

A photograph of three young girls of East Asian descent smiling and posing outdoors in winter. The girl in the center is wearing a red jacket and has a bright smile. The girl on the left is wearing a dark jacket with white floral patterns. The girl on the right is wearing a dark jacket and has a slight smile. The background is a bright, overexposed outdoor setting with a blue building visible on the right. A decorative overlay of white floral and snowflake patterns is on the left side of the image.

L'accès aux services de santé peut être limité par un certain nombre de défis liés au statut socio-économique, tels que la géographie, le manque d'infrastructures et de personnel, les ambiguïtés de compétence, et les obstacles linguistiques ou culturels. Bien que certains obstacles puissent être communs tant aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis, d'autres varient considérablement à la fois par le lieu de résidence et selon le statut.

Les barrières géographiques, socio-économiques, et culturelles entravant l'équité à l'accès aux services de santé

Les barrières socio-économiques comprennent les niveaux inférieurs de scolarité et de revenu. Ces barrières peuvent réduire la qualité des soins de santé que les personnes reçoivent en retardant le diagnostic et le traitement prompts d'une maladie ou en entravant la capacité d'un individu à payer pour des médicaments d'ordonnance ou bien à accéder à des services supplémentaires de soins de santé actuellement facturés en sus par les médecins. Ce défi de l'accès est évident chez la population autochtone de plus en plus urbaine et sans-abri du Canada. Les dernières données du recensement de Statistique Canada révèlent que sur l'importante population hors-réserve des Premières nations,ⁱⁱ trois personnes sur quatre vivent dans les zones urbaines.⁶ Les conditions de logement dans les réserves, le manque de services et de possibilités d'emploi⁷ ont sans aucun doute contribué à cette migration vers les villes. Cependant, la recherche d'une vie meilleure dans la ville peut parfois mener à l'itinérance. Bien que les estimations varient; une étude menée par Hwang (2001) révèle que les Autochtones sont sur représentés dans la population générale canadienne sans-abri par un facteur de dix, soit, que dans les grands centres urbains canadiens, ils constituent une proportion de la population sans-abri qui est dix fois supérieure à leur représentation dans la population générale de cette ville. Par exemple, tandis que les personnes d'origine autochtone représentent 3,8 % à Edmonton, 1,9 % à Calgary, 1,7 % à Vancouver, et 0,4 % de la population générale de Toronto, ils constituent 35 %, 18 %, 11 % et 5 % de la population sans-abri au sein de ces villes, respectivement.⁸ Les personnes sans foyer rencontrent des obstacles supplémentaires pour accéder aux services de santé qui peuvent inclure

l'incapacité de fournir une preuve de couverture d'assurance, la maladie mentale ou des problèmes de toxicomanie, et un système de soins de santé qui ne prévoit pas un traitement adéquat.⁹ Ensemble, ces obstacles peuvent entraîner la négligence des problèmes de santé personnels.

Pour 50 % environ de la population autochtone du Canada qui vit dans les régions rurales et éloignées, à faible densité de population, le manque d'infrastructures de transport, la capacité à ne parler que les langues autochtones, les longs délais d'attente, l'insuffisance des ressources humaines, et les conditions climatiques du Nord agissent aussi comme des obstacles importants à l'accès aux soins de santé.¹⁰ Les grandes distances et la faible densité de population signifient des coûts plus élevés de prestation de services par habitant, entraînant l'accès réduit aux services de santé et aux professionnels de la santé.¹¹

C'est ce même éloignement géographique qui, en particulier, agit comme une barrière dans le Nord canadien, une région caractérisée par les communautés rurales et éloignées. Tait (2008) note, par exemple, que des 52 communautés Inuit Nunaat, où vit la majeure partie de la population inuite du Canada, aucune n'a un accès routier continu à l'année longue et seuls quelques-unes ont des hôpitaux. Dans ces types de communautés, la fourniture de services de santé tend à se faire par le biais des centres de santé principalement administrés par une infirmière plutôt qu'un médecin. Les patients sont moins susceptibles d'accéder à plus de professionnels de santé spécialisés, comme les dentistes, les médecins de famille, et d'autres médecins spécialistes, car dans une grande mesure ces professionnels ont tendance à être non-résidents et ne voyagent dans les communautés que pour de courtes durées pour voir les patients.¹² L'éloignement et l'isolement

des communautés se traduit également par une faible rétention des professionnels de la santé.¹³ Les communautés rurales et autochtones font face à de graves pénuries de personnel médical. « La profession infirmière est considérée être en crise et, proportionnellement, le nombre de médecins desservant cette population est « moins de la moitié de celui desservant les villes. »¹⁴

