



LES FEMMES AUTOCHTONES AU CANADA


*Genre, déterminants socioéconomiques de la santé et
initiatives visant à réduire l'écart en matière de bien-être*

Regine Halseth

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE



© 2013 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). La présente publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada.

Le CCNSA fait appel à une méthode externe d'examen à l'aveugle pour les documents qui sont axés sur la recherche, qui font intervenir des revues de littérature ou une synthèse de connaissances, ou encore qui comportent une évaluation des lacunes au chapitre des connaissances. Nous tenons à remercier nos analystes qui ont généreusement donné de leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail.

Cette publication est disponible pour téléchargement à l'adresse : www.nccah-ccnsa.ca. Toute la documentation du CCNSA est gratuite et peut être reproduite en totalité ou en partie avec mention de la source appropriée et de la référence bibliographique. Elle doit toujours être utilisée à des fins non commerciales. Pour que nous puissions mesurer l'incidence de cette documentation, veuillez nous informer de son utilisation.

Référence bibliographique :

Halseth, R. (2013). *Les femmes autochtones au Canada: Genre, déterminants socioéconomiques de la santé et initiatives visant à réduire l'écart en matière de bien-être*. Prince George (C.-B.) : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

An English version is also available from www.nccah-ccnsa.ca under the title *Aboriginal Women in Canada*.

Pour obtenir de plus amples renseignements ou des exemplaires supplémentaires, veuillez communiquer avec nous :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

333 University Way
Prince George (C.-B.)
V2N 4Z9 Canada
Tél. : (250) 960-5250
Télec. : (250) 960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca

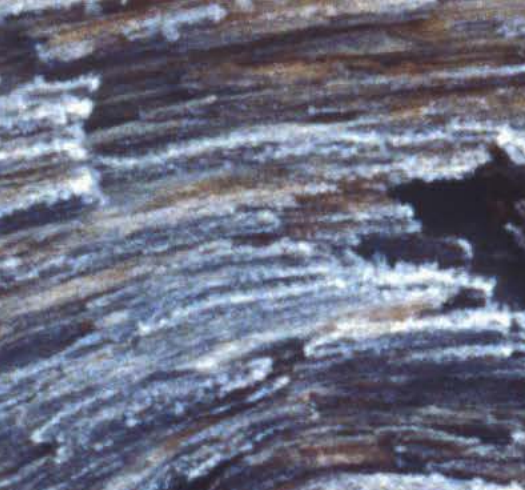


TABLE DES MATIÈRES



Relation entre les déterminants sociaux et la santé des peuples autochtones	4
Le genre en tant que déterminant social	6
Contexte historique et socioéconomique de la santé des femmes autochtones	7
Déterminants historiques	7
Déterminants socioéconomiques	8
Contexte relatif à la compétence	10
État de santé des femmes autochtones	10
Santé physique	11
Bien-être social/psychologique	13
Stratégies et initiatives visant l'amélioration de la santé des femmes autochtones	15
Conclusion	18
Ressources	19
Notes de fin	19

La plupart des inégalités en matière de santé qui persistent et qui s'accroissent au sein des pays et entre eux tiennent aux circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent.¹ Ces circonstances sont généralement appelées déterminants de la santé. Plusieurs organismes et organisations ont mis en évidence différents déterminants qui contribuent aux problèmes de santé et aux iniquités. Il s'agit généralement du développement des jeunes enfants, de la scolarité, du revenu, de l'emploi et de sa nature, du milieu social et physique, des habitudes personnelles de santé et des capacités d'adaptation, de l'accès aux services de santé, du racisme et du genre.² Dans le cas des peuples autochtones³ du Canada, ces déterminants s'ajoutent à ceux qui leur sont propres comme la culture, l'autodétermination et le colonialisme, et entraînent des disparités importantes en matière de santé par rapport aux autres Canadiens.³ De nombreuses femmes autochtones subissent ces disparités. Elles cumulent des désavantages comme l'interaction du genre avec d'autres déterminants. Le présent article explore le rôle du genre à lui seul et son interaction avec d'autres déterminants ainsi que son influence sur l'état de santé des femmes autochtones au Canada et met en lumière certaines initiatives visant à améliorer leur santé et leur bien-être.

L'article commence par l'étude du contexte historique et socioéconomique de la vie des femmes autochtones, qui a profondément influencé leur santé et leur bien-être. Ensuite, l'auteur examine l'influence du genre sur la santé des femmes en général et sur celle des femmes autochtones en particulier. Il donne un aperçu de certaines disparités en matière de santé entre les femmes des Premières Nations, les Inuites et les Métisses d'une part, et les femmes non autochtones contemporaines d'autre

part. Il traite également des obstacles à surmonter pour mettre fin à ces disparités. Lorsqu'on examine les disparités en matière de santé, il est important de se souvenir que les personnes, les familles et les collectivités autochtones font preuve d'une force et d'une résilience immenses pour surmonter ces difficultés et ces obstacles à la santé, comme le montrent les améliorations de nombreux indicateurs socioéconomiques et de santé constatées au cours des dernières décennies. Cela étant dit, les disparités continuent en matière de santé soulignant la nécessité pour les gouvernements et les organismes autochtones et non autochtones de prendre davantage de mesures afin de collaborer pour favoriser un milieu plus équitable permettant d'améliorer la santé et le bien-être des femmes autochtones. L'auteur conclut en soulignant certains exemples prometteurs consistant en des initiatives légales, politiques et relatives aux programmes qui ont été mises au point pour corriger ces problèmes de santé pressants.

Cet article s'inspire d'une discussion sur le genre en tant qu'élément d'un cadre entourant les déterminants sociaux de la santé mis au point pour le rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2012) intitulé *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : Examen de la santé publique autochtone au Canada*.ⁱⁱ Ce rapport souligne certaines différences relatives au genre en ce qui a trait à une série de déterminants sociaux (dont la scolarité, le revenu et la situation de famille), et à certains problèmes de santé. Cependant il n'adopte pas une perspective axée sur le genre et l'information est dispersée dans le long rapport. Cet article vise à apporter cette perspective et à compiler l'information accessible sur le genre et sur la santé des femmes autochtones. La littérature publiée et non publiée utilisée dans le rapport *L'état des*

connaissances sur la santé des Autochtones a contribué à restreindre le champ de cet article aux problèmes considérés comme les plus importants pour la santé et le bien-être des femmes autochtones. Une recherche dans Google et Google Scholar a permis de trouver de la documentation se rapportant à la question, grâce à des termes comme : « Aboriginal/First Nations/Inuit/Métis », « women » et « health » ainsi que des termes liés aux problèmes de santé particuliers dont il est question (c.-à-d. VIH/sida, cancer, violence, etc.). L'auteur ne prétend pas rédiger un article systématique ni complet et ne tente pas de procéder à une évaluation critique de la documentation.

Relation entre les déterminants sociaux et la santé des peuples autochtones

Au cours des dernières années, les explications concernant les disparités en matière de santé ont de plus en plus reposé sur un cadre conceptuel qui établit des liens entre les déterminants sociaux, la santé et la vie des peuples autochtones. Ces peuples ont généralement une vision holistique de la santé, à savoir qu'elle englobe des dimensions physiques, spirituelles, psychologiques et mentales.⁴ Une grande variété de circonstances, de milieux, de structures, de systèmes et d'institutions « qui ont influencé l'évolution et le maintien de la santé [des peuples autochtones] » ont influé sur ces dimensions et entraîné des disparités en matière de santé qui représentent généralement un fardeau, comparé avec les peuples non autochtones.⁵ Cependant, tout comme les disparités en matière de santé, les contextes de vie des Premières Nations, des Inuits et des Métis reflètent la diversité de ces peuples. Les peuples autochtones ont vécu des expériences

ⁱ Le terme « Autochtone » renvoie aux Premières Nations (ayant ou non le statut d'Indien, vivant dans les réserves et à l'extérieur), aux Inuits et aux Métis du Canada dans leur ensemble. Il convient de noter que dans la documentation, les auteurs n'utilisent pas forcément ce terme de façon aussi inclusive. Ce choix leur appartient. Lorsque possible, les termes « Premières Nations, Inuits et Métis » sont employés pour désigner des groupes particuliers de peuples autochtones.

