l'assemblée spéciale des chefs, 13 décembre 2010). Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 21 février 2011 sur http://slides.autocast.ca/autocast/ppt/HC_RHSPdeck_Dec13.ppt
- Blackstock, C. (2009). Jordan's story: How one boy inspired a world of change. Dans le Supplément canadien au Rapport sur la situation des enfants dans le monde - La santé des enfants autochtones (pp. 46-52). Toronto, Ontario. Comité d'UNICEF Canada.
- Bruce, S.G., Riediger, s.d., Zacharias, J.M. et Young, T.K. (2011). Obesity and obesity-related comorbidities in a Canadian First Nation population. Preventing Chronic Disease: Public Health Research, Practice, and Policy, 8(1). Consulté le 17 janvier 2011 sur http://www.cdc.gov/pcd/issues/2011/jan/09_0212.htm
- Patrimoine canadien. (s.d.). Initiative des centres urbains polyvalents pour jeunes Autochtones : guide du demandeur. Ottawa, Ontario. Patrimoine canadien. Consulté le 19 janvier 2011 sur <http://www.pch.gc.ca/pgm/pa-app/pgm/ccja-ccay/guide-fra.pdf>
- Patrimoine canadien. (2003). Jeux autochtones de l'Amérique du nord (JAAN) Cadre de financement pour 2008 et les années suivantes Volet d'accueil. Consulté le 19 janvier 2011 sur <http://www.pch.gc.ca/pgm/sc/pubs/indig-fra.cfm>
- Patrimoine canadien. 2010a. Programme des Autochtones. Consulté le 21 février 2011 sur <http://www.pch.gc.ca/eng/1288012444767/1288012444769#a2a>

- Patrimoine canadien. 2010b. Le gouvernement du Canada appuie le développement du leadership chez les jeunes Autochtones (communiqué de presse, 8 novembre 2010). Consulté le 21 février 2011 sur <http://www.pch.gc.ca/fra/1295529554624/1295529666218>
- Association canadienne pour la santé mentale, Ontario. (s.d.). Aboriginal People/First Nations. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://www.ontario.cmha.ca/about_mental_health.asp?cID=23053
- Comité canadien de lutte antituberculeuse. (2002). La tuberculose chez les peuples autochtones du Canada – Rapport spécial du Comité canadien de lutte antituberculeuse. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/tcbap-tbpac/rapport_special-fra.php
- Chansonneuve, D. (2007). Addictive behaviours among Aboriginal people in Canada. Ottawa, Ontario, Fondation autochtone de guérison.
- Cheechoo, C., Spence, S. et membres du Nishnawbe Aski Nation Decade Youth Council. (2006). The Seventh Generation helping to heal: Nishnawbe Aski youth and the suicide epidemic. Toronto, Ontario. Voices for Children.
- Congrès des peuples autochtones. (s.d.). CAP Health Policy Program: National Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy (2005-2010). Consulté le 11 janvier 2011 sur http://www.abo-peoples.org/programs/health_SuicidePS.html
- Congrès des peuples autochtones. (2007). CAP Health Policy Program: Aboriginal Health ressources Initiative (AHHRI) 2005-2010. Consulté le 21 février 2011 sur http://www.abo-peoples.org/programs/health_AHHRI.html
- Ministère de la Justice. (2010). Fiche d'information B : Le soutien continu du gouvernement du Canada pour les peuples autochtones. Consulté le 21 février 2011 sur http://www.justice.gc.ca/fra/nouv-news/cp-nr/2010/doc_32565.html
- Earle, L. (2011). Les maladies chroniques et le rôle des méthodes traditionnelles dans les communautés autochtones. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone.
- Comité consultatif national du Groupe de travail technique sur le SAF/EAF, représentant l'Assemblée des Premières nations, Inuit Tapirisat of Canada et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. (2001). Framework for the First Nations and Inuit Fetal Alcohol Syndrome/Fetal Alcohol Effects Initiative. Ottawa, Ontario. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- Premiers ministres et dirigeants d'organisations autochtones nationales. (2005). Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans (rédigé pour la réunion entre les premiers ministres et les dirigeants d'organisations autochtones, les 24 et 25 novembre 2005). Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://healthportal.metisnation.ca/Blueprint_aboriginal_health.pdf
- Fletcher, C. (2007). Fletcher announces Indian Residential Schools Resolution Support Program (communiqué de presse, 19 septembre 2007). Consulté le 21 février 2011 sur http://www.stevenfletcher.com/press_releases/fletcher_announces_indian_residential_schools_resolution_health_support_program
- German, A. (2009). Friendship Centres storm the Hill: The NAFC spends a day on Parliament lobbying for more funding. Nation (4 décembre). Consulté le 21 février 2011 sur http://www.nationnews.ca/index.php?option=com_zineetv&view=article&id=445:friendship-centres-storm-the-hill
- Gouvernement de l'Alberta. (2011). What if I can't afford Alberta Health Care Insurance Premiums? Programs and Services. Edmonton (Alberta) : Gouvernement de l'Alberta. Consulté le 19 janvier 2011 <http://www.programs.alberta.ca/Search/Results.aspx?q=health%20care&id=1810&start=0>
- Gouvernement du Canada. (2007). Activités et dépenses relatives au développement de la petite enfance : rapports 2004-2005 et 2005-2006 du gouvernement du Canada. Ottawa, Ontario. Ressources humaines et Développement des compétences Canada, Agence de la santé publique du Canada et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. Consulté le 21 septembre 2011 sur http://www.socialunioin.gc.ca/ecdelcc_ac/2007/en/a_e_report.pdf
- Santé Canada. (2003a). Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves. Rapport annuel 2000-2001. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 10 mars 2009 sur http://www.hcsc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihbdgspni/pdf/pubs/develop/2000-01_ahs-papa-rpteng.pdf
- Santé Canada. (2003b). Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada. Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (Publication de Santé Canada n° 1210). Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 19 janvier 2011 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/sars-sras/pdf/covprefc-f.pdf>
- Santé Canada. (2004). Passation du contrôle des programmes de santé aux Premières nations et aux communautés inuites. Guide 1 Introduction à trois approches. Ottawa, Ontario. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada Consulté le 4 mars 2009 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/2004_trans_handbook-guide_1/index-fra.php
- Santé Canada. (2005a). Plan directeur de la santé des Autochtones : un plan de transformation sur 10 ans. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 17 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/pubs/system-regime/2005-blueprint-plan-abor-auto/index-fra.php>
- Santé Canada. (2005b). Programme national de lutte contre l'abus de solvants chez les jeunes. Consulté le 11 janvier 2011 sur <http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/ads/nysap-pnlasj-fra.php>
- Santé Canada. (2005c). Programme des Services de santé non assurés. Livret d'information. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 17 janvier 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/nihb-ssna/2003_booklet_livret_info/index-fra.php
- Santé Canada. (2005d). ARRÊTEZ le syndrome de l'alcoolisme fœtal et les effets de l'alcool sur le fœtus dès MAINTENANT! Ottawa, Ontario. Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones - Santé Canada Consulté le 5 mars 2009 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/famil/_preg-gros/stop-arret-syndrome/index-fra.php
- Santé Canada. 2006a. Initiatives Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé - Sommaire de l'évaluation, 2006. Ottawa, Ontario. Santé Canada.
- Santé Canada. (2006b). Prévention du suicide. Consulté le 11 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/suicide/index-fra.php>
- Santé Canada. 2006c. Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Consulté le 11 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/substan/ads/nnadap-pnlada-fra.php>
- Santé Canada. (2006d). Comment fonctionne le Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 11 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/adapt-env-fra.php>
- Santé Canada. (2007a). Initiatives Grandir ensemble et Pour des collectivités en bonne santé. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/promotion/_mental/2006-sum-rpt/index-fra.php
- Santé Canada. (2007b). Santé des Premières nations et des Inuits - Recueil des programmes. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 4 mars 2009 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/aborig-autoch/2007_compendium/index-fra.php

- Santé Canada. (2007c). Politique de 1979 sur la santé des indiens. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php
- Santé Canada. (2007d). Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/activit/strateg/ahhri-irrh-fra.php>
- Santé Canada. 2008a. Programmes et services de santé financés. Consulté le 21 février 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/finance/agree-accord/prog/index-fra.php>
- Santé Canada. 2008b. Premières nations. Programme de santé environnementale et publique. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 21 février 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/promotion/2009_env_prog-fra.pdf
- Santé Canada. (2009a). Tuberculose. Consulté le 15 mars 2009 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/diseases-maladies/tuberculos/index-fra.php>
- Santé Canada. (2009b). Services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits. Ottawa, Ontario. Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones - Santé Canada Consulté le 7 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/nihb-ssna/index-fra.php>
- Santé Canada. (2009c). Comment fonctionne le Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Consulté le 7 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/services/acces/adapt-env-fra.php>
- Santé Canada. 2010a. Services de santé non assurés – Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits : rapport annuel 2008-2009. Ottawa, Ontario. Santé Canada, DGSPNI. Consulté le 19 janvier 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/alt_formats/pdf/pubs/nihb-ssna/2009_rpt/2009_rpt-fra.pdf
- Santé Canada. 2010b. Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves. Consulté le 10 janvier 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/famil/develop/ahsor-papa_intro-fra.php
- Santé Canada. (2010c). VIH et SIDA. Consulté le 12 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/iyh-vsv/diseases-maladies/hiv-vih-fra.php>
- Santé Canada. (2010d). Évaluation sommative du Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations. Consulté le 12 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/pubs/services/fnihcc-psdmcpni/index-fra.php>
- Santé Canada. (2010e). Stratégie d'élimination de la tuberculose. Consulté le 19 janvier 2011 sur <http://www.autochtonesauCanada.gc.ca/acp/apps/fundingtool.nsf/fra/fd20105.html>
- Santé Canada. (2010f). Programme de soutien en santé - résolution des questions des pensionnats indiens. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/services/indiresident/irs-pi-fra.php>
- Santé Canada. (2010g). Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihh-spnia/services/acces/ahtf-fra.php>
- Conseil canadien de la santé. (2005). L'état de santé des Premières nations, des Métis et des Inuits du Canada. Toronto, Ontario. Conseil canadien de la santé. Consulté le 14 avril 2009 sur <http://healthcouncilcanada.ca/tree/2.03-BkgrdHealthyCdnsFRE.pdf>
- Hodgson, M., Hanki, P., Paul, J., Toulouse, V. et Jock, R. (1998). Examen général du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones, 1998. Ottawa, Ontario. Santé Canada.
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2005a). Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador. Ottawa, Ontario. AADNC. Consulté le 13 janvier 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100010405/1100100010406>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2005b). Programme pour la prévention de la violence familiale. Ottawa, Ontario. AADNC. Consulté le 13 janvier 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100035253/1100100035254>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2006). Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord. Guide de gestion des opérations. Ottawa, Ontario. AADNC. Consulté le 13 janvier 2011 sur http://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ/STAGING/texte-text/omg_1100100035667_fra.pdf
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2007a). Organisation des affaires du Nord, Programme des sites contaminés, rapport de rendement 2006-2007. Ottawa, Ontario. AADNC. Consulté le 13 janvier 2011 sur http://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ/STAGING/texte-text/cprep0506_1100100035322_fra.pdf
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2007b). Progrès réalisés dans le cadre de la mise en œuvre de la Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador. Consulté le 21 février 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100018923/1100100018924>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. 2008a. Stratégie de gestion de l'eau des Premières nations. Consulté le 19 mars 2009 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100010369/1100100010370>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. 2008b. Programme Aliments-poste. Consulté le 19 mars 2009 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100035755/1100100035756>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. 2008c. Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques. Consulté le 6 avril 2010, sur <http://www.ainc-inac.gc.ca/hb/sp/ecd/unc-fra.asp>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2008d). Programme d'aide préscolaire aux Autochtones des réserves. Gouvernement du Canada, <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100035230/1100100035232>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2008e). Stratégie globale de guérison des Innus du Labrador. Consulté le 21 février 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100010390/1100100010391>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2009a). À propos d'AADNC. Ottawa, Ontario. AADNC. Consulté le 22 mars 2009 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100010023/1100100010027>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2009b). Programme des sites contaminés du Nord. Consulté le 13 janvier 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100035301/1100100035302>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2009c). La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain - Document d'information. Consulté le 13 janvier 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014349/1100100014350>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2009d). La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain. Consulté le 13 janvier 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014277/1100100014278>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. 2010a. Faits saillants du budget de 2010 - Investissements pour les Autochtones et le Nord Consulté le 12 janvier 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014720/1100100014721>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. 2010b. Feuille d'information - Population autochtone urbaine au

- Canada. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014298/1100100014302>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2010c). Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, les villes désignées. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014307/1100100014308>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2010d). Projets relevant de la SAMU 2008-2009. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014283/1100100014284>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2010e). Programme pour la prévention de la violence familiale. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100035253/1100100035254>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2009). Inuit Tapiriit Kanatami. Consulté le 22 mai 2009 sur <http://www.itk.ca>
- Katzmarzyk, P.T. (2008). Obesity and physical activity among Aboriginal Canadians. *Obesity*, 16, pp. 184-190.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M. et Tait, C.L. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Revue canadienne de psychiatrie*, 45, pp. 607-616.
- Lavoie, J. et Gervais, L. (2011). Access to primary health care in rural and remote Aboriginal communities: Progress, challenges and policy directions. Dans J. Kulig et A. Williams (éd.), *Health Care in Rural Canada* (ch. 18). Vancouver, C.-B. UBC Press.
- Ralliement national des Métis. (s.d.). Métis Health/Wellbeing Programs and Services. Consulté le 17 mars 2009 sur <http://healthportal.Métisnation.ca/programs.html>
- Nation Talk. (2009a). Federal-Provincial-Territorial Ministers take action to increase physical activity for children and youth. *Nation Talk* (14 août). Consulté le 9 septembre 2009 sur <http://www.nationtalk.ca/modules/news/article.php?storyid=22769>
- Nation Talk. (2009b). Urban Multipurpose Aboriginal Youth Centres [UMAYC] funding decisions for fiscal year 2009/10. *Nation Talk* (18 mars). Consulté le 28 février 2011 sur <http://www.nationtalk.ca/modules/news/article.php?storyid=18739>
- National Aboriginal Friendship Centres. (2010). Our history: The Friendship Centre movement. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.nafc.ca/history.htm>
- Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. (2011). À la recherche des Autochtones dans la législation et les politiques sur la santé, 1970 à 2008. *Projet de synthèse politique, rapport final*. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. Consulté le 21 septembre 2011 sur http://nccah.netedit.info/docs/nccah%20reports/French%20reports/1833_syntheseproject_V3_FR.pdf
- Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. (2010). Regards sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis : Mise à jour de l'analyse environnementale, 2010. Prince George, Colombie-Britannique. Auteur. Sur <http://www.nccah.ca>
- Fondation autochtone nationale de partenariat pour la lutte contre les dépendances. (s.d.). NNADAP background. Consulté le 17 mars 2009 sur <http://www.nnapf.org/content//nnadap-background>
- Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. (s.d.). Contexte. Consulté le 11 janvier 2011 sur <http://www.nnadaprenewal.ca/en/background>
- Native Management Services et Agence de la santé publique du Canada. (2005). Examen du Fonds pour les projets sur le VIH/SIDA des communautés vivant hors des réserves des Premières nations, des Inuits et des Métis. Ottawa, Ontario. Agence de la santé publique du Canada. Consulté le 13 janvier 2011 sur http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/funding/rfp/non-reserve_transition-fra.php
- Pacey, M. (2009). Syndrome d'alcoolisation fœtale et ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale chez les peuples autochtones. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone.
- Agence de la santé publique du Canada. (2003). Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Document de discussions pour le Symposium sur les modes de vie sains. Juin 2003. Toronto (Ontario) Canada. Consulté le 13 janvier 2011 sur http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/symposium/symp_juin-fra.php
- Agence de la santé publique du Canada. (2007a). Programme canadien de nutrition prénatale. Une décennie de promotion de la santé des mères, des bébés et des communautés. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 19 janvier 2011 sur http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/publications/pdf/mb_f.pdf
- Agence de la santé publique du Canada. (2007b). Initiative fédérale de lutte contre le VIH/SIDA au Canada. Consulté le 12 janvier 2011 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/fi-if/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2007c). Rapports ministériels sur le rendement 2006-2007. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 12 janvier 2011 sur <http://www.rncan.gc.ca/rapports-rendement/27>
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). Obésité au Canada. Aperçu. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 13 janvier 2011 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/2009/oc/pdf/oc-fra.pdf>
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). Rapport de 2008 sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 13 janvier 2011 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/hl-mvs/ipchls-spimmvs/2008/index-fra.php>
- Ralph-Campbell, K., Oster, R., Connor, T., Pick, M., Pohar, S., Thompson, P. et coll. (2009). Increasing rates of diabetes and cardiovascular risk in Métis settlements in Northern Alberta. *International Journal of Circumpolar Health*. 68(5), pp. 433 à 442.
- Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, en partenariat avec le Groupe de travail F-P-T sur les modes de vie sains et le Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. (2005). La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Ottawa, Ontario. Agence de la santé publique du Canada. Consulté le 13 janvier 2011 sur http://www.phac-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/hls_fpdf
- Statistique Canada. (2001). Définitions. Consulté le 18 janvier 2011 sur http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/abor/definitions_f.cfm
- Stout, R. et Harp, R. (2009). Aboriginal maternal and infant health in Canada: Review of on-reserve programming. Winnipeg, Manitoba, et Vancouver, Colombie-Britannique. Centre of Excellence et British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- Wigmore, M. et Conn, K. (2003). Evolving control of community health programs. *Health Policy Research Bulletin*, 5, p. 11. Consulté le 17 janvier 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/sr-sr/alt_formats/hpb-dgps/pdf/pubs/hpr-rps/bull/2003-5-aboriginal-autochtone/2003-5-aboriginal-autochtone-fra.pdf
- Williams, L. (s.d.). Programme d'aide préscolaire aux Autochtones. Kahnawake, Québec. Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire. Consulté le 16 mars 2010 sur <http://www.niichro.com/Child/child4.html>

Chapitre 4:

LES INITIATIVES ET LES PROGRAMMES PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX EN MATIÈRE DE SANTÉ AUTOCHTONE

Les provinces et les territoires ont la responsabilité de planifier des services de soins de santé destinés aux membres des Premières nations vivant hors des réserves, aux Métis, à ceux non admissibles à l'inscription et aux Inuits ne vivant pas sur leurs territoires traditionnels. Ils doivent également assurer les soins hospitaliers et les services de soins primaires pour tous les Autochtones, y compris les Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits (Santé Canada, 2009b). Ce chapitre présente les initiatives et les programmes en santé destinés aux Autochtones de chaque province et territoire du Canada; ces programmes et initiatives mentionnés ont été recensés lors d'une recherche sur Internet effectuée en 2009.³⁵

La question de la prestation de soins de santé aux Autochtones du Canada est très complexe, et nombre d'initiatives et de programmes visant à améliorer la santé de cette population sont proposés dans tout le pays. De multiples niveaux gouvernementaux collaborent entre eux et avec des organisations autochtones pour mettre sur pied des initiatives et dispenser des programmes et des services de santé. Par conséquent, ce chapitre propose deux sections générales pour chaque province et chaque territoire; l'une concerne les initiatives et les programmes en santé directement financés et administrés par les gouvernements provinciaux et territoriaux,

et l'autre ceux qui sont dispensés en vertu d'autres dispositions plus complexes.

Les initiatives et les programmes en santé directement financés et administrés par les gouvernements provinciaux et territoriaux ont été recensés à l'occasion d'une recherche effectuée sur les sites Web et les rapports des ministères de la Santé et des Affaires autochtones. Ils sont inclus dans le profil de chaque province et territoire. Nous nous sommes limités à ceux que les gouvernements considèrent en lien avec un problème de santé et qui s'appliquent à tous les Autochtones vivant sur leur territoire. Par conséquent, lorsque des initiatives et des programmes ne relevaient pas d'un problème de santé, lorsqu'ils étaient administrés par des organisations autochtones sans but lucratif ou des gouvernements, ou lorsqu'ils ne visaient que certaines régions, ils étaient exclus de cette section du profil de la province ou du territoire. Tout a été fait pour recenser l'ensemble des initiatives et des programmes pertinents en santé; cependant nous nous sommes heurtés à des difficultés, car le cadre de prestation de ces services pour les Autochtones n'est pas uniforme entre les provinces et les territoires. Ce chapitre ne cite donc pas forcément toutes les initiatives et tous les programmes offerts.

La deuxième section concerne les autres types d'initiatives et de programmes proposés

pour améliorer la santé des Autochtones. Elle est divisée en trois sous-sections :

- La première donne des exemples d'initiatives et de programmes de santé de portée plus régionale, comme ceux proposés par les régies régionales de la santé ou par des organisations autochtones dans certaines régions. Il peut s'agir d'activités pour lesquelles aucun financement provincial et (ou) fédéral n'a pu être recensé.
- La deuxième sous-section donne des exemples d'initiatives et de programmes de santé relevant de dispositions plus complexes faisant intervenir des partenariats fédéraux avec le gouvernement provincial et (ou) territorial ou des organisations autochtones.
- La troisième sous-section concerne les initiatives et les programmes de santé proposés par le biais des centres d'amitiés d'une province ou d'un territoire. Les centres d'amitié jouent un rôle important dans l'amélioration de la santé de la population autochtone urbaine, que ce soit directement par le biais de programmes et de services de santé, ou indirectement en s'attaquant aux déterminants socioéconomiques qui compromettent souvent l'état de santé. Ils reçoivent des fonds substantiels du gouvernement canadien et (ou) des gouvernements provinciaux et territoriaux.

³⁵ La première recherche de programmes a été entreprise en 2009. Les programmes énumérés ici étaient en vigueur à ce moment-là. Cependant, étant donné que ce document a été révisé et qu'il a fallu vérifier l'information, parfois dans des pages Internet mises à jour, les citations peuvent être postérieures à 2009.

Les exemples fournis dans cette section proviennent d'une recherche effectuée sur des sources Internet gouvernementales et non gouvernementales, à l'aide de termes de recherche comme « Aboriginal, » « health, » « program, » « initiative, » « strategy » et le nom de la province ou du territoire correspondant. Cette section n'est pas destinée à énumérer tous les programmes et les initiatives existants, mais plutôt à illustrer la diversité de ceux qui sont proposés dans les provinces et les territoires.

La terminologie est très diversifiée, ce qui entraîne une ambiguïté dans l'utilisation de termes. Par exemple, les mots « programmes », « initiatives » et « services » sont souvent employés de manière interchangeable. Dans le cadre de ce chapitre, le terme « initiatives » désigne les orientations stratégiques des gouvernements provinciaux et territoriaux; « programmes » renvoie à des services ou des projets en santé réalisés par les gouvernements de manière directe ou indirecte par le biais d'autres ministères, organismes ou organisations autochtones; et « services » désigne les activités prises en charge par des professionnels pour éliminer certains problèmes de santé.

Ce chapitre porte principalement sur les initiatives et les programmes, et inclut seulement ceux proposés au moment de la recherche par Internet, soit en 2009.³⁶ Il donne une brève description des buts ou des objectifs de chacun d'entre eux.

4.1 Colombie-Britannique

En 2006, le gouvernement de Colombie-Britannique, le gouvernement du Canada et le First Nations Leadership Council of British Columbia créaient le Plan tripartite décennal pour la santé des Premières nations. Basé sur l'Accord de transformation pour le changement de 2005, ce plan recensait 29 actions susceptibles de supprimer les disparités

en matière de santé entre les membres des Premières nations et ceux qui ne sont pas membres des Premières nations de la Colombie-Britannique (First Nations Leadership Council, gouvernement du Canada et gouvernement de Colombie-Britannique, 2007). Une partie du mandat du Plan tripartite décennal pour la santé des Premières nations visait la création d'un Conseil de la santé des Premières nations, constitué de représentants des Premières nations de la province pour représenter leur peuple dans les questions relevant de la santé (First Nations Leadership Council et coll., 2007). Le comité consultatif sur la santé du Conseil de la santé des Premières nations révisé les plans de santé autochtone créés par les six régions régionales de la santé de Colombie-Britannique, surveille les résultats de santé dans les communautés des Premières nations et recommande des actions pour combler les écarts en santé (Conseil de la santé des Premières nations, British Columbia Ministry of Healthy Living and Sport et Santé Canada, région de C.-B., 2009).

L'Accord de transformation pour le changement de 2005 cible principalement la promotion de la santé et la prévention des maladies et des blessures, tandis que le Plan tripartite décennal pour la santé des Premières nations détaille la nature des partenariats et définit les principes qui sous-tendent la création d'un nouveau système de gouvernance pour accompagner les changements de système (First Nations Leadership Council et coll., 2007). En vertu du Plan tripartite décennal pour la santé des Premières nations, le gouvernement provincial s'est engagé à dépenser 14 millions de dollars par an pour améliorer l'état de santé des Autochtones (gouvernement de Colombie-Britannique, s.d.-b). À l'heure actuelle, des progrès sont accomplis dans les domaines de la gouvernance, des blessures, de la prévention, de la cybersanté, ainsi que de la santé maternelle et infantile (Conseil de la santé des Premières nations et coll., 2009).

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement provincial

Les initiatives et les programmes de santé pour Autochtones de Colombie-Britannique peuvent être déployés à l'échelon provincial par l'intermédiaire du ministère provincial de la Santé ou à l'échelon régional par les régies régionales de la santé qui reçoivent le financement du gouvernement provincial. La plupart de ces initiatives et de ces programmes directement financés et administrés par le gouvernement provincial par son ministère de la Santé sont axés sur les soins de santé ciblés sur la culture, les programmes de développement de la petite enfance et de vastes initiatives de promotion de la santé.

Les services ciblés sur la culture

Le gouvernement de Colombie-Britannique a mis sur pied plusieurs initiatives et programmes pour que les services de santé dispensés aux Autochtones tiennent compte de leur culture. Ces initiatives et ces programmes se concentrent sur des stratégies pour augmenter le nombre de membres du personnel infirmier d'origine autochtone et faire en sorte que les perspectives de cette population soient intégrées dans le Plan tripartite décennal pour la santé des Premières nations.

Aboriginal Nursing Strategy (la Stratégie concernant le personnel infirmier autochtone)

Le gouvernement de Colombie-Britannique a investi 2 millions de dollars dans cette stratégie pour augmenter le nombre de membres du personnel infirmier d'origine autochtone travaillant en Colombie-Britannique, et le nombre de communautés autochtones disposant de soins infirmiers de qualité (BC Ministry of Health Services, 2010).

Le médecin-conseil en santé autochtone

En 2007, le gouvernement de Colombie-Britannique a nommé son tout premier

³⁶ La première recherche de programmes a été entreprise en 2009. Les programmes énumérés ici étaient en vigueur à ce moment-là. Cependant, étant donné que ce document a été révisé et qu'il a fallu vérifier l'information, parfois dans des pages Internet mises à jour, les citations peuvent être postérieures à 2009.

médecin-conseil en santé autochtone. Le médecin-conseil en santé autochtone est plus particulièrement chargé de surveiller la santé de la population autochtone de Colombie-Britannique, de rédiger des rapports à ce sujet et de comparer les progrès accomplis aux mesures de rendement du Plan tripartite décennal pour la santé des Premières nations (Colombie-Britannique, bureau du Premier ministre, 2007).

Le développement de la petite enfance

Les programmes de développement de la petite enfance peuvent être déterminants pour améliorer la santé et le bien-être des enfants autochtones en leur inculquant le souhait d'apprendre de manière permanente, et en contribuant du même coup à améliorer les résultats scolaires, à réduire les inégalités socioéconomiques pouvant compromettre ultérieurement la santé et à favoriser les modes de vie sains.³⁷ Le gouvernement de Colombie-Britannique a reconnu l'importance du développement de la petite enfance en déployant plusieurs initiatives et programmes autochtones, y compris l'Aboriginal Infant Development Program (programme autochtone de développement du jeune enfant), l'Aboriginal Supported Child Development Program (programme de développement assisté des enfants autochtones) et l'Aboriginal Early Childhood Development Program (programme de développement de la petite enfance autochtone). En outre, une initiative de dépistage des problèmes ophtalmologiques chez les enfants d'âge préscolaire vise à ce que ces troubles ne compromettent pas la capacité d'apprentissage des enfants.

Aboriginal Infant Development Program (programme autochtone de développement du jeune enfant)

Le programme autochtone de développement du jeune enfant prévoit des soutiens et des services axés sur la

famille et les différences culturelles pour les familles d'enfants d'âge préscolaire dont le développement est susceptible d'être ralenti (gouvernement de Colombie-Britannique, s.d.-c). Actuellement, il est proposé dans 44 endroits de la province.

Aboriginal Supported Child Development Program (programme de développement assisté des enfants autochtones)

Le programme de développement assisté des enfants autochtones aide les familles d'enfants ayant besoin d'aide supplémentaire à obtenir des soins inclusifs, à permettre aux enfants ayant des besoins spéciaux d'interagir avec leurs pairs et de se développer avec eux, et à donner l'occasion aux parents ou aux soignants de travailler ou de poursuivre leurs études (gouvernement de Colombie-Britannique, s.d.-d). Actuellement, il est proposé dans 20 communautés, et 35 autres l'ajustent en fonction de leurs besoins (gouvernement de Colombie-Britannique, s.d.-d).

Aboriginal Early Childhood Development Program (programme de développement de la petite enfance autochtone)

Le programme de développement de la petite enfance autochtone porte principalement sur l'amélioration de la santé et du bien-être des enfants autochtones en améliorant les capacités des communautés autochtones à dispenser une gamme complète de services mettant l'accent sur le développement de la petite enfance (gouvernement de Colombie-Britannique, s.d.-a). Actuellement, il est proposé dans 43 endroits de la province.

Aboriginal Preschool Vision Screening Initiative (initiative de dépistage des problèmes ophtalmologiques chez les enfants d'âge préscolaire)

L'initiative de dépistage des problèmes ophtalmologiques chez les enfants d'âge préscolaire s'inscrit dans le cadre d'un programme provincial plus vaste annoncé en 2005 et visant à assurer le dépistage des problèmes auditifs, dentaires et

ophtalmologiques chez tous les enfants autochtones de moins de 6 ans en Colombie-Britannique (gouvernement de Colombie-Britannique, 2010; Aboriginal ActNow, 2009). En 2006, le gouvernement provincial a octroyé des fonds au Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone pour financer le volet autochtone de l'initiative. Cette initiative se concentre sur l'intervention précoce et le traitement des problèmes de vision courants des enfants autochtones, y compris le strabisme, l'amblyopie et les erreurs de réfraction (Medterms.com, 2004).

La promotion de la santé

L'importante offensive de la stratégie du gouvernement de Colombie-Britannique contre les problèmes de santé des Autochtones a été de cibler les facteurs de risque qui sous-tendent généralement la mauvaise santé, en faisant la promotion de modes de vie actifs et sains. Actuellement, deux importantes initiatives de promotion sont déployées à l'échelon de la province : Aboriginal ActNow et Honouring Your Health Challenge.