Un manque de professionnels de la santé permanent, ajouté à un faible taux de rétention, entraîne la discontinuité des soins, ce qui réduit l'efficacité des services de santé.¹⁵ Par exemple, les patients doivent subir un long processus de paperasse qui peut prendre plusieurs jours ou même des mois à compléter afin d'obtenir une exemption de médicaments pour un médicament qui n'est pas actuellement inscrit sur la liste des services de santé non assurés (SSNA).ⁱⁱⁱ Ce processus est compliqué lorsque les patients doivent s'en remettre à des spécialistes itinérants qui ne sont disponibles pour les rendez-vous qu'une seule fois par mois.¹⁶

Les conséquences d'un manque d'accès aux services de santé dans le Nord ont fait que les patients doivent quitter leur communauté pour accéder à des soins plus spécialisés. Ils sont généralement envoyés aux régions urbaines dans le sud pour les urgences médicales, l'hospitalisation, les rendez-vous avec les médecins spécialistes, le diagnostic et les traitements.¹⁷ Cela implique de laisser derrière eux leurs communautés et leurs réseaux de soutien. Pour 2005, 5% des adultes inuits de l'Inuit Nunaat ont indiqué qu'ils devaient être temporairement loin de chez eux un mois ou plus pour cause de maladie.¹⁸ Un manque de services de traduction peut ajouter un stress supplémentaire aux patients qui ne parlent que leur langue autochtone vu qu'ils sont incapables de comprendre tant la nature de leur maladie,

ⁱⁱ Selon les données du recensement de 2006 de Statistique Canada, seulement 40 % des membres des Premières nations sont estimés vivre dans les réserves, tandis que les 60 % restants vivent hors réserve.

ⁱⁱⁱ La Liste des médicaments des SSNA est une liste des médicaments fournis comme un avantage par le Programme des services de santé non-assurés. Les médicaments figurant sur cette liste sont considérés être les plus efficaces.

que les prescriptions de traitement. Il faut non seulement que les individus aient un accès physique aux services de santé pour obtenir des résultats positifs sur la santé, mais la nature, la qualité et la pertinence de ces services doivent également être considérées. Halseth et Ryser (2006, 2007) soulignent que les modèles urbains de prestation de services (par exemple, des responsabilités professionnelles strictes et définies entre les médecins et infirmières) ne fonctionnent pas bien dans les localités rurales et éloignées.¹⁹ L'un des facteurs qui influent sur la nature et la qualité des services est de savoir si ce service est opportun. L'un des effets évidents d'obstacles systémiques à l'accès, comme les longues listes d'attente et le manque de professionnels de la santé, est que le diagnostic précoce de la maladie ou du malaise en est affecté. Naturellement, si les individus ne sentent pas qu'ils sont en mesure d'accéder à l'aide médicale régulièrement, ou même ne font pas confiance à leurs professionnels de la santé, ils seront moins susceptibles de demander de l'aide lorsqu'ils éprouvent des symptômes de maladie. Cela signifie que les maladies qui peuvent être soignées si elles sont détectées à temps ne sont souvent pas décelées avant que le traitement ou la guérison totale ne soient plus possibles. Les recherches ont montré que les Autochtones sont plus susceptibles d'être diagnostiqués à un stade avancé d'une maladie que les non-autochtones, entraînant ainsi une mortalité plus élevée.²⁰ Ces taux ont été attribués à l'accès limité aux services de dépistage et de traitement ainsi qu'au manque de sensibilisation à la détection précoce et à la prévention.