ⁱⁱ Veuillez consulter le rapport intitulé *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones* pour en savoir plus sur la stratégie de recherche employée pour trouver la documentation pertinente.



communes comme la perte de leurs terres, de leur langue, des ressources socioculturelles ainsi que le racisme, la discrimination et l'exclusion sociale; cependant, les différences relatives à l'origine, à la forme et aux répercussions de ces expériences ont façonné la santé et le bien-être des individus, des familles, des collectivités et des nations de façon différente.⁶

Loppie-Reading et Wien (2009) fournissent un modèle intégré de parcours de vie et de déterminants sociaux de la santé autochtone qui sert de cadre pour comprendre les déterminants sociaux proximaux, intermédiaires ou distaux. Les déterminants proximaux sont des situations qui ont une répercussion directe sur la santé physique, psychologique, mentale ou spirituelle et qui peuvent comprendre la qualité du logement, la ruralité, les conditions de vie, la violence familiale, les comportements en matière de santé, l'emploi, les revenus, la scolarité et l'insécurité alimentaire.⁷ Ces déterminants influencent la santé en perturbant la

capacité des individus de répondre aux besoins essentiels à leur survie et en contribuant à des agents stressants qui, à leur tour, génèrent ou aggravent les problèmes de santé. Les déterminants intermédiaires sont les situations que l'on pense être à l'origine des déterminants proximaux et qui peuvent comprendre : les systèmes de santé et d'éducation, les infrastructures, les ressources et les capacités communautaires, la gestion de l'environnement et la continuité culturelle. Loppie-Reading et Wien soulignent que les différences en matière d'accès aux soins de santé, à l'éducation et aux ressources communautaires peuvent créer des obstacles qui influencent la santé et le bien-être. De plus, les liens traditionnels avec l'environnement naturel et le degré de cohésion sociale et culturelle au sein des collectivités (y compris un sens fort d'identité, la spiritualité, l'autodétermination et les liens intergénérationnels) sont importants dans la vie des peuples autochtones et constituent un déterminant solide de leur santé et de leur bien-être. Enfin, les

déterminants distaux sont ceux qui ont les répercussions les plus profondes sur la santé des populations, parce « qu'ils représentent les contextes politiques, économiques et sociaux qui construisent les déterminants intermédiaires et proximaux. »⁸ Ces déterminants comprennent les expériences différentes que les peuples autochtones ont vécues en matière de colonialisme, de racisme, d'exclusion sociale et d'autodétermination.

Même si ce cadre d'analyse ne traite pas particulièrement du genre en tant que déterminant social, il peut être considéré comme un déterminant distal à cause de la façon dont il interagit avec les autres déterminants aux trois niveaux afin de « créer des conditions et des problèmes qui sont uniques, plus répandus, plus graves ou différents en ce qui a trait aux facteurs de risque ou aux interventions efficaces pour les hommes et pour les femmes. »⁹ Cela peut être la base d'une discrimination entraînant des inégalités matérielles, sociales et relatives à la santé qui peuvent marginaliser les femmes.

Le genre en tant que déterminant social

Cette section porte sur le rôle du genre en tant que déterminant social de la santé des femmes en général et de celle des femmes autochtones en particulier. Cependant, il faut commencer par définir le terme « genre ».

On observe souvent une confusion entre les mots « genre » et « sexe » qui sont employés de façon interchangeable dans la documentation. Cependant, il s'agit de deux concepts distincts qui influencent la santé grâce à différents mécanismes. Le mot « genre » renvoie aux perceptions sociales du féminin et du masculin alors que le mot « sexe » renvoie aux différences biologiques entre les hommes et les femmes.¹⁰ Comme l'ont défini Johnson, Greaves et Repta (2009), « le genre est un construit social multidimensionnel qui a un fondement culturel ainsi qu'une spécificité historique et qui change donc constamment, » alors que « le sexe est un construit biologique multidimensionnel

qui comprend l'anatomie, la physiologie, les gènes et les hormones qui ensemble influent sur l'étiquette qu'on nous accole et sur la façon dont on nous traite dans le monde. »¹¹ Même si les deux concepts sont distincts, ils sont étroitement liés et leur influence mutuelle est complexe. Les facteurs sociaux et les différences biologiques ne fonctionnent pas isolément : la biologie peut conditionner le comportement, mais elle est également conditionnée par le milieu social.¹²

Le sexe et le genre ont des influences différentes sur les risques pour la santé, l'expression des symptômes et les résultats en matière de santé.¹³ Les femmes courent des risques uniques en matière de santé, comme ceux qui sont associés à la reproduction. Elles sont plus susceptibles de souffrir de problèmes de santé mentale (par exemple, de dépression ou d'anxiété) et d'une plus vaste gamme de cancers que les hommes, alors que ces derniers sont plus susceptibles de mourir prématurément.¹⁴ Les femmes ont également rapporté des symptômes uniques différents de ceux des hommes à

propos de certaines maladies et affections comme celles liées aux accidents vasculaires cérébraux.¹⁵ En conséquence, il peut arriver que les femmes ne reconnaissent pas les symptômes et tardent à chercher de l'aide.¹⁶

Il y a des valeurs et des attitudes puissantes et omniprésentes à propos des « rôles et des comportements sociaux basés sur le genre et qui sont profondément enchâssés dans les structures sociales. ... [Ces] normes sont perpétuées par les traditions sociales qui gouvernent et limitent les comportements des hommes et des femmes et par les institutions sociales qui produisent des lois et des codes de conduite qui perpétuent les iniquités relatives au genre ».¹⁷ Ces valeurs et attitudes peuvent constituer la base de la discrimination envers les femmes, créant ainsi des iniquités en matière de revenu, d'emploi et d'éducation qui influent sur la santé des femmes à long terme et sur le type de soins de santé qu'elles reçoivent. Ces iniquités influencent le degré de pouvoir et de ressources dont elles disposent. Dans de nombreuses parties du monde, des iniquités considérables en matière de



genre perdurent parce que « les femmes continuent à avoir moins de droits, un niveau de scolarité et un état de santé inférieurs à ceux des hommes, moins de revenus et moins accès aux ressources et aux processus décisionnels. »¹⁸ Même dans les endroits où le statut socioéconomique des femmes s'est considérablement amélioré, les iniquités relatives au genre continuent à exister en ce qui a trait aux perspectives d'emploi, à la qualité des emplois ainsi qu'au salaire.¹⁹

De nombreuses femmes autochtones subissent de la discrimination non seulement basée sur le genre, mais également sur la classe sociale et sur la race. Les femmes autochtones sont plus susceptibles d'habiter un logement de moindre qualité, de vivre dans un environnement physique plus pauvre, d'avoir un niveau de scolarité et un statut socioéconomique moins élevés que les autres femmes ainsi que moins de perspectives d'emploi.²⁰ Ces déterminants de la santé sont souvent cycliques; c'est-à-dire que les inégalités pour un déterminant de la santé (p. ex., le revenu) peuvent être causées par des inégalités relatives à un autre déterminant (p. ex., le niveau de scolarité), perpétuant ainsi le cycle d'inégalité que de nombreuses femmes autochtones du Canada subissent quotidiennement. De plus, les inégalités en matière de santé chez ces femmes sont profondément liées à l'histoire de la colonisation, sujet qui fera l'objet d'une discussion plus détaillée dans la section suivante.

Contexte historique et socio-économique de la santé des femmes autochtones

Les circonstances historiques ont façonné la réalité sociale, politique et économique actuelle des femmes autochtones, qui à son tour a influencé leur santé physique, psychologique et mentale. Cette section

comprend un aperçu de l'interaction entre le genre et les déterminants historiques et socioéconomiques et de son influence sur la santé et le bien-être des femmes autochtones ainsi que des obstacles liés au champ de compétences qui peuvent limiter leur accès aux services de santé.

Déterminants historiques

Au Canada, la santé des femmes autochtones doit être étudiée dans le contexte de la marginalisation et de l'oppression généralement subies par les peuples autochtones à la suite des politiques et des pratiques colonialistes des colonisateurs européens.²¹ Traditionnellement, les femmes jouaient un rôle fort et central dans les sociétés autochtones et les séparations familiales étaient rares.²² Malgré les différences entre les cultures et les traditions tribales, la plupart des sociétés autochtones étaient matriarcales et matrilineaires,²³ c'est-à-dire que les femmes étaient à la tête du ménage et que la descendance était retracée en suivant la lignée maternelle. Les femmes jouaient un rôle économique essentiel. Leur travail était généralement considéré comme complémentaire à celui des hommes. Elles possédaient le pouvoir, l'exerçaient et contrôlaient la distribution des ressources en plus d'apporter une contribution majeure à la survie culturelle et physique de leur collectivité.²⁴ Les femmes étaient également respectées parce qu'elles étaient considérées comme plus proches de la Terre mère et de la création, et comme la base de la nation.²⁵ Les Iroquois constituent un exemple de l'importance des femmes dans les sociétés autochtones traditionnelles. En effet chez ce peuple, les femmes jouaient un rôle crucial en ce qui a trait à la détermination du leadership, elles participaient à la résolution des conflits et aux décisions importantes comme les déclarations de guerre, détenaient l'autorité suprême sur le ménage, avaient le droit de posséder des terres et d'autres biens et pouvaient divorcer et se remarier.²⁶