Aboriginal ActNow BC

Aboriginal ActNow BC est une initiative de promotion de la santé déployée en 2005 pour favoriser des choix sains dans les quatre piliers de la santé : la nutrition, l'activité physique, la grossesse et le tabagisme (Aboriginal ActNow, s.d.). Elle relève d'une collaboration d'ActNow BC, des communautés des Premières nations, du Conseil de la santé des Premières nations, du Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone, de Métis Nation British Columbia, des British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres et des régies régionales de la santé. Elle vise à prévenir les maladies chroniques chez les Autochtones de Colombie-Britannique, comme l'hypertension artérielle et le diabète (Aboriginal ActNow, s.d.).

³⁷ Pour en savoir plus sur les relations entre le développement de la petite enfance et la santé, voir le chapitre 2.

Honour Your Health Challenge

De nature communautaire, l'initiative Honour Your Health Challenge est destinée à favoriser des modes de vie sains et actifs. Créée en 2000 sous la forme d'un programme de réduction du tabagisme, elle a été élargie afin d'inclure les quatre piliers de la santé (Aboriginal ActNow – Honouring Our Health, s.d.). Le programme, qui est financé par la Division autochtone du ministère de la Santé de la province, s'attaque à la question des modes de vie à l'échelon individuel, communautaire et scolaire (primaire et secondaire). Il comporte également le volet de formation Sun Run Aboriginal InTraining qui dure 13 semaines et fournit une aide à la préparation de la course Sun Run de 10 kilomètres à Vancouver.

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

Outre les initiatives et les programmes autochtones mis en place par le gouvernement de Colombie-Britannique à l'échelon de la province, il existe un certain nombre d'initiatives et de programmes plus régionaux ou locaux, ou encore d'initiatives fédérales administrées par la province et (ou) par des organisations autochtones comme la British Columbia Aboriginal Friendship Centre Association. Plusieurs initiatives et programmes novateurs ont été mis en place en Colombie-Britannique pour améliorer la santé de la population autochtone. Cette section présente quelques exemples de ces programmes et de ces initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place en Colombie-Britannique pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional
Chaque région régionale de la santé dispose de nombreux programmes et services pour répondre aux besoins des Autochtones vivant dans leur zone de rayonnement. Il s'agit généralement de programmes, d'initiatives ou de services qui renforcent l'engagement auprès des

communautés autochtones, et améliorent les compétences culturelles ou l'efficacité des services. Beaucoup de régions régionales de la santé se sont dotées de programmes de liaison avec les Autochtones qui s'expriment en leur nom lors d'échanges avec le personnel et des professionnels de la santé, ainsi que de programmes communautaires axés sur les besoins de santé que sont la santé mentale, les interventions en cas de violence sexuelle, le VIH et le sida, les soins à domicile et communautaires, le développement des enfants et les dépendances. Par exemple, l'Aboriginal Health Initiative Program est offert dans plusieurs régions, y compris la région de la santé Northern. En outre, le gouvernement de Colombie-Britannique a directement alloué des fonds pour financer au moins une initiative unique qui sera administrée par une bande des Premières nations : le Stehiyáq Healing and Wellness Village, dans la région de Chilliwack.

Aboriginal Health Initiative Program (programme d'initiative de santé autochtone)

Northern Health administre ce programme depuis 2002. Un financement d'environ 6,4 millions de dollars a permis de subventionner 196 projets ciblant directement la santé autochtone (Northern Health, 2010). Ces projets, qui relèvent de la culture et de pratiques traditionnelles, sont conçus pour aider les communautés à mettre sur pied des initiatives en santé qui répondent à leurs besoins. Ces projets peuvent porter sur le bien-être holistique; la santé mentale; les dépendances; le bien-être des jeunes, des aînés, des hommes et des femmes; la guérison à la suite des aux conséquences des pensionnats; la lutte contre les maladies chroniques et l'éducation dans ce domaine; la sensibilisation au VIH et au sida; la sensibilisation au suicide et sa prévention; le soutien en cas de deuil et de perte; ou une combinaison de ces sujets (Northern Health, 2010).

Stehiyáq Healing and Wellness Village (ville de ressourcement et de bien-être Stehiyáq)

Le gouvernement provincial a apporté

3 millions de dollars et une terre proche de Chilliwack pour construire le Stehiyáq Healing and Wellness Village, un établissement de santé unique qui associe des pratiques traditionnelles aux techniques modernes de guérison (gouvernement de Colombie-Britannique, 2008). Le village dessert des jeunes Autochtones vulnérables de 13 à 17 ans provenant de toutes les Premières nations de la province, ainsi que leurs familles. Il aide les personnes aux prises avec des dépendances ou victimes de violences, y compris les survivants des pensionnats (Stó:lō Nation, s.d.). L'établissement comporte 28 lits de guérison et peut accueillir 32 personnes, y compris le personnel. Les résidents ont accès à un espace de conseil et de programme, à une cuisine, à une salle à manger, ainsi qu'à un espace de loisirs et de guérison à l'intérieur et à l'extérieur (gouvernement de Colombie-Britannique, 2008).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par les provinces et les territoires ou par des organisations autochtones comme les centres d'amitié. En Colombie-Britannique, il s'agit de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, d'initiatives qui recourent les objectifs de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, ainsi que de nombreux programmes du PCNP faisant partie des volets administrés à la fois par l'ASPC et par la DGSPNI, et qui visent surtout les besoins des femmes des Premières nations, inuites et métisses et de leurs nourrissons. Le gouvernement provincial a aussi assuré le financement de base du Programme des centres d'amitié autochtones de Colombie-Britannique et a octroyé 3,5 millions de dollars aux Jeux autochtones de l'Amérique du Nord en 2008 (Secrétariat des Jeux olympiques et paralympiques d'hiver de 2010 en Colombie-Britannique). Vous

trouvez plus bas de courtes descriptions de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains et de la British Columbia Aboriginal Friendship Centre Association. (Puisqu'il s'agit d'initiatives du gouvernement fédéral d'autres renseignements à ce sujet se trouvent au chapitre 3.)

La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain – Colombie-Britannique

Créée par le gouvernement fédéral en 1999, la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain vise à combattre les problèmes socioéconomiques de nombreux Autochtones vivant en milieu urbain. Le gouvernement de Colombie-Britannique est chargé de libérer des fonds pour la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain de deux communautés : Vancouver et Prince George. À Vancouver, les projets en santé pour 2008-2009 englobaient des programmes de développement des ressources comme le programme Aboriginal Front Door Society – HOW, qui propose des séances d'orientation, des cérémonies traditionnelles de guérison, des outils de développement du bien-être et des plans d'apprentissage, ainsi que de l'aide pour les participants en désintoxication et un programme de culture autochtone, de connaissances pratiques et de santé dispensé par l'école West Coast Alternative aux élèves du secondaire atteints de l'ETCAF. À Prince George, les projets de 2008-2009 concernant la santé englobaient le programme Healing Our Elders, le programme culturel de prévention du VIH et du sida Fire Pit et plusieurs programmes de développement des ressources. (Pour en savoir plus sur les projets de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain financés par la Colombie-Britannique, consultez <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014283/1100100014284> [Affaires autochtones et Développement du Nord Canada (AADNC), 2010].)

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains – Initiatives autochtones en Colombie-Britannique

Outre l'initiative Aboriginal ActNow BC mentionnée plus haut, le gouvernement de Colombie-Britannique a mis sur pied plusieurs initiatives de promotion de la santé destinées à atteindre les objectifs de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Bien que ces initiatives sont accessibles à l'ensemble de la population de la province, les Autochtones sont l'une de leurs cibles. Par exemple, le programme Sport Participation cherche à augmenter la participation aux sports, et s'adresse plus particulièrement aux enfants et aux jeunes citadins, aux Autochtones, aux handicapés et aux personnes âgées (Agence de la santé publique du Canada [ASPC], 2010b). Parallèlement, l'Active Communities Initiative, une initiative intersectorielle visant à aider les communautés à faire passer le degré d'activité physique à 20 %, cible, entre autres, les communautés autochtones (ASPC, 2010b).

British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres

Le gouvernement fédéral finance des centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Cependant, la British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres (BCAAFC), qui représente les 23 centres de Colombie-Britannique, obtient la plus grande partie de son financement de base du gouvernement provincial (BC Association of Aboriginal Friendship Centres [BCAAFC], 2010; gouvernement de Colombie-Britannique, s.d.-e).

La BCAAFC est partenaire de l'Aboriginal Sport, Recreation and Physical Activity Partners Council, ainsi que du Conseil de la santé des Premières nations et de la Métis Nation British Columbia, qui

ont créé ensemble la stratégie Aboriginal Sport, Recreation and Physical Activity (ASRPA). Cette stratégie axée sur les jeunes vise à accroître la participation des Autochtones et des communautés dans les sports et les activités physiques, afin qu'ils améliorent leur santé, adoptent des modes de vie sains et renforcent leur propre confiance et leur propre estime. Les cinq piliers de la stratégie sont l'activité des communautés, le leadership et les capacités, l'excellence, le développement du système et la viabilité (BCAAFC, 2010).

La BCAAFC administre également l'Initiative des centres urbains polyvalents pour jeunes Autochtones (ou Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone), qui vise à « créer un réseau de connexions culturelles pour aider les jeunes Autochtones » (BCAAFC, 2010). (Vous trouverez de plus amples renseignements sur ce programme au chapitre 3.)

4.2 Alberta

En 2000, le gouvernement de l'Alberta a mis en place l'Aboriginal Policy Framework, une initiative interministérielle établissant les priorités gouvernementales pour les Premières nations, les Métis et les autres Autochtones de la province. Ce cadre reflète l'engagement du gouvernement à collaborer avec les gouvernements et les organisations autochtones et avec les Autochtones pour améliorer l'état de santé et le bien-être de leurs populations, le niveau de scolarité et la compréhension de la culture, la participation des Autochtones dans l'économie albertaine, et pour clarifier les rôles et les responsabilités aux échelons fédéral, provincial et autochtones (gouvernement de l'Alberta, 2007). Il appelle tous les ministères, y compris Alberta Health and Wellness, à traiter des problèmes autochtones dans les plans d'activités et les rapports d'étapes de leurs rapports annuels (gouvernement de l'Alberta, 2000).

Alberta Health and Wellness, le ministère provincial de la santé chargé de la politique, des normes, du financement et de l'évaluation, a mis sur pied une stratégie de santé des Autochtones (Aboriginal Health Strategy), qui « encourage les partenariats entre les communautés autochtones et les fournisseurs de santé pour augmenter l'adéquation culturelle des services de santé, l'accès à ces services par les Autochtones et le nombre d'Autochtones travaillant dans le réseau de la santé » (Patrimoine canadien, 2009b, parag. 15). La stratégie finance divers projets de collaboration communautaire axés sur l'amélioration de la santé autochtone. Elle distribue également des bourses aux étudiants autochtones qui suivent des études postsecondaires dans le domaine de la santé, afin d'accroître la participation autochtone à tous les échelons du réseau de la santé (Alberta Health and Wellness [AHW], 2000).

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement provincial

Les initiatives et les programmes ciblant particulièrement la santé de la population autochtone d'Alberta sont mis sur pied par Alberta Health and Wellness, le ministère provincial de la Santé, ou Alberta Health Services, l'organisme financé par le gouvernement provincial chargé de dispenser des services de santé aux citoyens de la province. Les initiatives et les programmes destinés aux Autochtones d'Alberta Health and Wellness se concentrent sur la lutte contre les maladies transmissibles et les maladies chroniques, tandis que ceux d'Alberta Health Services cherchent à améliorer l'accès aux services de santé pour les Autochtones en tenant davantage compte des différences culturelles, ainsi que les domaines de la santé mentale et des dépendances.

Les maladies transmissibles et les maladies chroniques

Une recherche sur Internet a permis de recenser deux initiatives et programmes directement financés et administrés par le gouvernement provincial et visant

à améliorer la santé de la population autochtone. Ces programmes visent le diabète et le VIH.

Alberta Diabetes Strategy (stratégie de lutte contre le diabète de l'Alberta)

La stratégie de lutte contre le diabète de l'Alberta est un plan décennal inauguré en 2003 par Alberta Health and Wellness pour prévenir le diabète et promouvoir la santé. Cette stratégie prévoit un financement de 1 million de dollars destiné aux « organisations autochtones et aux autres intervenants essentiels pour créer et réaliser un programme de dépistage du diabète destiné aux populations autochtones vivant hors des réserves » (AHW, 2003, p. 1).

Aboriginal HIV Strategy (stratégie albertaine de lutte contre le VIH chez les Autochtones)

La stratégie albertaine de lutte contre le VIH créée en 1996 vise à fournir « une approche axée sur la culture de la prévention du VIH ... ainsi que des soins et du soutien aux Autochtones qui en sont atteints » (AHW, 2001, p. 30). Elle a été déployée par Alberta Health and Wellness en 2001 pour une période de trois ans, après laquelle les responsabilités permanentes ont été attribuées aux principaux partenaires en vue de déléguer les pouvoirs aux communautés et organisations autochtones ainsi qu'à la province et au gouvernement fédéral. Depuis 2001, Alberta Health and Wellness a subventionné l'Alberta Community HIV Fund sous la gérance de l'Alberta Community Council on HIV. La création de ce bassin de financement rejoint l'un des objectifs de l'Aboriginal HIV Strategy en établissant des liens entre les organismes de lutte contre le VIH et le sida destinés aux Autochtones et les programmes de lutte contre le VIH et le sida ciblant l'ensemble de la population (Alberta Community Council on HIV, 2010; AHW, 2001).

Les services de santé tenant compte des différences culturelles
Par l'intermédiaire d'Alberta Health Services, un certain nombre d'initiatives

et de programmes ont été déployés pour renforcer l'accès de la population aux services de santé. Deux programmes de liaison sont évoqués ici : Aboriginal Liaison Program et Aboriginal Hospital Liaison Program.

Aboriginal Liaison Program (programme de liaison avec les Autochtones)

Le programme de liaison avec les Autochtones « établit un lien au sein du réseau de la santé pour faire connaître la culture autochtone » (Alberta Health Services [AHS], 2011a). Il collabore avec les centres d'amitié autochtones pour améliorer l'accès des Autochtones au réseau de santé, ainsi que leur compréhension du système (AHS, 2011a).

Aboriginal Hospital Liaison Program (programme de liaison hospitalière avec les Autochtones)

Le programme de liaison hospitalière avec les Autochtones dispense des services directs aux clients autochtones et à leurs familles afin de faciliter leur accès aux ressources et de promouvoir la compréhension culturelle de la part du personnel hospitalier (AHS, 2011b).

La santé mentale et les dépendances
Alberta Health Services s'attache à recenser et à réduire les obstacles au système de santé mentale auxquels sont confrontés les Autochtones et finance des initiatives interrégionales et interministérielles destinées aux Autochtones. Les deux initiatives de ce type recensées lors d'une recherche par Internet sont la stratégie de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones et l'Aboriginal Mental Health Framework (cadre de santé mentale autochtone).

Honouring Life: Aboriginal Youth and Communities Empowerment Strategy (stratégie d'habilitation des jeunes et des communautés autochtones)

La stratégie d'habilitation des jeunes et des communautés autochtones a d'abord pris la forme de l'Aboriginal Youth Suicide Prevention Strategy

(stratégie de prévention du suicide des jeunes Autochtones), une initiative interministérielle dirigée par Alberta Health and Wellness et déployée en 2005 pour combattre le taux élevé de suicide chez les enfants et les jeunes Autochtones (AHS, 2009b). Le changement de nom a eu lieu en 2009 et s'inscrit dans un virage vers « des approches de résilience, d'habilitation et de bien-être holistique, plus axées sur la culture lors de la lutte contre les facteurs de risque propres aux jeunes Autochtones » (AHS, 2009b, p. 3). La stratégie a trois objectifs principaux : aider les communautés, recenser les points forts et développer des ressources pour contribuer au bien-être et à la résilience des jeunes et des communautés autochtones; créer des partenariats pour permettre la sensibilisation, l'éducation et la formation dans les domaines du bien-être et de la résilience des jeunes et des communautés autochtones; et établir des partenariats pour favoriser la recherche et l'évaluation qui alimenteront la planification (AHS, 2009b, p. 9).

Aboriginal Mental Health Framework (cadre de la santé mentale autochtone)

En 2006, Alberta Health and Wellness a créé son cadre de la santé mentale autochtone, qui donne une orientation stratégique aux fournisseurs de santé sur la manière d'aborder ces problèmes. Ce cadre, qui fait partie de la Provincial Mental Health Plan Initiative (initiative provinciale du plan de santé mentale), s'appuie sur les commentaires de multiples intervenants, dont des représentants du gouvernement fédéral, des représentants des gouvernements provinciaux, des chercheurs et diverses organisations autochtones (AHS, 2010; Alberta Mental Health Board, 2006).

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

Outre les initiatives et les programmes autochtones mis en place par le gouvernement de l'Alberta à l'échelon de

la province, il existe un certain nombre d'initiatives et de programmes plus régionaux ou encore d'initiatives fédérales administrées par la province et (ou) par des organisations autochtones comme la Alberta Aboriginal Friendship Centre Association. Cette section présente quelques exemples de ces programmes et de ces initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place par l'Alberta pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional
Comme pour la Colombie-Britannique, un grand nombre d'initiatives et de programmes offerts à la population autochtone d'Alberta sont offerts dans les bureaux régionaux de l'Alberta Health Service et ne visent que les Autochtones de la région sanitaire correspondante. Il s'agit des initiatives et des programmes conçus pour renforcer l'accès aux services de santé par les Autochtones, améliorer l'efficacité de la prestation de services et combler les besoins en santé des Autochtones de la région desservie. Trois exemples sont donnés ici : l'Elbow River Healing Lodge de Calgary, l'Aboriginal Diabetes Program (programme de lutte contre le diabète chez les Autochtones) et les Population Health Aboriginal Community Health Representatives (représentants en santé communautaire autochtone de la santé de la population), qui sont déployés dans plusieurs régions.

Elbow River Healing Lodge (pavillon de ressourcement Elbow River)

L'Elbow River Healing Lodge dispense des services axés sur la culture et se concentre sur le choix et l'augmentation de l'accessibilité par les populations autochtones de Calgary et de sa zone de rayonnement (AHS, 2009a). L'établissement fournit divers types de soins aux patients, comme le triage et l'évaluation, l'éducation et les conseils sur les modes de vie, des examens de santé,

l'encadrement pour l'autogestion de la santé, des consultations pour les aînés, des soins prénatals, des vaccinations et des soins des pieds et des blessures (AHS, 2011d).

Aboriginal Diabetes Programs (programme de lutte contre le diabète chez les Autochtones)

Les bureaux régionaux de la santé de l'Alberta ont créé, dans les régions de Lethbridge et d'Edmonton,³⁸ des programmes de lutte contre le diabète chez les Autochtones qui offrent divers programmes pédagogiques visant à répondre aux besoins des patients et des familles concernées par cette maladie. Ces programmes tiennent compte des modes de vie et des traitements traditionnels et occidentaux, et collaborent avec des représentants autochtones de la santé communautaire ainsi que d'autres services de quartier. Ils visent à renforcer la sensibilisation, à informer sur la détection précoce, à encourager l'autogestion des soins et à prévenir les complications (AHS – Lethbridge et sa région, 2007; AHS, 2011c).

Population Health Aboriginal Community Health Representative (représentant en santé communautaire autochtone de la santé de la population)

Le poste de représentant en santé communautaire autochtone de la santé de la population a été créé dans certaines régions par Alberta Health Services. Par exemple, dans la région de Lethbridge, le représentant défend les intérêts des clients autochtones et de leurs familles en faisant la promotion de la santé et en les informant à l'occasion d'une vaste gamme d'initiatives axées sur la culture. Les initiatives visent les particuliers, les familles, les groupes et les communautés et les représentants communautaires collaborent étroitement avec d'autres professionnels de la santé pour veiller à la répartition équitable des activités de promotion de la santé et de prévention des maladies entre tous les Autochtones (AHS – Lethbridge et sa région, 2007).

³⁸ Il se peut que d'autres régions proposent également ce programme.

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par les provinces et les territoires ou par des organisations autochtones comme les centres d'amitié. Cette section présente quelques exemples de ces programmes et de ces initiatives en Alberta. Le gouvernement provincial participe à l'administration de l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains et du Programme des centres d'amitié autochtones, provenant tous du gouvernement fédéral. En outre, le gouvernement fédéral finance également de nombreux programmes du PCNP faisant partie des volets administrés à la fois par l'ASPC et la DGSPNI, et qui visent surtout les besoins des femmes des Premières nations, inuites et métisses et de leurs nourrissons. Seul un résumé de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains et l'Alberta Aboriginal Friendship Centre Association sera présenté ici. (Puisqu'il s'agit d'initiatives du gouvernement fédéral, le chapitre 3 contient également des informations à ce sujet.)

Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain – Alberta

La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain est déployée dans trois villes de l'Alberta, soit Calgary, Lethbridge et Edmonton. À Calgary, les projets en santé ayant reçu du financement en 2008-2009 sont l'Awo Taan Paediatric and Family Wellness Clinic, qui fournit des soins holistiques complets pour femmes et enfants; le programme Sunrise Youth and Family (programme Sunrise pour jeunes et familles), qui fournit des conseils personnels et familiaux, de la formation sur les compétences parentales, des outils de sensibilisation à la drogue pour les

enfants et les jeunes, et des outils de promotion des modes de vie sains pour les personnes souffrant de dépendances; des éléments de développement des ressources en prévention du suicide pour le Il Paa Taa Pii – Distress Centre; et le Oskayi Kiskinotahn Aboriginal Women's and Children's Program (programme Oskayi Kiskinotahn pour femmes et enfants autochtones) visant la prévention de la violence conjugale familiale. Voici les projets de Lethbridge financés en 2008-2009 : des ateliers Healthy Communities sur les mauvais traitements; la négligence; le harcèlement; la violence; l'intimidation; la formation à la sécurité, aux premiers soins et à la prévention des blessures; et le foyer de transition pour femmes autochtones de Lethbridge, destiné à celles qui fuient la violence familiale. À Edmonton, les projets de 2008-2009 incluaient le programme Circle of Safety Family Violence (cercle de sécurité contre la violence familiale), destiné aux femmes et aux enfants victimes de violence familiale, ainsi que plusieurs programmes de développement des ressources et de sensibilisation à la culture. (Pour en savoir plus sur les projets financés par la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, consultez <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014283/1100100014284> [AADNC, 2010].)

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains – Initiatives autochtones en Alberta

Le gouvernement de l'Alberta a mis en œuvre un certain nombre de programmes en vue d'atteindre l'objectif de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains consistant à favoriser les bons choix alimentaires et l'activité physique dans le grand public. Cependant, au moins l'un d'entre eux, l'Alberta Healthy Living Fund Partnership (fonds du partenariat de l'Alberta pour des modes de vie sains), qui cible plus particulièrement les choix alimentaires sains, la vie active et la santé mentale, place

les Autochtones en priorité en finançant les écoles des réserves du Traité n° 6 (ASPC, 2010b).

Alberta Native Friendship Centre Association

Le gouvernement fédéral finance des centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. En Alberta, l'Alberta Native Friendship Centre Association (ANFCA) reçoit des fonds du gouvernement fédéral et du gouvernement provincial pour financer la prestation de programmes et de services en santé par les 20 centres d'amitié autochtones de la province.

Les initiatives provinciales en santé réalisées par les centres d'amitié incluent la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain et le New Dawn Rising Project (Alberta Native Friendship Centre Association [ANFCA], 2007a; 2007b).

En 2009, dans le cadre de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, l'ANFCA s'est associée à l'Aboriginal Diabetes Wellness Program (programme de bien-être en matière de diabète autochtone) d'Alberta Health Services de la région d'Edmonton Area pour créer The Sacred Circle, « un ensemble de ressources sur le diabète de type 2 adaptées à l'âge et à la culture, destinées aux enfants autochtones albertains de 8 à 12 ans » (AHS et ANFCA, 2009). Ce projet est désormais terminé, mais plusieurs centres d'amitié autochtones de l'Alberta continuent de proposer son volet éducatif sur le diabète (ANFCA, 2007a).

Le New Dawn Rising Project, financé par Santé Canada du 1^{er} janvier 2009 au 31 mars 2010, prévoyait des recherches préliminaires sur la dépendance aux drogues et la création d'un outil d'évaluation de la préparation de la communauté, afin que les centres d'amitié de l'Alberta puissent créer et diffuser de

nouveaux programmes de prévention des dépendances d'une manière intégrée et axée sur la culture (ANFCA, s.d.). Plusieurs centres d'amitié albertains proposent désormais des programmes d'aide en cas de dépendance (ANFCA, 2007a).

L'ANFCA administre également l'Initiative des centres urbains polyvalents pour les jeunes Autochtones du gouvernement fédéral (ou Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone), destinée à « fournir aux jeunes Autochtones en milieu urbain une vaste gamme d'activités, de projets et de services basés sur la culture » (ANFCA, 2007a). (Vous trouverez de plus amples renseignements sur ce programme au chapitre 3.)

4.3 Saskatchewan

Tout comme le gouvernement de Colombie-Britannique, le gouvernement de Saskatchewan travaille à l'élaboration d'une approche axée sur l'amélioration des normes de vie et des services de santé pour les Autochtones de la province, en amorçant un changement systémique. Il a établi une relation tripartite officielle avec la Federation of Saskatchewan Indian Nations et le gouvernement du Canada pour régler de manière plus efficace les problèmes de santé des Premières nations dans la province. En août 2009, les trois parties ont signé un protocole d'entente sur la santé et le bien-être des Premières nations de Saskatchewan. L'esprit et la lettre de cette entente visent l'amélioration du bien-être mental, physique, spirituel, émotionnel et traditionnel des membres, des familles et des communautés des Premières nations. Il s'en dégage six domaines prioritaires, soit la lutte contre les maladies chroniques et la prévention, la santé mentale et les dépendances, le renforcement des ressources humaines en santé, l'amélioration du réseau de soins de santé, les soins de longue durée, ainsi que l'engagement et la participation. C'est en cherchant et en réalisant des solutions de collaboration pour régler les priorités à court et à long terme que seront comblées

les lacunes en matière de services aux Premières nations, encore d'actualité. Pour les partenaires de cette entente, la prochaine étape consiste à rédiger et à mettre en place un plan décennal de santé et de bien-être pour les Premières nations de Saskatchewan.

Le gouvernement provincial a mis la priorité sur la création d'un réseau de soins adaptés à la culture. En octobre 2009, il a formulé des recommandations basées sur l'examen du réseau de la santé par les patients (Patient's First Review). Il recommandait, entre autres, que les régies régionales de la santé et tous les organismes de soins collaborent avec les Premières nations, les Métis, les aînés et les patients pour établir des partenariats en vue d'améliorer la santé des Premières nations et des Métis; et que la province, en collaboration avec des aînés des Premières nations et métis ainsi que d'autres conseillers, crée un réseau de soins de santé culturellement adapté mieux à même de servir les citoyens métis et des Premières nations (gouvernement de Saskatchewan, 2009). En 2008, le ministère provincial de la Santé signait également, avec la régie de la santé Northern Inter-Tribal et Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones - région Saskatchewan de Santé Canada, un protocole d'entente concernant les initiatives de cybersanté dans les communautés des Premières nations et visant à améliorer l'accès, la qualité et l'efficacité des soins aux Premières nations dans le Nord (ministère de la Santé de Saskatchewan, SPNIA – région de Saskatchewan et NITHA, 2008).

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement provincial

Outre l'établissement d'une relation de travail officielle visant à améliorer la santé autochtone, le gouvernement de Saskatchewan met sur pied des initiatives et des programmes pour améliorer la prestation de services de santé plus axés sur la culture, et pour régler les problèmes de santé mentale chez les femmes, et de santé

maternelle (gouvernement de Saskatchewan, 2007a). Toutefois, parmi les initiatives et les programmes financés par la province ciblant les Autochtones recensés sur l'Internet, aucune n'avait une portée provinciale. Des exemples de ces initiatives et de ces programmes sont toutefois donnés dans la section « Les autres voies de diffusion » ci-dessous.

Bien qu'il ne cible pas particulièrement la santé des Autochtones, le plan de lutte provincial de 2004 contre le diabète comporte plusieurs volets les concernant. Par exemple, dans le cadre de l'objectif consistant à former les fournisseurs de santé sur le diabète, le plan vise à faire participer des éducateurs et des fournisseurs de soins des Premières nations, métis et inuits aux plans de la régie de la santé afin de déterminer les meilleurs moyens de fournir des services à ce groupe cible (Saskatchewan Health, 2004). Parallèlement, pour atteindre les objectifs de surveillance du diabète, le plan sollicite la participation des Autochtones à la création d'un système électronique visant à faciliter la lutte en équipe contre cette maladie.

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

Nombre d'initiatives et de programmes destinés aux Autochtones ont été déployés par le gouvernement de Saskatchewan sur un échelon plus régional, que ce soit directement par le ministère de la Santé ou par les diverses régies régionales de la santé. En outre, certaines initiatives et certains programmes émanent des initiatives fédérales, mais sont administrés par le gouvernement provincial et (ou) diverses organisations autochtones, comme la Saskatchewan Aboriginal Friendship Centre Association. Cette section présente quelques exemples de ces types de programmes et d'initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place par la Saskatchewan pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional
Cette section présente trois exemples d'initiatives et de programmes régionaux en santé destinés à la population autochtone

de Saskatchewan : une stratégie de prévention du suicide, un programme de soins maternels, et le All Nations Healing Hospital.

Northern Saskatchewan Métis Youth Suicide Prevention Strategy (la stratégie de prévention du suicide chez les jeunes métis du nord de la Saskatchewan)

Ce projet fait intervenir les régions sanitaires du nord de la Saskatchewan, ainsi que le ministère de la Santé, le Métis Addictions Council of Saskatchewan et deux universités (gouvernement de Saskatchewan, 2007c). Il vise à détecter les risques de suicide chez les jeunes métis du nord de la province, à prévenir les suicides et à informer la stratégie anticipée en santé mentale de la province (gouvernement de Saskatchewan, 2007c).

Maternal Care Program (le programme de soins maternels)

La région sanitaire Regina Qu'Appelle, le conseil tribal Five Hills Qu'Appelle et le All Nations Healing Hospital participent à ce programme de soins maternels. Le principal objectif de ce programme consiste à renforcer considérablement et continuellement les services de santé maternelle dispensés par le All Nations Healing Hospital et les services de santé communautaires, en ciblant particulièrement les Autochtones. Ce programme est destiné à améliorer les résultats prénatals et postnatals en augmentant les capacités de détection de toutes les femmes enceintes à risque (gouvernement de Saskatchewan, 2007c).