Ainsi, parce que la santé est influencée par des contextes culturels, sociaux et économiques particuliers, les services de soins de santé doivent être adaptés aux divers segments de la population, et l'incapacité à le faire dans le passé a suscité



des appels à la formation de compétences culturelles pour les professionnels de la santé.²¹ Rohan indique un manque de communication avec les fournisseurs de soins de santé, l'absence de traitement respectueux ou compatissant, le racisme ou la discrimination, comme autant de raisons pour lesquelles la fourniture de services de santé doit être plus adaptée à la culture. En outre, de nombreux Autochtones ont un concept plus holistique de la santé et de la guérison qui comprend un équilibre entre l'esprit, le corps et l'émotion, ce qui suggère la nécessité d'inclure des options traditionnelles de service fondées sur la pratique ainsi que certaines propres à l'Europe occidentale et à l'Amérique, et un plus grand contrôle par les Autochtones sur la conception et l'administration des services de santé pour leurs communautés.²² Le transfert des services de santé en vertu des accords de transfert de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) aux communautés des Premières nations semble être un pas dans la bonne direction, ayant apparemment entraîné une plus grande satisfaction et redonné plus de responsabilité à la communauté avec ces services.²³

Obstacles juridictionnels à l'équité dans l'accès aux services de santé

Les questions de conflit juridictionnel entravent aussi l'accès aux services de soins de santé. Actuellement, l'accès des peuples autochtones aux services et programmes de santé est fragmenté compte tenu de la nature complexe du système de soins de santé pour les peuples autochtones.²⁴ Le gouvernement fédéral est responsable de fournir des services limités de soins de santé primaires pour les Inuits vivant dans les territoires traditionnels et aux Indiens inscrits ou non inscrits^{iv} vivant dans les réserves. Cette responsabilité incombe principalement à la DGSPNI, qui travaille avec les organisations des Premières nations et des Inuits pour effectuer la promotion de la santé et des activités de protection, et fournit le financement pour la prestation des programmes de santé communautaires dans les réserves et les communautés inuites, ainsi que d'autres services de médicaments, de soins dentaires et de santé disponibles par le biais du Programme des Services de santé non assurés (SSNA).^v L'un des rôles principaux de la DGSPNI est la fourniture de services de soins primaires dans les réserves dans les régions éloignées

^{iv} Les termes Indien inscrit, de statut ou des traités font référence à ceux qui ont déclaré qu'ils étaient inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens du Canada*. Les Indiens des traités sont des personnes qui sont inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens du Canada* et peuvent démontrer qu'elles descendent d'une bande qui a signé un traité. Le terme « Indien des traités » est plus largement utilisé dans les provinces des Prairies (Statistique Canada, Définitions, <http://www12.statcan.ca/english/census01/products/analytic/companion/abor/definitions.cfm>).

^v Le programme des SSNA couvre les personnes pour l'intervention en situation de crise et le counseling en santé mentale, certaines fournitures et équipements médicaux, les médicaments, les soins dentaires, les soins de la vue, et le transport médical (voir la santé des Premières nations et des Inuits : Prestations, Ottawa, ON: DGSPNI, http://www.hc-sc.gc.ca/fnih-spni/nihb-ssna/index_c.html).

et isolées où les services provinciaux ne sont pas facilement disponibles.²⁵ En 2007, Santé Canada a signalé que la DGSPNI a fourni des soins de santé primaires à environ 200 communautés éloignées, ainsi que des soins résidentiels et communautaires dans 600 communautés. Ils ont également exploité 223 centres de santé et 74 postes de soins infirmiers dans les communautés semi-isolées. La Direction générale a employé 22 médecins et 675 infirmières, et a été responsable de la prestation directe des programmes dans deux hôpitaux.²⁶ De plus, la DGSPNI a aussi aidé 41 centres de traitement de la toxicomanie et de l'abus d'alcool et neuf centres d'abus de solvants. Les Inuits qui vivent hors de leur territoire traditionnel et les Indiens inscrits et non inscrits et hors réserve reçoivent leurs soins médicaux des gouvernements provinciaux et territoriaux qui offrent des services de santé universels à tous les Canadiens.