En revanche, les autorités coloniales ont imposé une structure sociale patriarcale qui a érodé les valeurs culturelles et les rôles liés au genre chez les Autochtones. Dans cette structure imposée, non seulement les peuples autochtones étaient considérés comme faisant partie d'une classe inférieure, mais les femmes autochtones étaient considérées comme appartenant à un genre inférieur au sein de cette classe inférieure.²⁷ La discrimination envers les femmes s'est finalement reflétée dans la *Loi sur les Indiens* de 1876 qui a remplacé le système matrilineaire par un système patriarcal et qui a augmenté le pouvoir et l'autorité des hommes aux dépens des femmes.²⁸ Avec cette loi, le gouvernement fédéral s'est donné le pouvoir de définir l'identité indienne et sa définition établissait une discrimination claire envers les femmes des Premières Nations.²⁹ Les femmes perdaient leur statut d'Indiennes ainsi que leurs droits si elles épousaient un homme ne possédant pas le statut d'Indien.³⁰ Elles se sont retrouvées largement exclues du processus décisionnel et la négation de leurs droits relatifs à la résidence et à la propriété a sapé leur autorité.³²

La caractéristique centrale de cette structure sociétale patriarcale imposée est la croyance de nombreux hommes en l'infériorité des femmes.³³ Cette croyance a commencé à infiltrer les collectivités des Premières Nations. Un grand nombre de femmes des Premières Nations ont perdu leur statut ou ont cessé d'être membre à la suite de dispositions contenues dans la *Loi sur les Indiens*.³⁴ Non seulement cela a eu des répercussions directes sur leur accès aux services de santé, mais cela s'est également traduit par l'érosion de l'identité culturelle, de la confiance en soi et du sentiment d'appartenance.³⁵ L'identité culturelle favorise la santé parce qu'elle représente un ancrage qui aide les femmes à gérer les nombreux facteurs qui façonnent leur santé et leur bien-être.³⁶ Les femmes des Premières Nations ont

Tableau 1 - Résumé du niveau d'instruction des femmes autochtones et non autochtones de 25 ans et plus

	Premières Nations	Métisses	Inuites	Non Autochtones
Diplôme d'études secondaires	61 %	73 %	47 %	80 %
Baccalauréat ou plus	8,4 %	9,4 %	4,6 %	20,3 %

lutté avec succès pour éliminer certains des aspects discriminatoires de la *Loi sur les Indiens* et pour rétablir leur appartenance. Cependant, elles ont encore des difficultés à retrouver leurs droits à la propriété et leurs droits civils.³⁷

D'autres politiques coloniales continuent à nuire à la santé et au bien-être des peuples autochtones en général, notamment l'imposition du système de pensionnat ainsi que les politiques de protection de l'enfance passées et actuelles. Les répercussions du système de pensionnat, y compris l'érosion de la culture et des valeurs autochtones, la marginalisation socioéconomique généralisée, la perte d'estime de soi et les problèmes sociaux subséquents au sein de plusieurs collectivités autochtones, sont bien documentées.³⁸ Les conséquences de ce

traumatisme persistant se reflètent dans la surreprésentation continue passée et actuelle des enfants autochtones pris en charge par les services de protection de l'enfance.³⁹ Les conflits et les traumatismes qui résultent de l'imposition de ces politiques coloniales sont difficiles à résoudre lorsque la pauvreté empêche de répondre adéquatement aux besoins psychologiques et affectifs.⁴⁰ Ils sont également difficiles à résoudre dans le contexte des politiques fédérales et provinciales actuelles qui continuent à restreindre la capacité des peuples autochtones de modeler leurs perspectives de vie, leur statut social et leur état de santé.⁴¹ Ces difficultés ont des répercussions différentes sur la santé et le bien-être des femmes autochtones qui sont plus susceptibles de subir la pauvreté et d'être défavorisées que les

hommes autochtones, d'être victimes de violence et de traumatismes à la maison en comparaison avec les hommes autochtones et les femmes non autochtones et d'être le seul donneur de soins de leurs enfants.⁴²

Malgré ces difficultés, les femmes autochtones ont fait preuve de force et de résilience dans leur lutte pour l'amélioration de leur qualité de vie à la fois dans la sphère politique et au sein de leur collectivité. De façon individuelle et par l'entremise de groupes de femmes autochtones organisés comme l'Association des femmes autochtones du Canada, elles ont fait pression afin de faire partie du processus politique et législatif utilisé pour élaborer des formes de gouvernements autochtones, et de récupérer leurs droits civils et politiques.⁴³ Dans leur collectivité, les femmes autochtones commencent à jouer des rôles significatifs en matière d'avancement et d'autonomisation de leur peuple à titre de mère et de grand-mère, de cheffe de la collectivité et de militante.⁴⁴

Déterminants socioéconomiques

Le fardeau de la pauvreté touche certains groupes plus que d'autres (femmes, enfants, groupes ethniques et minoritaires, handicapés) et des régions particulières.⁴⁵ Le taux de pauvreté des



Tableau 2 - Revenu médian des femmes autochtones (de 15 ans et plus) comparé aux hommes autochtones et aux femmes et aux hommes non autochtones, recensement de 2006⁵⁷

	Revenu médian
Femmes autochtones	15 654 \$
Premières Nations	14 490 \$
Métisses	17 520 \$
Inuites	16 599 \$
Hommes autochtones	18 714 \$
Femmes non autochtones	20 640 \$
Hommes non autochtones	32 639 \$

femmes autochtones au Canada est deux fois plus élevé que celui des autres femmes canadiennes.⁴⁶ Cela est attribuable en grande partie aux iniquités en matière de niveau de scolarité, d'emploi, de revenu et de statut familial (c'est-à-dire, taille de la famille et nombre de personnes gagnant un revenu au sein du ménage).

En ce qui a trait à la scolarité, les femmes autochtones sont plus susceptibles d'obtenir un diplôme d'études secondaires ou un baccalauréat que les hommes autochtones, mais moins que les femmes non autochtones.⁴⁷ Selon le recensement de 2006, le taux d'obtention de diplôme d'études secondaires des femmes de 25 ans et plus était inférieur de 7 à 33 % chez les femmes autochtones comparé aux femmes non autochtones (tableau 1).⁴⁸ Le recensement de 2006 montre aussi que chez les femmes de 25 ans et plus, deux fois plus de femmes non autochtones que de femmes autochtones obtiennent un baccalauréat ou un diplôme supérieur (tableau 1). Malgré ces disparités, le taux d'obtention du diplôme secondaire et postsecondaire s'est considérablement amélioré chez les femmes des Premières Nations, chez les Inuites et les Métisses depuis le recensement de 2001. Cela démontre la résilience, la force et la détermination des femmes autochtones, dont plusieurs surmontent de multiples

obstacles (c'est-à-dire monoparentalité et pauvreté) afin d'améliorer leur situation socioéconomique grâce à l'enseignement supérieur.

Le niveau d'instruction est lié au statut d'emploi et a des répercussions sur le niveau d'emploi et sur la nature de ce dernier. Selon le recensement effectué par Statistique Canada en 2006, les femmes autochtones sont légèrement plus susceptibles que les hommes autochtones d'avoir un emploi, mais moins que les femmes non autochtones.⁵⁰ En 2006, le taux d'emploi des femmes autochtones était de 13,5 % comparé à 16,1 % chez les hommes autochtones et de seulement 6,4 % chez les Canadiennes.⁵¹ Le taux de chômage était plus élevé chez les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve (20,6 %), suivies par les femmes inuites vivant dans l'Inuit Nunangat⁵² (17,5 %) et à l'extérieur de l'Inuit Nunangat (14,1 %), les femmes des Premières Nations vivant hors réserve (13,8 %), et les Métisses (9,5 %).⁵³ Les femmes autochtones qui ont un emploi sont plus susceptibles d'occuper un poste faiblement rémunéré, par exemple dans la vente ou dans l'administration.⁵⁴

En ce qui a trait aux revenus, selon le recensement de Statistique Canada effectué en 2006, le revenu médian des femmes autochtones est inférieur à celui

des hommes autochtones et des femmes non autochtones (tableau 2). Cependant, le fossé des sexes entre le revenu médian des hommes et des femmes autochtones est plus étroit que chez les non autochtones, ce qui suggère un degré d'égalité de revenu plus important entre les genres (malgré des niveaux de revenu inférieurs).⁵⁵ Les niveaux de revenu médian étaient plus élevés chez les Métisses, suivies des Inuites et des femmes des Premières Nations. Les résultats indiquant que le revenu médian des femmes autochtones titulaires d'un diplôme universitaire est supérieur à celui des femmes non autochtones ayant un niveau d'instruction équivalent démontrent les avantages des études postsecondaires.⁵⁶

La situation de famille aggrave aussi la pauvreté. Même si la plupart des Autochtones vivaient dans des ménages composés de deux parents (58 % en 2006, les ménages autochtones étaient plus susceptibles d'être de type monoparental que les ménages non autochtones, et les femmes autochtones étaient presque cinq fois plus susceptibles d'être cheffe de famille monoparentale.⁵⁸ Le pourcentage de ménages composé de deux parents était plus élevé chez les familles inuites (70 %), suivi des métisses (65 %) et des Premières Nations (54 %) comparé à 82 % chez les familles non autochtones.⁵⁹ Ces pourcentages n'ont pratiquement pas changé depuis le recensement effectué par Statistique Canada en 2001. La monoparentalité peut entraîner une pression financière, mentale et psychologique supplémentaire sur les familles.