All Nations Healing Hospital

Le All Nations Healing Hospital (ANHH), situé à Fort Qu'Appelle, est unique dans le milieu de la santé en Saskatchewan. L'ANHH est un établissement de guérison novateur doté de 14 lits de soins de courte durée qui propose notamment par le biais du All Nations' Healing Centre (offrant des services en santé mentale et dépendances,

du soutien post-pensionnat, ainsi que des thérapies familiales) toute une gamme de services d'analyses de la qualité de l'eau, d'accès à des cérémonies traditionnelles, ainsi que des services aux aînés et aux aidants (All Nations Healing Hospital, s.d.). L'ANHH a été construit pour remplacer l'Hôpital indien de Fort Qu'Appelle. Il a été financé par le gouvernement fédéral, par la province, par le conseil tribal Five Hills Qu'Appelle et par un comité de financement. La plus grande partie du budget de fonctionnement provient de la région sanitaire Regina Qu'Appelle. L'ANHH, qui se trouve dans une réserve, appartient aux 34 Premières nations du Traité n° 4 qui en assurent l'exploitation.

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par les provinces et les territoires, ou encore par des organisations autochtones comme les centres d'amitié. En Saskatchewan, le gouvernement provincial collabore avec Santé Canada pour plusieurs initiatives relevant du Fonds de transition pour la santé des Autochtones et pour un projet pilote de santé publique des communautés des Premières nations. Il joue le rôle d'administrateur de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains de l'ASPC, et collabore avec Affaires autochtones et Développement du Nord Canada pour déployer la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain. Il dispense également des services de prévention et de contrôle de la tuberculose aux Premières nations de la province (gouvernement de Saskatchewan, 2007f). Le gouvernement fédéral a également financé un certain nombre de programmes communautaires sur la santé maternelle et infantile (comme le Programme canadien de nutrition prénatale). De brèves descriptions du Fonds de transition pour

la santé des Autochtones, de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, du projet pilote de santé publique des communautés des Premières nations et de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain sont données plus bas. (Vous trouverez de plus amples renseignements sur ces programmes au chapitre 3.) Cette section mentionne également le profil de certains des programmes et services en santé offerts par les centres d'amitié autochtones de Saskatchewan.

Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones

Vous trouverez plus bas trois exemples d'initiatives et de programmes financés par le Fonds de transition pour la santé des Autochtones³⁹ du gouvernement fédéral. Ils sont axés sur l'amélioration de la coordination des services de santé grâce à l'amélioration de mécanismes de communication, de la présence de la culture dans les services de santé mentale, et de la coordination des services de santé dans les régions nordiques.

Le projet « Adaptation of the Provincial Health System to Better Meet the Needs of Métis People in Prevention, Health Promotion and Health Environment – Métis Nations – Saskatchewan » (adaptation du réseau provincial de la santé pour mieux répondre aux besoins des Métis en matière de prévention, de promotion de la santé et de milieu de santé) repose sur un partenariat entre le gouvernement fédéral, l'organisme Métis Nation of Saskatchewan et le ministère provincial de la Santé. Ce projet vise à améliorer les communications entre Métis Nation of Saskatchewan et le gouvernement provincial en matière de santé, ainsi qu'à permettre à l'organisation d'acquérir des ressources internes pour élaborer des politiques et des stratégies en santé (gouvernement de Saskatchewan, 2007b).

Le projet Tri-First Nations' Saulteaux Healing Project relève de la collaboration

³⁹ Ce fond a été fermé en mars 2011. Il sera remplacé par le Fonds d'intégration des services de santé.

de trois communautés Nakawe : la Première nation Fishing Lake, la Première nation Kinistin et la Première nation Yellow Quill (Première nation Fishing Lake, Première nation Kinistin et Première nation Yellow Quill, 2010). La première étape consistait à établir le concept de cadre culturel. La deuxième étape, encore en cours, concerne le passage à la planification et au plan de déploiement. La première étape vise à déterminer s'il est possible -et par quel moyen- d'associer, tout en les respectant, les meilleures méthodes en santé aux meilleures méthodes de guérison des Saulteaux afin de répondre aux besoins en la matière de cette population et des familles d'autres Premières nations (gouvernement de Saskatchewan, 2007e).

La Stratégie en matière de santé dans le Nord rassemble 13 organismes partenaires en vue de surmonter les problèmes de santé courants dans le nord de la Saskatchewan. Le principal objectif de cette stratégie est d'améliorer l'état de santé des résidents du nord de la province en limitant le dédoublement des services et en comblant l'écart entre les habitants (gouvernement de Saskatchewan, 2007d; Stratégie en matière de santé dans le Nord, 2011). Bien que cette stratégie ne s'adresse pas aux Autochtones de Saskatchewan en particulier, elle comporte certains programmes qui leur sont destinés, notamment dans le domaine de la santé mentale et des dépendances, ainsi que du transfert des régies de la santé à près de 21 Premières nations.

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains – Initiatives autochtones en Saskatchewan

Dans le cadre de sa Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, la Saskatchewan souhaite que la proportion de la population physiquement active passe à 10 % d'ici 2010 (Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains et coll., 2005). Le gouvernement provincial a mis en place certaines

initiatives provinciales d'ordre général, comme Saskatchewan in Motion, visant à augmenter l'activité physique au profit de la santé, ainsi qu'une stratégie de promotion de la santé de la population intitulée « Healthier Places to Live, Work and Play » (des endroits plus sains pour vivre, travailler et avoir des loisirs) (ASPC, 2009). Dans le cadre de ce programme, le gouvernement provincial a également déployé l'Aboriginal Participation Initiative (initiative de participation des Autochtones), « afin que les Autochtones acquièrent des capacités et du leadership en participant à des activités sportives, culturelles et récréatives » (Saskatchewan Health, s.d.). Cette initiative fait intervenir plusieurs partenaires, notamment la Federation of Saskatchewan Indian Nations, Métis Nation of Saskatchewan, le Northern Recreation Coordinating Committee, Sask Sport inc. et la Saskatchewan Parks and Recreation Association (Saskatchewan Health, s.d.).

Le projet pilote de santé publique des communautés des Premières nations

En 2007, un projet pilote intergouvernemental de santé publique a été lancé sous la direction et la coordination de l'Assemblée des Premières Nations pour faciliter l'orientation de la prestation des services publics dans les réserves; ce projet a contribué à améliorer les résultats en santé et à renforcer le contrôle des Premières nations sur la prestation de leurs propres services de santé publique (Assemblée des Premières Nations, 2011). Financé par Santé Canada, ce projet pilote sera déployé pendant cinq ans dans trois provinces (Saskatchewan, Manitoba et Ontario). En Saskatchewan, ce projet est en vigueur dans des communautés du conseil tribal Five Hills Qu'Appelle.

La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain – Saskatchewan

En Saskatchewan, la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain du gouvernement fédéral a été déployée dans les villes de Prince

Albert, Regina et Saskatoon. Cette stratégie finance un certain nombre de projets de sensibilisation culturelle, de développement des ressources et de santé. Parmi les projets en santé financés en 2008-2009 à Saskatoon, on trouve une initiative de prévention des maladies chroniques; de l'aide et de l'hébergement pour personnes atteintes d'ETCAF et le projet White Buffalo Youth Lodge Fitness-Food-Fun, qui aide les Autochtones diabétiques et prévoit des activités de sensibilisation et de prévention. À Regina, le projet pilote Prairie Spirit Connections – Tending the Fire Healing a été mis sur pied. Il prévoit l'ajout d'un élément d'initiation au travail au projet Tending the Fire Healing. Enfin, à Prince Albert, des projets de perfectionnement en judo pour adolescents et de foyers de transition pour femmes ayant subi de la violence ont été mis sur pied. (Pour en savoir plus sur les projets financés par la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, consultez www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014283/1100100014284 [AADNC, 2010].)

Aboriginal Friendship Centres of Saskatchewan

Le gouvernement fédéral finance des centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Les programmes gérés par l'Aboriginal Friendship Centres of Saskatchewan incluent l'Initiative des centres urbains polyvalents pour jeunes Autochtones et le programme Jeunesse Canada au travail, tous deux financés par le gouvernement fédéral (Aboriginal Friendship Centres of Saskatchewan, s.d.).

Bien que ces programmes n'ont pas de lien direct avec la santé, les activités du Programme des centres d'amitié autochtones et de l'Initiative des centres urbains polyvalents pour jeunes Autochtones font souvent la promotion de

l'activité physique et favorisent l'identité culturelle, qui contribue à améliorer la santé et le bien-être. En outre, les programmes comme Jeunesse Canada au travail s'attaquent aux inégalités pouvant compromettre la santé. Il n'a pas été possible de trouver sur Internet des informations sur l'éventuel financement, par le gouvernement provincial, des programmes et services des Aboriginal Friendship Centres of Saskatchewan.

4.4 Manitoba

Depuis 2003, le gouvernement du Manitoba forme un partenariat avec les Premières nations et les ministères fédéraux par l'intermédiaire de l'Intergovernmental Committee on Manitoba First Nations Health (ICMFNH). Son mandat consiste à trouver des moyens d'améliorer la santé des membres des Premières nations au Manitoba et de « combler l'écart » entre les résultats de santé des Premières nations et ceux des autres Manitobains. L'objectif de l'ICMFNH est de régler les principaux obstacles à la santé et au bien-être des citoyens des Premières nations. Dans ce but, il crée des stratégies et des solutions novatrices et durables pour obtenir des résultats de santé semblables à ceux des autres Canadiens. Le comité finance des études en vue de recenser les domaines prioritaires et de modifier les politiques en fonction des résultats (Assembly of Manitoba Chiefs, 2010a). Ses recommandations concernent un aperçu des lacunes en matière de services, des questions en lien avec les compétences, ainsi qu'une analyse financière des dépenses actuelles de soins de santé des Premières nations au Manitoba (Conseil canadien de la santé, 2007).

Outre sa participation à l'Intergovernmental Committee on Manitoba First Nations Health, le gouvernement manitobain a rédigé le plan directeur du Manitoba sur la santé des Autochtones (Manitoba Blueprint on Aboriginal Health) pour

comblent l'écart entre les Autochtones et les autres citoyens. Toutefois, puisque ce document n'a pas tenu compte des commentaires des Premières nations de la province, les Premières nations du Manitoba ont mis sur pied leur propre stratégie dans le domaine de la santé et du bien-être (Assembly of Manitoba Chiefs, 2006). La Manitoba First Nations Health and Wellness Strategy envisage d'améliorer l'état de santé des Premières nations du Manitoba dans un cadre de services sanitaires et sociaux contrôlé et administré par leurs membres, passant par l'établissement de relations intersectorielles, interministérielles et intergouvernementales (Assembly of Manitoba Chiefs, 2006).

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement provincial

Le gouvernement du Manitoba finance et administre des programmes, des initiatives et des services pour sa population autochtone par le biais de Santé Manitoba et de ses régions régionales de la santé, ou par l'intermédiaire d'Affaires autochtones et du Nord. Un bureau de la santé autochtone et nordique, chapeauté par Santé Manitoba, collabore avec des intervenants de tous les secteurs pour améliorer la santé de ces populations (Santé Manitoba, s.d.-b). Il est chargé de reconnaître et de respecter la diversité des cultures, des langues et des traditions autochtones, ainsi que le mandat et les compétences des groupes indigènes du Manitoba; de donner son avis sur la culture et de sensibiliser aux méthodes autochtones visant le bien-être; de collaborer avec les autres territoires de compétences et d'agir à titre d'agent de liaison; d'analyser les recherches factuelles et les meilleures méthodes; et de consulter divers groupes en vue de mettre sur pied des stratégies, des politiques et des programmes de formation en santé propres aux autochtones (Santé Manitoba, s.d.-b).

Les initiatives et les programmes provinciaux en santé directement financés

et administrés par le gouvernement provincial pour la population autochtone concernent les maladies transmissibles et les maladies chroniques, les ressources en santé, la santé maternelle et infantile, ainsi que la santé mentale et les dépendances.

Les maladies transmissibles et les maladies chroniques

Une recherche sur Internet a permis de recenser deux initiatives et programmes en santé déployés à l'échelon de la province et ciblant la population autochtone du Manitoba. Ils portent principalement sur le VIH et le sida, ainsi que sur le diabète.

As Long As the Waters Flow: An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS (Aussi longtemps que coulera la rivière : stratégie autochtone en matière de VIH/sida)

En 1996, la stratégie du Manitoba contre le sida annonçait que l'une des priorités consistait à « reconnaître les besoins particuliers des Autochtones » en la matière de VIH et de sida (Santé Manitoba, 2004). Le programme As Long As the Waters Flow: An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS découle directement de cette priorité. La stratégie possède quatre objectifs principaux : la prévention et l'éducation; les soins, les traitements et le soutien; la coordination des services; et la recherche et l'évaluation (Santé Manitoba, 2004). Créée en consultation avec les communautés autochtones du Manitoba, elle formule des recommandations telles que la participation des communautés autochtones à la création de programmes d'éducation, de prévention et de traitement du VIH/sida (Santé Manitoba, 2004).

Regional Diabetes Program Framework: A Manitoba Strategy (le cadre du programme régional de lutte contre le diabète : la stratégie du Manitoba)

Le cadre régional du programme de lutte contre le diabète de Santé Manitoba détaille la mise en œuvre de 29 des 53 recommandations de la stratégie gouvernementale en matière de diabète, qui vise à réduire le poids de cette maladie dans la province. La stratégie a été créé

en 1998 en réaction au « pourcentage croissant de cas de diabète de type 2 chez les membres des Premières nations et les personnes âgées de toutes les populations » (Santé Manitoba, s.d.-d, p. 3). Le Regional Diabetes Program Framework reconnaît que les membres des Premières nations sont les plus touchés par le diabète de type 2, et met l'accent sur une approche holistique de la santé, des soins primaires et de la participation communautaire en matière d'éducation, de recherche, de soins et d'aide aux diabétiques. Il cherche à mettre en place de meilleurs infrastructures et de meilleurs services d'information, de soins et d'aide dans le cadre de cette maladie dans chaque région régionale de la santé de la province (Santé Manitoba, 2002).

Les ressources humaines en santé

Pour améliorer les services de santé destinés aux Autochtones en tenant davantage compte de la culture, et pour surmonter les difficultés de recrutement et de conservation de professionnels de la santé, le gouvernement du Manitoba a créé un programme qui encourage les membres de ces populations à devenir des professionnels de la santé en leur offrant du financement.

Aboriginal Medical Student Financial Assistance Program (le programme d'aide financière aux étudiants en médecine autochtones)

Ce programme a été créé par le gouvernement du Manitoba pour augmenter le nombre de médecins autochtones diplômés de l'Université du Manitoba et travaillant dans la province. Les étudiants peuvent faire une demande de financement pour chaque année d'études de médecine et ils ne devront rembourser la somme au gouvernement que s'ils partent travailler ailleurs après l'obtention de leur diplôme (Santé Manitoba, s.d.-a).

La santé maternelle et infantile

En 2007, le ministre provincial de la Santé a créé un groupe de travail sur les services en santé maternelle et infantile et l'a

chargé de formuler des recommandations pour l'amélioration de ces services au Manitoba. Bien que cette démarche ne concerne pas précisément les Autochtones, plusieurs recommandations ciblèrent des Premières nations, des Métis et des Inuits vivant au Manitoba. En septembre 2008, le gouvernement provincial s'engageait à fournir un montant de 1,1 million de dollars pour réaliser 13 priorités urgentes énumérées par le groupe de travail. Il s'agissait de la formation de travailleurs de soutien en vue de proposer des services d'aide sociale et professionnelle prénatale et postnatale tenant compte de la culture; d'un système d'orientation pour aider les femmes enceintes devant quitter leurs communautés des Premières nations, inuites ou métisses pendant une période prolongée pour accéder à un soutien prénatal et social; et la création d'un groupe de travail pour favoriser la participation de la communauté dans la création de ressources visant à aider les femmes devant quitter leur communauté pendant une période prolongée pour accoucher (Santé Manitoba, s.d.-c).

La santé mentale et la toxicomanie

Une recherche sur Internet a permis de trouver une seule initiative du gouvernement provincial destinée aux Autochtones dans le domaine de la santé mentale et des dépendances, soit une stratégie de prévention du suicide chez les jeunes.

La stratégie manitobaine de prévention du suicide chez les jeunes

La stratégie manitobaine de prévention du suicide chez les jeunes vise tous les jeunes de la province, mais comporte un important volet consacré aux communautés et aux jeunes autochtones. En réalité, elle reprend la stratégie fédérale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones dont l'un de ses principaux objectifs consiste à améliorer la prestation de services et l'accès dans les communautés autochtones du Manitoba (Santé Manitoba, 2008). Le rapport *Reclaiming Hope: Manitoba's Youth Suicide Prevention Strategy* donne un aperçu

des programmes actuels et récents de la province dans le domaine de la santé mentale, de la prévention du suicide et de la sensibilisation (Santé Manitoba, 2008).

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

Outre les initiatives et les programmes autochtones mis en place par le gouvernement du Manitoba à l'échelon de la province, il existe un certain nombre d'initiatives et de programmes plus régionaux ou locaux, ou encore d'initiatives fédérales administrées par la province et (ou) par des organisations autochtones comme le Manitoba Aboriginal Friendship Centre Association. Cette section donne quelques exemples de ces types de programmes et d'initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place par le Manitoba pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional

Plusieurs initiatives et programmes mis à la disposition de la population autochtone du Manitoba sont diffusés et (ou) administrés par des régions régionales de la santé ou ne concernent que les Autochtones de certains endroits. Nous en détaillons deux ici : le foyer de transition pour femmes autochtones se trouve à Winnipeg, tandis que l'Initiative d'alimentation saine dans le Nord a une portée régionale.

Le foyer de transition pour femmes autochtones

Depuis 1979, le foyer de transition pour femmes autochtones de Winnipeg vient en aide aux femmes et aux mères autochtones victimes de violence familiale. Il offre à ces femmes, ainsi qu'à leurs enfants, de l'hébergement de longue durée afin de les aider à recommencer leur vie après des problèmes de violence familiale ou de négligence systémique. Les personnes accueillies peuvent ainsi y rester jusqu'à un an pour amorcer la transition vers le retour à la vie en communauté. Le centre propose

divers programmes, dont un service de conseil en cas de crise/dépendances disponible après les heures d'ouverture, un programme de comportement d'adaptation compulsif, la prévention de la violence familiale, des programmes pour encourager les enfants à établir des liens et à se développer sainement, un programme de compétences parentales et un programme de mentorat (Foyer de transition pour femmes autochtones, s.d.).

L'Initiative d'alimentation saine dans le Nord

L'Initiative d'alimentation saine dans le Nord, financée et administrée par le ministère manitobain des Affaires autochtones et du Nord, s'efforce de promouvoir les modes de vie sains, la sensibilisation au diabète et la participation de la communauté; de créer des jardins communautaires afin de renforcer l'accès à des aliments sains et d'en réduire le prix; et d'augmenter les taux d'activité physique et de participation communautaire. Cette initiative fournit des ressources, de la formation en jardinage et du matériel comme de la terre, des graines et des outils (Northern Association of Community Councils, 2009; Affaires autochtones et du Nord, s.d.). Bien qu'elle n'est pas exclusivement destinée à la population autochtone du nord du Manitoba, elle cible toutes les communautés nordiques, y compris les communautés autochtones et intègre des éléments qui les concernent plus particulièrement, comme les plantes médicinales (Northern Association of Community Councils, 2009; Affaires autochtones et du Nord, s.d.).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par les provinces et les territoires, et (ou) par des organisations autochtones comme les centres d'amitié. Au Manitoba, le gouvernement provincial a versé 2,5 millions de dollars lors des Jeux autochtones de l'Amérique du

Nord organisés en 2002 (gouvernement du Manitoba, 2002). Il « a pris en charge le développement de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains à l'échelon national et y participe activement » (gouvernement du Manitoba, 2004). Il collabore avec le gouvernement fédéral dans le cadre de sa Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, et avec le gouvernement du Canada et celui du Nunavut pour le programme de formation des sages-femmes du Fonds de transition pour la santé des Autochtones. En outre, conjointement à d'autres ordres de gouvernement, il finance des organismes d'éducation et sans but lucratif pour la réalisation du Winnipeg Aboriginal Sports Achievement Centre (centre de réalisation sportive autochtone de Winnipeg), en 2008, il a versé 1 million de dollars à la Manitoba Association of Friendship Centres pour rénover et réparer ses centres membres (gouvernement du Manitoba, 2008).

Le gouvernement fédéral participe aussi au financement de projets pilotes en santé maternelle et infantile dans des communautés des Premières nations, sous l'autorité du programme Strengthening Families Maternal Child Health Program (renforcement de la santé maternelle et infantile dans les familles) de l'Assembly of Manitoba Chiefs, ainsi que d'un certain nombre de programmes du PCNP ciblant plus particulièrement les besoins des femmes des Premières nations, inuites et métisses, et de leurs nourrissons. En outre, il finance un projet pilote de santé publique des communautés des Premières nations dans la province. Les courtes descriptions ci-dessous ne concernent que le Programme d'enseignement de la profession de sage-femme, la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, le programme Strengthening Families Maternal Child Health Program (renforcement la santé maternelle et infantile dans les familles), le Winnipeg Aboriginal Sports Achievement Centre (centre de réalisation sportive autochtone

de Winnipeg), le projet pilote de santé publique des communautés des Premières nations et le Manitoba Association of Friendship Centres.

Le programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones

Le programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones repose sur un partenariat entre le Manitoba et le Nunavut, et est conjointement géré par Santé Manitoba et par Enseignement postsecondaire et Formation professionnelle du Manitoba. Ce programme reçoit de Santé Canada un financement d'environ 1,69 million de dollars destiné à la phase de développement dans le cadre du volet autochtone du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (Conseil canadien de la santé, 2007; Santé Canada, 2006). Il vise la création d'un cycle d'études de quatre ans destiné aux Autochtones souhaitant acquérir la profession de sage-femme par le biais des enseignements et de la culture autochtone.

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains – Initiatives autochtones au Manitoba

Le gouvernement du Manitoba a créé le Programme de mentorat en modes de vie sains pour jeunes autochtones afin d'atteindre certains de ses objectifs découlant de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Ce programme donne une éducation alimentaire à des enfants d'âge primaire (ASPC, 2010b), et a mis en place l'Initiative d'alimentation saine dans le Nord, pouvant aussi être vue comme un élément de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains.

La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain – Manitoba

Au Manitoba, la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain a été déployée dans deux centres urbains : Winnipeg et Thompson. Outre les programmes de sensibilisation et de

rétablissement des liens à la culture ainsi que de développement des ressources, les projets en santé financés pour Winnipeg en 2008-2009 comprenaient une stratégie destinée aux jeunes Autochtones; plusieurs initiatives d'intervention et de prévention basées sur la culture s'attaquant aux facteurs de risque associés à la violence chez les jeunes et la participation aux gangs de rue; plusieurs programmes ciblant des femmes et des filles autochtones ayant subi la violence, y compris le projet Sisters in Spirit et le foyer de transition pour femmes autochtones; et un programme de postintervention dans le domaine des dépendances. Les projets financés en 2008-2009 à Thompson concernent une vidéo de promotion de la santé visant à informer les Autochtones sur les infections transmissibles sexuellement et un programme de traitement de la violence familiale pour les hommes autochtones. (Pour en savoir plus sur les projets financés par la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, consultez <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014283/1100100014284> [AADNC, 2010].)

Strengthening Families Maternal Child Health Program (Programme de renforcement de la santé maternelle et infantile dans les familles)

Le programme de renforcement de la santé maternelle et infantile dans les familles est un programme de visite à domicile axé sur les familles et destiné aux femmes enceintes, aux pères et aux familles ayant des jeunes enfants de 0 à 6 ans. Il se base sur une vision de familles et de communautés des Premières nations fortes, en bonne santé et solidaires. Il vise à fournir de l'aide et des services d'orientation par le biais de personnel infirmier et de visiteurs à domicile ayant suivi une formation. Ces visites cherchent à renforcer le développement physique, psychologique, cognitif et social des membres de la famille. Le programme a démarré en 2005, lorsque le gouvernement fédéral a financé des projets pilotes dans 16 communautés des Premières nations

du Manitoba. Onze autres ont été ajoutés en 2006, puis cinq en 2007. Les projets sont gérés conjointement selon une structure dans laquelle la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits se charge d'administrer et de financer les projets des communautés, l'Assembly of Manitoba Chiefs assure le soutien régional sur place et un comité consultatif des Premières nations supervise la réalisation du programme (Assembly of Manitoba Chiefs, 2010b).

The Winnipeg Aboriginal Sports Achievement Centre (WASAC) (Centre de réalisation sportive autochtone de Winnipeg)

Le centre de réalisation sportive autochtone de Winnipeg est ouvert depuis 2000. Sa mission consiste à influencer la vie des enfants et des adolescents autochtones de Winnipeg et des communautés du Nord en établissant des programmes, en assurant un mentorat et le développement du leadership. La programmation (sans aucuns frais) s'étend aux sports, à la sensibilisation culturelle, aux loisirs et aux services communautaires.

À l'heure actuelle, le WASAC est financé, entre autres, par le gouvernement manitobain, la ville de Winnipeg, Patrimoine canadien, l'Université de Winnipeg, Sport Manitoba, le Manitoba Aboriginal Sport and Recreation Council, le Centre for Aboriginal Human Resource Development inc.

Le projet pilote de santé publique des communautés des Premières nations

En 2007, un projet pilote intergouvernemental de santé publique a été lancé sous la direction et la coordination de l'Assemblée des Premières Nations pour alimenter les orientations dans la prestation des services publics dans les réserves et a contribué à améliorer les résultats en santé et à renforcer le contrôle des Premières nations sur la prestation de leurs propres services de santé publique (Assemblée des Premières Nations, 2011). Financé par Santé Canada, ce projet pilote sera déployé pendant cinq ans dans trois

provinces (Saskatchewan, Manitoba et Ontario). Au Manitoba, il est déployé dans les communautés de la région de la santé Four Arrows.

Manitoba Association of Friendship Centres (Centres d'amitié autochtones du Manitoba)

Le gouvernement fédéral finance des centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. La Manitoba Association of Friendship Centres reçoit également de l'argent du gouvernement provincial pour se financer, ainsi que ses 11 centres d'amitié. Les initiatives et les programmes qu'elle propose incluent le programme Parent Child Centre (centres parent-enfant) qui favorise « les compétences parentales, le soutien familial, la nutrition, l'alphabétisation et le développement de ressources, tous axés sur la culture, comme domaines prioritaires pour un développement sain de l'enfant » (Manitoba Association of Friendship Centres [MAC], s.d.-b). Ces programmes visent à promouvoir de bons résultats de santé chez les enfants et les familles, par le biais d'activités axées sur la relation parent-enfant et le soutien au rôle de parent et aux familles, ainsi que sur la nutrition, l'alphabétisation et le développement de ressources. Le programme fédéral Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone est également administré par la Manitoba Association of Friendship Centres (MAC, s.d.-a).

4.5 Ontario

Avec ses politiques de santé, le gouvernement de l'Ontario est à l'avant-garde de la lutte contre les inégalités en santé entre les Autochtones et les non Autochtones. En 1990, il a créé sa Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, puis a franchi un grand pas en 1994 avec sa Politique de santé applicable aux Autochtones, vue comme la politique de santé autochtone

la plus exhaustive à l'heure actuelle (CCNSA, 2011).

Chaque année, l'Ontario investit environ 600 millions de dollars dans des programmes et des services autochtones qui, loin de se contenter de régler des problèmes de santé, s'attaquent aussi aux déterminants sociaux et économiques pouvant la compromettre (ministère des Affaires autochtones de l'Ontario, 2009). Environ la moitié de cette somme est destinée aux services sociaux et à l'enfance, les initiatives des domaines de la justice et du maintien de l'ordre reçoivent 80 millions de dollars, tandis que 45 millions de dollars vont aux programmes d'éducation et de formation, et 49,5 millions de dollars financent la Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones, dont 8,5 millions sont consacrés au programme Bébés en santé, enfants en santé à l'intention des Autochtones (ministère des Affaires autochtones de l'Ontario, 2009). La Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones est une politique et une initiative de services uniques basée sur un partenariat entre les Autochtones et le gouvernement de l'Ontario pour promouvoir la santé et la guérison chez les Autochtones de l'Ontario. Elle finance trois types d'initiatives et englobe 18 programmes différents (Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones, 2007b). Cette stratégie vise à améliorer la santé et le bien-être des Autochtones et des communautés autochtones de l'Ontario, en facilitant l'accès à des services et des programmes de soins primaires et de guérison adaptés à la culture, notamment dans les domaines de la prévention, des traitements et de l'aide; en tirant profit des points forts pour développer les ressources des communautés autochtones; et en faisant la promotion de relations et de milieux sains, non violents et favorisant l'égalité (Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones, 2007b).

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement provincial

La Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones et le gouvernement de l'Ontario proposent des programmes de santé autochtone en lien avec la santé des enfants et des adolescents, les maladies transmissibles et les maladies chroniques, la santé mentale et les dépendances, ainsi que la santé des femmes.

La santé des enfants et adolescents

Une recherche sur Internet a permis de recenser un seul programme en santé financé et administré par la province et visant à améliorer la santé des enfants et des jeunes autochtones de l'Ontario. Ce programme concerne le développement sain du jeune enfant.

Le programme Bébés en santé, enfants en santé à l'intention des Autochtones

Créé en 2004 dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones, le programme Bébés en santé, enfants en santé à l'intention des Autochtones permet l'accès à des services d'intervention précoce et de prévention axés sur la culture. Tout au long de la grossesse, de la naissance et de l'éducation, elle aide les parents à favoriser la santé et le développement des nourrissons et des jeunes enfants. Destiné à toutes les familles autochtones, il leur permet d'acquérir tous les atouts pour assurer le bon développement de leurs enfants de 0 à 6 ans en agissant comme un réseau coordonné, efficace et intégré de services et de soutiens dans ce domaine. Le programme est accessible à toutes les familles autochtones qui le demandent (Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones, 2009).

Les maladies transmissibles et les maladies chroniques

Une recherche sur Internet a permis de recenser quatre initiatives et programmes en santé financés et administrés par la province dans le domaine des maladies transmissibles et des maladies chroniques

chez les Autochtones de l'Ontario. Trois d'entre eux relevaient de stratégies mises en place pour lutter contre le diabète, le cancer, ainsi que le VIH et le sida, tandis que la quatrième était un programme de promotion de la santé axé sur l'information et la prévention du diabète.

La Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète chez les Autochtones

Annoncée en 2008, la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète chez les Autochtones relève d'une collaboration entre le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, des organisations autochtones de la province et des Premières nations. Elle établit une approche à long terme de la prévention, des soins, des traitements, de l'éducation, de la recherche et de la coordination entourant le diabète (Comité de direction de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète chez les Autochtones, 2006). Pour chacune de ces activités, la stratégie établit le but et les objectifs, et les lacunes actuelles, ainsi que les actions nécessaires pour atteindre les premiers et combler les deuxièmes. Sa grande priorité consiste à améliorer l'accès aux soins des communautés abritant de nombreux diabétiques.

Pour améliorer l'accès aux soins, les principes clés vus comme déterminants fondamentaux de la stratégie sont notamment : les perspectives holistiques des Autochtones sur la santé; l'autodétermination des Autochtones dans tous les aspects de la prestation de soins de santé; le droit des Autochtones à choisir différents modèles de soins; l'impact de l'environnement social, économique et physique sur l'état de santé; le manque de services de santé adaptés et accessibles à tous les Autochtones, où qu'ils vivent; le manque de services de santé dispensés dans un milieu et d'une façon qui ne compromet pas la culture; une approche intersectorielle coordonnée de collaboration; et une volonté et un engagement politique et financier renforcés à la base de toutes les stratégies de santé destinées aux Autochtones (OADSSC, 2006).

