

La *Loi sur les Indiens* qui s'ensuit (1876) comprend des dispositions sur la santé. Mais sa formulation obscureⁱⁱ ne parvient pas à définir clairement l'autorité du gouvernement fédéral concernant la santé des Indiens. En 1939, une décision de la Cour suprême confirme la responsabilité légale du gouvernement fédéral concernant les Inuits (Bonsteel et Anderson, 2006), sans toutefois traiter de la santé.

Le rôle du gouvernement fédéral dans la prestation de soins de santé relève principalement de services limités de santé publique et de prévention offerts par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Ces services sont proposés aux Indiens de plein droit (inscrits)ⁱⁱⁱ habitant dans les réserves et aux Inuits vivant sur leurs territoires traditionnels (Santé Canada, 2003a; 2008). La Direction fournit des services de santé non assurés (SSNA) concernant, par exemple, des médicaments sur ordonnance ou encore la protection dentaire et oculaire aux Indiens et Inuits de plein droit et inscrits, et ce, quel que soit leur lieu de résidence.^{iv} Cependant, ces services ne sont pas accessibles aux Métis. Les soins dispensés par les médecins et les hôpitaux sont assurés par les

gouvernements provinciaux et territoriaux (Santé Canada, 2008). Par conséquent, pour les populations des Premières nations qui vivent sur des réserves, les soins de santé relèvent principalement du gouvernement fédéral. Sauf quelques rares exceptions, les autres groupes sont du ressort des gouvernements provinciaux ou territoriaux.

Étant donné le flou juridique historique et la multiplicité des pouvoirs qui en découlent, le cadre politique et juridique sur la santé autochtone est très complexe et crée une grande diversité en matière de prestation de soins de santé dans les provinces et les territoires. Toutefois, il ne parvient pas à combler adéquatement les besoins en soins de santé des Métis, des Premières nations et des Inuits qui ne sont pas inscrits ou ne vivent pas sur des réserves ou des territoires traditionnels (UNICEF Canada, 2009). Il a également favorisé la multiplication des conflits de compétences quant au paiement des services de santé dans certains contextes. Pour les peuples autochtones du Canada, ces débats ajoutent à la complexité et influencent négativement l'accès à des soins de santé adaptés et réceptifs (Hawthorne, 1966; Romanow, 2002).

L'histoire de Jordan

C'est en 1999 que naît Jordan River Anderson, un jeune garçon de la nation des Cris de Norway House, au Manitoba. Dès sa naissance, il souffre d'une maladie neuromusculaire rare pour laquelle il doit recevoir des soins de fournisseurs de services multiples. Il passera la totalité de sa brève vie dans un établissement hospitalier, non pas pour des raisons médicales, mais à cause du conflit de compétences qui oppose les gouvernements et les ministères fédéraux et provinciaux qui se renvoient la balle pour savoir qui doit payer les soins à domicile. La situation fera monter la colère chez les dirigeants autochtones et les défenseurs de l'enfant, au point qu'une motion d'initiative parlementaire (M-296) sera présentée à la Chambre des communes. Couramment désignée sous le nom de « Principe de Jordan », la motion stipule qu'« en cas de conflit de compétences [...], le gouvernement auquel on s'est adressé en premier paie les services requis et ensuite seulement entame des démarches en vue d'un partage des coûts » (Lett, 2008, p. 1256). Malgré le consensus de la Chambre sur le principe de Jordan et son adoption par plusieurs provinces, sa mise en œuvre n'a pas réellement progressé.



ⁱⁱ Selon l'article 73 : Le surintendant-général [...] pourra, - dans les cas où les personnes malades, infirmes, âgées et nécessiteuses ne sont pas soutenues par la nation, tribu ou peuplade à laquelle elles appartiennent, - prendre sur les fonds affectés à chaque nation, tribu ou peuplade une somme suffisante pour secourir ces personnes. (Venne, 1981, p. 43, emphase de l'auteur).