La complexité du système de soins de santé pour les peuples autochtones a donné lieu à un accès inégal aux services de santé. Premièrement, le programme des SSNA s'applique uniquement aux Indiens inscrits et aux Inuits, non pas aux Métis et autres peuples autochtones qui ne sont pas admissibles à l'inscription en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Deuxièmement, la dévolution ou le transfert de responsabilités aux communautés (conformément à la politique de transfert de la santé) ou aux conseils de santé et autres autorités a abouti à une distribution inégale des services de santé entre provinces et territoires, à une répartition inégale entre les communautés, et des possibilités très limitées de financement accru.²⁷ En 2001, 82 % des communautés admissibles des Premières nations et des Inuits avaient transféré ou étaient en processus de transfert de la responsabilité.²⁸

Ceci a également conduit à des différends entre les divers paliers de gouvernement sur la responsabilité de payer pour des services de santé particuliers. La mort

de Jordan River Anderson, un jeune garçon Cree décédé en attendant que les gouvernements fédéral et provinciaux résolvent les questions de compétence, souligne l'inégalité de la prestation de services de santé pour les peuples autochtones.²⁹ Blackstock et al. (2005) a identifié 393 enfants des Premières nations (à partir de 12 des 105 organismes d'aide à l'enfance des Premières nations) qui ont été touchés par des conflits de compétence.³⁰ L'extension de ces résultats à tous les organismes d'aide à l'enfance des Premières nations suggère que des milliers d'enfants des Premières nations se voient potentiellement refuser l'accès aux services du gouvernement chaque année.³¹

De même, les limites de compétence qui ne reconnaissent pas l'identité et les droits des Métis ont donné lieu à des disparités en santé chez les Métis.³² Bien que les Métis aient accès aux services grand public, peu ou pas d'attention n'est accordée à leurs besoins culturels ou géographiques.³³ Alors que le gouvernement fédéral a récemment inclus les Métis dans les initiatives autochtones, le financement n'a pas été équitable par rapport à celui des Premières nations et des Inuits ou à la société canadienne en général.³⁴

Stratégies pour améliorer l'accès aux services de santé

Les stratégies pour améliorer l'accès des peuples autochtones aux services de santé doivent toucher plusieurs fronts, en visant non seulement les efforts destinés à améliorer l'accès par l'augmentation de la capacité d'un individu à être vu par des professionnels de santé en temps opportun, mais en visant aussi les nombreuses disparités socio-économiques qui constituent des obstacles à l'accès aux services de santé. Les approches qui tiennent compte des impacts sociaux, économiques, politiques et culturels sur la santé, tels que les cadres sociaux basés sur les déterminants, doivent être appliquées.

Jusqu'à ce que ces disparités diminuent, l'accès aux services de santé continuera d'être un sujet de préoccupation pour les peuples autochtones.³⁵

Une nouvelle approche de prestation de soins de santé a été demandée dans le but d'améliorer les conditions de santé des peuples autochtones. Rohan identifie quatre caractéristiques qui font partie intégrante de cette nouvelle approche, y compris :

- la disposition de services de soins de santé appropriés et culturellement adaptés
- une évolution vers la santé préventive et les services de promotion de la santé
- la nécessité de s'appuyer sur les capacités et les points forts des autochtones
- l'accent sur l'autorité et le contrôle locaux sur les services de santé³⁶

Les éléments clés d'une telle approche comprennent des stratégies qui mettent l'accent sur le développement des politiques d'éducation et de travail qui appuiera le recrutement et la rétention des ressources humaines en santé³⁷ et l'intégration des concepts autochtones holistiques dans l'éducation et la formation des individus, ainsi que l'intégration des médicaments autochtones et traditionnels pour préserver la « personne intégrale ».

Pour s'assurer que les services de soins de santé soient culturellement adaptés et adéquats, une formation de sensibilisation culturelle qui comprend une compréhension des réalités historiques, culturelles et socio-démographiques des peuples autochtones et de leurs communautés doit être offerte aux praticiens de la santé des non-Autochtones,³⁸ et plus de professionnels de la santé des Autochtones doivent être formés et recrutés pour corriger le déséquilibre actuel de la représentation des Autochtones dans les professions de la santé. Comme l'a souligné l'Association des infirmières autochtones du Canada (2001), les professionnels de la santé des Autochtones ont « l'expérience

directe et personnelle dans le contexte culturel de leurs Nations et de leurs communautés », une compréhension profonde des problèmes qui affectent l'état de santé de leurs communautés, et l'ensemble des valeurs, des visions et des caractéristiques du style de vie de leurs communautés.³⁹ Ce besoin a été reconnu par la DGSPNI par l'entremise de l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone, une contribution de 100 millions de dollars sur cinq ans visant à accroître « le nombre d'Autochtones qui

travaillent dans le domaine de la santé », retenir « les travailleurs des soins de santé dans les communautés autochtones », et changer les « programmes d'enseignement pour produire des fournisseurs de soins de santé qui sont culturellement compétents à fournir de tels services aux Autochtones. Le développement d'agents culturels et l'appui à l'accès des guérisseurs traditionnels et aux aînés aiderait également à la prestation de services culturellement plus pertinente. »⁴⁰