Le Programme de formation des diabétiques, de promotion de la santé et de prévention pour les Autochtones

Le Programme de formation des diabétiques, de promotion de la santé et de prévention pour les Autochtones a été créé en 2001 par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. Il octroie du financement à huit organisations autochtones qui dispensent de l'éducation et des programmes de soins du diabète ciblant les Autochtones (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2006). Par exemple, la stratégie de sensibilisation au diabète de Métis Nation of Ontario vise à sensibiliser davantage les Métis à la gravité de cette maladie, aux facteurs de risque, aux signes précurseurs qui y sont associés, et aux stratégies potentielles pour l'éviter, ainsi que ses complications (Métis Nation of Ontario, s.d.).

La Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Autochtones

Reprenant l'une des quatre priorités énumérées par Action Cancer Ontario⁴⁰ dans son plan d'action 2020, la Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les Autochtones vise à réduire l'incidence du cancer et la mortalité chez les Autochtones de l'Ontario d'ici 2020 en recourant à une approche holistique du dépistage, de la prévention et de la recherche. Le Comité conjoint Action Cancer Ontario pour la lutte contre le cancer chez les Autochtones (CACOPA), qui inclut des représentants des neuf organisations autochtones et d'Action Cancer Ontario, dispense des conseils et des avis sur la création et la mise en place de stratégies visant à réduire l'incidence du cancer chez les Autochtones de l'Ontario (Action Cancer Ontario, 2009).

La Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones

La Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones est un organisme de services

mandaté par la province pour offrir des services de soutien aux Autochtones vivant hors des réserves et touchés par le VIH ou le sida (ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2010). L'objectif de cette stratégie créée en 1995 consiste à « proposer des programmes et des stratégies adaptés aux différences culturelles pour répondre à l'épidémie de VIH et de sida chez les Autochtones de l'Ontario par des initiatives de promotion, de prévention, de soins de longue durée, de traitement et de soutien visant à réduire les préjugés » (Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones, 2010).

La santé mentale et la toxicomanie

Une recherche sur Internet a permis de recenser trois programmes traitant de questions de santé mentale, dont deux favorisent l'accès à des services en la matière et un autre est en lien avec la violence familiale. (Bien qu'il ne s'agit pas directement d'un programme en santé mentale, ce dernier est mentionné parce que la violence familiale est reconnue comme un problème préoccupant dans bien des communautés et des familles autochtones, et que les problèmes dans ce domaine prennent souvent racine dans la violence familiale ou en sont une des conséquences.)

Le Service Info Santé mentale Ontario

Le Service Info Santé mentale Ontario (SISMO) est un programme provincial d'information et d'orientation financé par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario qui permet aux Ontariens d'accéder jour et nuit à des informations sur les services de santé mentale et les réseaux de soutien de la province. Bien qu'il ne cible pas la population autochtone de l'Ontario en particulier, le site Web SISMO propose un répertoire des services en ligne comprenant 28 organisations de soins de santé autochtone dans tout l'Ontario,

ayant de nombreuses succursales dans la province (Service Info Santé mentale Ontario, 2005).

Le programme de santé mentale

Dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones, le programme de santé mentale a été créé pour concevoir, planifier et mettre en place des démonstrations ou des projets pilotes cherchant à améliorer la santé mentale des Autochtones en tenant compte des différences culturelles (SRMA, 2007b). Il peut s'agir de services d'admission, de dépistage, d'évaluation et d'orientation pour les clients en santé mentale; d'équipes de services et de soutien pour les malades en santé mentale; d'interventions en cas de crise, d'interventions précoces, ainsi que de conseil et de soutien de pairs pour les personnes vulnérables et leurs familles; de la gestion de cas spécialisés et du soutien postintervention pour malades; et des initiatives visant à dispenser ou à améliorer les services thérapeutiques, qu'ils soient occidentaux ou traditionnels (SRMA, 2007b).

Le Programme de ressourcement pour la prévention de la violence familiale

Dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones, le Programme de ressourcement pour la prévention de la violence familiale a été créé pour élargir les programmes de l'époque dans le domaine. Il s'agit, par exemple du programme Ganohkwa Sra des Six Nations et du programme Thi nisten: Ha le thi non ronh kawa d'Akwesasne. Ces programmes comblent les besoins des communautés et s'appuient sur leur aide pour régler les problèmes de violence familiale en leur sein.

La santé des femmes

De nombreux programmes de protection, d'habilitation et d'éducation des femmes autochtones ont été créés dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones.

⁴⁰ Action Cancer Ontario est un organisme de service opérationnel du ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, financé par le gouvernement provincial (Action Cancer Ontario, 2011).

Par exemple, des abris et des logements sécuritaires aménagés à neuf endroits en Ontario permettent aux femmes et à leurs enfants de trouver de l'hébergement à court terme pour se protéger de leur partenaire, de leur famille ou d'elles-mêmes; et six pavillons de ressourcement proposent aux Autochtones des méthodes traditionnelles pour guérir des conséquences de cas de dysfonction familiale, d'agressions sexuelles, ainsi que de violences physiques, mentales et psychologiques (Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones, 2007a).

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

Outre les initiatives et les programmes autochtones mis en place par le gouvernement de l'Ontario à l'échelon de la province, il en existe un certain nombre de portée plus régionale ou locale, ou encore des initiatives fédérales administrées par la province et (ou) par des organisations autochtones comme l'Ontario Aboriginal Friendship Centre Association. Cette section donne quelques exemples de ces types de programmes et d'initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place par l'Ontario pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional

Un grand nombre d'initiatives et de programmes proposés à la population autochtone de l'Ontario sont mis en place et (ou) administrés par les 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé,⁴¹ ou ne s'appliquent qu'aux Autochtones d'un endroit donné. Nous en donnons ici quatre exemples : deux initiatives régionales de lutte contre le diabète, un programme sur la santé mentale et les dépendances pour les Autochtones en milieu urbain à Toronto, et le Centre maternel et infantile de Six Nations.

L'Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Nord de l'Ontario

L'Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Nord de l'Ontario (ILDANO) a été déployée en 2006 par le Réseau des services de santé aux diabétiques du Nord (RSSDN), une initiative plus vaste financée par le ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario pour combler le manque de services destinés aux diabétiques du Nord. Une évaluation des besoins des Autochtones du Nord en matière de diabète, effectuée en 2006, a inspiré les critères de financement du RSSDN pour les projets communautaires de prévention et de sensibilisation. En 2008-2009, l'ILDANO a débloqué 425 000 \$ pour aider des personnes, des communautés et des organisations autochtones à mettre sur pied des initiatives de prévention et de gestion du diabète. Ce financement a permis à 91 communautés et organisations autochtones de participer à un minimum d'une initiative et à 49 projets de prévention primaire ou secondaire créés par des communautés et (ou) des organisations (RSSDN, 2009). En outre, 23 membres du personnel infirmier ont participé à deux ateliers de soins podologiques infirmiers de base, 37 personnes ont reçu des fonds pour suivre un module ou un programme de certification en éducation sur le diabète, 50 personnes ont participé à deux ateliers de mobilisation communautaire de cinq jours et 21 personnes ont suivi une formation sur l'autogestion des maladies chroniques animée par des pairs (RSSDN, 2009).

L'Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario

L'Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud de l'Ontario aide les communautés du sud de l'Ontario à prévenir, à gérer et à réduire les cas de diabète. Le programme est administré par cinq travailleurs spécialisés en matière de diabète œuvrant dans des communautés autochtones dans les réserves et hors des réserves du sud de l'Ontario (ministère de

la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario, 2006).

Toronto Aboriginal Care Team (l'équipe de soins autochtones de Toronto)

Financé dans le cadre de la Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones et administré par Native Child and Family Services of Toronto, l'organisme Toronto Aboriginal Care Team vient en aide aux membres des Premières nations, aux Inuits et aux Métis de la région de Toronto souffrant de dépendances ou de problèmes de santé mentale. Ses programmes sont axés sur les processus de guérison personnels et familiaux, ainsi que sur l'établissement de liens avec d'autres organismes communautaires en vue de bâtir un continuum de soins. Les services à la clientèle et aux familles incluent les rencontres d'admission et d'évaluation, les interventions précoces et la planification des soins, l'orientation et le suivi, ainsi que la gestion spécialisée de cas et la postintervention (Toronto Aboriginal Care Team, s.d.).

Le Centre maternel et infantile

Le Centre maternel et infantile dispense des soins prénatals et postnatals aux femmes et aux familles autochtones de Six Nations et d'autres régions du sud de l'Ontario. Assurés par des sages-femmes plutôt que par des médecins, ces services peuvent intégrer des pratiques traditionnelles sur demande (SRMA, 2007a).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par les provinces et les territoires, et (ou) par des organisations autochtones comme les centres d'amitié. Cette section en présente quelques exemples. En Ontario, le gouvernement provincial appuie la Stratégie pour les

⁴¹ En 2006, les régies régionales de la santé ont été remplacées par les réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) pour faciliter la bonne intégration des services de santé. Vous trouverez de plus amples renseignements sur les RLISS à l'adresse http://www.health.gov.on.ca/renouvellement/lhin/lhin_qaf.html.

Autochtones vivant en milieu urbain du gouvernement fédéral, propose des initiatives dans le cadre de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains et contribue à financer des programmes offerts par les centres d'amitié de l'Ontario. (Puisqu'il s'agit d'initiatives du gouvernement fédéral, vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet dans le chapitre 3.) En outre, le Canada finance également de nombreux programmes du PCNP qui visent surtout les besoins des femmes des Premières nations, inuites et métisses et de leurs nourrissons, plusieurs projets de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone et un projet pilote de santé publique des communautés des Premières nations. Vous trouverez ci-dessous de brèves descriptions des initiatives relevant de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains, de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone et de l'Ontario Federation of Indian Friendship Centres.

La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains – Initiatives autochtones en Ontario

Les initiatives et les programmes mis en place par le gouvernement ontarien dans le cadre de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains concernent l'ensemble de la population, mais comportent des budgets destinés aux populations vulnérables comme les Autochtones. Par exemple, la très complète stratégie ontarienne de lutte contre le diabète sur quatre ans, réalisée en 2008, vise à prévenir, à gérer et à traiter cette maladie (ASPC, 2010b). Parallèlement, la Stratégie des services pour le mieux-être des enfants et des jeunes après l'école, qui donne aux enfants d'âge scolaire l'accès à des activités parascolaires sécuritaires, actives et saines, vise les enfants et les jeunes à risque, notamment ceux qui vivent dans des communautés autochtones (ASPC, 2010b). Enfin, le projet pilote Distribution de fruits et de légumes dans

le nord de l'Ontario est une initiative de promotion de la santé destinée à sensibiliser les enfants d'âge primaire et leurs familles à la saine alimentation et à l'activité physique.

La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain – Ontario

La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain a été déployée dans trois villes : Toronto, Thunder Bay et Ottawa. Outre les programmes de sensibilisation et de rétablissement des liens à la culture et ceux de développement des ressources, un projet en santé financé en 2008-2009 et réalisé à Ottawa concernait l'évaluation des besoins communautaires des familles inuites. À Toronto, les programmes financés incluent un atelier de préparation des Autochtones aux situations d'urgence et l'embauche d'un nutritionniste pour fournir de l'éducation et des conseils adaptés à la culture. Les seuls projets financés dans le cadre de cette stratégie à Thunder Bay en 2008-2009 étaient des projets de développement des ressources. (Pour en savoir plus sur les projets financés en Ontario dans le cadre de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, consultez <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014283/1100100014284> [AADNC, 2010].)

L'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone – Ontario

Chiefs of Ontario a passé un accord de contribution avec la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, région de l'Ontario (DRSPNI-RO) afin de promouvoir l'engagement de longue durée pris par les divers intervenants autochtones et la DRSPNI-RO envers l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) et qui permettra de formuler des demandes de propositions, d'examiner et d'approuver les propositions, de créer un plan de travail régional basé sur les projets approuvés et d'évaluer ces projets (Chiefs of Ontario, 2009). Les projets financés en 2008-2009 incluaient deux groupes de réflexion;

la création d'un réseau intersectoriel de l'IRHSA afin de surmonter la grave pénurie de personnel en santé issu des communautés des Premières nations; la création d'un programme d'apprentissage en ligne en sécurité culturelle à destination des étudiants et des fournisseurs du domaine de la santé; la conception d'un programme de modèle de profession en santé ainsi que d'une campagne, et un March Madness Science Camp pour les élèves attirés par des carrières en santé (Chiefs of Ontario, 2009).

Le projet pilote de santé publique des communautés des Premières nations

En 2007, un projet pilote intergouvernemental de santé publique a été lancé sous la direction et la coordination de l'Assemblée des Premières Nations pour alimenter les orientations dans la prestation des services publics dans les réserves et a contribué à améliorer les résultats en santé et à renforcer le contrôle des Premières nations sur la prestation de leurs propres services de santé publique (Assemblée des Premières Nations, 2011). Financé par Santé Canada, ce projet pilote sera déployé pendant cinq ans dans trois provinces (Saskatchewan, Manitoba et Ontario). En Ontario, le projet est déployé dans les communautés de Kenora Chiefs Advisory.

Ontario Federation of Indian Friendship Centres

Le gouvernement fédéral finance des centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. L'Ontario Federation of Indian Friendship Centres (OFCIC) représente les intérêts collectifs des 29 centres de l'amitié de l'Ontario. Il administre une variété de programmes, dont le site Web dopenden.ca créé pour donner de l'information axée sur la culture à propos de la consommation d'alcool et d'autres drogues et de la violence chez les jeunes autochtones, l'Initiative ontarienne

d'intervention pour la santé des Autochtones, administrée conjointement avec la Stratégie de ressource pour la santé et le mieux-être des Autochtones, fournissant de l'information et favorisant l'autodétermination des Autochtones dans le domaine de la santé; Prendre soin de l'âme d'autrui de Kanawayhitowin, une campagne de sensibilisation aux signes de violence familiale dans les communautés autochtones; et I am a kind man, un programme conçu pour « inciter les jeunes à s'exprimer sur la violence envers les femmes autochtones » (Ontario Federation of Indian Friendship Centres, s.d.). L'Agence de la santé publique du Canada alloue à la plupart des 29 centres d'amitié de l'Ontario un financement pour les Programmes d'action communautaire pour les enfants et le Programme canadien de nutrition prénatale. L'OFCIC administre également le programme fédéral Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone.

De son côté, le gouvernement ontarien participe au financement des programmes et des services des centres d'amitié. En 2005, par exemple, il s'est engagé à verser 2 millions de dollars par an à l'Ontario Federation of Indian Friendship Centres pour la réalisation d'un nouveau programme communautaire, Akwe:go, pour aider les jeunes Autochtones à risque vivant en milieu urbain à acquérir les compétences nécessaires pour réussir leur vie (ministère des Affaires autochtones de l'Ontario, 2005). Ce programme, destiné aux enfants de 7 à 12 ans et à leurs parents, est personnalisé pour répondre aux besoins de chaque communauté. Il est par ailleurs déployé dans 27 d'entre elles. Il prévoit un enseignement tenant compte des différences culturelles et dispensé par des aînés et d'autres ressources, des programmes parascolaires, une orientation vers des ressources communautaires, ainsi qu'un soutien et une formation

empruntant des techniques traditionnelles d'éducation (ministère des Affaires autochtones de l'Ontario, 2005).

4.6 Québec

De plus en plus, les Autochtones du Québec prennent le contrôle de la planification et de la programmation de leurs propres soins de santé. C'est en 1975 que le premier traité moderne, la Convention de la baie James et du Nord québécois, a été signé par les Inuits et les Cris du Québec et par les gouvernements du Canada et de la province. Cette convention a débouché sur un modèle unique de soins de santé, conjointement financé par les deux gouvernements, et prévoyant l'auto-administration des services par les Inuits du Nunavik et les Cris de la baie James (CCNSA, 2011). Depuis, les rôles et responsabilités de ces Inuits et des Cris ont été précisés. En 2007, une entente a été signée en vue de la création du gouvernement régional du Nunavik, qui supervise toutes les structures internes créées dans la foulée de la Convention de la baie James et du Nord québécois (AADNC, 2007).⁴² Du côté des Cris de la baie James, une entente avec le gouvernement fédéral a été signée en 2008 pour préciser les responsabilités fédérales devant être administrées par l'Administration régionale crie au cours des 20 années suivantes, y compris dans le domaine de la justice et du développement social et économique (AADNC, 2008).

En plus des structures d'autogestion découlant de la Convention de la baie James et du Nord québécois, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) a également été créée en 1994 pour faire office de conseiller et de consultant technique auprès des communautés des Premières Nations et de l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador dans le

domaine des services sanitaires et sociaux (Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador [CSSSPNQL], 2008). Elle est partenaire à part entière dans la création d'initiatives communautaires axées sur la culture et visant à répondre aux besoins des membres des Premières Nations vivant au Québec et au Labrador (CSSSPNQL, 2008).⁴³ Le CSSSPNQL et l'Assemblée des Premières Nations du Québec et du Labrador ont récemment rédigé le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec 2007-2017, qui propose des mesures pour formuler une nouvelle stratégie de gouvernance favorisant l'autodétermination des Premières Nations; réduire les importants problèmes de santé; créer des services sociaux novateurs, accessibles et durables; éliminer les inégalités dans les déterminants de la santé; encourager le perfectionnement des ressources humaines; et créer un cadre de suivi des progrès accomplis (CSSSPNQL, 2007). Contrairement aux récentes initiatives du genre en santé autochtone réalisées dans les provinces situées à l'ouest du Québec, le Plan directeur de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec exclut toute participation directe du gouvernement fédéral ou du gouvernement provincial. Il s'agit plutôt d'une invitation à passer à l'action qui met l'accent sur l'autodétermination des Premières Nations dans les politiques en santé, ainsi que sur la coordination et l'intégration de la prestation des soins et des services sociaux dans toutes les disciplines, toutes les institutions et les différents niveaux gouvernementaux.

Le financement des initiatives et des programmes en santé du Québec est assez différent de ce qui se fait à l'Ouest. La plupart sont financés par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial par l'intermédiaire des Cris de la baie James

⁴² Un référendum a été organisé en avril 2011 et une majorité d'Inuits a rejeté l'entente visant la création d'un gouvernement régional (Rogers, 2011).

⁴³ La recherche est l'un des principaux rôles de la CSSSPNQL dans les questions relevant de la santé et des services sociaux autochtones. Par exemple, l'organisme publie des études sur des sujets comme les blessures dans les communautés autochtones.

ou de structures de santé du Nunavik, ou encore par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. En outre, plusieurs initiatives fédérales en santé sont administrées par ces institutions et par le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. Peu de ces initiatives et de ces programmes sont directement financés et administrés par le gouvernement du Québec. Le profil du Québec est donc organisé de manière assez différente de celui des provinces de l'Ouest. Il s'ouvre sur la liste des initiatives et des programmes directement financés et administrés par le gouvernement provincial, et qui, contrairement à ailleurs, ne concernent pas toute la province. Vient ensuite la description des initiatives et des programmes créés par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. Puis, nous donnons des exemples régionaux, soit ceux qui sont principalement proposés par le biais de conseils régionaux de la santé créés pour permettre aux Inuits du Nunavik et aux Cris de la baie James d'administrer leurs propres services de santé. Enfin, les initiatives et les programmes fédéraux en santé dispensés en partenariat avec la CSSSPNQL ou les centres d'amitié du Québec font l'objet d'une description.

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement provincial

Une recherche sur Internet n'a permis de recenser que deux initiatives ou programmes autochtones directement financés et administrés par le gouvernement du Québec. Tous deux prévoient un soutien financier : des subventions pour faciliter le transport des Autochtones vivant en région vers les services de santé, et un financement de programmes de sport et de loisirs pour Autochtones.

La gratuité de transport

Les Autochtones qui vivent dans le nord du Québec verront leurs frais de transport

payés s'ils ont besoin de soins médicaux ailleurs dans la province. Le déplacement doit être recommandé par un médecin et est accessible à tous les Autochtones du Québec sous certaines conditions (gouvernement du Québec, 2009a).

Le Programme d'aide financière destinée aux coordonnateurs dans le domaine des sports et des loisirs

En 2009, le Secrétariat aux affaires autochtones, le Secrétariat à la jeunesse et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport du Québec ont renouvelé leur engagement à fournir une aide financière aux coordonnateurs du domaine des sports et des loisirs et à l'engagement communautaire dans le sport de 15 communautés autochtones de la province. Ce programme vise à faire participer davantage de jeunes Autochtones des régions éloignées à des sports et à des activités favorisant un mode de vie sain (gouvernement du Québec, 2009b).

Les initiatives et les programmes créés par la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador

La Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) participe à la création de stratégies visant le déploiement d'initiatives communautaires axées sur la culture et répondant aux besoins des Premières nations, par exemple, des outils de prévention, de promotion, de sensibilisation et d'information (CSSSPNQL, s.d.). Les initiatives et les programmes en santé créés par le CSSSPNQL ciblent les ressources humaines et la promotion de la santé.

Les ressources humaines en santé

Le Programme des facultés de médecine du Québec pour les Premières Nations et les Inuits

Le Programme des facultés de médecine du Québec pour les Premières Nations et les Inuits a été créé par les quatre universités québécoises abritant une faculté de médecine, en vue d'augmenter

le nombre de médecins inuits et des Premières nations dans la province. Le programme, désormais pris en charge par le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec et le ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport, réserve quatre postes à l'intention des membres des Premières nations inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens* ou des Inuits inscrits au registre des bénéficiaires inuits. Son principal objectif consiste « à faciliter l'admission de candidats membres des Premières Nations et Inuits en faculté de médecine, à améliorer la capacité de tous les médecins du Canada d'offrir des soins de grande qualité et culturellement sécuritaires aux patients Premières Nations et Inuits, et à renforcer la sécurité culturelle du milieu d'apprentissage dans les facultés de médecine du Québec » (CSSSPNQL, s.d.-a).

La promotion de la santé

En route vers la santé

En route vers la santé est un programme de nutrition destiné aux élèves du primaire des communautés des Premières nations du Québec, et visant à combattre l'obésité et le diabète. Il est constitué de 28 ateliers de nutrition, soit quatre ateliers différents pour chaque niveau d'instruction, de la maternelle à la sixième année. Chaque atelier, qui comporte des recettes et des activités, a une conception ludique et interactive faisant la promotion des aliments traditionnels des Premières nations (CSSSPNQL, 2009).

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

Outre les initiatives et les programmes autochtones déployés par le gouvernement du Québec et la CSSSPNQL, il en existe de nombreux autres dont la portée est plutôt régionale, ou qui proviennent du gouvernement fédéral et sont administrés par la CSSSPNQL ou par des organisations autochtones comme le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. Cette section en présente quelques exemples. Cette liste ne

prétend pas être exhaustive. Elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place par le Québec pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional

La plupart des exemples régionaux des initiatives et des programmes proposés à la population autochtone du Québec sont déployés et (ou) administrés par les services de santé publique du Conseil cri de la santé ou de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, deux institutions créées pour permettre aux Autochtones d'administrer eux-mêmes leurs services de santé. Cette section donne un résumé des activités et des programmes en santé dispensés par ces deux organismes. En outre, il sera brièvement fait mention du centre hospitalier Kateri Memorial, qui constitue un modèle de prestation de programmes de santé aux Premières nations de Kahnawake.

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik

La Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik s'attache à adapter les programmes de santé et de services sociaux aux besoins des résidents du Nunavik (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2011). Dans cette optique, elle administre deux centres de santé (Inuulitsivik et Ulattavik), deux centres de réadaptation, deux centres de services aux patients, deux foyers de transition et des points de service dans 14 communautés de la région (Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik, 2011). Pour le moment, il n'existe sur le site Web de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik que très peu d'informations sur les programmes et les services de santé proposés.

Le Conseil de la santé des Cris de la baie James

Le service de santé publique du Conseil de la santé des Cris de la baie James s'est doté d'initiatives et de programmes de

santé ciblant les enfants de 0 à 9 ans (programmes Awash), les enfants et les jeunes de 10 à 20 ans (programmes Uschiniichisuu) et les adultes de 30 ans et plus (programmes Chishaayiyuu) (Service de santé publique du Conseil de la santé des Cris de la baie James, s.d.). Les programmes Awash concernent la profession de sage-femme, le développement du jeune enfant, le maintien des vaccinations appropriées, la prévention et le contrôle des maladies infectieuses, ainsi que la santé dentaire. Les programmes Uschiniichisuu visent la santé et la réussite scolaire des enfants, et l'équilibre personnel des adultes. Les programmes Chishaayiyuu font la promotion de modes de vie sains et s'attachent à prévenir et à contrôler les maladies chroniques. Pour cela, ils ont recours aux médecines traditionnelles dans le traitement du diabète et à l'intégration d'approches autochtones en milieu clinique (Service de santé publique du Conseil de la santé des Cris de la baie James, s.d.).

Le centre hospitalier Kateri Memorial

C'est en 1995 que le centre hospitalier Kateri Memorial a été ouvert dans la communauté mohawk de Kahnawake. Le centre est administré par un conseil d'administration composé de membres de la communauté qui officient en vertu du mandat conféré par le Conseil des Mohawks. Son financement provient de deux sources principales. En premier lieu, il a été nommé centre hospitalier par le gouvernement provincial et, à ce titre, reçoit un financement au même titre que les autres hôpitaux de la province. En 1986, il a reçu un financement d'immobilisations et d'exploitation du gouvernement provincial pour centraliser les services de santé existants dans une nouvelle installation. Ensuite, le centre administre également plusieurs programmes de santé dans le cadre de contrats avec le gouvernement fédéral.

Une vaste gamme d'initiatives et de programmes sont proposés par le centre

hospitalier Kateri Memorial (Centre hospitalier Kateri Memorial, 2008). Il organise des activités destinées à renforcer les acquis physiques, mentaux, psychologiques et sociaux permettant d'améliorer la qualité de vie des patients. Son unité de santé communautaire dispense des soins primaires par le biais de programmes d'éducation, de consultations de cliniques et de programmes de sensibilisation tenant compte des différences culturelles. L'unité de médecine familiale dispense des soins holistiques primaires et préventifs axés sur la famille. En outre, le centre assure des services de soins infirmiers à domicile, d'aide au transport, d'ergothérapie, de physiothérapie, d'orthophonie, de soins de courte durée ou de longue durée aux patients hospitalisés, et un ensemble de services professionnels comme les soins dentaires, les tests de laboratoire, l'ophtalmologie, l'optométrie et la pharmacie. Il a été présenté dans les autres réserves comme un modèle de programme réussi. Le contrôle communautaire des services de santé est vu comme l'un des principaux facteurs de cette réussite, car il permet aux services de santé de s'étendre lentement depuis l'intérieur, et de s'adapter pour répondre aux besoins et gagner la confiance des habitants de Kahnawake (Macaulay, 1988).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par le gouvernement provincial et (ou) par des organisations autochtones comme la CSSSPNQL ou le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. La plupart des exemples trouvés lors d'une recherche sur Internet passent par ces deux organisations autochtones. En outre, le gouvernement fédéral finance également de nombreux programmes du PCNP faisant partie des volets administrés à la fois par l'ASPC et la DGSPNI, et qui visent surtout les besoins des femmes des Premières nations, inuites

et métisses et de leurs nourrissons. Cette section donne plusieurs exemples de ces initiatives et de ces programmes, dont le projet de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, des stratégies de prévention des dépendances et de sensibilisation, des initiatives de lutte contre le VIH et le sida et le Programme de soins à domicile et en milieu communautaire des Premières nations, tous dispensés par le biais du CSSSPNQ, ainsi que certains programmes et services en santé dispensés par le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec.

L'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone – Québec

L'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone (IRHSA) au Québec a fait l'objet d'un financement de 100 millions de dollars sur cinq ans débutant en 2004 (Premières nations du Québec et du Labrador, 2008b). En 2008, la CSSSPNQL et Santé Canada ont organisé une consultation auprès des communautés des Premières nations du Québec afin de leur présenter l'IRHSA, de leur transmettre les données de Santé Canada sur les travailleurs et les étudiants autochtones du domaine de la santé, de les consulter sur les besoins en matière de ressources humaines, de créer un réseau de contacts pour les ressources humaines en santé des Premières nations, et d'améliorer les ressources et les politiques de la province dans le domaine (Premières nations du Québec et du Labrador, 2008b).

La prévention des dépendances et la sensibilisation

Depuis 2006, la DGSPNI s'efforce de créer une stratégie efficace de contrôle et de prévention de l'abus de médicaments sur ordonnance, fondée sur des données probantes et axée sur la culture, destinée aux communautés des Premières nations et aux Inuits. À l'aide d'une subvention de 2,67 millions de dollars du gouvernement fédéral, la CSSSPNQL a choisi une communauté de la bande de Témiscamingue pour lancer un projet pilote visant à renforcer les connaissances

et la compréhension des questions d'abus des médicaments sur ordonnance, susciter des comportements et des modes de vie sains concernant ces produits, et encourager des comportements et des méthodes de guérison traditionnels. En outre, la CSSSPNQL a créé des outils pour favoriser et promouvoir la santé et la sobriété dans les communautés, notamment des semaines de sensibilisation et des livrets d'information sur la consommation d'alcool et de drogues, et a organisé des séances de formation pour les intervenants auprès des jeunes en collaboration avec l'Université du Québec à Chicoutimi (CSSSPNQL, s.d.-b).

Récemment, la CSSSPNQL s'est également attaquée au problème du jeu. Trois campagnes contre le jeu pathologique ont été lancées en 2006-2007, 2007-2008 et 2008-2009. Des programmes de formation ont également été réalisés pour aider les intervenants du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones à prendre connaissance des questions en lien avec le jeu et à repérer efficacement les personnes aux prises avec ce problème (CSSSPNQL, s.d.-b).

La stratégie Cercle de l'espoir contre le VIH et le sida

Cercle de l'espoir est la stratégie des communautés des Premières nations et inuites du Québec pour lutter contre le VIH et le sida. Les programmes sont financés par l'Agence de la santé publique du Canada et sont accessibles aux personnes vivant dans les réserves et hors des réserves. Le programme VIH/sida en milieu urbain prévoit des activités de prévention dans les prisons fédérales, ainsi que des informations et des services axés sur la culture pour les Premières nations et les Inuits vivant hors des réserves (CSSSPNQL, s.d.-c).

La santé maternelle et infantile

La CSSSPNQL a collaboré avec Santé Canada pour créer de l'information adaptée sur la nutrition à destination des

communautés autochtones du Québec, et pour mieux sensibiliser à l'allaitement et à l'apport en acide folique par le biais d'affiches et de discussions (CSSSPNQL, s.d.-d).

Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Le gouvernement fédéral finance les centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Au Québec, les activités sanitaires du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) comprennent un projet visant à améliorer les services de santé psychosociale en milieu urbain dans le cadre du Fonds de transition pour la santé des Autochtones, le déploiement de programmes d'aide préscolaire dans plusieurs centres d'amitié autochtone du Québec, et l'administration du programme fédéral Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone (Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, 2010). (Puisqu'il s'agit d'initiatives du gouvernement fédéral, vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet dans le chapitre 3.)

Bien que l'Internet n'indique pas si le RCAAQ reçoit du financement de base du gouvernement provincial pour ses programmes, le site Web du regroupement évoque un partenariat entre le RCAAQ et de nombreux ministères provinciaux sur des initiatives et des programmes non précisés.

4.7 Nouveau-Brunswick

En 1999, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a créé un Secrétariat des affaires autochtones pour renforcer sa capacité à traiter du nombre croissant de problèmes complexes sur la question et pour y consacrer davantage d'efforts (gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2011a). Le Secrétariat collabore avec d'autres ministères provinciaux sur tout un ensemble de questions, entre autres,

les services familiaux et communautaires, le sport et la culture, et la santé. Il agit comme agent de liaison avec les communautés et les organisations autochtones pour assurer l'établissement de relations positives entre elles et le gouvernement, et veiller à ce que les intervenants du service public soient informés et conscients des questions et des différences culturelles propres aux Autochtones. Bien que la recherche sur Internet n'a pas permis de recenser les initiatives ou les programmes en santé destinés aux Autochtones et diffusés par l'intermédiaire du Secrétariat, un certain nombre de ceux qui sont accessibles à l'ensemble de la population peuvent représenter un certain intérêt pour ces peuples. Il s'agit, entre autres, d'initiatives de développement du jeune enfant, d'Apprenants en santé à l'école, de services régionaux de lutte contre la dépendance, de programmes de traitement pour les jeunes, de services de réadaptation, de foyers de transition pour les femmes victimes de violence, et d'un programme de prévention du suicide (gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2011b).

Dans son plan pour la santé de 2008-2012, le gouvernement du Nouveau-Brunswick a mentionné la nécessité d'établir des partenariats pour améliorer la santé globale de ses citoyens à l'échelon individuel et collectif. Pour les communautés autochtones du Nouveau-Brunswick, il est nécessaire de se concentrer sur la création de structures, de processus et d'occasions pour régler des problèmes comme les inégalités en santé, les obstacles à l'accès et la prestation de services de santé mentale et de lutte contre les dépendances qui tiennent compte de la culture (gouvernement du Nouveau-Brunswick, 2008a). Bien qu'elles ne leur soient pas spécialement destinées, plusieurs importantes initiatives présentant un intérêt pour les Autochtones du Nouveau-Brunswick ont été entreprises pour atteindre les objectifs fixés dans le plan de santé. Par exemple, la Stratégie pour la petite enfance

et la jeunesse comprend un programme Nouveaux départs qui met l'accent sur les initiatives de soins reliés à la reproduction, les stratégies de prévention nécessaires aux enfants ayant reçu un diagnostic de troubles causés par l'alcoolisation fœtale, et un programme amélioré de services de santé mentale pour les jeunes. Du côté des jeunes et des adultes, il existe des programmes de promotion de modes de vie sains traitant de la santé mentale et des dépendances.

Il se trouve que la plupart des initiatives et des programmes en santé qui visent plus particulièrement à améliorer la santé autochtone au Nouveau-Brunswick sont directement financés et administrés par le gouvernement fédéral (surtout ceux destinés aux habitants des réserves) ou financés par le gouvernement fédéral à travers des organisations autochtones comme le New Brunswick Aboriginal Peoples' Council ou le seul centre d'amitié de la province. Créé en 1972, le New Brunswick Aboriginal Peoples' Council est une « communauté autochtone vivant hors des réserves du territoire traditionnel Mi'kmaq/Maliseet/Passamaquoddy du Nouveau-Brunswick » (New Brunswick Aboriginal Peoples' Council [NBAPC], 2009c). Il s'efforce d'améliorer les normes sociales et économiques des Autochtones vivant hors des réserves du Nouveau-Brunswick en déployant des programmes axés sur le logement, le développement économique, l'environnement et la santé.

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

Cette section donne des exemples des initiatives et des programmes en santé destinés aux populations autochtones du Nouveau-Brunswick et dont la portée est plutôt régionale, ou encore d'initiatives fédérales administrées par le gouvernement provincial et (ou) des organisations autochtones de la province. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place au Nouveau-Brunswick

pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional
Plusieurs initiatives et programmes destinés aux Autochtones du Nouveau-Brunswick sont déployés et (ou) administrés par les régies régionales de la santé ou des organisations autochtones, ou ne concernent que les Autochtones de certains endroits. En voici un exemple.

Aboriginal Gateway to Youth Futures

Aboriginal Gateway to Youth Futures est un centre de passage et de ressources de Fredericton, qui propose aux jeunes Autochtones un endroit sûr pour se rencontrer et partager leurs idées dans un environnement épanouissant. Administré par le New Brunswick Aboriginal Peoples' Council, ce programme vise la préservation et la transmission du patrimoine culturel, le développement de soutiens et de ressources communautaires, la préparation à la vie et le perfectionnement des compétences, la formation continue et la promotion de la santé (NBAPC, 2009a).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par le gouvernement provincial et (ou) par des organisations autochtones. Au Nouveau-Brunswick, le gouvernement provincial collabore avec le gouvernement fédéral pour le Programme canadien de nutrition prénatale (ministère de la Santé et du Mieux-être du Nouveau-Brunswick, 2005) et le programme Allez-y NB! L'action par le sport et a par ailleurs, débloqué plus de 200 000 \$ pour financer l'équipe provinciale des Jeux autochtones de l'Amérique du Nord de 2008 (Affaires autochtones du Nouveau-Brunswick, 2008). Puisqu'il s'est avéré impossible d'obtenir plus d'informations sur le Programme canadien de nutrition prénatale au Nouveau-Brunswick ou sur les Jeux autochtones de l'Amérique du

Nord, seul le programme Allez-y NB! est décrit ci-dessous.

Outre les initiatives fédérales et les programmes administrés en partenariat avec le gouvernement provincial, certains sont également gérés par des organisations autochtones comme le New Brunswick Aboriginal Peoples' Council ou le centre d'amitié autochtone de Fredericton. Il existe, par exemple, un programme de lutte contre le diabète et un programme de santé mentale administré par le New Brunswick Aboriginal Peoples' Council.

Allez-y NB! L'action par le sport

Le programme Allez-y NB! L'action par le sport relève d'une entente bilatérale entre les gouvernements du Nouveau-Brunswick (Culture, Tourisme et Vie sains) et du Canada (Sport Canada) visant à augmenter le nombre d'enfants et de jeunes faisant du sport. Le volet autochtone de ce programme prévoit du financement et du soutien à la création de programmes et de leadership sportif dans les communautés des Premières nations (gouvernement du Nouveau-Brunswick, s.d.).

Community Diabetes Education and Prevention Program (le programme communautaire d'éducation et de prévention pour la lutte contre le diabète)

Ce programme a été créé en 2003 par le New Brunswick Aboriginal Peoples' Council dans le cadre de l'Initiative fédérale sur le diabète chez les Autochtones. Il vise les Autochtones vivant hors des réserves du Nouveau-Brunswick et propose des activités axées sur le bien-être holistique, la prévention du diabète de type 2 et la promotion de modes de vie sains (NBAPC, 2009b).

Improving Pathways to Mental Health

Cette initiative a reçu un financement de 598 881 \$ de l'enveloppe pancanadienne du Fonds de transition pour la santé des Autochtones afin d'améliorer l'accès aux services de santé mentale dans les collectivités associées à l'Atlantic Policy Congress of First Nation Chiefs, à

améliorer les connaissances des travailleurs communautaires en matière de santé mentale et à accroître l'efficacité du système de santé mentale grâce à la mise en place de « navigateurs de la santé » (Santé Canada, 2008). Ce projet fait intervenir trois régies de la santé (Colchester East Hants, Pictou County et River Valley) et huit Premières nations (Milbrook, Indian Brook, Tobique, Woodstock, Kingsclear, St. Mary's, Oromocto et Pictou Landing).

Les centres d'amitié

Le gouvernement fédéral finance des centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Il n'existe pas d'association des centres d'amitié au Nouveau-Brunswick. La recherche par Internet n'a pas permis d'obtenir de l'information sur les programmes et les services en santé offerts par le seul centre du Nouveau-Brunswick, le centre d'amitié autochtone de Fredericton.

4.8 Île-du-Prince-Édouard

Sur l'Île-du-Prince-Édouard, le ministère de la Santé et du Bien-être et son Secrétariat des affaires autochtones sont chargés de la santé et du bien-être de la population autochtone de la province. Le Secrétariat des affaires autochtones centralise la coordination et la gestion des affaires autochtones, y compris « le développement de politiques stratégiques, de la planification prioritaire, des discussions et des négociations avec le gouvernement du Canada et les organisations qui représentent les Micmacs et les autres Autochtones, et la gestion des ententes fédérales-provinciales » (Secrétariat des affaires autochtones, s.d.), y compris celles concernant les initiatives et les programmes de santé. Tout comme au Nouveau-Brunswick, la plupart des initiatives et des programmes de santé sont offerts par le gouvernement provincial à l'ensemble des résidents de la province, et

ne ciblent pas précisément la population autochtone. Cela peut illustrer la taille relativement restreinte de la population autochtone de cette province. Toutefois, certaines des initiatives et certains des programmes tiennent compte des besoins uniques des Autochtones. Par exemple, le développement du cadre de la stratégie provinciale contre la consommation d'alcool ou d'autres drogues et la dépendance chez les jeunes prévoit des consultations avec des intervenants, dont des communautés autochtones, et reconnaît la nécessité d'intégrer des services spirituels autochtones dans un plan de gestion des cas (ministère de la Santé de l'Île-du-Prince-Édouard [Î.-P.-E], 2007).

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

La plupart des initiatives et des programmes en santé ciblant la population autochtone de l'Île-du-Prince-Édouard sont directement financés et administrés par le gouvernement fédéral (voir le chapitre 3), indirectement par le gouvernement fédéral grâce à des partenariats avec le gouvernement provincial et (ou) des organisations autochtones, ou encore, directement par ces dernières. Par exemple, nombre de ces initiatives et de ces programmes sont dispensés par le Native Council of Prince Edward Island. Créé en 1973, ce conseil est l'organisme d'autogestion des Autochtones vivant hors des réserves de l'Île-du-Prince-Édouard. Il travaille en collaboration avec le bureau de l'Interlocuteur fédéral et Affaires autochtones et Développement du Nord Canada pour défendre les droits des Autochtones de la province (Native Council of Prince Edward Island [NCPEI], 2009a).

Cette section donne quelques exemples de ces types de programmes et d'initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place sur l'Île-du-Prince-Édouard pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional
Une recherche sur Internet a permis de recenser quelques exemples d'initiatives et de programmes en santé conçus à l'échelon des régions ou des organisations autochtones et ciblant la population autochtone de l'Île-du-Prince-Édouard. Nous donnons plus précisément deux exemples : Aboriginal Survivors for Healing Group et Grandmother's House.

Aboriginal Survivors for Healing Group

Aboriginal Survivors for Healing Group est une organisation créée à Charlottetown en 2000. Elle tire principalement ses fonds de la Fondation autochtone de guérison, elle-même financée par le gouvernement fédéral (Armstrong, 2010). Le groupe vise à briser le cycle des traumatismes intergénérationnels découlant du système des pensionnats et de la violence sexuelle en fournissant des services de conseil, des méthodes traditionnelles de guérison, un groupe de ressourcement pour hommes et la formation du personnel par des fournisseurs de programmes de santé mentale et des aînés (FADG, 2011).

Grandmother's House

Exploitée par le Native Council of Prince Edward Island et située à Charlottetown, Grandmother's House est une maison d'hébergement à court terme où les femmes peuvent trouver l'aide et les ressources nécessaires pour prendre les rênes de leur vie et de leur avenir. Au-delà de sa fonction d'abri, Grandmother's House offre de l'encadrement pour l'acquisition des compétences élémentaires permettant de renforcer l'estime de soi et d'améliorer la vie quotidienne; des éléments de gestion de cas et d'orientation vers des services comme des soins médicaux, de la formation professionnelle, des services juridiques et des services de lutte contre la consommation d'alcool ou d'autres drogues (NCPEI, 2009c).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon

la description donnée au chapitre 3) sont administrés par le gouvernement provincial et (ou) par des organisations autochtones. En ce qui concerne l'Île-du-Prince-Édouard, la plupart des initiatives et des programmes trouvés lors d'une recherche sur Internet étaient des initiatives fédérales administrées par le Native Council of Prince Edward Island, la Confédération des Mi'kmaq de l'Île-du-Prince-Édouard ou le seul centre de l'amitié de la province. Ces programmes et ces initiatives portent surtout sur la prévention de l'abus d'alcool ou d'autres drogues, la santé des enfants et des jeunes, ainsi que la promotion de la santé. En outre, le gouvernement fédéral finance de nombreux programmes du PCNP qui visent surtout les besoins des femmes des Premières nations, inuites et métisses et de leurs nourrissons. Cette section présente une courte description du centre d'amitié de l'Île-du-Prince-Édouard, et donne quelques exemples de programmes administrés par le Native Council of Prince Edward Island et la Confédération des Mi'kmaq de l'Île-du-Prince-Édouard.

Les programmes contre l'abus d'alcool et de drogues

Le Native Council of Prince Edward Island a recours au financement provincial et à celui de Santé Canada pour créer et renforcer des programmes de lutte contre la consommation d'alcool et de drogues dans la province. L'argent versé par le gouvernement fédéral provient du Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les populations autochtones, qui vise à enrayer ce problème dans les populations autochtones et à faire en sorte que leurs membres aient les moyens de combattre les dépendances (NCPEI, 2009d). Ces programmes se basent principalement sur les réunions des AA dans toute la province.

Hep'd Up on Life

Créé en 2007, Hep'd Up on Life est parrainé par le Native Council of Prince Edward Island et financé par l'Agence de

la santé publique du Canada. Il est conçu pour informer les jeunes Autochtones sur les infections transmissibles sexuellement, et les encourager à partager leurs connaissances. Ce programme vise à réduire l'occurrence de l'hépatite C, du VIH et du sida, ainsi que des autres infections transmissibles sexuellement chez les Autochtones et les membres de la communauté (O'Neill, 2008; NCPEI, 2009b). Il est dirigé par un comité consultatif sur la jeunesse.

Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone - Île-du-Prince-Édouard

Le Native Council of Prince Edward Island gère également le programme fédéral intitulé Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone, financé par l'Initiative des centres urbains polyvalents pour jeunes Autochtones de Patrimoine canadien. Du côté de la santé, ce programme propose des loisirs visant à inciter les jeunes à être actifs.

Le programme sur le diabète du Native Council of Prince Edward

Le programme sur le diabète du Native Council of Prince Edward Island a été créé en 2000 grâce au financement de Santé Canada. Ses activités tendent à mieux faire connaître le diabète, ses facteurs de risque et l'avantage des modes de vie sains (NCPEI, 2009c). Le financement de ce programme a été interrompu en 2009. Depuis, le conseil exerce une pression active auprès du gouvernement fédéral pour le renouveler.

Le programme de sport et de loisirs

Le programme de sport et de loisirs est administré par la Confédération des Mi'kmaq de l'Île-du-Prince-Édouard. Créé en 2007 par le Cercle sportif autochtone (un organisme national de développement des sports pour les Autochtones) et le Capacity Development Bilateral (un partenariat entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial), ce programme vise à augmenter la participation des membres des Premières nations de l'Île-du-Prince-Édouard

en vue d'améliorer leurs résultats de santé (Cercle sportif autochtone, s.d.; Knockwood, 2008). Il propose toute une gamme d'activités destinées aux membres des Premières nations, de conseils techniques pour les programmes communautaires, ainsi que des formations et des certifications pour ceux qui veulent travailler dans le domaine des sports et des loisirs (Knockwood, 2008).

Les centres d'amitié

Le gouvernement fédéral finance les centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Il n'existe pas d'association provinciale des centres d'amitié sur l'Île-du-Prince-Édouard. La recherche sur Internet n'a pas permis de trouver des informations sur les programmes et les services en santé offerts par le seul centre de la province, le Centre d'amitié Ogosig Native.

4.9 Nouvelle-Écosse

En Nouvelle-Écosse, l'approche gouvernementale des questions autochtones est prise en charge par l'Office des affaires autochtones. La majorité de ses tâches est accomplie par deux organismes : le Forum tripartite Mi'kmaq-Nouvelle-Écosse-Canada, partenariat des trois gouvernements visant la coopération en ce qui concerne les enjeux sociaux et économiques, et le Processus de négociation néo-écossais, axé sur la résolution des questions autochtones et des droits des traités en Nouvelle-Écosse (province de Nouvelle-Écosse, 2011). Le Forum tripartite est constitué de sept comités de travail sur la culture et le patrimoine, l'éducation, la justice, les sports et les loisirs, le développement économique, la santé, et les questions sociales. Le comité de travail sur la santé soulève des questions, recherche des solutions et recommande des actions concernant la santé des Micmacs de Nouvelle-Écosse.

En 2005, il a amorcé un processus de participation communautaire pour alimenter le volet provincial du plan directeur national de la santé des Autochtones. Il en est sorti le rapport intitulé *Providing Health Care, Achieving Health*, qui établit le contexte des relations de travail entre le gouvernement provincial et la population micmaque de Nouvelle-Écosse. *Le rapport Providing Health Care, Achieving Health recense six priorités en santé : la santé mentale, les dépendances et l'abus d'alcool ou d'autres drogues, la couverture des services de santé non assurés, les soins aux aînés, les problèmes en lien avec l'obésité et le financement.* Il découle d'une démarche de collaboration entre les communautés des Premières nations (y compris les jeunes) et les partenaires provinciaux et fédéraux du réseau de la santé (Paul, English et Were, 2008).

Tout comme les autres gouvernements provinciaux des Maritimes, la Nouvelle-Écosse ne propose que peu d'initiatives et de programmes en santé ciblant directement la population autochtone. Ceux qui existent sont également destinés à l'ensemble de la population. Toutefois, le gouvernement provincial a octroyé un financement de 23 000 \$ à l'équipe Team Mik'maw à l'occasion des Jeux autochtones de l'Amérique du Nord de 2008 (Office des affaires autochtones de Nouvelle-Écosse, 2009).

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

La plupart des initiatives et des programmes en santé visant la population autochtone de Nouvelle-Écosse sont financés et administrés par d'autres moyens, soit directement par le gouvernement fédéral (voir le chapitre 3), soit indirectement par le biais de partenariats avec le gouvernement provincial et (ou) des organisations autochtones, ou encore par des organisations autochtones comme le Native Council of Nova Scotia. Cette section en présente quelques exemples. Cette liste ne prétend pas être exhaustive, elle vise plutôt à ce que les lecteurs

comprennent mieux les éléments mis en place en Nouvelle-Écosse pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Créé en 1974, le Native Council of Nova Scotia « est l'organisme d'autogestion de la vaste communauté de Micmacs/Autochtones qui vivent hors des réserves en Nouvelle-Écosse sur tout le territoire micmac traditionnel » (Native Council of Nova Scotia [NCNS], 2011c). Le conseil a créé 13 « zones communautaires », dotées de leur conseil d'administration et qui ensemble couvrent la totalité de la province (NCNS, 2011c). Il reçoit son financement du gouvernement fédéral et fait partie du Congrès national des peuples autochtones (Congrès des peuples autochtones, s.d.).

Les exemples à l'échelon local et régional
Plusieurs initiatives et programmes destinés aux Autochtones de la Nouvelle-Écosse sont déployés et (ou) administrés par les régies régionales de la santé ou les organisations autochtones, ou ne concernent que les Autochtones de certains endroits. Trois exemples sont donnés ici : le programme Journey of Healing Program, la Native Social Counselling Agency et l'initiative Healing Our Nations.

Le programme Journey of Healing

Créée en 1971, la Native Alcohol and Drug Abuse Counselling Association of Nova Scotia propose toute une gamme de programmes d'information et de traitements contre l'abus d'alcool ou d'autres drogues, y compris le programme Journey of Healing. Des services de conseil, des ateliers et des groupes de soutien fournissent de l'aide en ce qui concerne l'héritage des pensionnats, ainsi que des programmes de prévention et de maintenance dans les domaines du conseil, du suivi et de la postintervention; un programme sur l'abus de solvants; une équipe d'intervention en cas de stress post-traumatique; un programme d'information des jeunes; des conseils de pairs; ainsi que d'autres programmes d'information du public (Native Alcohol

and Drug Abuse Counselling Association of Nova Scotia, 2011).

Native Social Counselling Agency

Sous l'autorité du Native Council of Nova Scotia, la Native Social Counselling Agency aide ses clients autochtones vivant hors des réserves à surmonter les problèmes sociaux. Elle prévoit des services d'intervention, d'orientation-conseil et de suivi.

Healing Our Nations

Healing Our Nations est née des préoccupations de 15 communautés provinciales des Premières nations face à la propagation du VIH et du sida parmi leurs membres. Elles ont donc créé le groupe de travail des Micmacs de Nouvelle-Écosse sur le sida rebaptisé Healing Our Nations en 2000 (Healing Our Nations, s.d.). Cette initiative vise à instruire les membres des Premières nations sur le VIH et le sida. Healing Our Nations fournit de l'information sur les traitements du VIH et du sida, de l'aide financière aux résidents des provinces atlantiques atteints du VIH et du sida et une ligne d'information gratuite. Cette initiative est financée par l'Union of Nova Scotia Indians, le Native Council of Nova Scotia et le centre d'amitié autochtone des Micmacs (Healing Our Nations, s.d.).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par le gouvernement provincial et (ou) par des organisations autochtones. En Nouvelle-Écosse, la plupart des initiatives et des programmes trouvés lors d'une recherche par Internet relevaient d'initiatives fédérales menées en partenariat avec le gouvernement provincial ou le Native Council of Nova Scotia, ou des deux. Ces initiatives et ces programmes concernaient le développement du jeune enfant, la santé maternelle, l'accessibilité aux soins de santé, la santé mentale et les maladies chroniques. En outre, certains programmes étaient offerts par le seul centre d'amitié de la province. Vous trouverez ci-dessous de brèves descriptions du centre de l'amitié, de deux programmes du Native Council of Nova Scotia et de plusieurs programmes du Fonds de transition pour la santé des Autochtones.

Child Help Initiative Program (le programme de l'initiative d'aide aux enfants)

Le programme de l'initiative d'aide aux enfants du Native Council of Nova Scotia est financé par l'Agence de la santé publique du Canada par le biais des

Programmes d'action communautaire pour les enfants. Il consiste à former des groupes de parents autochtones « pour leur fournir des conseils, une orientation et des liens vers des ressources et (ou) des programmes visant à préparer un avenir plus radieux pour eux-mêmes et pour leurs enfants » (NCNS, 2011b). Les animateurs proposent des services dans les domaines des soins prénatals et de la nutrition, par exemple. Le programme est accessible à tous les enfants autochtones de 0 à 6 ans et à leurs familles vivant hors des réserves en Nouvelle-Écosse (NCNS, 2011b).

Le programme (prénatal) E'pit Nuji Ilmuet

Le programme (prénatal) E'pit Nuji Ilmuet du Native Council of Nova Scotia est destiné aux femmes autochtones vivant hors des réserves en détresse, enceintes ou prenant soin de leurs nourrissons, et à celles dont les conditions sociales et économiques font courir un risque de déficience nutritionnelle prénatale. Le but principal de ce programme est de promouvoir les bons soins prénatals et postnatals en faisant valoir les avantages d'une bonne alimentation, de l'allaitement et de la préparation de plats économiques; en fournissant des suppléments de lait et de jus d'orange pendant un maximum de 28 semaines aux mères enceintes ou aux accouchées qui en ont le plus besoin; et



en fournissant l'accès à un diététicien qui collabore étroitement avec les animateurs et peut tenir des séances individuelles de conseil ou d'information sur la nutrition (NCNS, 2011a). Le programme est financé par le biais du Programme canadien de nutrition prénatale.

Midwifery in Aboriginal Community Settings (la profession de sage-femme dans les communautés autochtones)

Ce projet s'est vu attribuer 199 900 \$ du volet pancanadien du Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Cette somme finance un projet de recherche sur la profession traditionnelle de sage-femme afin de concevoir et de recommander une stratégie de déploiement des services de sage-femme dans des communautés autochtones. Le projet fait intervenir cinq Premières nations (Chapel Island, Eskasoni, Membertou, Wagmatcook et Waycobah), le ministère de la Santé et du Bien-être de Nouvelle-Écosse, l'hôpital régional de Cap-Breton, l'Inverness Consolidated Memorial Hospital et l'Association of Nova Scotia Midwives (Santé Canada, 2008).

Aboriginal Health Awareness Project (le projet de sensibilisation à la santé autochtone)

Lancé en 2008, ce projet a bénéficié d'un financement de 223 500 \$ appuyé par un accord de contribution entre Santé Canada et le ministère de la Santé et du Bien-être de Nouvelle-Écosse dans le cadre du volet d'adaptation du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (NCNS, s.d.; gouvernement de Nouvelle-Écosse, 2011). Ce projet prévoit l'évaluation des besoins de santé de tous les Micmacs et des autres Autochtones vivant hors des réserves en Nouvelle-Écosse, réalisée par le Native Council of Nova Scotia (NCNS, s.d.; gouvernement de Nouvelle-Écosse, 2011). Les données rassemblées permettront au ministère de la Santé et aux régies régionales de planifier des programmes et des services visant à améliorer l'accès aux soins par les

Autochtones vivant hors des réserves de la Nouvelle-Écosse.

Aboriginal Health Policy Framework (le cadre politique de santé applicable aux Autochtones)

Le ministère de la Santé et du Bien-être de Nouvelle-Écosse reçoit également du Fonds de transition pour la santé des Autochtones un montant destiné à la création d'un cadre politique de santé applicable aux Autochtones, en partenariat avec des partenaires autochtones et des Premières nations, ainsi que les ministères et les organismes fédéraux et provinciaux concernés. Dans l'optique d'une politique autochtone en santé, ce cadre détaillera les méthodes utilisées pour recenser et éliminer les obstacles à l'accès et pour créer un processus de résolution des conflits afin de régler les questions afférentes aux divers rôles et responsabilités (gouvernement de Nouvelle-Écosse, 2011).

Mental Health and Addictions Prevention and Promotion Initiative (l'initiative de prévention et de promotion en matière de santé mentale et de dépendances)

Cette initiative relève d'un partenariat entre la régie régionale Colchester East Hants et les Premières nations Indian Brook et Millbrook pour adapter des outils et des processus de prestation de services en santé mentale et en dépendances axés sur la culture. Un financement de 208 000 \$ est accordé par le ministère de la Santé et du Bien-être de Nouvelle-Écosse dans le cadre du volet Adaptation du Fonds de transition pour la santé des Autochtones (Santé Canada, 2008; gouvernement de Nouvelle-Écosse, 2011).

Improving Pathways to Mental Health

Cette initiative a reçu un financement de 598 881 \$ de l'enveloppe pancanadienne du Fonds de transition pour la santé des Autochtones en vue d'améliorer l'accès aux services de santé mentale dans les collectivités associées à l'Atlantic Policy Congress of First Nation Chiefs, d'améliorer les connaissances des

travailleurs communautaires en matière de santé mentale et de renforcer l'efficacité du système de santé mentale grâce à la mise en place de « navigateurs de la santé » (Santé Canada, 2008). Ce projet fait intervenir trois régies de la santé (Colchester East Hants, Pictou County et River Valley) et huit Premières nations (Milbrook, Indian Brook, Tobique, Woodstock, Kingsclear, St. Mary's, Oromocto et Pictou Landing).

Path Less Traveled Program

Un financement de 275 000 \$ a été accordé au Path Less Traveled Program par le volet Adaptation du Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Administré par le ministère provincial de la Santé, ce programme adapte du matériel éducatif et des processus d'orientation à l'intention des Autochtones souffrant de maladies chroniques comme le cancer, en vue d'améliorer leurs échanges avec le réseau de la santé. Ce projet fait intervenir les Premières nations Potlotek (Île Chapel), Eskasoni, Membertou, Wagmatcook et We'koqmaq en partenariat avec les régies régionales de la santé de Guysborough Antigonish Strait et de Cap Breton, Cancer Care Nova Scotia et le Diabetes Care Program of Nova Scotia (Santé Canada, 2008; gouvernement de Nouvelle-Écosse, 2011).

Les centres d'amitié

Il n'existe pas d'association des centres d'amitié en Nouvelle-Écosse. Outre la mention d'un programme d'échange de seringues et de programmes d'éducation sur la santé, l'Internet donne peu d'information sur les programmes et services en santé offerts par le seul centre, le centre d'amitié autochtone des Micmacs.

4.10 Terre-Neuve-et-Labrador

La mise en place d'initiatives et de programmes de santé à Terre-Neuve-et-Labrador est soumise aux dispositions de l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador, qui a entraîné l'autogestion de la région

par les Inuits du nord du Labrador. Le gouvernement du Nunatsiavut, créé en 2005, a le pouvoir de promulguer des lois sur la gestion des terres et des ressources, l'éducation, la culture, la langue et la santé. Son ministère de la Santé et du Développement social déploie des programmes et des services en lien avec ces questions. Il a un bureau régional à Happy Valley-Goose Bay et sept bureaux dans des communautés locales. Le bureau régional est chargé de la supervision, de la rédaction de politiques, ainsi que du développement et du déploiement de programmes, tandis que les bureaux locaux collaborent étroitement avec Labrador-Grenfell Health pour dispenser des services sociaux et de santé aux résidents du Nunatsiavut (ministère de la Santé et du Développement social du Nunatsiavut, 2009).

La plupart des initiatives et des programmes provinciaux en santé ont été mis en place par le gouvernement du Nunatsiavut ou lors de partenariats entre le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial et (ou) des organisations ou gouvernements autochtones. Peu d'initiatives et de programmes autochtones sont directement déployés par le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador.

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement provincial

En général, le gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador fournit des programmes et des services de santé à sa population par le biais du ministère de la Santé et des Services communautaires et de ses quatre régions régionales de la santé (Est, Centre, Ouest et Labrador). Bien que le ministère a mis sur pied plusieurs initiatives et programmes ciblant les problèmes de santé de la population autochtone et a démontré sa volonté de régler les problèmes touchant les Autochtones dans son plan provincial pour le bien-être et son cadre politique sur la santé mentale et les dépendances

(gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2005; 2006b), il n'a pas prévu de programmes ni d'initiatives spécialement destinés à ce groupe de la population. Bien que le budget de 2010 prévoyait un financement pour embaucher un agent de liaison autochtone en santé pour le ministère, il n'existait avant 2009 aucune initiative ni aucun programme de santé autochtone.