ⁱⁱⁱ Le terme Indien de plein droit ou inscrit désigne les personnes ayant indiqué être inscrites en vertu de la *Loi canadienne sur les Indiens* (Statistique Canada, définitions, http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/analytic/companion/abor/definitions_f.cfm).

^{iv} Le programme de SSNA prend en charge l'intervention en situation de crise et le counseling en matière de santé mentale, certains équipements et fournitures médicaux, des médicaments, des soins dentaires, des soins de la vue et le transport sanitaire (voir Services de santé non assurés pour les Premières nations et les Inuits, Ottawa, Ontario, DGSPNI, <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/nihb-ssna/index-fra.php>).

La transformation de l'environnement politique et juridique sur la santé autochtone

Au cours des quarante dernières années, on a assisté à la transformation du mode de prestation des services et des programmes de santé autochtone. La participation des Premières nations et des Inuits dans le contrôle et la prestation des services de santé communautaire a été augmentée et renforcée. Il est désormais largement admis que les communautés autochtones elles-mêmes sont mieux placées que quiconque pour définir leurs propres priorités en santé ainsi que pour gérer et dispenser des soins de santé parmi leurs membres (Wigmore et Conn, 2003; Lavoie et coll., 2005, 2010).

Le transfert des services de santé

Le transfert du contrôle de la santé a été amorcé par la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens*, qui reconnaît que les Premières nations et les Inuits peuvent assurer l'administration de certains ou de tous leurs programmes de santé communautaires. Ce mouvement a atteint son apogée avec la création, en 1989, du cadre de la *Politique de transfert des services de santé* qui donne aux communautés autochtones au sud du 60^e parallèle la possibilité de gérer les ressources des programmes de santé communautaire selon leur propre rythme (Wigmore et Conn, 2003). Aujourd'hui, la plupart des communautés des Premières nations conçoivent et réalisent leurs propres programmes de santé communautaire et emploient la majorité de leur personnel des services de santé. La politique de transfert des services de santé a eu pour avantage de faire connaître les problèmes de santé à la communauté, de mieux adapter la prestation des soins à la culture, d'augmenter les débouchés professionnels pour les membres de la communauté, de donner un sentiment d'habilitation et d'autodétermination et d'améliorer l'état de santé de la communauté (Lavoie et coll., 2005; 2010).

Les accords intégrés

Un modèle intégré a été créé en 1994 à l'intention des communautés trop restreintes pour mener à bien le transfert du contrôle de la santé. Ce mécanisme visait à leur donner plus d'occasions de prendre les rênes. Les dispositions et les critères d'admissibilité diffèrent quelque peu de ceux du modèle de transfert des services de santé. Outre les communautés se trouvant au sud du 60^e parallèle, celles du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest sont également admissibles. Depuis 2003, 176 communautés ont signé un accord intégré (Santé Canada, 2003b).

Politiques et mesures législatives des provinces et des territoires

À l'échelon des provinces et des territoires, certaines mesures législatives contiennent des dispositions qui clarifient les responsabilités de ces gouvernements vis-à-vis de la santé autochtone. Ces dispositions sont cependant limitées et axées sur le champ d'application. Par exemple, les mesures législatives albertaines visent les établissements métis. Selon les législations de l'Alberta, de la Saskatchewan, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, le ministère responsable de la santé peut opter pour un accord avec le Canada et/ou les Premières nations en ce qui concerne la prestation de services de santé, ce qui signifie clairement que la dispense de services ne relève pas du mandat de la province.

Les ententes d'autonomie gouvernementale, lorsqu'elles existent, définissent les domaines de compétence des divers gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones. Elles sont reprises par la législation. La législation sur la santé du Yukon, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador contient des dispositions en lien avec les ententes en cours sur l'autonomie gouvernementale. Ces dispositions clarifient les rôles et responsabilités de ces gouvernements en matière de santé uniquement dans les domaines visés par ces ententes.