Références

- ¹ Réseau universitaire des étudiants pour la santé sociale et internationale (nd). Accès aux soins de santé. Consulté le 2 décembre 2009 de <http://www.sunsih.ca/accesstohealthcare>
- ² Browne, A. (nd). Les questions touchant l'accès aux services de santé dans les régions nordiques, rurales et éloignées au Canada. Prince George, CB : Programme d'études du Nord, http://www.unbc.ca/assets/northernstudies/northern/issues_affecting_access_to_health_services_in_northern.pdf
- ³ Bowen, S. (2000). Accès aux services de santé pour les populations mal desservies au Canada. Dans « Certaines circonstances » : Questions d'équité et réactivité à l'accès aux soins de santé au Canada. Une collection de documents et rapports préparés par Santé Canada. Ottawa, ON : Santé Canada.
- ⁴ Rosenberg, M. et Hanlon, N. (1996). Accès et utilisation : Un continuum d'environnements de services de santé. Sciences sociales et médecine, 43(6): 975-983; et Wellstood, K., Wilson, K., & Eyles, J. (2006). « Accès raisonnable » aux soins primaires : évaluation du rôle des caractéristiques individuelles et du système. Health & Place, 12 : p. 121 à 130.
- ⁵ Bowen (2000), p. 28.
- ⁶ Statistique Canada (2008). Les peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, recensement de 2006 Ottawa, ON : Ministère de l'Industrie, Catalogue N°. 97-558-XWE2006001, p. 42.
- ⁷ Bureau du vérificateur général du Canada (2003). Rapport de la vérificatrice générale du Canada à la Chambre des communes : Chapitre 6 - le soutien du gouvernement fédéral aux Premières nations - Le logement dans les réserves. Ottawa, ON : Bureau du vérificateur général du Canada, p. 2.
- ⁸ Hwang, S.W. (2001). Les sans-abri et la santé. Journal de l'Association médicale canadienne, 164(1): 230.
- ⁹ Ibid.
- ¹⁰ Halseth, G. & Ryser, L. (2006). Tendances dans la prestation des services : exemples de régions rurales et petites villes du Canada, de 1998 à 2005. Journal du développement rural et communautaire, 1(2) : p. 69 à 90; et Tait, H. (2008). Enquête auprès des peuples autochtones, 2006 : Santé et conditions sociales des Inuits. Ottawa, ON : Statistique Canada, Catalogue N°. 89-637-X – N°. 001.
- ¹¹ Halseth & Ryser 2006; Halseth, G. et Ryser, L. (2007). Déploiement de partenariats par le secteur bénévole pour répondre aux besoins de services dans les régions rurales et les petites villes du Canada. Voluntas : Journal international des agences bénévoles et sans but lucratif, 18(3) : p. 241 à 265.
- ¹² Tait (2008).