Plusieurs initiatives et programmes en santé offerts par d'autres ministères placent les Autochtones en priorité ou pourraient être d'une grande utilité pour bon nombre d'entre eux (même s'ils ne sont pas ciblés en tant que tels). Par exemple, le Women's Policy Office coordonne la Violence Prevention Initiative (initiative de prévention de la violence), dont la priorité stratégique cible les femmes autochtones. Le ministère des Affaires autochtones propose également deux programmes de santé pouvant s'avérer utiles à bien des Autochtones de la province : l'Air Foodlift Subsidy Program (programme de subvention au transport aérien de l'alimentation), visant à améliorer l'alimentation et la nutrition; et le Suicide and Detrimental Lifestyles Program (programme pour lutter contre le suicide et les habitudes de vie néfastes) visant à améliorer la santé des jeunes. Vous trouverez plus bas une brève description de ces initiatives et de ces programmes.

Violence Prevention Initiative (l'initiative de prévention de la violence)

Dans de nombreuses communautés autochtones, la violence familiale constitue l'un des problèmes sociaux et sanitaires les plus importants. La Violence Prevention Initiative reflète la volonté du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador de le régler. Créée en 2006 dans le cadre d'un partenariat entre le gouvernement et la communauté, cette initiative de six ans consiste à développer un plan stratégique de prévention de la violence axé sur les populations les plus vulnérables. Le gouvernement de Terre-

Neuve-et-Labrador s'est engagé à fournir un montant annuel de 1,25 million de dollars pour développer ce plan d'action complet contre la violence (gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2006a). Les populations ciblées, soit les femmes et les enfants autochtones, sont le principal objet de la priorité stratégique 4 - Aider les femmes et les enfants autochtones. Cette priorité vise à établir de nouveaux partenariats pour faire progresser la prévention de la violence dans les communautés autochtones et « pour renforcer les processus mis en place par les communautés autochtones pour composer avec les conséquences de la violence et augmenter les stratégies de prévention axées sur la culture » (gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2006a, p. 25).

Air Foodlift Subsidy (le (programme de subvention au transport aérien de l'alimentation))

Le programme Air Foodlift Subsidy a été créé en 1997 pour que les communautés des côtes du Labrador aient accès à des aliments nutritifs et périssables pendant l'hiver, alors que la glace interdit l'envoi par la mer. Bien que ce programme ne vise pas particulièrement les populations autochtones de la province, les Autochtones constituent la majorité de la population des communautés côtières. Sur une base volontaire, il offre aux épiceries participantes une subvention pour compenser le coût élevé de l'envoi de produits alimentaires par avion. Le programme est en vigueur lorsque la glace interdit le transport maritime. Il couvre 80 % des frais d'envoi aérien dans toutes les communautés (Bureau des affaires du Labrador, 2009a).

Suicide and Detrimental Lifestyles Program (le (programme pour lutter contre le suicide et les habitudes de vie néfastes))

Le Suicide and Detrimental Lifestyles Program accorde un financement maximum de 20 000 \$ pour des projets visant à aider des jeunes Autochtones dans des domaines comme l'abus d'alcool et de

drogue, la délinquance et d'autres modes de vie nuisibles (Bureau des affaires du Labrador, 2009b). Ces projets peuvent concerner la prévention, l'intervention ou la formation, mais tous doivent relever d'une approche axée sur la culture.

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

La plupart des initiatives et des programmes en santé ciblant la population autochtone de Terre-Neuve-et-Labrador sont directement financés et administrés par le gouvernement fédéral (voir le chapitre 3), indirectement par le gouvernement fédéral grâce à des partenariats avec le gouvernement provincial et (ou) des organisations autochtones, ou encore, directement par ces dernières. Cette section donne quelques exemples de ces types de programmes et d'initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive. Elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place à Terre-Neuve-et-Labrador pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional
Plusieurs initiatives et programmes destinés aux Autochtones de Terre-Neuve-et-Labrador sont déployés et (ou) administrés par les régies régionales de la santé ou des organisations autochtones, ou ne concernent que les Autochtones de certains endroits. La plupart d'entre eux sont proposés par le gouvernement du Nunatsiavut ou la Federation of Newfoundland Indians.

Le ministère de la Santé et du Développement social du Nunatsiavut

Le ministère de la Santé et du Développement social du Nunatsiavut fournit des programmes et des services communautaires de santé dans les domaines de la prévention des blessures, des dépendances, de la lutte contre les maladies transmissibles, des initiatives pour la santé des enfants, des soins à domicile et en communauté, de la santé

sexuelle, des modes de vie sains et de la santé mentale (ministère de la Santé et du Développement social du Nunatsiavut, 2009). Les recherches sur Internet n'ont pas permis d'en savoir plus sur ces initiatives et des programmes.

Dans le cadre de l'initiative de ressourcement communautaire (Community Healing Initiative), le ministère a également entrepris en 2006 une série d'audiences sur l'alcool, les drogues et le suicide. Ces audiences ont abouti à la création d'un comité des audiences sur l'alcool et la drogue (Alcohol and Drug Hearings Committee) chargé de concevoir des mesures pour appliquer les recommandations issues de cette initiative.

L'initiative Pathway to a Healthier Lifestyle

La Federation of Newfoundland Indians a mis sur pied une initiative de prévention du diabète qu'elle a nommée « Pathway to a Healthier Lifestyle ». Il se peut qu'elle reçoive son financement de l'initiative sur le diabète du gouvernement fédéral, mais puisqu'il est impossible d'obtenir cette information en consultant le site Web de la fédération, nous la classons ici plutôt que dans la section des initiatives et des programmes fédéraux ci-dessous. L'initiative « Pathway to a Healthier Lifestyle » informe sur le diabète de type 2 et sa prévention, l'éducation du public et la consultation (Federation of Newfoundland Indians, 2008).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par le gouvernement provincial et (ou) par des organisations autochtones. À Terre-Neuve-et-Labrador, le gouvernement provincial participe à l'administration du Programme canadien de nutrition prénatale ainsi qu'aux Programmes d'action communautaire pour les enfants, en supervisant des projets dans la province (gouvernement de Terre-

Neuve-et-Labrador, 2004). Il a également collaboré au développement de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains (gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2008a) et a octroyé 20 000 \$ à Team Newfoundland and Labrador pour sa participation aux Jeux autochtones de l'Amérique du Nord de 2008 (gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2008b).

Bien que ces programmes ne ciblent pas tous la santé des Autochtones, ils concernent cette population. Par exemple, des programmes relevant du Programme canadien de nutrition prénatale et des Programmes d'action communautaire pour les enfants ont été mis en place dans des communautés abritant un grand nombre d'Autochtones, et la santé des Autochtones est reconnue explicitement comme une priorité majeure de la stratégie provinciale sur les loisirs et le sport, entreprise dans le cadre de la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains (ministère du Tourisme, de la Culture et des Loisirs de Terre-Neuve-et-Labrador, 2007).

Le gouvernement fédéral s'est également associé au gouvernement provincial et à diverses organisations autochtones pour un certain nombre de projets relevant du Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Dans le cadre du budget d'adaptation, par exemple, la Federation of Newfoundland Indians et la nation des Métis du Labrador ont reçu des fonds pour effectuer une évaluation des besoins. Du côté du budget de l'intégration, les Innus Mushuau ont reçu des fonds pour créer des protocoles en matière de santé mentale et de dépendances, les Inuits et les Innus du Labrador en ont reçu pour développer et dispenser un programme de formation des intervenants dans le domaine de l'ETCAF, et les Miawpukek se sont vu octroyer une subvention pour développer et réaliser un plan technologique pour un système d'information sur la santé de la communauté établissant le lien entre la

régie régionale et les réseaux provinciaux (Atlantic Policy Congress, s.d.).

Outre ces initiatives et ces programmes, le gouvernement fédéral (par le biais d'Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, de Santé Canada et du solliciteur général) a mis en place la stratégie globale à long terme pour la guérison des Innus du Labrador. (Vous trouverez de plus amples renseignements à ce sujet dans le chapitre 3.) Certains programmes sont également offerts par les centres d'amitié de la province.

Les centres d'amitié

Le gouvernement fédéral finance les centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Bien que Terre-Neuve-et-Labrador ne compte aucune association provinciale des centres d'amitié, il existe deux centres : l'Association du centre de l'amitié autochtone de St. John's et le Centre d'amitié du Labrador. Il n'a pas été possible d'obtenir des renseignements sur le financement provincial de l'Association du centre de l'amitié autochtone de St. John's. Toutefois, le site Web du Centre d'amitié du Labrador indique clairement recevoir d'autres fonds du gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador pour ses programmes (Bureau des affaires du Labrador, 2009c).

Les programmes et services en santé offerts par l'Association du centre de l'amitié autochtone de St. John's incluent le foyer Shanawdithit pour les personnes provisoirement ou régulièrement sans abri; le Four Winds Aboriginal Youth Centre, qui propose des activités culturelles et récréatives comme le tambour ou la danse; et des services d'orientation et de conseils sur l'emploi, le logement, l'éducation et la santé (Association du centre de l'amitié autochtone de St. John's, s.d.). Les programmes et

services offerts par le Centre d'amitié du Labrador incluent le Centre familial autochtone pour les enfants de 0 à 6 ans et leurs familles. Il fait la promotion de la croissance sociale, culturelle, scolaire, physique, psychologique et nutritionnelle (financé par le biais du Programme d'aide préscolaire du gouvernement fédéral); le projet HIV/AIDS Labrador Project financé par l'Agence de la santé publique du Canada et la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA pour renforcer les connaissances des personnes et des communautés; ainsi que des activités culturelles et de loisirs (Centre d'amitié du Labrador, s.d.).

4.11 Yukon

Au Yukon, le développement des initiatives et des programmes en santé est influencé par les dispositions des négociations des traités. Des ententes définitives ont été signées avec onze des Premières nations, et trois autres en sont toujours aux négociations (Conseil des Premières nations du Yukon, s.d.). Il en découle que les initiatives et les programmes en santé ciblant les Autochtones sur le territoire peuvent être amorcés par le gouvernement du Yukon, le Conseil des Premières nations du Yukon (l'organisation politique centrale représentant les Premières nations au Yukon), diverses Premières nations, ou encore le gouvernement fédéral, de manière directe ou en partenariat avec le gouvernement territorial et (ou) des organisations autochtones.

Cette situation est également influencée par la proportion relativement élevée de la population autochtone, soit environ 25 % de celle du Yukon (Bureau des statistiques du Yukon, 2006). La plupart des initiatives et des programmes offerts par le gouvernement du Yukon pour améliorer la santé de la population autochtone sont également accessibles à l'ensemble de la population.

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement territorial

Une recherche sur Internet n'a permis de recenser qu'une seule initiative directement financée et administrée par le gouvernement du Yukon à l'intention des Autochtones au cours de l'année 2009. Cette initiative visait la santé des femmes, par le biais de la prévention de la violence.

Prevention of Violence against Aboriginal Women Fund (le Fonds de prévention de la violence faite aux femmes autochtones)

Dans de nombreuses communautés autochtones, la violence familiale constitue l'un des problèmes sociaux et sanitaires les plus importants. Grâce à un financement annuel de 200 000 \$, le Fonds de prévention de la violence faite aux femmes autochtones aide des communautés à créer et à réaliser des programmes conçus par des femmes autochtones (gouvernement du Yukon, 2009). Ces programmes sont destinés à éliminer la violence contre les femmes autochtones.

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

La plupart des initiatives et des programmes en santé ciblant la population autochtone du Yukon sont directement financés et administrés par le gouvernement fédéral (voir le chapitre 3), indirectement par le gouvernement fédéral grâce à des partenariats avec le gouvernement provincial et (ou) des organisations autochtones, ou encore, directement par ces dernières. Cette section donne quelques exemples de ces types de programmes et d'initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive. Elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place par le Yukon pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional
Plusieurs initiatives et programmes destinés aux Autochtones du Yukon

sont déployés et (ou) administrés par des organisations autochtones ou ne concernent que les Autochtones de certains endroits. C'est le cas, par exemple des First Nations Health Programs (programmes de santé des Premières nations) dispensés par la Régie des hôpitaux du Yukon à Whitehorse.

First Nations Health Programs – Régie des hôpitaux du Yukon (programmes de santé des Premières nations)

Pour promouvoir la prestation de services de santé de qualité et adaptés à la culture des Autochtones, la Régie des hôpitaux du Yukon a mis en place les First Nations Health Programs. Ces programmes défendent et orientent les Autochtones à travers le réseau de soins de santé de courte durée; reconnaissent les conséquences des pensionnats et du colonialisme sur la santé des Autochtones; assurent un soutien social et spirituel, ainsi que l'accès à des aliments, une médecine et des pratiques de guérison traditionnelles dans le milieu des soins actifs; et informent les fournisseurs de soins de santé afin de renforcer la compréhension et la connaissance de la culture autochtone, et par là même, la sécurité et la compétence (Hôpital de Whitehorse, s.d.).

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par le gouvernement provincial et (ou) par des organisations autochtones. Au Yukon, de nombreuses Premières nations proposent des programmes associés au Programme canadien de nutrition prénatale (Premières nations Carcross/Tagish First et conseil Teslin Tlingit, et dans Dawson City, Watson Lake et Whitehorse), au Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones et au Programme d'aide préscolaire, relevant tous du gouvernement fédéral. Les sources

Internet ne livrent aucun autre détail sur ces programmes, autres que ceux donnés au chapitre 3.

En outre, une analyse de la santé des communautés des Premières nations a été entreprise en 2008 par le Conseil des Premières nations du Yukon, en collaboration avec Santé Canada, en vue de trouver des moyens d'améliorer les soins de santé et de permettre aux professionnels du domaine de contribuer au développement des ressources dans les communautés (Conseil des Premières nations du Yukon, 2008). Il existe aussi, au Yukon, un centre d'amitié qui propose des programmes et des services de santé.

Les centres d'amitié

Le gouvernement fédéral finance les centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Il n'existe aucune branche territoriale de l'association nationale des centres d'amitié. Whitehorse compte toutefois un centre. Le centre d'amitié Skookum Jim propose plusieurs programmes en santé, y compris un programme de prévention du diabète prévoyant des séances d'éducation, des cuisines communautaires, des activités de vie active et des ateliers de recherche et de conservation des aliments traditionnels; un programme d'aide à la nutrition prénatale; des programmes de loisirs, comme un programme parascolaire de sports, de sports arctiques et de jeux Dene et un camp de redécouverte de la nature; et un programme de parentage traditionnel visant à améliorer la santé et la qualité de vie des Autochtones par l'enseignement des compétences parentales (Centre d'amitié Skookum Jim, 2011). Le centre administre également l'initiative fédérale Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone du Yukon. Son site Web ne fournit aucune information sur le financement des programmes par le gouvernement territorial.

4.12 Territoires du Nord-Ouest

La plupart des initiatives et les programmes en santé des Territoires du Nord-Ouest sont proposés par le gouvernement territorial pour l'ensemble de la population ou consistent en des initiatives fédérales ciblant la population autochtone et financées par Santé Canada ou l'Agence de la santé publique du Canada. Les initiatives fédérales peuvent concerner le Programme d'aide préscolaire, la prévention de la consommation d'alcool ou d'autres drogues, la prévention des maladies chroniques et transmissibles, et la promotion de la santé familiale (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest [T.N.-O.], 2009a). L'insuffisance de programmes et d'initiatives en santé destinés aux Autochtones peut illustrer la population autochtone de grande taille vivant dans les territoires, où environ 50 % de la population est formée d'Autochtones (Bureau Investir au Canada, s.d.).

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement territorial

Une recherche sur Internet n'a permis de recenser qu'un seul programme de santé financé et administré par le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et ciblant la population autochtone. Les Territoires du Nord-Ouest sont le seul endroit au Canada prévoyant un programme de prestation d'assurance-maladie complémentaire pour les Métis. Le programme de Prestations de maladie pour les Métis prend en charge 100 % des dépenses dentaires, des lunettes, des fournitures et de l'équipement médical, des déplacements pour raisons médicales et des médicaments sur ordonnance des bénéficiaires admissibles (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2009d).

Toutefois, étant donné la grande proportion d'Autochtones vivant dans les Territoires du Nord-Ouest, il semble

utile de mentionner certaines initiatives et certains programmes de santé accessibles à tous les résidents des territoires et concernant les principaux problèmes de santé de cette population. Ces initiatives et ces programmes constituent les quatre fers de lance de la stratégie de promotion de la santé des Territoires du Nord-Ouest. Créée en 1999, cette stratégie propose quatre objectifs d'amélioration de la santé et du bien-être de la population : des modes de vie sains, la prévention des blessures, la réduction de la tabagie et la santé maternelle (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2000).

Active Living (vie active)

Le concept Active Living des Territoires du Nord-Ouest cible tous les groupes d'âge, des nourrissons aux aînés, et fait la promotion d'un mode de vie sain par le biais de l'alimentation (par une variété de sources alimentaires nordiques ou traditionnelles, ou encore d'autres sources nutritives) et de l'activité physique quotidienne (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2010).

Injury Prevention Strategy (la stratégie de prévention des blessures)

Le nombre de personnes mourant de blessures au-delà de toute autre cause est plus élevé dans les Territoires du Nord-Ouest. La stratégie de prévention des blessures vise donc à créer une culture de sécurité en sensibilisant davantage les citoyens; en diffusant des connaissances; en renforçant les compétences; en réduisant le nombre de blessures dues à des accidents sous l'emprise de l'alcool; et en renforçant les pratiques de prévention, les politiques publiques et les lois. La stratégie relève d'une collaboration entre le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et des organisations non gouvernementales (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2009c).

Tobacco harm reduction and cessation (réduction des préjudices liés au tabac et abandon)

Dans les Territoires du Nord-Ouest, il y a près de deux fois plus de fumeurs que dans le reste du Canada (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2009e). Le ministère de la Santé et des Services sociaux s'efforce de décourager la consommation de tabac et aide ceux qui souhaitent l'abandonner et protège des ravages de la fumée secondaire par l'intermédiaire d'une variété de stratégies et de programmes d'abandon ou de réduction de la consommation (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2009e).

Healthy Pregnancies (grossesses en santé)

En partenariat avec d'autres initiatives des Territoires du Nord-Ouest, ce programme aide les femmes enceintes, les nouvelles accouchées et les jeunes familles à faire des choix sains pendant et après la grossesse (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2009b).

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

La plupart des initiatives et des programmes en santé ciblant la population autochtone des Territoires du Nord-Ouest sont directement financés et administrés par le gouvernement fédéral (voir le chapitre 3), indirectement par le gouvernement fédéral par le biais de partenariats avec le gouvernement provincial et (ou) des organisations autochtones, ou directement par ces dernières. Cette section donne quelques exemples de ces types de programmes et d'initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive. Elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place dans les Territoires du Nord-Ouest pour améliorer la santé de la population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional

Les recherches par Internet n'ont pas permis de trouver des exemples d'initiatives et de programmes en santé réalisés par des organisations régionales ou autochtones à l'intention des populations autochtones des Territoires du Nord-Ouest.

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par le gouvernement provincial et (ou) par des organisations autochtones. La plupart des initiatives et des programmes des Territoires du Nord-Ouest révélés à l'occasion d'une recherche par Internet faisaient intervenir des partenariats entre le gouvernement fédéral et le gouvernement territorial ou des centres d'amitié.

Dans les Territoires du Nord-Ouest, le ministère territorial de la Santé et des Services administre le Programme canadien de nutrition prénatale et le programme Grandir ensemble au nom du gouvernement fédéral (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2006a, 2006b). En outre, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest a également lancé le programme Alimentation saine dans le Nord dans le cadre de la stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains du gouvernement fédéral. Le programme vise à « réduire les risques de maladies chroniques en s'associant avec les communautés des Inuits, des Inuvialuit et des Premières nations pour développer, déployer et évaluer des programmes d'intervention communautaire axés sur la culture et visant à améliorer le régime alimentaire, augmenter l'activité physique et dispenser des informations sur les modes de vie sains » (ASPC, 2010b, p. 9). Le programme est déployé dans de petites communautés, principalement autochtones. Le gouvernement territorial



a également octroyé du financement pour permettre à plus de 250 sportifs, entraîneurs et officiels de participer aux Jeux autochtones de l'Amérique du Nord de 2008 (gouvernement des T.N.-O., 2008).

Les centres d'amitié

Le gouvernement fédéral finance les centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Bien que l'Association nationale des centres d'amitié mentionne une branche territoriale à Hay River, ni elle ni les centres d'amitié n'ont de sites Web. D'après la base de données du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, il y existe sept centres d'amitié fournissant les programmes et les services en santé suivants :

- Centre d'amitié Behchoko : conseils et prévention en matière d'alcool et de drogues, besoins spéciaux, bien-être des femmes et guérison des hommes
- Centre d'amitié Fort Simpson : centre de conditionnement physique, programmation pour les jeunes
- Centre d'amitié Ingamo Hall, Inuvik : programme de bien-être des jeunes

incluant de l'éducation sur le VIH et le sida, programme Bébés en santé, services aux aînés

- Centre d'amitié Soaring Eagle, Hay River : outre une banque alimentaire et des services d'orientation et de défense des droits, principalement axé sur des initiatives de développement des ressources communautaires et des programmes culturels
- Centre d'amitié Tree of Peace, Yellowknife : programmes pour acquérir une bonne image de soi, prévention et conseils en matière d'alcool et de drogues
- Centre d'amitié Uncle Gabe's, Fort Smith : services de conseils et d'orientation, salle de loisirs pour les jeunes, programme d'aide aux victimes ou aux témoins, animateur en matière de bien-être et programmes de mentorat pour les jeunes
- Centre d'amitié Zhahti Koe, Fort Providence : services de conseils (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, s.d.).

Les sources Internet n'ont pas permis d'obtenir de l'information sur le niveau de financement fédéral ou territorial des programmes en santé proposés par ces centres d'amitié.

4.13 Nunavut

La population du Nunavut étant principalement inuite, le gouvernement fédéral assure la plus grande partie du financement de ses programmes et services de santé. Lors de la création du Nunavut en 1999, les responsabilités administratives sont passées des régies régionales de la santé et des services sociaux au ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut à Iqaluit. Le ministère de la Santé et des Services sociaux propose à tous les résidents du Nunavut une vaste gamme de programmes et de services dans le domaine des soins primaires et des soins actifs, soit les services hospitaliers et ambulatoires, la protection de l'enfance, les services familiaux, la santé mentale, la promotion et la protection de la santé et la prévention des blessures.

Les initiatives et les programmes financés et administrés par le gouvernement territorial

La plupart des initiatives et des programmes en santé offerts par le gouvernement du Nunavut sont accessibles à l'ensemble de la population. Étant donné que la plus grande partie de la population du territoire est autochtone et que ces initiatives et ces

programmes ne sont pas particulièrement destinés à cette population, elles sont très importantes pour la santé et le bien-être des Autochtones et méritent d'être mentionnées. Il s'agit d'initiatives et de programmes dans les domaines de la promotion de la santé, des maladies transmissibles, de la prévention de la violence, de la santé maternelle et des ressources humaines en santé.

La promotion de la santé

La promotion de la santé est l'un des principaux enjeux des initiatives et des programmes offerts par le gouvernement du Nunavut. Les initiatives se concentrent sur la santé publique, de la perspective des déterminants sociaux, ainsi que sur la réduction du tabagisme et l'amélioration de l'alimentation.

La stratégie en santé publique

En 2008, le gouvernement du Nunavut a publié sa première stratégie de santé publique, *Developing Healthy Communities: A Public Health Strategy for Nunavut*, visant à améliorer l'état de santé de tous ses citoyens (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2008). Cette stratégie adopte une approche holistique de l'amélioration de la santé en souhaitant créer « les conditions qui permettront à tous les Nunavummiuts de jouir d'une excellente santé et d'atteindre leur plein potentiel » (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2008, p. 6). Elle est guidée par les principes suivants : approches pour traiter les causes fondamentales de la mauvaise santé, participation de la communauté aux prises de décision en santé publique, collaboration et partenariats pour des mesures collectives, stratégies multiples pour des environnements multiples, reddition de comptes et décisions basées sur des faits.

Nutrition in Nunavut:

A Framework for Action (la nutrition au Nunavut : cadre d'action)

Le cadre de nutrition du Nunavut vise à ce que la population ait accès à un régime alimentaire sain en s'attaquant à des questions comme l'amélioration de la sécurité alimentaire, la réduction ou la suppression de la malnutrition (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2007a). Il est sous-tendu par une vision voulant que tous les résidents du Nunavut puissent bien manger afin de contribuer à leur santé, à leur bien-être, à leur autonomie et leur permettre de mener une vie productive grâce à l'accès à des aliments sains, nutritifs et ayant une valeur culturelle.

Les maladies transmissibles

Deux programmes ont été recensés dans le domaine des maladies transmissibles : le premier vise à lutter contre la tuberculose tandis que l'autre cherche à prévenir les maladies transmissibles par l'immunisation.

Le programme de lutte contre la tuberculose

Le programme de lutte contre la tuberculose vise à réduire et à éviter les cas de tuberculose au Nunavut, en particulier la tuberculose multirésistante, en augmentant les services d'éducation, de surveillance et cliniques dans tout le territoire, et en veillant à ce que tous les patients souffrant de cette maladie fassent l'objet d'un traitement rapide et adapté. Un conseiller en tuberculose fait la promotion de projets multidisciplinaires afin de créer des stratégies complètes de prévention et de traitement de la maladie (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2000).

Le programme d'immunisation du Nunavut

Le ministère de la Santé et des Services sociaux prend en charge le financement de toutes les immunisations pour les enfants et la plupart de celles pour les adultes. Prevnar, un nouveau vaccin dont l'action

contre le pneumocoque a été démontrée (le pneumocoque une cause importante de la méningite, des infections sanguines et des infections à l'oreille), est offert pour les enfants de moins de deux ans (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2000).

La violence familiale

Dans de nombreuses communautés autochtones, la violence familiale constitue l'un des problèmes sociaux et sanitaires les plus importants. Le gouvernement du Nunavut a créé un programme pour régler ce problème.

Family Violence Relocation Program (le programme de déménagement en cas de violence familiale)

Les services de lutte contre la violence familiale du ministère de la Santé et des Services sociaux cherchent à réduire les cas de violence familiale ainsi qu'à protéger et à aider les victimes. Le programme de déménagement en cas de violence familiale évalue chaque cas et aide les victimes à déménager en lieu sûr ou dans un abri. Le ministère de la Santé et des Services sociaux finance également des abris et des foyers d'hébergement dans tout le territoire (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2009a).

Les ressources humaines

Il a été démontré que le recrutement et la conservation de professionnels de la santé dans le Nord constituent un obstacle important à l'accès à la santé par les Autochtones (Rohan, 2003). Le gouvernement du Nunavut a déployé une initiative dirigée contre ce grave problème de santé.

Nunavut Nursing Recruitment Strategy (la stratégie de recrutement de personnel infirmier au Nunavut)

En 2007, le gouvernement du Nunavut a déployé la stratégie de recrutement de personnel infirmier pour combler les besoins de santé à long terme en recrutant, en maintenant en place et en

formant du personnel infirmier (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2007b). Cette stratégie comprend un certain nombre d'initiatives et de programmes visant à atteindre ses objectifs, notamment le recrutement et la formation de candidats inuits pour des carrières en soins infirmiers et dans d'autres professions de la santé publique. Cette stratégie est permanente et assortie d'importants objectifs d'étape devant être évalués sur cinq ans.

La santé maternelle et infantile

Afin que les nourrissons démarrent bien leur vie, le gouvernement du Nunavut a mis sur pied un plan stratégique pour régler les problèmes de santé maternelle et infantile.

Maternal and Newborn Health Care Strategy (la stratégie des soins de santé des mères et des nouveau-nés)

Cette stratégie sur cinq ans a été déployée en 2009 pour guider la prestation de soins de santé de qualité aux mères et aux nouveau-nés par le ministère de la Santé et des Services sociaux. Les objectifs fixés concernent l'augmentation des ressources locales et de la participation aux soins de santé; du nombre d'employés dans le domaine des soins maternels et de sages-femmes autorisées; du nombre de femmes enceintes qui reçoivent des soins prénatals précoces, complets et tenant compte des différences culturelles; ainsi que de la planification de la grossesse, de l'aide à l'éducation et des compétences parentales (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2009b).

La santé mentale et la toxicomanie

Au moment de cette recherche sur Internet, le gouvernement du Nunavut préparait deux initiatives sur la santé mentale et les dépendances : une révision de la stratégie sur les dépendances et la santé mentale et une stratégie de prévention du suicide.

Addictions and Mental Health Strategy (la stratégie sur les dépendances et la santé mentale)

Déployée en 2002 par le gouvernement du Nunavut, cette stratégie vise à faciliter la mise en œuvre d'une vaste gamme de nouveaux services améliorés de lutte contre les dépendances et de santé mentale, y compris des conseils individuels, des séances de guérison en groupe, des ateliers de bien-être communautaire, du dépistage et de l'orientation, et de la gestion de cas (Murphy, 2002). Au moment de cette recherche par Internet, le gouvernement était en train de réviser la stratégie (gouvernement du Nunavut, Nunavut Tunngavik, Embrace Life Council et GRC, 2010; Nunavut Tunngavik, Santé Canada et gouvernement du Nunavut, 2009). Cette révision avait été recommandée parallèlement à l'engagement de la stratégie de prévention du suicide de renforcer le continuum des services de santé mentale en vue d'améliorer le bien-être et de réduire les risques de suicide.

La stratégie de prévention du suicide

En 2008, en réponse à la demande d'une approche coordonnée de prévention du suicide, un partenariat a été établi entre le gouvernement du Nunavut, Nunavut Tunngavik Inc., Embrace Life Council et la Gendarmerie royale du Canada pour créer une stratégie de prévention du suicide. Cette stratégie visait à fournir un ensemble complet de programmes et de services comportant des volets sur la prévention, l'intervention et la postvention (gouvernement du Nunavut et coll., 2010). L'une des principales recommandations consistait en la révision de la stratégie sur les dépendances et la santé mentale de manière à améliorer le bien-être et à réduire le risque de suicide.

Les autres voies de diffusion des initiatives et des programmes de santé

La plupart des initiatives et des programmes en santé ciblant la population autochtone du Nunavut sont

directement financés et administrés par le gouvernement fédéral (voir le chapitre 3), indirectement par le gouvernement fédéral grâce à des partenariats avec le gouvernement provincial et (ou) des organisations autochtones, ou encore, directement par ces dernières. Cette section donne quelques exemples de ces types de programmes et d'initiatives. Cette liste ne prétend pas être exhaustive. Elle vise plutôt à ce que les lecteurs comprennent mieux les éléments mis en place par le Nunavut pour améliorer la santé de sa population autochtone.

Les exemples à l'échelon local et régional

Les recherches par Internet n'ont pas permis de trouver des exemples d'initiatives et de programmes en santé réalisés par des organisations régionales ou autochtones à l'intention des populations autochtones du Nunavut.