Enfin, certaines provinces et certains territoires ont adopté des dispositions sur la guérison et les pratiques rituelles autochtones. Le Yukon est la seule province dont la législation sur la santé reconnaît la nécessité de respecter les pratiques de guérison traditionnelles. En revanche, elle ne définit pas le contenu de ces pratiques. L'Ontario et le Manitoba mentionnent que les sage-femmes autochtones devraient échapper au contrôle prévu par le Code des professions. L'Ontario étend cette exemption aux guérisseurs traditionnels. Parallèlement, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ont adopté des mesures législatives sur la lutte contre le tabagisme stipulant clairement qu'elles ne concernent pas l'utilisation du tabac à des fins rituelles.

Il existe également un nombre limité de mesures législatives et de politiques propres aux Autochtones. L'Ontario a été la première province à créer une Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones en 1990, puis a franchi un pas important avec sa Politique de santé applicable aux autochtones en 1994 (gouvernement de l'Ontario, 1994). La Politique de santé applicable aux autochtones joue le rôle de politique de régulation et permet au ministre de la Santé d'accéder aux inégalités dans la programmation en santé des Premières nations et des Autochtones, de répondre aux priorités autochtones, de modifier les programmes existants pour qu'ils répondent plus efficacement aux besoins, de favoriser la nouvelle répartition des ressources destinées aux initiatives autochtones, et d'améliorer l'interaction et la collaboration entre les directions ministérielles pour favoriser les approches holistiques de la santé. Il s'agit de la politique sur la santé autochtone la plus complète actuellement au Canada.

La décentralisation/régionalisation des services de santé

La plupart des provinces ont choisi de transférer les pouvoirs d'établissement des

priorités, de planification et de prestation des services de santé à des régions régionales de la santé.^v La décentralisation des réseaux de soins de santé vise en partie à accroître la participation du public à la prise de décision, à l'établissement de priorités régionales ainsi qu'à la coordination et à l'intégration de la prestation des soins de santé (Kouri, 2002; Saltman et coll., 2007; Yalnizyan, 2006). Toutefois, l'Ontario est, à l'heure actuelle, la seule province qui exige qu'un conseil composé d'Autochtones soit consulté sur l'établissement des priorités régionales en santé (Lavoie et coll., à paraître, gouvernement de l'Ontario, 2006).

Les modèles émergents

Plusieurs mécanismes de coordination sont apparus pour combler les lacunes juridictionnelles et pour renforcer la participation des Autochtones à l'établissement des priorités en santé, à la création de stratégies et à la coordination d'approches visant à améliorer la santé autochtone. De manière générale, ces mécanismes relèvent de deux vastes domaines : les modèles de coordination entre sphères de compétence et les autorités sanitaires intergouvernementales.

Les mécanismes entre sphères de compétence

Dans les provinces et les territoires, plusieurs cadres et politiques sur la santé autochtone ont été créés pour fournir des mécanismes de coordination entre sphères de compétence dans l'espoir de combler les lacunes juridictionnelles. Ces cadres s'appuient généralement sur des comités et rassemblent des intervenants en santé autochtone comme des organismes autochtones ainsi que des ministères fédéraux et provinciaux. Le plus exhaustif est la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones de l'Ontario (SRMA), créée en 1994. Le SRMA est géré par un comité conjoint de gestion constitué de deux représentants de chacune des huit organisations-cadres autochtones de l'Ontario, ainsi que de plusieurs

ministères et services gouvernementaux (Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, 2007).

La cadre politique tripartite des Premières nations de Colombie-Britannique en est un autre exemple. Constitué d'un accord de changements transformateurs (Transformative Change Accord) et du plan de santé des Premières nations (First Nations Health Plan) (TCA – FNHP), il propose une nouvelle structure de gouvernance pour les services de santé des Premières nations de Colombie-Britannique (FN Leadership Council et coll., 2007). Un cadre semblable a été créé en Nouvelle-Écosse en 2005. Il se concentre sur les besoins des Micmacs (Mi' kmaq et coll., 2005). Toutefois, ces deux cadres ne visent que les besoins des Premières nations, et non pas ceux des autres groupes autochtones qui vivent dans ces provinces. Les autres mécanismes entre sphères de compétence incluent la Saskatchewan Northern Health Strategy (Northern Health Strategy, 2008) et le Manitoba Inter-Governmental Committee on First Nations Health (Assembly of Manitoba Chiefs, 2010).