- ¹³ Rohan, S. (2003). Opportunités pour la fourniture coopérative de soins de santé dans les communautés autochtones rurales, éloignées et nordiques. Ottawa, ON: Association canadienne coopérative, Affaires gouvernementales et politiques publiques.
- ¹⁴ SSCSAST, 2002 tel que cité dans Rohan, 2003: p. 4.
- ¹⁵ Rohan (2003); et Organisation nationale de la santé autochtone (2006). Exploration de modèles de soins obstétricaux de qualité chez les Premières nations et les Inuits : Une évaluation préliminaire des besoins. Ottawa, ON : Organisation nationale de la santé autochtone.
- ¹⁶ Rana, Z., Batema, M., Wilson, K., et Cohen, J.C. (2004). L'accès aux médicaments essentiels et la population autochtone du Canada : les caractéristiques de base du programme de médicaments et les questions de politique - Version préliminaire. Toronto, ON : Université de Toronto, Programme comparatif sur la santé et la société. Document de travail 2003/2004.
- ¹⁷ Guèvremont, A. et Kohen, D. (2001). La santé des enfants inuits : feuillet d'information. Ottawa, ON : Statistique Canada, Catalogue N° 89-627-XIE – N° 2.
- ¹⁸ Tait (2008), p. 13.
- ¹⁹ Halseth & Ryser (2006, 2007).
- ²⁰ Morrisseau, K. (2009). Rapport d'avancement sur le contrôle du cancer chez les autochtones. Services aux Autochtones. Consulté le 6 août 2009 de http://www.cancercare.mb.ca/resource/File/Aboriginal_CancerControlProgressReport_07-08.pdf
- ²¹ Rohan (2003).
- ²² Ibid., p. 29.
- ²³ Ibid.
- ²⁴ Lavoie, J. et Gervais, L. (en cours). L'accès aux soins de santé primaires dans les communautés autochtones rurales et éloignées : progrès, défis et orientations politiques. In J. Kulig et A. Williams (eds.). Santé en milieu rural : une perspective canadienne, chapitre 18.
- ²⁵ Santé Canada (2008). Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Feuille d'information, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/fact-fiche-eng.php>
- ²⁶ Ibid.
- ²⁷ Lavoie, J.G., O'Neil, J., Sanderson, L., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J., et al. pour DGSPNI-Santé Canada (2005). L'évaluation de la politique des transferts en santé des Premières nations et des Inuits. Rapport final : Volume 1, Sommaire exécutif. Winnipeg, MB : Centre de recherche en santé des Autochtones, Université du Manitoba. Consulté le 25 juin 2010 de http://www.umanitoba.ca/centres/cahr/docs/health_transfere_exec_eng.pdf
- ²⁸ Rohan (2003).
- ²⁹ Blackstock, C. (2009). L'histoire de Jordan : Comment un garçon a inspiré un monde de changement. En matière de santé des enfants autochtones : ne laisser aucun enfant en arrière. Ottawa, ON : UNICEF – Supplément canadien sur l'État des enfants dans le monde 2009, pp. 46 à 52
- ³⁰ Blackstock, C., Prakash, T., Loxley, J., and Wien, F. (2005). Wen : de : Nous venons à la lumière du jour. Ottawa, ON : Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières nations du Canada.
- ³¹ Blackstock (2009).
- ³² Tait, C. (2009). Est-ce que le Canada faillit envers les enfants métis ? Un examen des défis et des obstacles à une santé améliorée. En matière de santé des enfants autochtones : ne laisser aucun enfant en arrière. Ottawa, ON : UNICEF – Supplément canadien sur l'État des enfants dans le monde 2009, pp. 30 à 36.
- ³³ Ibid.
- ³⁴ Organisation nationale de la santé autochtone (2004). Examen des conclusions du forum sur la politique de santé des Métis. Consulté le 9 juin 2008, de http://www.naho.ca/MHC_Site/print_friendly/B/review.html
- ³⁵ Rohan (2003).
- ³⁶ Ibid, p. 2.
- ³⁷ Association des infirmières autochtones du Canada (AIAC) (2001). Mémoire à la Commission sur l'Avenir des Soins de Santé au Canada. Whitehorse, YK : AIAC; article 4.1.4; Rogan, 2003; et Bowen, 2000.
- ³⁸ Tobin, P., French, M., & Hanlon, N. (2010). L'engagement approprié et l'éducation en nutrition dans les réserves : les leçons tirées de la Première Nation du lac Takla au Nord de la Colombie-Britannique. Journal de la santé autochtone, 6(1) : p. 49 à 57.
- ³⁹ AIAC (2001), Exec. Somm. p. v.
- ⁴⁰ Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones, Santé Canada (nd). L'augmentation de ressources humaines en santé, consulté le 9 juin 2008 de <http://www.hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/services/career-carriere/hum-res/index-eng.php>



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH
CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

POUR PLUS DE RENSEIGNEMENTS :
UNIVERSITÉ DE NORTHERN BRITISH COLUMBIA
3333 UNIVERSITY WAY, PRINCE GEORGE, BC V2N 4Z9

1 250 960 5250
NCCAH@UNBC.CA
WWW.NCCAH.CA