Les déterminants socioéconomiques comme ceux que nous venons de voir peuvent influencer la capacité des femmes autochtones d'accéder à des services de santé de façon équitable. Elles peuvent être incapables de s'offrir les services de santé supplémentaires qui ne sont pas couverts par le système universel d'assurance maladie du Canada ou ne pas posséder les connaissances nécessaires pour comprendre la nature de leurs problèmes de santé, leurs possibilités de traitement

et les services auxquels elles peuvent avoir accès. De plus, les exigences de la monoparentalité peuvent constituer des obstacles supplémentaires à l'accès aux soins comme les coûts financiers liés à la garde des enfants et au transport pour se rendre aux rendez-vous.

Contexte relatif à la compétence

L'accès inéquitable aux services de santé et aux prestations de maladie résulte de la nature complexe et fragmentée du réseau de la santé chez les Autochtones en général et influence la santé des femmes autochtones. Cette fragmentation entraîne différentes répercussions sur les Premières Nations, les Métis et les Inuits. Le gouvernement fédéral fournit des services de santé primaires limités aux Premières Nations vivant dans les réserves et aux Inuits habitant dans leur territoire traditionnel ainsi que des prestations de maladie supplémentaires (par l'entremise du programme de services de santé non assurés — SSNA) à tous les Indiens et Inuits inscrits.⁶⁰ De plus, le gouvernement fédéral finance une gamme de programmes communautaires ciblant des problèmes de santé particuliers. La plus grande partie

de son financement vise les personnes des Premières Nations inscrites vivant dans les réserves et les Inuits qui habitent dans leur territoire traditionnel.⁶¹ Pour tous les autres Autochtones, y compris les Métis, les soins médicaux sont principalement dispensés par le gouvernement provincial ou territorial qui offre des services de santé universels à tous les résidents de leur territoire de compétence. Dans ce cadre, peu d'attention est accordée aux besoins culturels particuliers. De plus, depuis la fin des années 1980, le gouvernement fédéral encourage le transfert des responsabilités en matière de santé aux conseils de santé autochtones et à d'autres autorités, ce qui se traduit par une prestation inégale de services de santé d'une province, d'un territoire et d'une collectivité à l'autre.⁶²

État de santé des femmes autochtones

Le contexte historique et socio-économique des femmes autochtones fait en sorte qu'elles portent une partie disproportionnée du fardeau des problèmes de santé. Il est reconnu que :

*Dans toutes les sociétés, l'espérance de vie des personnes situées au bas de l'échelle sociale est plus courte et la plupart des maladies sont plus courantes. ... Plus longtemps les personnes vivent dans des conditions économiques et sociales stressantes, plus l'usure psychologique est grande et moins elles sont susceptibles de vieillir en bonne santé.*⁶³

Malgré les améliorations observées au cours des dernières décennies, les femmes autochtones ont une espérance de vie inférieure à celle des femmes non autochtones et une moins bonne conception de leur santé.⁶⁴ L'augmentation de la prévalence du diabète, du cancer et du VIH/sida chez les femmes autochtones est devenue un problème de santé publique. De plus, la santé mentale et le bien-être de nombreuses femmes autochtones continuent à poser problème à cause de la consommation excessive d'alcool et de drogue et de la violence familiale qu'elles subissent. Cette section résume les connaissances actuelles sur ces problèmes de santé pressants, que nous avons classés en deux catégories : santé physique et bien-être social/affectif. Bien que nous





reconnaissons que le taux de fertilité élevé des femmes autochtones est un important problème de santé lié au genre, ce sujet ne sera pas abordé ici parce que les répercussions sur la santé vont au-delà des mères et de leur bébé, et parce que le sujet est couvert dans d'autres publications du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.⁶⁵

Santé physique

Au cours des dernières décennies, les taux de prévalence du diabète de type 2 ont augmenté rapidement. L'obésité, l'inactivité, la mauvaise alimentation et le vieillissement sont considérés comme des facteurs de risques de cette affection. Cette épidémie mondiale a des répercussions disproportionnées sur les populations autochtones,⁶⁶ cependant, les taux varient grandement. Les taux de diabète chez les Autochtones sont plus élevés en Saskatchewan, au Manitoba et en Ontario, et plus faibles en Colombie-Britannique.⁶⁷ Ils sont également plus élevés dans les collectivités des Premières Nations que chez les Métis et chez les Inuits.⁶⁸ Les taux de prévalence sont particulièrement alarmants chez les femmes des Premières Nations, surtout pendant leurs années

de fécondité.⁶⁹ Une étude transversale effectuée en Saskatchewan par Dyck et coll. (2010) montre que l'incidence et la prévalence du diabète chez les femmes des Premières Nations est quatre fois plus élevée que chez les femmes non autochtones, alors que le taux des hommes des Premières Nations est 2,5 fois plus élevé que celui des hommes non autochtones.⁷⁰ Cependant, même si les taux de prévalence globaux sont considérablement plus élevés chez les Premières Nations, le rythme de l'augmentation chez les femmes des Premières Nations est en réalité inférieur à celui des hommes des Premières Nations et à celui des hommes et des femmes non autochtones.⁷¹ L'étude révèle également une augmentation considérable de la prévalence du diabète pendant la période couverte, soit de 1980 à 2005, et indique que les Autochtones canadiens sont diagnostiqués lorsqu'ils sont beaucoup plus jeunes que les Canadiens non autochtones. Alors que le diabète a tendance à affecter les non Autochtones lorsqu'ils ont 70 ans, les membres des Premières Nations contractent cette maladie autour de la quarantaine.⁷² Les taux élevés de surpoids et d'obésité chez les peuples autochtones, particulièrement

chez les femmes, contribuent au taux élevé de diabète.⁷³ Au fil du temps, le diabète peut entraîner plusieurs complications comme un risque accru de maladies cardiovasculaires (cardiopathies), d'hypertension (hypertension artérielle), d'accidents vasculaires cérébraux, de néphropathies et de maladies des yeux.⁷⁴

Bien que tous les registres provinciaux-territoriaux sur le cancer ne collectent pas de données sur l'ethnicité, certaines données probantes suggèrent que le cancer, particulièrement celui du col utérin, est devenu un problème de santé important chez les femmes autochtones. Il n'y a pas de données nationales sur le cancer du col utérin chez ces femmes, cependant des études régionales montrent qu'elles sont touchées de manière disproportionnée par ce type de cancer. Selon une étude effectuée par Young et coll. (2000), « le taux d'incidence standardisé selon l'âge du cancer du col utérin *in situ* et de cancer invasif était respectivement 1,8 et 3,6 fois plus élevé chez les femmes autochtones ». ⁷⁵ Des études distinctes révèlent des taux élevés de cancer du col utérin chez les femmes autochtones des Territoires du Nord-Ouest et du

Nunavut⁷⁶ et chez les femmes ayant le statut d'Indienne en Saskatchewan.⁷⁷ Un des facteurs de risque de ce cancer est la consommation de tabac⁷⁸, or les femmes autochtones de 15 ans et plus sont presque deux fois plus susceptibles que toutes les femmes canadiennes (39 % par rapport à 20 %) de rapporter une consommation quotidienne.⁷⁹

Même si les programmes de dépistage au moyen du test de Papanicolaou (Pap) ont contribué à réduire l'incidence du cancer du col utérin ainsi que la mortalité au cours des 50 dernières années, les taux de mortalité pour ce cancer sont encore plus élevés chez les femmes autochtones que chez les autres.⁸⁰ Par exemple, une étude sur le cancer du col utérin chez les femmes des Premières Nations de la Colombie-Britannique révèle que le taux de mortalité est près de six fois supérieur à la moyenne nationale.⁸¹ Le facteur clé de ces taux de mortalité élevés est le niveau inférieur de participation des femmes autochtones au processus de dépistage, particulièrement chez celles qui résident dans des régions rurales et éloignées.⁸² Les données tirées d'un programme de dépistage du cancer du col utérin effectué par Santé Manitoba entre avril 2002 et mars 2005 montrent que le taux global de dépistage de ce type de cancer est similaire chez les femmes vivant dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci dans la région de Sainte-Rose-du-Lac au Manitoba (le taux de participation des deux groupes était inférieur à la moyenne provinciale, ce qui reflète des obstacles communs, comme l'absence de proximité des services de santé).⁸³ Cependant, ces données révèlent également un taux de dépistage supérieur chez les femmes vivant à l'extérieur des réserves et appartenant au groupe d'âge des 30-39 et 40-49 ans comparé aux femmes du même âge vivant dans les réserves, ce qui suggère que ces dernières sont aux prises avec des obstacles sociaux et culturels supplémentaires qui peuvent limiter leur accès aux services de dépistage. Les auteurs suggèrent les obstacles supplémentaires

suivants : une perception d'ostracisme de la part de la collectivité non autochtone, le malaise relatif aux procédures de dépistage, des crises sociales chroniques qui peuvent empêcher les femmes de chercher à subir un test Pap.⁸⁴ En conséquence, les tests Pap ne sont pas toujours effectués régulièrement et ils ont lieu trop tard pour que le traitement soit efficace.⁸⁵ De plus, la situation socioéconomique des femmes peut avoir des répercussions sur leur taux de survie.⁸⁶