Les autorités sanitaires intergouvernementales

Les autorités sanitaires intergouvernementales sont des organisations officielles créées par le biais de partenariats fédéral-provincial ou d'ententes d'autonomie gouvernementale. C'est le cas, par exemple, des structures de soins de santé uniques issues de la Convention de la baie James et du Nord québécois. Véritables prolongements du réseau de soins de santé provincial, ces structures sont financées conjointement par le Canada et le Québec afin de répondre aux besoins en santé des Inuits du Nunavik et des Cris de la baie James.

L'Athabasca Health Authority (AHA), qui a été créée en Saskatchewan en 1995, est également une autorité sanitaire autochtone financée à la fois par le Canada

et par la province. Tout comme pour la Convention de la baie James et du Nord québécois, l'AHA fait l'objet d'une entente de financement fédéral-provincial en vue de dispenser des services de santé à quatre communautés métisses du bassin d'Athabasca : Campbell Portage, Stony Rapids, Wollaston Lake Uranium City, et les communautés des Premières nations de Fond du Lac et de Black Lake (Athabasca Health Authority, 2006).

Parallèlement, la Northern Intertribal Health Authority (NITHA) se base sur le regroupement en partenariat du Meadow Lake Tribal Council, des Premières nations du Lac La Ronge, de la Nation des Cris de Peter Ballantyne et du Grand conseil de Prince Albert, qui, ensemble, représentent près de la moitié des Premières nations de la Saskatchewan (NITHA, 2010). La NITHA est la seule organisation de santé des Premières nations de ce type au Canada. Elle propose de l'éducation et du soutien technique à ses partenaires dans les domaines de la lutte contre les maladies transmissibles, de l'épidémiologie et de la surveillance de l'état de santé. Son financement est assuré par un accord de contribution avec la DGSPNI.

Les traités modernes et les activités d'autonomie gouvernementale

La participation des Autochtones en matière de politique et de prestation de services de santé est également favorisée par des mécanismes comme les traités modernes et l'octroi du statut d'autonomie gouvernementale. Ces accords sont sujets à des limites géographiques dont il peut arriver qu'elles coïncident avec celles des autorités sanitaires provinciales. Par exemple, l'Accord sur la revendication territoriale du Nunavut de 1993 a entraîné la création du territoire du Nunavut, tandis que dans les régions Inuvialuit et Nunatsiqa, les Inuits ont signé des

^v Les exceptions sont représentées par l'Île-du-Prince-Édouard, qui a choisi de rassembler les pouvoirs en matière de soins de santé au sein du gouvernement provincial (Yalnizyan, 2006), et l'Alberta, qui a suivi en 2008



ententes d'autonomie gouvernementale. Au Nunavik, les structures de soins de santé qui sont nées de la Convention de la baie James et du Nord québécois (1975) sont assez uniques au Canada. Financées conjointement par les gouvernements fédéral et provincial et gérées par les pouvoirs autochtones, elles sont également liées au réseau provincial de la santé (Canada, 1974). Une entente signée en 2007 doit aboutir à la création du gouvernement régional du Nunavik, qui aura un droit de regard sur toutes les structures créées dans la foulée de la Convention de la baie James et du Nord québécois. Ce nouveau palier de gouvernement relèvera directement de l'Assemblée nationale du Québec (MAINC, 2007).

En Alberta, le Métis Settlements Accord (1990), qui remplace le Métis Betterment Act de 1938, inclut un certain nombre de dispositions visant la santé, et prévoyant notamment le droit à a) adopter des règlements pour promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être des résidents de la région d'établissement; b) investir dans le district hospitalier ou dans la région

sanitaire relevant des régies régionales de santé et c) faire des règlements visant à contrôler la santé des habitants de la région d'installation et à limiter la propagation de maladies. Depuis, les Métis de l'Alberta se sont attachés à renforcer le contrôle en ce qui concerne des questions comme le logement, le bien-être des enfants, la santé et les institutions juridiques (RNM, 2007).