Les exemples à l'échelon fédéral

Plusieurs des initiatives et des programmes axés sur la santé autochtone et financés par le gouvernement fédéral (selon la description donnée au chapitre 3) sont administrés par le gouvernement territorial. Le gouvernement du Nunavut administre le programme Grandir ensemble, le Programme canadien de nutrition prénatale, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, la stratégie nationale de prévention du suicide chez les jeunes Autochtones et les programmes de lutte contre l'abus de solvants au nom du gouvernement fédéral (ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut, 2010). Le Nunavut a également rejoint l'Initiative fédérale en matière de SAF/EAF en 1999 (McKechnie, 2000). En outre, les deux gouvernements (fédéral et territorial) ont collaboré dans le cadre d'Inforoute Santé du Canada pour élargir l'accès des communautés du Nunavut à la télésanté (Inforoute Santé du Canada, 2008, 2011b). La plupart de ces initiatives étant décrites au chapitre 3, nous ne donnerons ici qu'une description du projet de télésanté Inforoute Santé du Canada.

Outre le gouvernement du Nunavut, le gouvernement fédéral a également travaillé en collaboration avec des organisations autochtones en ce qui concerne certaines initiatives. C'est le cas de deux programmes issus de la Stratégie de lutte contre le tabagisme du gouvernement fédéral, et de programmes offerts par le biais du seul centre d'amitié du territoire.

Le projet de télésanté Inforoute Santé du Canada

Inforoute Santé du Canada est un organisme sans but lucratif indépendant et financé par le gouvernement fédéral qui travaille en partenariat avec les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux du pays pour utiliser la télésanté afin de créer et de renforcer l'accès aux soins de santé des communautés nordiques éloignées (Inforoute Santé du Canada, 2005, 2008, 2011a). En 2005, le gouvernement du Nunavut et Inforoute Santé du Canada ont annoncé un projet conjoint de développement des ressources comprenant un programme de formation pour les techniciens en télésanté. En 2008, le ministre fédéral de la Santé et le directeur général d'Inforoute Santé du Canada annonçaient l'octroi, par le gouvernement du Canada, d'un financement supplémentaire de 2 millions de dollars pour mettre à jour les sites actuels de télésanté et élargir l'accès à l'établissement Naja Isabelle Home de Chesterfield Inlet et aux foyers du Sud.

Les projets de la Stratégie de lutte contre le tabagisme

En 2009, le gouvernement fédéral finançait deux projets du Nunavut pour informer les jeunes Autochtones sur les dangers du tabagisme (Santé Canada, 2009c). Le « Défi J'arrête, j'y gagne » est une campagne destinée aux jeunes Autochtones de 8 à 17 ans qui acceptent d'arrêter de fumer. Ce projet sur deux ans s'appuie sur un partenariat entre l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire et le gouvernement du Nunavut.

Le projet « For Youth By Youth Trainer Training Program » permet à des jeunes Autochtones d'acquérir les compétences nécessaires pour sensibiliser leurs pairs aux dangers du tabac et exercer une influence bénéfique sur eux. Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut réalise ce projet avec l'aide de représentants en santé communautaire, de personnel infirmier et d'enseignants dans les communautés du Nunavut. (Santé Canada, 2009c).

L'association des centres d'amitié autochtones

Le gouvernement fédéral finance les centres d'amitié autochtones de l'ensemble du Canada par le biais du Programme des centres d'amitié autochtones, lui-même administré par l'Association nationale des centres d'amitié avec l'aide des associations régionales de ces centres. Bien qu'il n'existe aucune branche territoriale de l'association nationale des centres d'amitié au Nunavut, le territoire compte un centre : le centre d'amitié Pulaarvik Kablu, à Rankin Inlet. Ce centre propose une vaste gamme de programmes et de services de santé pour les nourrissons et les aînés en passant par les jeunes et les adultes, y compris le programme de nutrition en période prénatale Piruqsagtigiiktuut destiné aux femmes enceintes et aux nouvelles accouchées; des programmes d'éducation à la petite enfance prévoyant des activités physiques et de l'information sur la nutrition; un programme de conseil en cas de violence conjugale; le programme de sensibilisation Kivalliq qui vise à améliorer les relations familiales; et un programme de services aux victimes (Centre d'amitié Pulaarvik Kablu, s.d.). En outre, il administre des programmes de l'Initiative fédérale sur le diabète chez les Autochtones et de l'Initiative en santé bucco-dentaire pour les enfants (Centre d'amitié Pulaarvik Kablu, s.d.).

4.14 Résumé

Lorsque vient le moment de résumer les conclusions à tirer des recherches

par Internet sur les initiatives et les programmes en santé visant les Autochtones dans les provinces et les territoires, il est important de rappeler encore une fois aux lecteurs que ces recherches s'accompagnent souvent de difficultés pouvant remettre en cause l'exactitude des données recueillies. Par conséquent, il se peut que ce chapitre ne mentionne pas la totalité des initiatives et des programmes destinés aux Autochtones vivant dans les provinces et les territoires, et il n'est pas certain que ceux qui sont rapportés soient encore en vigueur au moment de la recherche par Internet, c'est-à-dire en 2009. Dans certains cas, par exemple, les recherches ont permis de recenser des initiatives et des programmes déployés par le passé, sans préciser leur statut actuel.

À partir des informations obtenues, un portrait se dessine de la nature complexe et fragmentée des mécanismes selon lesquels les initiatives et les programmes en santé autochtone sont déployés dans les provinces et les territoires. Ce portrait est également celui du manque d'uniformité des projets destinés aux Autochtones. Seul un petit nombre d'initiatives et de programmes sont directement financés et administrés par les gouvernements provinciaux ou territoriaux pour leurs populations autochtones. En revanche, la plupart d'entre eux sont subventionnés par le biais de dispositions financières et administratives complexes faisant intervenir le gouvernement fédéral en partenariat avec le gouvernement de la province ou du territoire, avec des organisations autochtones, ou les deux. En outre, la plupart des projets sont locaux ou régionaux plutôt que provinciaux.

La plus grande partie des initiatives et des programmes en santé destinés aux Autochtones se regroupent en quatre catégories aux frontières assez mouvantes :

- les initiatives et les programmes directement financés et administrés

par le gouvernement provincial ou territorial sont les plus courants dans les provinces de l'Ouest, abritant de vastes populations autochtones et pour lesquelles peu de traités conventionnels prévoient l'autogestion. Ces initiatives et ces programmes sont administrés directement par la province ou le territoire, ou indirectement par les régies régionales de la santé.

- Dans les régions du nord du Canada, où la densité démographique est généralement faible et dont une proportion élevée de la population est formée d'Autochtones, la plupart des initiatives et des programmes en santé financés et administrés par les gouvernements territoriaux sont souvent accessibles à l'ensemble de la population plutôt que de cibler uniquement les Autochtones. Ceux qui le font ont tendance à s'appuyer sur un partenariat avec le gouvernement fédéral.
- Dans les provinces maritimes abritant une population autochtone relativement restreinte (Nouveau-Brunswick, Île-du-Prince-Édouard et Nouvelle-Écosse), il n'existe qu'un petit nombre d'initiatives et de programmes en santé autochtone à part ceux directement assurés par le gouvernement fédéral ou créés en partenariat avec des organisations autochtones.
- De même, au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador, où des ententes d'autonomie ont été signées, la participation du gouvernement dans le déploiement d'initiatives et de programmes de santé autochtone est restreinte, la plupart de ces projets étant proposés par les services de santé des gouvernements autochtones autonomes ou par la CSSSPNQL, qui s'occupent des programmes de santé pour les Premières nations de ces deux provinces.

On constate également un manque d'uniformité d'une province ou d'un territoire à l'autre dans le type d'initiatives et de programmes en santé proposés aux

Autochtones. Bien que les programmes de développement du jeune enfant, de santé maternelle, de lutte contre le diabète et d'alimentation saine sont assez courants, c'est beaucoup moins le cas dans les domaines de la prévention du suicide, de l'abus d'alcool ou d'autres drogues, de la violence faite aux femmes, ainsi que des initiatives et des programmes sur le cancer et les maladies transmissibles. La variété des initiatives et des programmes est généralement plus pauvre dans les provinces abritant peu d'Autochtones.

Étant donné la diversité des Autochtones dans l'ensemble du pays, diversité illustrée par les cultures autochtones, les indicateurs socioéconomiques et les différences de priorités et de besoins en santé, il ne faut pas s'étonner d'en retrouver la trace dans la complexité du déploiement reflétant les réalités quotidiennes des familles et des communautés autochtones de certains endroits. Il n'en reste pas moins que dans nombres de provinces et territoires, on attend des initiatives et des programmes accessibles au grand public qu'ils répondent à des besoins trop nombreux, sans égard au contexte dans lesquels ces problèmes de santé sont survenus, à la vision qu'en ont les Autochtones et aux circonstances socioéconomiques sous-jacentes. Étant donné la prévalence de certains problèmes de santé des Autochtones de l'ensemble du pays (ainsi que le chapitre 1 l'évoque), il se dégage clairement un besoin pressant d'égalité dans les types d'initiatives et de programmes en santé offerts à ces populations dans les provinces et les territoires, afin d'améliorer leur santé et leur bien-être d'une manière adaptée et respectueuse de leur culture.

Références

- Aboriginal ActNow. (s.d.). What is Aboriginal ActNow BC? Consulté le 17 janvier 2011 sur <http://www.aboriginalactnow.ca/>
- Aboriginal ActNow – Honouring Our Health. (s.d.). Honouring our health. Victoria, Colombie-Britannique. Gouvernement de Colombie-Britannique. Consulté le 7 avril 2011 sur <http://www.honouringourhealth.ca>
- Aboriginal Affairs Secretariat. (s.d.). Aboriginal affairs. Consulté le 13 avril 2011 sur <http://www.gov.pe.ca/aboriginalaffairs/>
- Aboriginal Friendship Centres of Saskatchewan. (s.d.) About us. Consulté le 26 janvier 2011 sur http://www.afcs.ca/main/index.php?option=com_content&task=view&id=35&Itemid=60
- Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones. (2007a). Programmes et services. Consulté le 16 mai 2010 sur http://www.mcsc.gov.on.ca/fr/mcsc/programs/community/programsforaboriginalpeople.aspx/programs/prog_top.html
- Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones. (2007b). Programmes destinés aux Autochtones. Consulté le 16 mai 2010 sur <http://www.mcsc.gov.on.ca/fr/mcsc/programs/community/programsforaboriginalpeople.aspx/programs/overview.html>
- Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones. (2009). Programme Bébé en santé, enfants en santé à l'intention des Autochtones. Consulté le 21 mars 2009 sur http://www.mcsc.gov.on.ca/fr/mcsc/programs/community/programsforaboriginalpeople.aspx/programs/ahbhc/ahbhc_top.html
- Fondation autochtone de guérison. (2011). Aboriginal survivors for healing. Consulté le 13 avril 2011 sur <http://www.fadg.ca/projets-finances/ile-du-prince-edouard/aboriginal-survivors-for-healing>
- Cercle sportif autochtone. (s.d.). About the Aboriginal Sport Circle. Consulté le 11 février 2011 sur <http://aboriginalsportcircle.ca/>
- Alberta Community Council on HIV. (2010). History of ACHF. Consulté le 12 janvier 2011 sur <http://www.acch.ca/ab-community-fund/history-of-achf.html>
- Alberta Health and Wellness. (2000). Health trends in Alberta. Edmonton, Alberta. Consulté le 22 mars 2009 sur <http://www.health.alberta.ca/documents/Trends-2000-introduction.pdf>
- Alberta Health and Wellness. (2001). Alberta Aboriginal HIV Strategy 2001-2004. Edmonton, Alberta. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.health.alberta.ca/documents/HIV-Strategy-Aboriginal-2001.pdf>
- Alberta Health and Wellness. (2003). Alberta Diabetes Strategy 2003-2013. Edmonton, Alberta. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.health.alberta.ca/documents/Diabetes-Strategy-2003.pdf>
- Alberta Health Services. (2007). Aboriginal diabetes programs. Consulté le 22 mars 2009 sur http://www.chr.ab.ca/bins/content_page.asp?id=5073-5101-10990-12073-12074
- Alberta Health Services. (2009a). Aboriginal health service components. Consulté le 23 mars 2009 sur <http://www.calgaryhealthregion.ca/programs/aboriginal/contact.htm>
- Alberta Health Services. (2009b). Honouring Life: Aboriginal youth and communities empowerment strategy (AYCES). Edmonton, Alberta. Consulté le 18 janvier 2011 sur <http://www.albertahealthservices.com/MentalHealthWellness/hi-mhw-honouring-life-final.pdf>
- Alberta Health Services. (2010). Aboriginal mental health. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.albertahealthservices.ca/2762.asp>
- Alberta Health Services. (2011a). Aboriginal Liaison Program. Consulté le 18 janvier 2011 sur <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=serviceid=7805>
- Alberta Health Services. (2011b). Aboriginal Hospital Liaison. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=serviceid=1001139>
- Alberta Health Services. (2011c). Aboriginal Diabetes Wellness Program. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=serviceid=4838>
- Alberta Health Services. (2011d). Elbow River Healing Lodge. Consulté le 9 mars 2011 sur <http://www.albertahealthservices.ca/services.asp?pid=serviceid=1009201>
- Alberta Health Services et Alberta Native Friendship Centres Association. (2009). Announcing an exciting and promising partnership! (communiqué de presse). Edmonton, Alberta. Auteurs. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.anfca.com/docs/PartnershipPressRelease.pdf>
- Alberta Mental Health Board. (2006). Aboriginal mental health: A framework for Alberta. Edmonton, Alberta. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.albertahealthservices.ca/MentalHealthWellness/hi-mhw-aboriginal-framework.pdf>
- Alberta Native Friendship Centres Association. (s.d.). New dawn rising: Project summary. Edmonton, Alberta. Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.anfca.com/docs/programs/NewDawnRising-ProjectSummary.pdf>
- Alberta Native Friendship Centres Association. (2007a). Friendship centres. Consulté le 8 septembre 2009 sur <http://www.anfca.com/programs.html>
- Alberta Native Friendship Centres Association. (2007b). The role of the ANFCA. Consulté le 21 janvier 2011 sur <http://www.anfca.com/about.html>
- All Nations Healing Hospital. (s.d.). Welcome to All Nations Healing Hospital. Consulté le 4 février 2011 sur <http://www.fortquappelle.com/anh.html>
- Armstrong, N. (2010). Aboriginal Survivors for Healing group looks to province for financial help. Prince Edward Island Guardian (18 mars). Consulté le 13 avril 2011 sur <http://www.theguardian.pe.ca/Living/Well-being/2010-03-18/article-1277031/Aboriginal-Survivors-for-Healing-group-looks-to-province-for-financial-help/1>
- Assemblée des Premières Nations (2011). Evaluator for a formative evaluation of year 4 of the First Nations Public Health Pilot Project. Request for proposal – AFN Public Health Unit. Consulté le 30 septembre 2011 sur <http://www.afn.ca/index.php/en/news-media/latest-news/REQUEST-FOR-PROPOSAL-AFN-Public-Health-Unit>
- Assembly of Manitoba Chiefs. (2006). Manitoba First Nations health and wellness strategy: A ten year action plan from 2005-2015. Winnipeg, Manitoba. Auteur. Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.medicinecreek.ca/files/MFNHWS%20Action%20PlanAug06.pdf>
- Assembly of Manitoba Chiefs. 2010a. AMC Policy Area: Health – Intergovernmental Committee on Manitoba First Nation Health. Consulté le 25 janvier 2011 sur http://www.manitobachiefs.com/policy/health/health_icmfhn.html
- Assembly of Manitoba Chiefs. 2010b. AMC Policy Area: Health – Maternal Child Health. Consulté le 25 janvier 2011 sur http://www.manitobachiefs.com/policy/health/health_mch.html
- Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat. (s.d.). What is the Aboriginal Health Transition Fund? Dartmouth, Nouvelle-Écosse. Auteur. Consulté le 7 avril 2011 sur <http://www.apcFNC.ca/en/health/ressources/SummaryofAHTFAtlanticProjects.pdf>
- Colombie-Britannique. Secrétariat des Jeux olympiques et paralympiques d'hiver de 2010. (2008). Province backs 2008 North American Indigenous Games (communiqué de presse). Consulté le 18 février 2011 sur <http://www.2010commercecentre.gov.bc.ca/BusinessPlanning/News.aspx?articleID=96>
- British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres. (2010). About us. Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.bcaaf.com/aboutus/history>

- British Columbia Ministry of Health Services. (2010). For the record: The facts on nurse recruitment and employment in B.C. Consulté le 17 janvier 2011 sur http://www.gov.bc.ca/fortherecord/nurse_recruitment/nr_healthcare.html?src=/healthcare/nr_healthcare.html
- Colombie-Britannique, bureau du Premier ministre. (2007). Dr. Evan Adams named as Aboriginal Physician Advisor (fiche d'information). Consulté le 17 janvier 2011 sur http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2007OTP0038-000410-Attachment1.htm#
- Inforoute Santé du Canada. (2005). Inforoute Santé du Canada et le Nunavut renforcent les capacités en matière de télésanté (communiqué de presse). Consulté le 20 avril 2011 sur <https://www.infoway-inforoute.ca/lang-fr/about-infoway/news/news-releases/107-canada-health-infoway-and-nunavut-to-build-telehealth-capacity>
- Inforoute Santé du Canada. (2008). Un investissement d'Inforoute permettra d'accroître l'accès aux services de télésanté au Nunavut (communiqué de presse). Consulté le 20 avril 2011 sur <https://www.infoway-inforoute.ca/lang-fr/about-infoway/news/news-releases/186-infoway-investment-to-increase-access-to-telehealth-in-nunavut>
- Inforoute Santé du Canada. (2011a). Responsabilité. Consulté le 20 avril 2011 sur <https://www.infoway-inforoute.ca/lang-fr/about-infoway/vision/accountability>
- Inforoute Santé du Canada. (2011b). Projects in Nunavut. Consulté le 13 avril 2011 sur <https://www.infoway-inforoute.ca/lang-en/about-infoway/infoway-projects-map?view=province&id=8%253Anunavut>
- Patrimoine canadien. (2009a). Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone – Programme des autochtones. Consulté le 9 septembre 2009 sur <http://www.pch.gc.ca/fra/1267288013718/1305898330734>
- Patrimoine canadien. (2009b). Programme des droits de la personne – Alberta. Consulté le 17 janvier 2011 sur <http://www.pch.gc.ca/pgm/pdp-hrp/docs/escr/ab-fra.cfm>
- Action Cancer Ontario. (2009). La Stratégie pour la lutte contre le cancer chez les peuples autochtones. Consulté le 21 mars 2009 sur <https://fr.cancercare.on.ca/about/programs/aborstrategy/aboriginal/>
- Action Cancer Ontario. (2011). Qui nous sommes Consulté le 28 janvier 2011 sur <https://fr.cancercare.on.ca/about/who/>
- Chiefs of Ontario. (s.d.). Aboriginal Health Human resources Initiative. Toronto, Ontario. Chiefs of Ontario. Consulté le 21 mars 2009 sur <http://chiefs-of-ontario.org/Assets/Documents/Health/AHHRI%20January.pdf>
- Congrès des peuples autochtones. (s.d.). Affiliates. http://www.abo-peoples.org/index.php?option=com_content&view=article&id=9&Itemid=10
- Conseil des Premières nations du Yukon. (s.d.). Umbrella Final Agreement. Consulté le 8 avril 2011 sur <http://www.cyfn.ca/historylandcliams19?noCache=399:1302284079>
- Conseil des Premières nations du Yukon. (2008). Yukon First Nations community health scan. Whitehorse, YK: Auteur. Consulté le 23 mars 2009 sur <http://www.cyfn.ca/uploads/tk/rtf/tkrf8E01aOtRHQnFwn-jFg/CYFN-Winter-2008.pdf>
- Federation of Newfoundland Indians. (2008). Health programs. Consulté le 19 mars 2009 sur <http://www.fni.nf.ca/health.asp>
- First Nations Health Council, British Columbia Ministry of Healthy Living and Sport et Santé Canada (région de C.-B.). (2009). British Columbia Tripartite First Nations Health Plan: Year in review, 2008-2009. Vancouver, Colombie-Britannique. Auteurs. Consulté le 17 janvier 2011 sur http://www.fnhc.ca/pdf/Year_in_Review_Report_2009-web.pdf
- First Nations Leadership Council, gouvernement du Canada et gouvernement de Colombie-Britannique. (2007). Plan tripartite pour la santé des Premières nations. Victoria, Colombie-Britannique. Auteurs Consulté le 4 novembre 2010 sur http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/services/2007-06_tripartite_plan-eng.pdf
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (s.d.-a). Programme des facultés de médecine du Québec pour les Premières Nations et les Inuits (PFMQPNI). Consulté le 31 janvier 2011 sur <http://www.cssspnql.com/fr/sante/faculte.htm>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (s.d.-b). Services sociaux – Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les Autochtones. Consulté le 31 janvier 2011 sur <http://www.cssspnql.com/fr/s-sociaux/alcool.htm>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (s.d.-c). VIH/sida – Cercle de l'espoir Consulté le 31 janvier 2011 sur <http://www.cssspnql.com/fr/sante/vih-sida.htm>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (s.d.-c). Nutrition. Consulté le 31 janvier 2011 sur <http://www.cssspnql.com/fr/sante/nutrition.htm>
- 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. Wendake, Québec. Auteur. Consulté le 19 janvier 2009 sur <http://www.cssspnql.com/eng/nouvelles/documents/Blueprint.pdf>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (2008). Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador Consulté le 21 mars 2009 sur <http://www.cssspnql.com/fr/index.htm>
- Commission de la santé et des services sociaux des Premières nations du Québec et du Labrador (2009). En route vers la santé Programme d'éducation en nutrition pour les écoles. Consulté le 31 janvier 2011 sur <http://www.cssspnql.com/fr/sante/nutrition.htm>
- Fishing Lake First Nation, Kinistin Saulteaux Nation, & Yellow Quill First Nation. (2010). Tri-First Nations Nakawe (Saulteaux) Healing Project (présentation PowerPoint de la conférence sur le Fonds de transition pour la santé des Autochtones, 9 et 10 juin 2010). Consulté le 8 mars 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=0b5909ed-808f-4ea3-a6ea-1fc4121e53e7>
- Gouvernement de l'Alberta. (2000). Strengthening relationships: The Government of Alberta's Aboriginal Policy Framework. Edmonton, Alberta. Consulté le 17 janvier 2011 sur http://www.aboriginal.alberta.ca/documents/final_strengthrelations.pdf
- Gouvernement de l'Alberta. (2007). Aboriginal Policy Initiative. Consulté le 17 janvier 2011 sur <http://www.child.alberta.ca/home/524.cfm>
- Université de la Colombie-Britannique (s.d.-a). Aboriginal early childhood development. Consulté le 23 mars 2010 sur http://www.mcf.gov.bc.ca/early_childhood/aecd.htm
- Université de la Colombie-Britannique (s.d.-b). Aboriginal health. Consulté le 23 mars 2009 sur http://www.gov.bc.ca/yourbc/aboriginal_health/ah_firstnations.html?src=/
- Université de la Colombie-Britannique (s.d.-c). Aboriginal Infant Development Program. Consulté le 22 mars 2010 sur http://www.mcf.gov.bc.ca/spec_needs/aidp.htm
- Université de la Colombie-Britannique (s.d.-c). Aboriginal Supported Child Development. Consulté le 24 mars 2009 sur http://www.mcf.gov.bc.ca/spec_needs/ascd.htm
- Université de la Colombie-Britannique (s.d.-e). Friendship Centre Program. Consulté le 24 mars 2009 sur <http://www.gov.bc.ca/arr/social/fcf/friendship.html>

- Université de la Colombie-Britannique (2008). \$3 million supports unique wellness village (communiqué de presse). Consulté le 9 février 2009 sur http://www2.news.gov.bc.ca/news_releases_2005-2009/2008OTP0061-000358.htm
- Université de la Colombie-Britannique (2010). Aboriginal health. Consulté le 17 janvier 2011 sur http://www.gov.bc.ca/yourbc/aboriginal_health/ah_firstnations.html?src=/firstnations/ah_firstnations.html
- Gouvernement du Manitoba. (2002). Province contributes \$2,5 million to support North American Indigenous Games (communiqué de presse). Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2002/01/2002-01-21-02.html>
- Gouvernement du Manitoba. (2004). Manitoba's comparable health indicator report: A federal/provincial/territorial agreement on comparable indicator reporting reached by First Ministers and developed by the Conference of Deputy Ministers. Winnipeg, Manitoba. Auteur. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/health/pirc/1.pdf>
- Gouvernement du Manitoba. (2008). Province commits \$1 million for Manitoba Friendship Centres (communiqué de presse). Consulté le 21 février 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/chc/press/top/2008/11/2008-11-21-133000-4791.html>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (s.d.). Allez-y NB! L'action par le sport. Consulté le 13 mars 2009 sur <http://www.gnb.ca/0131/gonb-f.asp>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. 2008a. Transformer le système de santé du Nouveau-Brunswick : le Plan provincial de la santé 2008-2012. Fredericton, Nouveau-Brunswick. Auteur. Consulté le 30 mars 2009 sur <http://www.gnb.ca/cnb/promos/php/PHP-f.pdf>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. 2008b. Principales estimations pour 2008-2009. Fredericton, Nouveau-Brunswick. Auteur. Consulté le 30 mars 2009 sur <http://www.gnb.ca/cnb/promos/php/PHP-f.pdf>
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2011a). Secrétariat des affaires autochtones. Consulté le 30 septembre 2011 sur http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/affaires_autochtones.html
- Gouvernement du Nouveau-Brunswick. (2011b). Aboriginal affairs. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://www2.gnb.ca/content/gnb/fr/ministeres/affaires_autochtones.html
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2004). Stepping into the future: Strengthening children, families and communities. Newfoundland and Labrador's Early Childhood Development and Early Learning and Child Care; annual report 2003/04. St. John's, Terre-Neuve. Auteur. Consulté le 23 février 2011 sur http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/ecd_annual_report_03_04.pdf
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2005). Working together for mental health: A provincial policy framework for mental health and addictions services in Newfoundland and Labrador. St. John's, Terre-Neuve. Auteur. Consulté le 7 avril 2011 sur http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/working_together_for_mental_health.pdf
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. 2006a. Taking action against violence 2006-2012: Violence Prevention Initiative. St. John's, Terre-Neuve. Auteur. Consulté le 7 avril 2011 sur http://www.gov.nl.ca/VPI/initiative/actionplan2006_2012.pdf
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. (2006b). Achieving health and wellness: Provincial wellness plan for Newfoundland and Labrador. St. John's, Terre-Neuve. Auteur. Consulté le 20 avril 2011 sur <http://www.health.gov.nl.ca/health/publications/nlprovincialwellnessplan.pdf>
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. 2008a. Achieving health and wellness: Provincial wellness plan for Newfoundland and Labrador. St. John's, Terre-Neuve. Auteur. Consulté le 23 février 2011 sur <http://www.health.gov.nl.ca/health/wellnesshealthyiving/nlprovincialwellnessplan.pdf>
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. 2008b. Newfoundland and Labrador to compete at North American Indigenous Games (communiqué de presse). Consulté le 23 février 2011 sur <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2008/tcr/0801n01.htm>
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. (2008). Ministers meet to increase physical activity (communiqué de presse). Consulté le 23 février 2011 sur http://www.exec.gov.nt.ca/currentnews/prDetails.asp?varPR_ID=1149
- Gouvernement de Nouvelle-Écosse. (2011). Primary health care: Aboriginal health. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://www.gov.ns.ca/health/primaryhealthcare/aboriginal_health.asp
- Gouvernement du Nunavut, Nunavut Tunngavik, Embrace Life Council et GRC. (2010). Nunavut Suicide Prevention Strategy. Iqaluit, Nunavut. Auteurs Consulté le 20 avril 2011 sur <http://www.psychiatry.med.uwo.ca/education/2010-10-26-Nunavut-Suicide-Prevention-Strategy-English.pdf>
- Gouvernement du Québec. (2009a). Gratuité du transport pour les Autochtones devant se déplacer pour recevoir des soins de santé non disponibles dans leur région. Consulté le 31 janvier 2011 sur http://www.formulaire.gouv.qc.ca/cgi/affiche_doc.cgi?dossier=12322ertable=0#14
- Gouvernement du Québec. (2009b). Saines habitudes de vie : Québec renouvelle son soutien au programme de coordonnateurs en sport et loisir dans les communautés autochtones (communiqué de presse). Consulté le 31 janvier 2011 sur <http://communiqués.gouv.qc.ca/gouvqc/communiqués/GPQF/Mars2010/26/c5462.html>
- Gouvernement de Saskatchewan. (2009). For patients' sake: Commissioner's recommendations. Consulté le 30 septembre 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/patient-first-review>
- Gouvernement de Saskatchewan. (2007a). Saskatchewan Aboriginal Health Transition Fund projects. Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=ef3f9f24-36df-47e0-9be9-14f28b2a01e5>
- Gouvernement de Saskatchewan. (2007b). Adaptation of the provincial health system to better meet the needs of Métis people in prevention, health promotion and health environment – Métis Nation – Saskatchewan. Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=a230bd40-ca6a-4800-b1ed-3f6b8d3f0f53>
- Gouvernement de Saskatchewan. (2007c). Northern Saskatchewan Métis Youth Suicide Prevention Strategy. Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=7091a1e0-5aea-4713-93a7-ae2f285adb78>
- Gouvernement de Saskatchewan. (2007d). Northern Health Strategy. Consulté le 22 mars 2009 sur <http://www.health.gov.sk.ca/northern-health-strategy>
- Gouvernement de Saskatchewan. (2007e). Tri-First Nations' Sauteaux healing project (program design) phase II. Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/Default.aspx?DN=0e86df75-fe9b-40ee-b525-6457628815ba>
- Gouvernement de Saskatchewan. (2007f). Tuberculose. Consulté le 21 février 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/tuberculosis>
- Gouvernement du Yukon. (2009). Women's Directorate. Consulté le 6 septembre 2009 sur <http://www.womensdirectorate.gov.yk.ca/funding.html#prevention>
- Healing Our Nations. (s.d.). About us. Consulté le 11 janvier 2011 sur <http://www.hon93.ca/aboutusnew.html>
- Santé Canada. (2006). Programme d'enseignement de la profession de sage-femme à l'intention des Autochtones. Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 10 mars 2011 sur [http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/phctf-fassp.nsf/lkAttachments/0157754459B39BE28525728E006E6FE9/\\$File/28F_SUM_AborigMidwife.pdf](http://www.apps.hc-sc.gc.ca/hcs-sss/phctf-fassp.nsf/lkAttachments/0157754459B39BE28525728E006E6FE9/$File/28F_SUM_AborigMidwife.pdf)
- Santé Canada. (2008). Canada's government announces Aboriginal health care reform in Nova Scotia. Medical News Today (13 août). Consulté le 7 avril 2011 sur <http://www.medicalnewstoday.com/articles/118145.php>