Le VIH/sida constitue également un problème de santé pressant chez les femmes autochtones qui sont deux fois plus vulnérables aux infections par le VIH que les hommes autochtones et presque trois fois plus susceptibles de contracter le sida que les femmes non autochtones.⁸⁷ Ce problème de santé a des répercussions plus importantes sur la population des Premières Nations. Sur les 605 cas de sida déclarés au 31 décembre 2006 chez les Autochtones, 73,1 % concernaient des membres des Premières Nations, 7,3 % des Métis et 3,6 % des Inuits (tableau 3).⁸⁸ Étant donné que 61 % de la population autochtone déclare appartenir aux Premières Nations, ce résultat révèle une surreprésentation des Premières Nations en ce qui a trait aux cas de sida. La source d'inquiétude la plus importante est la rapidité à laquelle ces taux augmentent, particulièrement chez les femmes des Premières Nations et chez les Inuites.⁸⁹ Le mode le plus commun de transmission du VIH/sida dans les collectivités autochtones

est la consommation de drogues injectables.⁹⁰

L'arrivée des traitements antirétroviraux en 1996 s'est traduite par une amélioration importante de la qualité et de la durée de vie des personnes vivant avec le VIH/sida. Malgré ces progrès médicaux, des études récentes ont montré que les femmes autochtones meurent du sida à un plus jeune âge que la population générale et ont moins recours aux traitements antirétroviraux.⁹² McCall et coll. (2009) ont découvert plusieurs obstacles qui empêchent les femmes autochtones de chercher un traitement en temps opportun pour l'infection VIH, notamment la peur du rejet de la part de la famille, des amis et des intervenants de la santé; une impression de futilité et d'inévitabilité; des systèmes de soutien social qui entravent l'accès aux traitements et aux soins; le fait que le VIH n'est que l'un des nombreux problèmes concurrents quotidiens des femmes autochtones.⁹³ Les taux d'observance de la pharmacothérapie contre le VIH sont également inférieurs chez les Autochtones.⁹⁴ Les facteurs de risque qui influencent l'observance sous-optimale sont : les fonctions cognitives et psychologiques (p. ex., dépression, problèmes de santé mentale), la consommation de substances psychoactives, la progression de la maladie et le degré des symptômes, le milieu de soins de santé et les facteurs matériels (p. ex., l'accès aux soins, les problèmes financiers), les expériences de

Tableau 3 - Comparaison des cas de sida déclarés au 31 décembre 2006 chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis par rapport à la population autochtone totale⁹¹

	Premières Nations	Métis	Inuits
Cas de sida déclarés au 31 décembre 2006 (n = 605)	73,1 %	7,3 %	3,6 %
Représentation par rapport à la population autochtone totale	61,3 %	34,2 %	4,4 %

traitement (p. ex., les effets secondaires), le soutien offert par les intervenants et les autres personnes et les ressources informationnelles (p. ex., les connaissances sur le VIH et la nécessité d'observer le traitement).⁹⁵ Le Réseau canadien autochtone du sida (2004) souligne que malgré la surreprésentation des femmes autochtones dans les statistiques sur le VIH/sida, il y a un manque de ressources, de programmes et de services de soutien adaptés au genre et à ces peuples.⁹⁶

Les chercheurs ont attribué les taux élevés de VIH/sida chez les Autochtones au traumatisme intergénérationnel de l'époque des pensionnats, qui a conduit les personnes à se tourner vers des mécanismes d'adaptation négatifs comme l'alcool, la consommation abusive de drogue et la violence et qui a entraîné l'appauvrissement des conditions de vie dans de nombreuses collectivités autochtones, ce qui empêche de fournir un soutien adéquat aux personnes ayant des besoins psychologiques et affectifs.⁹⁷ Les femmes autochtones sont vulnérables à cet égard parce qu'elles sont significativement plus susceptibles que les autres femmes d'avoir subi de la violence physique et sexuelle.⁹⁸ Les femmes qui ont été forcées d'avoir des relations sexuelles sont plus susceptibles de contracter le VIH et d'autres maladies transmises sexuellement.⁹⁹ Comme le soulignent McCall et coll. (2009), la crise actuelle des taux élevés de VIH/sida chez les femmes autochtones doit être considérée comme « l'une des conséquences les plus dévastatrices de la pauvreté, de la dépossession, de la violence et de la racialisation et, en fin de compte, de la colonisation ».¹⁰⁰

Bien-être social/psychologique

Même si les données qui documentent l'état de santé mentale des Autochtones en général et particulièrement celui des femmes autochtones sont extrêmement limitées, il est généralement reconnu que leur santé mentale est inférieure à celle du reste de la population.¹⁰¹ La recherche



sur la santé mentale axée sur ce type de population a tendance à traiter les peuples autochtones comme une entité homogène unique et à se concentrer principalement sur les problèmes sociaux comme la consommation abusive de substances psychoactives, la violence et le suicide plutôt que sur les troubles psychiatriques causés par ces problèmes et qui les aggravent.¹⁰² Généralement, les études montrent que les femmes sont presque deux fois plus susceptibles de souffrir de dépression que les hommes.¹⁰³ Certains groupes comme les jeunes femmes des Premières Nations sont particulièrement vulnérables.¹⁰⁴ Le rôle joué par les déterminants sociaux, économiques et historiques dans la santé mentale des femmes autochtones ne doit pas être minimisé. Ces déterminants se sont souvent traduits par une marginalisation socioéconomique et par un traumatisme intergénérationnel, ce qui a entraîné la dépression et d'autres troubles

psychiatriques ainsi que l'adoption de comportements d'autodestruction.¹⁰⁵

La violence que subissent de nombreuses femmes autochtones à la maison, dans leur collectivité et dans la société canadienne dans son ensemble est une grave menace pour leur bien-être. Ce type de violence peut « entraîner une impression omniprésente d'impuissance, de futilité et de vulnérabilité personnelle ».¹⁰⁶ Les femmes autochtones sont trois fois et demie plus susceptibles de subir de la violence que les autres femmes et plus susceptibles de subir des formes graves de violence conjugale.¹⁰⁷ Les taux élevés de violence contre les femmes autochtones sont liés non seulement à leur statut socioéconomique inférieur, mais également à l'héritage des politiques coloniales comme le système de pensionnat, où de nombreuses personnes ont subi de la violence sexuelle, physique et psychologique.¹⁰⁸ Pour certaines femmes,



ces violences ont entraîné une perte d'estime de soi, la consommation excessive d'alcool et de drogues et la perpétuation d'une vie où la violence et les abus font partie de « la norme ». ¹⁰⁹ L'exposition prolongée à la violence et à la négligence est associée au trouble du stress post-traumatique complexe, un malaise psychiatrique caractérisé par une gestion déficiente des pulsions; des comportements chroniques d'autodestruction, des épisodes de dissociation ou de dépersonnalisation; une modification de l'autoperception qui se manifeste par un sentiment chronique de culpabilité ou de honte; une modification des relations avec autrui, du système de croyances de la personne ou de la valeur et de la signification qu'elle accorde à sa propre vie. ¹¹⁰

Étant donné le problème crucial de la violence, les services de soutien doivent être renforcés. Les femmes autochtones qui ont survécu à la violence ont révélé l'absence de soutien de la part des autorités policières, du système judiciaire, des chefs et des membres du conseil masculins. ¹¹¹ Au Canada, peu de services tiennent compte du contexte social et culturel unique des femmes autochtones. ¹¹² Le financement inadéquat permettant de

soutenir les refuges nouveaux et existants destinés aux femmes autochtones constitue une difficulté majeure. ¹¹³ Les groupes de femmes au Québec ont par exemple souligné que le financement fédéral destiné à ces refuges n'a pas changé depuis 1995 et que ce financement équivaut à moins d'un tiers (en moyenne) de celui accordé par le gouvernement provincial. ¹¹⁴ Dans les communautés nordiques, le problème est aggravé par le manque de logements sécuritaires destinés aux victimes de violence et par les longs délais d'attente avant l'arrivée de la police. ¹¹⁵

L'absence de soutien a fait en sorte que certaines femmes autochtones ont quitté leur réserve pour aller vivre dans des centres urbains afin d'échapper à la violence. En réalité, « les femmes sont plus nombreuses à quitter leur collectivité que les hommes ». ¹¹⁶ Dans les villes, elles peuvent être vulnérables aux risques liés à la marginalisation économique et sociale comme l'exploitation sexuelle et la violence. Culane rapporte par exemple que les femmes autochtones représentent environ un tiers de la population de l'est du centre-ville de Vancouver, le quartier le plus pauvre du Canada. ¹¹⁷