Conclusion

Au cours des quarante dernières années, les mesures législatives et la politique en santé des peuples autochtones ont connu bien des changements, associés notamment aux efforts entrepris pour insérer des dispositions en ce sens dans la législation; à la rédaction de politiques axées sur les Autochtones; à la participation de ces derniers dans la conception et la mise en place des programmes, des politiques et des services de santé et à l'établissement de processus de collaboration visant à combler les lacunes juridictionnelles et à rendre plus cohérent le système complexe de santé du Canada. Malgré les améliorations constatées dans la santé des peuples autochtones du Canada, il reste d'importantes inégalités en ce qui concerne l'état de santé général et l'accès aux services. Parallèlement, d'importantes lacunes subsistent dans les services, tout comme des ambiguïtés en matière de compétences. Tous deux compromettent directement la santé des Autochtones. Il est nécessaire de renforcer la coordination pour éliminer ces lacunes et ces ambiguïtés, et pour garantir un financement et un accès plus équitable aux services de santé. En outre, plutôt que de les réserver au traitement des maladies, il faut concentrer les ressources sur l'amélioration de la santé des communautés en traitant les divers déterminants sociaux de la santé (Chenier, 2002). Pour réussir, un tel changement doit emprunter le chemin des cadres politiques et juridiques fédéraux, provinciaux et territoriaux sur la santé. L'adoption d'une politique nationale d'encadrement sur la santé des Autochtones pourrait être nécessaire à cet égard.

Références

- Aboriginal Health and Wellness Strategy. 2007. About AHWS – Mandate. Toronto, Ontario. AHWS, consulté le 4 novembre 2010 au <http://www.ahwsontario.ca/about/mandate.html>
- Assembly of Manitoba Chiefs. 2010. AMC Policy Area Health – Intergovernmental Committee on Manitoba First Nation Health. Winnipeg, Manitoba. Assembly of Manitoba Chiefs, consulté le 4 novembre 2010 sur http://www.manitobachiefs.com/policy/health/health_icmfnh.html
- Athabasca Health Authority. 2006. Athabasca Health Authority. Athabasca Health Authority (en ligne). Consulté le 5 novembre 2010 sur <http://www.athabascahealth.ca/>
- Bonesteel, S. et Anderson, E. (éd.). 2006. Les relations du Canada avec les Inuits : histoire de l'élaboration des politiques et des programmes. Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada. Consulté en ligne le 1^{er} novembre 2010 sur <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/rs/pubs/inuit-book-fra.pdf>
- Canada. 1974. La Convention de la baie James et du Nord québécois (CBJNQ). Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Chenier, N.M. 2002. La politique canadienne en matière de santé. Ottawa, Ontario. Division des affaires politiques et sociales, gouvernement du Canada. Consulté le 5 novembre 2010 sur <http://dsp-psd.pwgsc.gc.ca/Collection-R/LoPBdP/CIR/934-f.htm>
- First Nations Leadership Council, Canada et Colombie-Britannique. 2007. Plan tripartite pour la santé des Premières nations. Consulté le 4 novembre 2010 sur http://hc-sc.gc.ca/fniiah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/services/2007-06_tripartite_plan-fra.pdf
- Gouvernement de l'Ontario. 1994. Aboriginal health policy – Executive summary. Toronto, Ontario. Aboriginal Healing and Wellness Strategy. Consulté le 4 novembre 2010 sur <http://www.ahwsontario.ca/about/healthpolicy.html>
- Gouvernement de l'Ontario. 2006. Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local. Toronto, Ontario. Gouvernement de l'Ontario. Consulté le 4 novembre 2010 sur http://www.e-laws.gov.on.ca/html/statutes/french/elaws_statutes_06l04_f.htm
- Hawthorn, H.B. 1966. A survey of the contemporary Indians of Canada: Economic, political, educational needs and policies Part 1 (The Hawthorn Report). Ottawa, Ontario. Division des affaires indiennes.