- Santé Canada. (2009a). Comment fonctionne le Fonds de transition pour la santé des Autochtones. Consulté le 17 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/services/acces/adapt-env-fra.php>
- Santé Canada. (2009b). Services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits. Consulté le 7 janvier 2011 sur <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/nihb-ssna/index-eng.php>
- Santé Canada. (2009c). Le gouvernement du Canada travaille avec le Nunavut pour réduire le tabagisme chez les jeunes Autochtones des Territoires (communiqué de presse). Consulté le 13 avril 2011 sur http://www.hc-sc.gc.ca/ahe-asc/media/nr-cp/_2009/2009_18-fra.php
- Conseil canadien de la santé. (2007). Health care renewal in Canada: Measuring up? Toronto, Ontario. Auteur
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2007). Signature d'une entente de principe sur le gouvernement régional du Nunavik : une étape sans précédent est franchie (communiqué de presse). Consulté le 2 juillet 2010 sur <http://ainc-inac.gc.ca/aiarch/mr/nr/s-d2007/2-2975-fra.asp>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2008). Les cris de la Baie James et le Gouvernement du Canada forment une nouvelle relation grâce à un partenariat (communiqué de presse). Consulté le 2 juillet 2010 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/aiarch/mr/nr/j-a2008/2-2994-fra.asp>
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada. (2010). Projets relevant de la SAMU 2008-2009. Consulté le 9 mars 2011 sur <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014283/1100100014284>
- Investor au Canada. (s.d.). Territoires du Nord-Ouest. Ottawa, Ontario. Gouvernement du Canada. Consulté le 8 avril 2011 sur <http://investincanada.gc.ca/download/652.pdf>
- Kateri Memorial Centre. (2008). Tehsakotitsén: tha centre hospitalier Kateri Memorial. Consulté le 30 septembre 2011 sur <http://www.kmh.ca/>
- Knockwood, R. (2008). Sports and recreation. Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard Confédération des Mi'kmaq de l'Île-du-Prince-Édouard. Consulté le 16 mai 2010 sur <http://www.mcpei.ca/node/307>
- Bureau des affaires du Labrador. (2009a). Air Foodlift Subsidy. Consulté le 7 avril 2011 sur http://www.laa.gov.nl.ca/laa/programs_we_offer/air_foodlift_subsidy.html
- Bureau des affaires du Labrador. (2009b). Suicide and Detrimental Lifestyles Grant. Consulté le 7 avril 2011 sur http://www.laa.gov.nl.ca/laa/programs_we_offer/suicide_and_detrimental_modes_de_vie_grant.html
- Bureau des affaires du Labrador. (2009c). Labrador Friendship Centre sustains Aboriginal programs with provincial government funding (communiqué de presse). Consulté le 7 avril 2011 sur <http://www.releases.gov.nl.ca/releases/2009/intrd/0915n03.htm>
- Centre d'amitié du Labrador. (s.d.). Centre d'amitié du Labrador. Consulté le 7 avril 2011 sur <http://www.lfchvgb.ca/home>
- Macaulay, A.C. (1988). The history of successful community-operated health services in Kahnawake, Québec. *Médecin de famille canadien*, 34, pp. 2167-2169.
- Affaires autochtones et du Nord. (s.d.). Initiative d'alimentation saine dans le Nord (NHFI). Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/ana/nhfi.html>
- Manitoba Association of Friendship Centres. (s.d.-a). About us: Friendship centres. Consulté le 26 janvier 2011 sur http://www.mac.mb.ca/online/index.php?option=com_content&task=view&id=25&Itemid=48
- Manitoba Association of Friendship Centres. (s.d.-b). Parent child centres. Consulté le 26 janvier 2011 sur http://www.mac.mb.ca/online/index.php?option=com_content&task=view&id=29&Itemid=43
- Santé Manitoba. (s.d.-a). Aboriginal medical student financial assistance program (AMSFAP). Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/health/amsfap/>
- Santé Manitoba. (s.d.-b). Aboriginal and Northern Health Office. Consulté le 26 janvier 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/health/anho/index.html>
- Santé Manitoba. (s.d.-c). Maternal and Child Healthcare Services (MACHS) Task Force. Consulté le 26 janvier 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/health/phc/machs.html>
- Santé Manitoba. (2002). Regional diabetes program framework. Winnipeg, Manitoba. Santé Manitoba. Consulté le 26 janvier 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/health/chronicdisease/diabetes/docs/rdpf.pdf>
- Santé Manitoba. (2004). As long as the waters flow: An Aboriginal Strategy on HIV/AIDS. A component of Manitoba's provincial AIDS strategy. Winnipeg, Manitoba. Gouvernement du Manitoba. Consulté le 25 janvier 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/health/AIDS/waters.pdf>
- Santé Manitoba. (2008). Reclaiming hope: Manitoba's youth suicide prevention strategy. Winnipeg, Manitoba. Gouvernement du Manitoba. Consulté le 26 janvier 2011 sur <http://www.gov.mb.ca/health/mh/docs/hope.pdf>
- McKechnie, B. (2000). Health Canada FAS/FAE Initiative – Information and feedback sessions: National synthesis report. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté le 13 avril 2011 sur <http://www.PHAC-aspc.gc.ca/publicat/FASD-ncr-rsn2000/index-eng.php>
- Métis Nation of Ontario. (s.d.). The Métis Nation of Alberta. Consulté le 21 mars 2009 sur http://www.metisnation.org/programs/health/health_victimservices.html
- Murphy, K. (2002). Mental health strategy: A blueprint for Nunavut. *Nunatsiak News* (31 mai). Consulté le 20 avril 2011 sur http://www.nunatsiaqonline.ca/arcHIVES/nunavut020531/news/nunavut/20531_7.html
- Association nationale des centres d'amitié. (2010). Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone. Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.nafc.ca/cultural-connections-for-aboriginal-youth.htm>
- Native Alcohol and Drug Abuse Counseling Association of Nova Scotia. (2011). NAFACA profile and programs. Consulté le 17 mars 2009 sur <http://nadaca/>
- Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone. (2011). À la recherche des Autochtones dans la législation et les politiques sur la santé, de 1970 à 2008 : projet de synthèse des politiques, rapport final. Prince George, Colombie-Britannique. Centre national de collaboration de la santé autochtone, Université du Nord de la Colombie-Britannique. Consulté le 21 septembre 2011 sur http://nccah.netedit.info/docs/nccah%20reports/French%20reports/1833_synthesisproject_V3_FR.pdf
- Native Council of Nova Scotia. (s.d.). Aboriginal Health Awareness Project. Truro, Nouvelle-Écosse. Auteur. Consulté le 11 janvier 2011 sur <http://www.horizonscda.ca/ahtf/postcards.pdf>
- Native Council of Nova Scotia. (2006). Native Social Counselling Agency. Consulté le 17 mars 2009 sur <http://www.ncns.ca/services/nsca.php>
- Native Council of Nova Scotia. (2011a). Programme (prénatal) E'Pit Nuji Ilmuet (Prenatal). Consulté le 2 février 2011 sur <http://ncns.ca/programs-services/e%E2%80%99pit-nuji-ilmuet-prenatal-program/>
- Native Council of Nova Scotia. (2011b). Child Help Initiative Program (CHIP). Consulté le 2 février 2011 sur <http://ncns.ca/programs-services/child-help-initiative-program-chip/>
- Native Council of Nova Scotia. (2011c). Welcome to the Native Council of Nova Scotia. Consulté le 11 février 2011 sur <http://ncns.ca/>
- Native Council of Prince Edward Island. (2009a). Native Council of PEI: About us. Consulté le 20 mars 2009 sur <http://www.ncpei.com/counseling.html>
- Native Council of Prince Edward Island. (2009b). Welcome to help'd up on life! Consulté le 1^{er} février 2011 sur <http://www.nativeyouthleadtheway.ca/index.htm>

- Native Council of Prince Edward Island. (2009c). Diabetes program. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://www.ncpei.com/jprograms_diabetes_programs.php
- Affaires autochtones du Nouveau-Brunswick. (2008). North American Indigenous Games begin Aug. 3 (communiqué de presse). Consulté le 22 février 2011 sur <http://www.gnb.ca/cnb/news/aaf/2008e1109aa.htm>
- New Brunswick Aboriginal Peoples Council. (2009a). Aboriginal gateway to youth futures. Consulté le 20 mars 2009 sur <http://www.nbapc.org/categories/Youth/Aboriginal-Gateway-to-Youth-Futures>
- New Brunswick Aboriginal Peoples Council. (2009b). Community Diabetes Education and Prevention Program. Consulté le 20 mars 2009 sur <http://www.nbapc.org/categories/Community-Diabetes-Education-%26amp%3B-Prevention-Program/>
- New Brunswick Aboriginal Peoples Council. (2009c). New Brunswick Aboriginal Peoples Council. Consulté le 20 mars 2009 sur <http://www.nbapc.org>
- Ministère de la Santé du Nouveau-Brunswick. (2005). 2003-2004 Annual report. Fredericton, Nouveau-Brunswick. Auteur. Consulté le 22 février 2011 sur http://www.gnb.ca/0051/pub/pdf/2003-04_AnnualReport.pdf
- Newfoundland and Labrador Ministry of Tourism, Culture and Recreation. (2007). Active, healthy Newfoundland and Labrador: A recreation and sport strategy for Newfoundland and Labrador. St. John's, Terre-Neuve. Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. Consulté le 7 avril 2011 sur http://www.tcr.gov.nl.ca/tcr/publications/2007/active_healthyNL.pdf
- Northern Association of Community Councils. (2009). Initiative d'alimentation saine dans le Nord (NHFI). Consulté le 22 mars 2009 sur http://nacc.cimnet.ca/cim/350C345_536T30469.dhtm
- Northern Diabetes Health Network. (2009). Northern Diabetes Health Network: 2008/2009 annual report. Burlington, Ontario. Auteur. Consulté le 20 avril 2011 sur http://www.ndhn.com/pdfs/NDHN_Annual_Report_2008-09.pdf
- Northern Health. (2010). Aboriginal Health Initiative Program (AHIP). Consulté le 8 mars 2011 sur <http://www.northernhealth.ca/YourHealth/AboriginalHealth/AboriginalHealthInitiativeProgramAHIP.aspx>
- Northern Health Strategy. (2011). Northern Health Strategy. Consulté le 8 mars 2011 sur <http://healthnorth.ca/>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (s.d.). NWT help directory database: Friendship Centre. Consulté le 11 avril 2011 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/help_lines/help_directory_database/view_by_subject.asp?...Friendship%20Centre
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2000). Health Promotion Strategy. Consulté le 11 février 2011 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/features/Initiatives/health_promotion/default.asp
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. 2006a. Programme canadien de nutrition prénatale : Volet Premières nations et Inuits. Yellowknife, TNO. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Consulté le 23 février 2011 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/community_wellness/pdf/canada_prenatal_nutrition_program/canada_prenatal_nutrition_program.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2006b). Brighter futures. Yellowknife, TNO. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. Consulté le 23 février 2011 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/community_wellness/pdf/brighter_futures/BrighterFuturesguidelines.pdf
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2009a). A-Z index. Consulté le 23 mars 2009 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/a_z_index/default.htm
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2009b). Healthy pregnancies. Consulté le 6 septembre 2009 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/health_promotion/healthy_pregnancies.htm
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2009c). Injury in the NWT. Consulté le 6 septembre 2009 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/health_promotion/injuries/our_strategy.htm
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2009d). Métis Health Benefits. Consulté le 23 mars 2009 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/health_care_plan/metis_benefits/default.htm
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2009e). Tobacco harm reduction and cessation. Consulté le 6 septembre 2009 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/health_promotion/tobacco_harm_reduction_and_cessation.htm
- Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest. (2010). Healthy eating/active living. Consulté le 2 février 2011 sur http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/health_promotion/health_eating_active_living/default.htm
- Office des affaires autochtones de Nouvelle-Écosse. (2009). Annual accountability report: Reporting for the fiscal year 2008-2009. Halifax, Nouvelle-Écosse. Auteur. Consulté le 23 février 2011 sur <http://www.gov.ns.ca/abor/download.aspx?serverfn=/abor/files/drm/56821c3f-1a3c-4d14-aa0b-7c43f7a2d67e.pdf&downloadfn=aaa%20ar%20july%2031%202009.pdf&contenttype=>
- Gouvernement du Nunatsiavut. (2009). HSD overview. Consulté le 20 avril 2011 sur http://www.nunatsiavut.com/index.php?option=com_content&view=article&id=212&Itemid=223&lang=en
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. (2000). Office of the Chief Medical Officer of Health. Consulté le 24 mars 2009 sur <http://www.gov.nu.ca/health/cmoh.shtml>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. (2006). Inuit wellness programs in Nunavut, 2004-2005. Iqaluit, Nunavut. Gouvernement du Nunavut. Consulté le 3 février 2011 sur <http://pubs.aina.ucalgary.ca/health/61935.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. (2007a). Nutrition in Nunavut: A framework for action. Iqaluit, Nunavut. Auteur. Consulté le 24 mars 2009 sur <http://www.gov.nu.ca/healthylivinginnunavut/nfe.pdf>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. (2007b). Nunavut nursing recruitment and retention strategy. Iqaluit, Nunavut. Gouvernement du Nunavut.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. (2008). Developing healthy communities: A public health strategy for Nunavut 2008-2013. Iqaluit, Nunavut. Gouvernement du Nunavut.
- Nunavut. Ministère de la Santé et des Services sociaux. (2009a). Annual report of the Director of Child and Family Services, 2008-2009. Iqaluit, Nunavut. Auteur. Consulté le 3 février 2011 sur <http://www.scribd.com/doc/37167609/Nunavut-Child-and-Family-Services-2008-2009-Annual-Report>
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. (2009b). Nunavut maternal and newborn health care strategy 2009-2014. Iqaluit, Nunavut. Gouvernement du Nunavut.
- Ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut. (2010). Our programs. Consulté le 3 février 2011 sur <http://www.hss.gov.nu.ca/en/Home.aspx>
- Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik. (2011). Health and social services map. Consulté le 11 janvier 2011 sur http://www.rsss17.gouv.qc.ca/index.php?option=com_content&view=article&id=22&Itemid=105&lang=en
- Nunavut Tunngavik, Santé Canada et Gouvernement du Nunavut. (2009). Piliqatigiinniq: Working together for the common good. Health Integration Initiative project in Nunavut. Ottawa, Ontario. Auteurs. Consulté le 20 avril 2011 sur <http://www.hss.gov.nu.ca/PDF/Piliqatigiinniq%20-%20Health%20Integration%20Initiative.pdf>
- O'Neill, P. (2008). Hep'd up on life (posterboard presentation: Atlantic Summer Institute on Healthy and Safe Communities). Consulté le 1^{er} février 2011 sur http://www.upei.ca/si/files/si/2008_Poster4_PamONeill_EN.pdf

- Comité de direction de la Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète (2006). Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète chez les Autochtones. Consulté le 11 octobre 2011 sur http://www.health.gov.on.ca/french/public/pubf/ministry_reports/oads_06f/oads_06f.pdf
- Stratégie ontarienne de lutte contre le VIH et le sida à l'intention des Autochtones. (2010). Working to keep our circle strong: Goal of the Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy. Toronto, Ontario. Auteur Consulté le 28 janvier 2011 sur <http://www.oahas.org/Goal/goal.html>
- Ontario Federation of Indian Friendship Centres. (s.d.). About the OFIFC. Consulté le 28 janvier 2011 sur <http://www.ofifc.org/about/>
- Ministère des Affaires autochtones de l'Ontario. (2005). Le gouvernement de l'Ontario lance un nouveau programme pour aider les enfants autochtones à risque vivant en milieu urbain (communiqué de presse). Consulté le 22 février 2011 sur http://www.aboriginalaffairs.gov.on.ca/francais/news/2005/news_051212.asp
- Ministère des Affaires autochtones de l'Ontario. (2009). Ministère des Affaires autochtones de l'Ontario. Consulté le 21 mars 2009 sur <http://www.aboriginalaffairs.gov.on.ca/francais/social/social.asp>
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2006). Stratégie ontarienne de lutte contre le diabète chez les Autochtones. Toronto, Ontario. Auteur Consulté le 28 janvier 2011 sur http://www.health.gov.on.ca/french/public/pubf/ministry_reports/oads_06f/oads_06f.pdf
- Ministère de la Santé et des Soins de longue durée de l'Ontario. (2010). VIH et sida : Autochtones de l'Ontario. Consulté le 28 janvier 2011 sur <http://www.health.gov.on.ca/french/public/programf/hivaidsf/aboriginalf.html>
- Paul, D., English, P. et Wère, W. (2008). Exploring health priorities in Nova Scotia's First Nations communities. Wolfville, Nouvelle-Écosse. Horizons Community Development Associates. Consulté le 16 mars 2009 sur <http://www.tripartiteforum.com/files/health/2TFReportLow.pdf>
- Prince Edward Island Department of Health. (2007). A PEI youth substance use and addiction strategy: Framework document. Charlottetown, Île-du-Prince-Édouard. Gouvernement de l'Île-du-Prince-Édouard. Consulté le 13 avril 2011 sur http://www.gov.pe.ca/photos/original/doh_Youth_Sub.pdf
- Province de Nouvelle-Écosse. (2011). Office des affaires autochtones. Halifax, Nouvelle-Écosse. Gouvernement de Nouvelle-Écosse. Consulté le 30 septembre 2011 sur <http://www.gov.ns.ca/abor/>
- Agence de la santé publique du Canada. (2001). Qu'est-ce que l'approche axée sur la santé de la population? Ottawa, Ontario. Auteur Consulté le 4 août 2011 sur <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/approche/approche/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. (2009). Rapport de 2007 sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Ottawa, Ontario. Auteur
- Agence de la santé publique du Canada. 2010a. Programme canadien de nutrition prénatale : Répertoire des projets en direct. Consulté le 9 mars 2011 sur <http://cpnp-pcnp.phac-aspc.gc.ca/index-fra.php>
- Agence de la santé publique du Canada. 2010b. Rapport de 2008 sur la Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Ottawa, Ontario. Auteur
- Public Health Department of the Conseil de la santé des Cris de la baie James. (s.d.). About us. Consulté le 11 janvier 2011 sur <http://creehealth.org>
- Pulaarvik Kablu Friendship Centre. (s.d.). Programs. Consulté le 12 avril 2011 sur <http://www.pulaarvik.ca/about/us/funders.html>
- Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. (2010). Our mission and our vision. Consulté le 4 février 2011 sur <http://www.rcaaq.info/en/rcaaq/our-mission-and-our-vision.html>
- Rohan, S. (2003). Opportunities for co-operative health provision in rural, remote and northern Aboriginal communities. Ottawa, Ontario. Association des coopératives du Canada, Government Affairs and Public Policy.
- Rogers, S. (2011, avril 2011). Nunavik votes 'no' in April 27 NRG referendum. Nunatsiaq Online. Consulté le 30 septembre 2011 sur http://www.nunatsiaqonline.ca/stories/article/287756_nunavik_says_no_in_NRG_referendum
- Association du centre de l'amitié autochtone de St. John's. (s.d.). Programmes destinés aux Autochtones. Consulté le 7 avril 2011 sur <http://www.friendshipcentre.nf.net/programsandservices.thm>
- Saskatchewan Health. (s.d.). Healthier places to live, work and play: A population health promotion strategy for Saskatchewan. Regina, Saskatchewan. Consulté le 9 février 2009 sur <http://www.health.gov.sk.ca/population-health-strategy>
- Saskatchewan Health. (2004). The Provincial Diabetes Plan. Regina, Saskatchewan. Consulté le 21 février 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/diabetes-provincial-plan>
- Saskatchewan Ministry of Health, First Nations and Inuit Health – Saskatchewan Region, and the Northern Inter-Tribal Health Authority. (2008). Memorandum of Understanding (MOU) on E-Health Initiatives in First Nations Communities. Consulté le 30 septembre 2011 sur <http://www.health.gov.sk.ca/adx/asp/adxGetMedia.aspx?DocID=5983,460,1154,107,81,1,Documents&MediaID=2728&Filename=MOU+-+Signed+Copy.pdf>
- Secrétariat du Réseau intersectoriel de promotion des modes de vie sains, en partenariat avec le Groupe de travail F-P-T sur les modes de vie sains et le Comité consultatif sur la santé de la population et la sécurité de la santé. (2005). La Stratégie pancanadienne intégrée en matière de modes de vie sains. Ottawa, Ontario. Ministère de la Santé. Consulté le 9 février 2009 sur http://www.PHAC-aspc.gc.ca/hl-vs-strat/pdf/hls_f.pdf
- Skookum Jim Friendship Centre. (2011). Programs. Consulté le 8 avril 2011 sur <http://www.skookumjim.com/>
- Stó:lō Nation. (s.d.). Stehíyáq Healing and Wellness Village positions open (circulaire). Chilliwack, Colombie-Britannique. Auteur. Consulté le 7 avril 2011 sur <http://www.stolonation.bc.ca/Jobs/Stehiyaq%20Healing%20and%20Wellness%20Village.pdf>
- Hôpital de Whitehorse. (s.d.). First Nations health programs. Consulté le 8 avril 2011 sur <http://www.whitehorsehospital.ca/firstnationhealthprogram/>
- Bureau des statistiques du Yukon. (2006). Aboriginal data. Whitehorse, YK: Auteur. Consulté le 8 avril 2011 sur <http://www.eco.gov.yk.ca/stats/pdf/aboriginadata.pdf>

CONCLUSION



Les principaux objectifs de ce rapport sont d'informer les décideurs, les travailleurs de la santé et les autres intervenants de l'état actuel des connaissances quant aux problèmes de santé des Autochtones et des initiatives et programmes cherchant à les régler. Afin de donner un aperçu complet de la compréhension et des mesures entreprises au Canada dans ce domaine, ce rapport est divisé en quatre grands chapitres. Les deux premiers concernent les connaissances actuelles sur la santé autochtone. Plus particulièrement, le chapitre 1 aborde les problèmes de santé des Autochtones du Canada, tandis que le chapitre 2 les place dans un cadre conceptuel tenant compte du contexte socioéconomique, culturel et politique entourant leur santé. Les deux chapitres suivants passent des connaissances aux mesures prises pour éliminer les disparités en la matière. Le chapitre 3 évoque les initiatives et les programmes fédéraux, tandis que le chapitre 4 donne des exemples d'initiatives et de programmes déployés par les provinces et les territoires. Ce qui ressort de ce rapport est que, bien que la compréhension des problèmes de santé des Autochtones du Canada soit générale, il existe d'importantes lacunes dès que l'on aborde la question séparément pour les Premières nations, les Inuits et les Métis, et sur ce qui est fait pour régler ces problèmes de santé particuliers à de multiples échelons.

En s'appuyant sur des recherches et des données à jour sur la santé autochtone, le chapitre 1 souligne le fait que bien que les Canadiens bénéficient, en moyenne, des meilleurs soins de santé et de la meilleure qualité de vie au monde, les Autochtones ont généralement une santé inférieure à celle de l'ensemble de la population, et ce, malgré les importantes améliorations des dernières décennies. La mauvaise santé des Autochtones découle pour une large part des facteurs sociaux, économiques, culturels

et politiques qui ont façonné et façonnent toujours leur vie, et des divers obstacles à l'élimination de leurs problèmes de santé, notamment les obstacles géographiques, scolaires et économiques. Toutefois, ces problèmes et ces obstacles ne sont pas les mêmes chez les Premières nations, les Inuits et les Métis, et pour être efficaces, les interventions en santé publique doivent tenir compte du contexte de vie unique de ces populations.

Le chapitre 1 souligne également les imposantes limites des recherches et des données en santé concernant la population autochtone du Canada. L'efficacité des interventions en santé publique dépend de l'exactitude et de la pertinence des données. À l'heure actuelle, les recherches et les données disponibles voient les Autochtones comme un groupe homogène. Il existe pourtant des différences entre les Premières nations, les Inuits et les Métis; les Autochtones en milieu urbain et ceux des zones rurales; ainsi qu'entre ceux vivant dans les réserves et hors des réserves en ce qui concerne les problèmes de santé, les facteurs sous-jacents et les obstacles à leur résolution. Parallèlement, il n'existe que peu de données transnationales et longitudinales, qui comparent les mêmes variables pour une même cohorte sur une même période. Ces limites compromettent notre compréhension de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. Par conséquent, la création de stratégies traitant de leurs préoccupations et de leurs besoins en santé pose problème.

Étant donné que la santé est déterminée, non seulement par la génétique et les choix de mode de vie, mais aussi par un ensemble d'autres facteurs qui influencent la santé physique, mentale et sociale et le bien-être, il convient donc d'aborder les problèmes de santé des Autochtones du Canada

selon une perspective plus holistique. Le chapitre 2 conceptualise la santé autochtone dans un vaste cadre de déterminants sociaux de la santé. Pour commencer, il aborde la définition de ces déterminants selon une perspective internationale, nationale et indigène. Il souligne ensuite les inégalités sociales et économiques actuelles entre l'ensemble de la population et les Autochtones (Premières nations, Inuits et Métis), et en décrit les conséquences, ainsi que celles des déterminants propres aux Indigènes, sur la santé et le bien-être des Autochtones.

Deux grandes conclusions se dégagent de ce chapitre. En premier lieu, les perspectives internationales et nationales à l'égard des déterminants sociaux sont inadéquates pour comprendre les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontés les Autochtones du Canada. Des déterminants propres aux indigènes, comme les répercussions du colonialisme sur les langues, la culture et l'identité autochtones, sont à l'origine de certaines des inégalités socioéconomiques les plus aiguës entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Les Autochtones ne font toutefois pas l'objet des mêmes disparités sociales et économiques et n'ont pas tous été touchés de la même manière par les politiques coloniales c'est pourquoi il convient de tenir compte de ces différences lors de la conception des interventions en santé publique. Deuxièmement, bien que l'on puisse tenter d'examiner isolément les déterminants sociaux de la santé, il faut savoir qu'ils comportent des aspects multiples et interagissent entre eux. Cela signifie que pour améliorer considérablement la santé et le bien-être des Autochtones du Canada, non seulement les stratégies de santé publique doivent-elles régler les disparités socioéconomiques entre les Autochtones et les non Autochtones du Canada, mais elles

doivent aussi adopter une approche intégrée et multisectorielle.

Les chapitres 3 et 4 examinent le rôle du gouvernement fédéral, des gouvernements provinciaux et territoriaux et des organisations autochtones dans le financement et l'administration des initiatives et des programmes en santé destinés aux Autochtones. Pour rédiger ces chapitres, nous avons eu recours à Internet pour effectuer des recherches sur les initiatives et les programmes disponibles. Bien que ce moyen se soit avéré utile pour avoir un aperçu de ceux qui sont proposés aux Autochtones du Canada, il comporte aussi de nombreux problèmes susceptibles de remettre en question l'exactitude et l'exhaustivité des données recueillies. Par conséquent, il convient de signaler que ce chapitre ne cite pas forcément toutes les initiatives et tous les programmes offerts aux Autochtones.

Le chapitre 3 concerne le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation des programmes, des initiatives et des services de santé aux Autochtones. Plusieurs des problèmes de santé des Autochtones qui sont évoqués au chapitre 1 sont bien connus et abordés par des initiatives et des programmes ciblés du gouvernement fédéral. Plus particulièrement, le gouvernement fédéral en a mis en place plusieurs programmes et initiatives qui visent le développement sain des nourrissons et des enfants, l'amélioration de la santé globale, la réduction du diabète et la diminution des mauvais traitements et de la consommation ou de l'abus d'alcool ou d'autres drogues. D'autres problèmes de santé sont traités moins efficacement par le gouvernement fédéral, notamment ceux en lien avec le cancer, les blessures, la santé mentale et les maladies respiratoires. Parallèlement, il existe peu d'initiatives et de programmes destinés aux Métis et aux populations autochtones urbaines.

Le chapitre 4 est consacré aux initiatives et aux programmes en santé déployés à l'échelon provincial ou territorial. Notre recherche sur Internet a révélé la nature fragmentaire et complexe des moyens

par lesquels ces projets sont déployés dans les provinces et les territoires, ainsi que l'inégalité d'accès d'un endroit à l'autre du Canada. Seul un petit nombre d'initiatives et de programmes destinés à la population autochtone est directement financé et administré par les gouvernements provinciaux ou territoriaux. Cette situation est plus courante dans les provinces situées à l'ouest du Québec. En revanche, la plupart sont subventionnés par le biais de dispositions financières et administratives complexes faisant intervenir le gouvernement fédéral en partenariat avec le gouvernement de la province ou du territoire, avec des organisations autochtones, ou les deux. La majorité des initiatives et des programmes n'ont pas de portée provinciale, et sont au contraire déployés pour répondre aux besoins en santé d'une population locale ou régionale donnée. Les deux facteurs qui semblent jouer un rôle dans le mode dominant de déploiement des initiatives et des programmes de santé sont la présence d'un gouvernement autochtone autonome et la proportion des Autochtones vivant dans la province ou le territoire.

Comme pour les initiatives et les programmes fédéraux, certains problèmes de santé sont reconnus et traités de manière plus uniforme que d'autres dans les provinces et les territoires. Bien que les programmes et les initiatives en lien avec le développement du jeune enfant, la santé maternelle et les modes de vie sains (activité physique/nutrition) sont assez communs dans les provinces et les territoires, ceux qui concernent la prévention du suicide, l'abus d'alcool et d'autres drogues, la violence faite aux femmes, le cancer et les maladies transmissibles le sont moins, surtout dans les provinces où habitent une faible proportion d'Autochtones. De manière générale, les initiatives et les programmes des territoires ont tendance à être plus accessibles au grand public qu'aux Autochtones en particulier. Par ailleurs et malgré la présence d'une forte population autochtone, les projets gouvernementaux qui visent particulièrement ces groupes sont étonnamment limités au Manitoba et en Saskatchewan.

Étant donné la diversité des Autochtones dans l'ensemble du pays, diversité illustrée dans les cultures autochtones, les indicateurs socioéconomiques et les différences dans les priorités et les besoins en matière de santé, il n'est pas étonnant que la mise en place d'initiatives et de programmes de santé destinés à cette population soit également marquée par la complexité et la diversité. Il n'en reste pas moins que dans nombres de provinces et territoires, on attend des initiatives et des programmes accessibles au grand public qu'ils répondent à des besoins trop nombreux, sans égard au contexte dans lesquels ces problèmes de santé sont survenus. Il est clair qu'il existe un besoin plus prononcé d'initiatives et de programmes reflétant les réalités quotidiennes de la population à laquelle ils sont destinés, et d'équité dans les divers types de programmes et d'initiatives en santé proposés aux Autochtones de partout dans les provinces et les territoires et visant à améliorer la santé et le bien-être de façon respectueuse et en tenant compte de leur culture. De même, il est nécessaire d'améliorer l'accès à des initiatives et à des programmes destinés aux Autochtones vivant hors des centres urbains (où se trouvent la plupart des programmes et des services de santé) et aux Premières nations et aux Métis non inscrits qui sont actuellement exclus de la plupart des initiatives et des programmes, et dont les besoins en santé ne sont pas abordés adéquatement.

Ce rapport se concentre sur les initiatives et les programmes des gouvernements provinciaux et territoriaux, ce qui crée une limite. Des organisations et des gouvernements autochtones ont mis en place, à des endroits précis, des programmes de santé novateurs plus axés sur la culture et qui reflètent les besoins en santé précis de leurs communautés. Certains d'entre eux englobent également des approches autochtones de la santé et de la guérison et ont des répercussions positives sur l'amélioration de la santé. La réussite de tels programmes met l'accent sur la nécessité de reconnaître les approches autochtones de la santé et de la guérison.