Ce type de situation peut contribuer à des mécanismes d'adaptation nuisibles comme la consommation de substances psychoactives et la toxicomanie, ce qui peut entraîner une augmentation du taux de suicide. ¹¹⁸ Même si les données sur la prévalence des tentatives de suicide chez les Autochtones sont rares, la recherche montre que les femmes autochtones sont trois fois plus susceptibles de tenter de se suicider que les autres femmes canadiennes. ¹¹⁹ Cependant, le taux de suicide varie considérablement selon les collectivités autochtones (même au sein de la même région), d'un groupe autochtone à l'autre et au cours de la vie. ¹²⁰ Dans certaines collectivités, le taux de suicide est exceptionnellement élevé alors que dans d'autres, il est inférieur à la moyenne canadienne. Certaines études ont découvert des taux de suicide particulièrement élevés chez les jeunes adolescentes ayant le statut d'Indienne ¹²¹ et chez les femmes inuites, particulièrement au Nunavut. ¹²² Comme toutes les autres femmes canadiennes, les femmes autochtones sont plus susceptibles de tenter de se suicider que les hommes autochtones, alors que ces derniers sont plus susceptibles d'y parvenir. ¹²³ Les chercheurs ont déterminé que la continuité

culturelle ainsi qu'un solide sens d'identité et d'appartenance sont des caractéristiques protectrices pour les collectivités ayant un faible taux de suicide.¹²⁴

Stratégies et initiatives visant l'amélioration de la santé des femmes autochtones

L'amélioration de la santé des femmes autochtones est essentielle, non seulement pour chacune d'entre elles, mais également pour la revitalisation des familles et des collectivités. Le rôle des femmes en tant que mère et principale donneuse de soins fait en sorte que leur influence s'étend jusqu'à la génération suivante. Plusieurs initiatives prometteuses visant à améliorer la santé et le bien-être des femmes autochtones seront soulignées dans cette section afin de démontrer la diversité des approches employées au pays. Les exemples vont d'initiatives populaires aux politiques du gouvernement fédéral et visent à résoudre les principales difficultés afin d'améliorer la santé des femmes autochtones, y compris l'équité entre les genres, l'amélioration de l'accès aux soins de santé et l'information sur la santé culturellement appropriée. Les exemples illustrent également les initiatives ciblant quelques-uns des problèmes de santé pressants qui touche les femmes autochtones et dont il est question dans cet article. Cette section ne se veut pas exhaustive.

L'amélioration de l'accès aux soins de santé est une étape importante de la réponse à certains des besoins des femmes autochtones en matière de soins. Jusqu'à présent, elles n'ont pas été bien servies par le système de santé. Petten (2002) a par exemple découvert plusieurs obstacles majeurs à l'accès aux soins de santé : l'absence de compréhension des acteurs du système concernant la façon dont certaines maladies touchent différents groupes ethniques; l'absence d'autres possibilités de traitement culturellement

approprié; les obstacles linguistiques et de communication qui empêchent les femmes autochtones de comprendre la santé et les types de services auxquels elles peuvent avoir accès; la capacité du système de santé d'être sensible aux besoins culturels particuliers des femmes autochtones.¹²⁵ De plus, Hare (2004) a déterminé que le racisme, les approches médicalisées de la guérison et du bien-être et particulièrement dans le Nord, les obstacles géographiques, sont également des obstacles à l'accès aux soins.¹²⁶ Elle souligne une étude effectuée par Browne et coll. (2000) où les femmes autochtones ont exprimé leur préoccupation envers les intervenants et les services offerts dans les établissements de la société dominante. Elles ont indiqué qu'elles se sentaient « rejetées, ou traitées comme une quantité négligeable, jugées de façon négative et stéréotypée et qu'on ignorerait leur situation personnelle ». ¹²⁷ Ces types de sentiments ne sont pas uniques au contexte géographique de l'étude. Plusieurs autres femmes autochtones y ont fait écho dans tout le Canada. Il est essentiel de surmonter ces obstacles si l'on veut encourager les femmes à chercher des soins, à passer des tests et à se faire traiter en temps opportun. Il est clairement nécessaire de mettre en place des modèles de prestation de services sensibles à la culture et ciblant les femmes autochtones.

Le projet Sheway est un exemple de programme modèle visant l'amélioration de l'accès aux soins de santé culturellement appropriés. Sheway est partenaire de la Vancouver Native Health Society (VNHS). Il fait la promotion de l'approche de réduction des méfaits, des soins de santé holistiques et d'une atmosphère familiale pour les femmes toxicomanes enceintes.¹²⁸ Même si cet organisme ne cible pas particulièrement les femmes autochtones, 70 % de sa clientèle est autochtone.¹²⁹ Le projet Sheway souligne la résilience des femmes autochtones en soutenant leur autodétermination, leurs choix et leur autonomisation.¹³⁰ La

recherche entreprise par Benoit et coll. (2003) qui porte sur l'opportunité et la pertinence de la VNHS et des modèles de prestation de services souligne plusieurs caractéristiques du projet qui sont considérées comme une partie intégrante de son succès, notamment : 1) une prestation de services fluide et informelle; 2) une structure de personnel collective et non hiérarchique; et 3) des relations horizontales entre le personnel et les clients, qui selon les auteurs, reflètent « les valeurs et les structures holistiques des sociétés autochtones plus communautaires et plus traditionnelles. »¹³¹ Néanmoins, les répondants de la recherche ont déterminé plusieurs difficultés relatives au modèle Sheway et ont indiqué qu'ils aimeraient qu'un lieu de guérison soit créé dans la partie est du centre-ville, qui tirerait parti des caractéristiques positives de Sheway tout en fournissant « un système de santé plus holistique et intégré aux familles autochtones tout au long de leur vie ». ¹³²

Certains programmes au Canada visent à améliorer la santé des femmes autochtones en améliorant l'accès au dépistage du cancer du col utérin. Par exemple, le programme de santé autochtone du BC Women's Hospital and Health Centre fournit des services d'approche, de l'éducation en matière de santé et des services de dépistage de ce type de cancer en région éloignée.¹³³ Dans son étude, Black (2009) suggère plusieurs façons d'améliorer la participation des femmes au dépistage du cancer du col utérin, et les classe en sept catégories : 1) établir des partenariats dans la collectivité des femmes que l'on cherche à atteindre; 2) renseigner les femmes lorsqu'elles sont jeunes sur l'importance du dépistage du cancer du col utérin et du rôle du vaccin contre le papillomavirus dans la prévention de cette maladie; 3) créer des documents éducatifs qui reflètent la vie des femmes autochtones; 4) organiser des journées consacrées aux tests Pap; 5) fournir des services aux femmes qui vivent dans des collectivités éloignées; 6) organiser des

consultations sans rendez-vous; 7) utiliser des technologies créatives pour les populations plus difficiles à rejoindre.¹³⁴ De plus, certains chercheurs étudient des approches de rechange aux tests Pap afin d'améliorer les taux de dépistage. Par exemple Zehbe et coll. (2011) ont testé une approche d'autoprélèvement vaginal sur un groupe de femmes des Premières Nations de l'Ontario et ont découvert qu'elle était bien reçue et viable.¹³⁵

Il est également possible d'améliorer la santé des femmes autochtones en produisant des informations, de l'éducation et des ressources sur la santé mieux adaptées à la culture. Alberta Health Services a mis au point une trousse d'outils contenant des ressources sur le dépistage du cancer du col utérin pour les Autochtones à partir de commentaires de responsables autochtones de la santé, du personnel de l'Alberta Cancer Board, des membres de la collectivité autochtone et de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits. La trousse est destinée aux intervenants de la santé et vise à les aider à informer les femmes autochtones sur ce type de cancer et sur son dépistage. Elle comprend le contexte, une présentation, des ressources et des documents ainsi que des témoignages de femmes autochtones et des outils pratiques. La trousse a fait l'objet d'un test pilote dans plusieurs collectivités chez les Premières Nations et les Métis afin de veiller à ce qu'elle réponde aux besoins de ces femmes.¹³⁶

De plus, les chercheurs de l'University of Western Ontario ont travaillé en partenariat avec la Southern Ontario Aboriginal Diabetes Initiative (SOADI) afin d'adapter le programme pour que le diabète gestationnel fasse partie de sa campagne de sensibilisation. L'Association nationale autochtone du diabète a adopté le ruban de vie en 2006 comme symbole national de sensibilisation à cette maladie chez les peuples autochtones. Il s'agit d'un programme de promotion de la santé qui intègre des éléments culturels dans un

cadre holistique pour souligner la nécessité de trouver un équilibre entre les aspects spirituels, psychologiques, physiques et mentaux de la santé afin d'avoir un esprit et un corps sain tout au long de la vie et d'une génération à l'autre. Pour ce faire, on utilise le symbolisme lié au ruban de vie qui comprend quatre rubans (chacun d'une couleur différente : blanc, noir, jaune et rouge), et sept perles bleues. Le ruban de vie modifié pour le diabète gestationnel consiste en un ruban et en trois perles (la perle originale bleue et une perle rouge qui représente la mère enceinte et la Terre mère ainsi qu'une perle verte plus petite qui représente le bébé et qui symbolise la nouvelle vie et le renouveau). Ces chercheurs soutiennent que la grossesse est un moment opportun pour commencer à offrir des programmes d'intervention communautaire puisque les intervenants peuvent motiver les femmes enceintes à adopter des modes de vie plus sains pour la santé de leur fœtus.¹³⁷