Santé Canada. 2003a. Remédier aux problèmes de santé de la population autochtone. Bulletin de recherche sur les politiques de santé, 5 (mars), pp. 3-5.

Santé Canada. 2003b. Transfert du contrôle aux communautés des Premières nations et des Inuits, Rapport annuel, 2002-2003 : Direction des politiques de programmes, du Secrétariat de transfert et de la planification, Division des modes de financement en matière de santé. Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux, Canada.

Santé Canada. 2008. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. Ottawa, Ontario. Fiche d'information de Santé Canada, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/fact-fiche-fra.php>

Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC). 2007. Signature d'une entente de principe sur le gouvernement régional du Nunavik : une étape sans précédent est franchie Ottawa, Ontario, Affaires indiennes et du Nord Canada.

Kouri, D. 2002. Is regionalization working? Canadian Healthcare Manager, 1^{er} octobre.

Lavoie, J. G., O'Neil, J., Sanderson, L., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J. et coll. 2005. The Evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer Policy. Winnipeg, Manitoba. Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research.

Lavoie, J. G., Forget, E., Prakash, T., Dahl, M., Martens, P. et O'Neil, J. D. 2010. Have investments in on-reserve health services and initiatives promoting

community control improved First Nations' health in Manitoba? Social Science & Medicine, 71, pp. 717-724.

Lavoie, J., Gervais, L., Toner, J., Bergeron, O. et Thomas, G. (à venir). À la recherche des Autochtones dans la législation et les politiques sur la santé, 1970 à 2008 : projet de synthèse des politiques, rapport final. Prince George, Colombie-Britannique. Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone.

Leenan, H. 1998. Health law and health legislation: Possibilities and limits. International Digest of Health Legislation, 49, pp 77-87.

Legemaate, J. 2002. Integrating health law and health policy: A European perspective. Health Policy, 60, pp. 101-110.

Lett, D. 2008. Jordan's Principle remains in limbo. Canadian Medical Association Journal, 179, p. 1256.

Ralliement national des Métis (RNM) Definition of Métis. The Métis Nation of Alberta (En ligne). Consulté le 4 novembre 2010 sur <http://www.albertametis.com/MNAHome/MNA-Membership-Definition.aspx>

Mi' kmaq. Nova Scotia. Canada Tripartite Forum. 2005. Providing Health Care, and Achieving Health. Halifax, N.-É. Health Working Group Subcommittee.

Northern Health Strategy. 2008. Northern Health Strategy. Prince Albert, Saskatchewan. Northern Health Strategy (En ligne). Consulté le 1^{er} novembre 2010 sur <http://www.healthnorth.ca/splash.asp> Northern Inter-Tribal Health Authority. 2010.

The History of NITHA. Prince Albert, Saskatchewan. NITHA. Consulté le 1^{er} novembre 2010 sur <http://nithacom.sasktelwebhosting.com/history.asp>

Romanow, C.R.J. 2002. Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, Ontario. Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada.

Saltman, R. B., Bankaskaite, V. et Vrangbaek, K. 2007. Decentralization in health care. European Observatory on Health Care Systems. London, United-Kingdom. McGraw Hill Open University Press.

UNICEF Canada. 2009. La santé des enfants autochtones : Pour tous les enfants, sans exception. Ottawa, Ontario. UNICEF Canada. Supplément canadien au Rapport sur la situation des enfants dans le monde 2009.

Venne, S. H. 1981. Indian Acts and Amendments 1868-1975: An indexed collection. Saskatoon, Saskatchewan. Native Law Centre, University of Saskatchewan.

Wigmore, M. et Conn, K. 2003. Evolving Control of Community Health Programs. Health Policy Research Bulletin, 5, pp. 11-13.

Yalnizyan, A. 2006. Getting better health care: Lessons from (and for) Canada. Ottawa, Ontario. Centre canadien de politiques alternatives, p. 3.



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

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :
UNIVERSITÉ DU NORD DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
3333 UNIVERSITY WAY, PRINCE GEORGE, C.-B V2N 4Z9

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