Des efforts sont également entrepris pour mettre au point une réponse coordonnée afin de gérer les répercussions du VIH et du sida sur la vie des femmes autochtones. Le Réseau canadien autochtone du sida a mis au point une stratégie quinquennale (2010-2015) qui vise à créer des « environnements favorisant la sécurité » en éliminant les obstacles qui affectent la qualité de vie des femmes vivant avec le VIH/sida, en améliorant les réseaux de soutien qui leur sont destinés et en prévenant les nouvelles infections grâce à des messages de prévention positifs visant toutes les femmes autochtones.¹³⁸ La stratégie détermine les principales activités à mettre en place afin d'atteindre cinq objectifs qui se recourent : 1) renforcer le réseau et le soutien destinés aux femmes autochtones séropositives (FAS) et à leurs enfants dans chaque région; 2) augmenter l'accessibilité aux soins, aux traitements et aux services de soutien culturellement appropriés pour les FAS dans chaque région; 3) faire du lobbyisme afin de modifier les politiques pour éliminer ou

diminuer les obstacles systémiques vécus par les FAS et leurs enfants dans chaque région; 4) augmenter la prévention, l'éducation et la sensibilisation au VIH et au sida auprès des populations de femmes autochtones « à risque » dans chaque région; 5) augmenter la recherche communautaire axée sur les femmes autochtones.

Le gouvernement du Canada et ses divers ministères et organismes ont mis en place plusieurs initiatives législatives et politiques visant à assurer l'égalité entre les genres, celle des femmes en général et plus particulièrement celle des femmes autochtones. Il s'agit de modifications législatives dont l'objectif est d'éliminer la discrimination liée au genre enchâssée dans la *Loi sur les Indiens*, ainsi que d'initiatives visant à s'assurer de considérer les futures législations et politiques sous l'angle du genre en tenant non seulement compte des différences sociales et économiques entre les genres, mais également de leurs différentes conséquences sur l'élaboration de politiques et de programmes. En 1985, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi C-31 modifiant la Loi sur les Indiens* qui permet ainsi aux femmes qui avaient perdu leur statut d'Indienne en vertu de l'article 12 (1) et à leurs enfants de le récupérer; introduit de nouveaux règlements régissant le droit des enfants nés après le 16 avril 1985 à s'inscrire comme Indien; accorde aux Premières Nations la capacité d'élaborer et d'appliquer leurs propres règlements concernant l'appartenance à une bande.¹³⁹ Cette loi a permis d'éliminer certains aspects de la discrimination liée au genre contenue dans la *Loi sur les Indiens* en veillant à ce que les femmes puissent maintenir leur statut d'Indienne si elles épousent un homme ne possédant pas ce statut. Cependant, la loi contenait encore une disposition discriminatoire, à savoir la règle de l'exclusion après la deuxième génération par laquelle les petits-enfants des grands-pères autochtones avaient le droit d'obtenir le statut d'Indien, mais les petits-enfants des grands-mères

autochtones ne l'avaient pas. L'adoption récente de la *Loi C-3, Loi sur l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens*, en décembre 2010, constitue un progrès supplémentaire pour l'équité entre les genres en éliminant cette disposition discriminatoire.¹⁴⁰ Néanmoins, ces deux lois font encore l'objet de controverses¹⁴¹ et les femmes autochtones continuent à faire du lobbyisme pour défendre l'application de leurs droits civils et politiques.

Le gouvernement fédéral s'est également efforcé de promouvoir l'équité entre les genres en encourageant les personnes qui élaborent des lois et des politiques à tenir compte du genre. En 1995, le Cabinet a approuvé le Plan fédéral pour l'égalité entre les sexes qui oblige les ministères à adopter « une démarche systématique destinée à éclairer et à guider le processus d'élaboration des politiques et des lois au niveau fédéral en tenant compte de leurs conséquences différentes, s'il y en a, sur les hommes et les femmes. »¹⁴² À la suite du Plan fédéral, le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada a créé le Bureau de la conseillère principale pour l'égalité des

sexes (renommé Direction des questions féminines et de l'égalité entre les sexes en 1999) chargé d'élaborer et de mettre en place une politique d'analyse axée sur le genre afin que le ministère s'occupe des problèmes d'égalité entre les genres chez les Premières Nations et les partenaires du Nord.¹⁴³ Cela comprend l'élaboration et la mise en place de politiques, de programmes, de plans de communication, de règlements et de législation ministériels; des consultations et des négociations (comme les gouvernements autonomes, les revendications territoriales, les droits découlant des traités et le transfert des responsabilités) ainsi que les instructions et les stratégies relatives à la recherche, au règlement des conflits et aux litiges.¹⁴⁴

Santé Canada a pris des initiatives similaires afin de promouvoir l'équité entre les genres au sein de son ministère. En 1999, il a adopté la Stratégie pour la santé des femmes afin d'orienter le ministère pour qu'il intègre pleinement l'analyse axée sur le genre dans ses programmes et ses politiques.¹⁴⁵ Le Bureau pour la santé des femmes et l'analyse comparative entre les sexes s'est vu attribuer la responsabilité de promouvoir et de faire progresser la

stratégie au sein du ministère.¹⁴⁶ Les succès fondamentaux de la stratégie sont : la mise en place du Programme de contribution à la santé des femmes afin de soutenir plusieurs groupes de recherche sur la santé des femmes, des groupes de travail nationaux ainsi que le Réseau canadien pour la santé des femmes; le projet d'indicateurs sur la santé des femmes qui vise à améliorer les façons de mesurer et de suivre la santé de ces dernières; la coordination, le suivi et l'évaluation de la mise en œuvre du processus d'analyse axée sur le genre dans tout le Canada.¹⁴⁷ La stratégie est en cours de révision. Le fait que Santé Canada considère le genre comme un de ses 12 déterminants de la santé constitue également un progrès important vers l'équité entre les genres.¹⁴⁸ Même si ces initiatives fédérales sont prometteuses pour l'avancement de la notion de l'équité entre les genres et pour l'amélioration de la vie des femmes autochtones, de leur famille et de leur collectivité, le défi de l'équité restera difficile à relever sans le soutien financier et l'engagement soutenus de toutes les parties concernées.





En plus de ces initiatives, le gouvernement fédéral finance de nombreuses initiatives communautaires visant à améliorer la santé des peuples autochtones en général. Plusieurs d'entre elles ciblent particulièrement les problèmes de santé les plus pressants qui affectent les femmes autochtones, y compris l'obésité, le diabète, la santé mentale, la mauvaise utilisation des substances psychoactives, la violence familiale et les autres conséquences intergénérationnelles découlant du traumatisme de l'expérience des pensionnats et des autres politiques coloniales ainsi que le VIH/sida.¹⁴⁹ Plusieurs de ces initiatives permettent aux collectivités autochtones de concevoir et de gérer des programmes et des services culturellement adaptés répondant aux besoins propres à chaque collectivité. Cependant, la critique courante concernant plusieurs de ces types de programmes est qu'ils reposent souvent sur un financement à court terme accordé d'après les capacités des organismes communautaires à rédiger des demandes de financement efficaces, une activité qui demande du temps et des efforts considérables au personnel qui pourrait plutôt consacrer son temps à fournir des services utiles.¹⁵⁰

Conclusion

La santé est une partie importante du développement personnel et communautaire et en constitue le préalable. L'étude des questions entourant la santé des Autochtones révèle que le genre est un déterminant social clé de l'état de santé. Les problèmes de santé mentionnés ici illustrent « les problèmes interreliés de la racialisation et du genre, la continuation de multiples formes de discrimination systémique et l'étendue de l'influence des iniquités sociales et en matière de santé sur la vie de nombreuses personnes ». ¹⁵¹ La recherche indique que les femmes autochtones au Canada sont aux prises avec des obstacles considérables à la santé et au bien-être, notamment le sexisme, la violence, la pauvreté, la monoparentalité, le faible taux de diplomation et l'emploi. Cet article recense certains facteurs qui interagissent avec le genre et qui ont des répercussions sur la santé et le bien-être des femmes autochtones ainsi que des données probantes récentes concernant leur état de santé. Il fournit également certains exemples d'initiatives prometteuses visant à améliorer la santé des femmes autochtones. Ces exemples se produisent à différentes

échelles; il peut s'agir d'initiatives du gouvernement fédéral ou d'organismes autochtones ou encore d'organismes communautaires ou de celles qui sont mises au point en partenariat avec de multiples ordres de gouvernement et organisations autochtones.

Les nombreuses difficultés liées à l'état de santé des femmes autochtones au Canada peuvent être largement attribuées aux antécédents historiques et aux circonstances socioéconomiques qui en découlent. La résolution de ces difficultés est complexe compte tenu du fait que la prestation des soins de santé relève de multiples autorités administratives et des divers contextes dans lesquels vivent les femmes autochtones. Malgré cela, ces dernières ont démontré leur force et leur résilience et se sont adaptées aux difficultés qu'elles subissent quotidiennement. Elles ont exercé des pressions afin de modifier les lois et les politiques permettant de s'attaquer aux racines sous-jacentes des iniquités en matière de santé et ont montré qu'il est possible de surmonter les obstacles considérables qu'elles rencontrent en ce qui a trait à l'amélioration de leur santé et de leur bien-être et de celui de leur famille et de leur collectivité.

Resources

- L'Association des femmes autochtones du Canada
www.nwac.ca
- Cercle national autochtone contre la violence familiale
nacafv.ca/fr/mandat
- Aboriginal Justice Implementation Committee, Manitoba
www.ajic.mb.ca
(en anglais seulement)
- Association du Barreau canadien, section sur le droit des Autochtones au Canada
http://www.cba.org/abc/sections_abor_f/main/
- Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, Politique sur l'analyse comparative entre les sexes
http://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ/STAGING/texte-text/plc_1100100028538_fra.pdf
- Santé Canada, Analyse comparative fondée sur le sexe et le genre
<http://www.hc-sc.gc.ca/hl-vs/gender-gendre/analys/index-fra.php>
- Réseau canadien pour la santé des femmes
<http://www.cwhn.ca/>
- BC Centre of Excellence for Women's Health
www.bccewh.bc.ca/about-us/
(en anglais seulement)
- Institute for the Advancement of Aboriginal Women
www.iaaw.ca
(en anglais seulement)
- Conseil national des femmes métisses
www.metiswomen.ca
(en anglais seulement)
- Pauktuutit Inuit Women of Canada
www.pauktuutit.ca
(en anglais seulement)
- Vancouver Native Health Society
www.vnhs.net
(en anglais seulement)
- Aboriginal Health, BC Women's Hospital and Health Centre
www.bcwomens.ca/services/aboriginalhealth
(en anglais seulement)
- Southern Ontario Aboriginal Diabetes Initiative
www.soadi.ca/resources.html
(en anglais seulement)
- Association nationale autochtone du diabète
www.nada.ca
(en anglais seulement)
- Canadian Aboriginal AIDS Network
www.caan.ca
(en anglais seulement)

Notes de fin

- ¹ World Health Organization (nd.). Social determinants of health. Geneva: WHO. Consulté le 12 janvier 2012 à http://www.who.int/social_determinants/en/
- ² Voir par exemple Commission on the Social Determinants of Health (2008). Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health; Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: World Health Organization; Public Health Agency of Canada. (2003). What makes Canadians healthy or unhealthy? Ottawa, ON: Author. Consulté le 1^{er} juin 2009, à <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/determinants/determinants-eng.php>; et Wilkinson, R., & Marmot, M. (Eds.). (2003). Social determinants of health: The solid facts. Geneva: World Health Organization.
- ³ Pour d'autres discussions concernant les répercussions des déterminants sociaux sur la santé des peuples autochtones, consulter le rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2012) intitulé *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : Examen de la santé publique autochtone au Canada*.
- ⁴ Loppie-Reading, C. & Wien, F. (2009). Health inequalities and social determinants of Aboriginal peoples' health. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- ⁵ Ibid., p. 1; voir par exemple le First Nations Regional Longitudinal Health Survey de 2002-2003 et le Aboriginal Peoples Survey de 2006.
- ⁶ Loppie-Reading & Wien (2009).
- ⁷ Ibid., p. 5.
- ⁸ Ibid., p. 20.
- ⁹ Health Canada (2003, p. 7) cité dans Armstrong, P. (2009), Public policy, gender and health. Dans Social determinants of health (2nd Edition), D. Raphael (Ed.), p. 354. Toronto, ON: Canadian Scholars' Press Inc.
- ¹⁰ Armstrong, P. (2009). Public policy, gender and health.
- ¹¹ Johnson, J.L., Greaves, L., & Repta, R. (2009). Better science with sex and gender: Facilitating the use of a sex and gender-based analysis in health research. *International Journal for Equity in Health*, 8:14, p. 3.
- ¹² Armstrong, P. (2009). Public policy, gender and health.
- ¹³ Ibid.
- ¹⁴ Public Health Agency of Canada (PHAC) (1999). Toward a healthy future: Second report on the health of Canadians, Advisory Committee on Population Health, Charlottetown, P.E.I.: PHAC; PHAC (2003). What makes Canadians Healthy or Unhealthy?
- ¹⁵ Les femmes ont signalé d'autres symptômes comme la nausée, des douleurs aux membres et au visage, le hoquet et des palpitations cardiaques que les hommes ne déclarent pas normalement. Pour de plus amples renseignements, voir la National Stroke Association (2011). Unique symptoms in women. Women and stroke. Centennial, CO: National Stroke Association. Consulté le 29 juillet 2011 à <http://www.stroke.org/site/PageServer?pagename=WOMSYM>
- ¹⁶ DeVon, H.A., Saban, K.L., & Garrett, D.K. (2011). Recognizing and responding to symptoms of acute coronary syndromes and stroke in women. *JOGNN*, 40: 372-382. DOI: 10.1111/j.1552-6909.2011.01241x
- ¹⁷ Keleher, H. & Franklin, L. (2008). Changing gendered norms about women and girls at the level of household and community: A review of the evidence. *Global Public Health*, 3(S1): 42-57.

- ¹⁸ Canadian International Development Agency (CIDA)(2011). Equality between men and women. Ottawa, ON: CIDA. Consulté le 27 juillet 2011 à <http://www.acdi-cida.gc.ca/equality>
- ¹⁹ International Labour Organization (ILO)(2010). Women in the labour market: Measuring progress and identifying challenges. Geneva: ILO.
- ²⁰ Les disparités socioéconomiques des femmes autochtones comparées à celles des hommes autochtones et des femmes non autochtones feront l'objet d'une discussion dans la section suivante. Plus de détails dans le rapport du CCNSA *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : Examen de la santé publique autochtone au Canada*.
- ²¹ National Association of Friendship Centres (NAFC) (nd). Urban Aboriginal women: Social determinants of health and well-being. Ottawa, ON: NAFC. Consulté le 23 juillet 2010 à <http://www.laa.gov.nl.ca/laa/news/pdf/NAFC-UrbanAboriginalWomen.pdf>
- ²² The Aboriginal Justice Implementation Commission (AJIC)(1999). Chapitre 13. The Justice System and Aboriginal People. Winnipeg, MB: Government of Manitoba. Consulté le 21 juillet 2010 à <http://www.ajic.mb.ca/volume1/chapter13.html>
- ²³ McIvor, S.D. (1995). Aboriginal women's rights as "existing rights". Canadian Woman Studies, 15(2/3): 34-38.
- ²⁴ Jamieson (1986) cité dans Carter, S. (1996). First Nations women of Prairie Canada in the early reserve years, the 1870s to the 1920s: A preliminary inquiry. Dans Women of the First Nations: Power, wisdom, and strength, C. Miller and P.M. Chuchryk (Eds.), p. 53. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- ²⁵ Kenny, C., Faries, E., Fiske, J.-A., & Voyaguer, C. (2004). A holistic framework for Aboriginal policy research. Ottawa, ON: Research Directorate, Status of Women Canada.
- ²⁶ McGrath, A. & Stevenson, W. (1996). Gender, race, and policy: Aboriginal women and the state in Canada and Australia. Labour History, 71: 37-53; Kenny et al. (2004). A holistic framework for Aboriginal policy research.
- ²⁷ Dans la société européenne, au moment des premiers contacts, les femmes ne pouvaient pas voter, posséder des biens ni conclure des contrats (Aboriginal Justice Implementation Commission, 1999).
- ²⁸ McGrath, A. & Stevenson, W. (1996). Gender, race, and policy.
- ²⁹ Ibid, p. 41.
- ³⁰ Emberley, J.V. (2001). The bourgeois family, Aboriginal women, and colonial governance in Canada: A study in feminist historical and cultural materialism, Signs, 27(1): 59-85; McGrath & Stevenson (1996). Gender, race and policy.
- ³¹ Aboriginal Justice Implementation Commission (1999). Chapitre 13.
- ³² McGrath & Stevenson (1996). Gender, race, and policy.
- ³³ Aboriginal Justice Implementation Commission (1999), chapitre 13.
- ³⁴ Bourassa, C., McKay-McNabb, K., & Hampton, M. (2004). Racism, sexism, and colonialism: The impact on the health of Aboriginal women in Canada. Canadian Woman Studies, 24(1): 23-29.
- ³⁵ Ibid.
- ³⁶ Prairie Women's Health Centre of Excellence (2004). Living well: Aboriginal women, cultural identity and wellness – A Manitoba community project, cité dans Bourassa et al. (2004). Racism, sexism, and colonialism.
- ³⁷ Ces difficultés comprennent les attitudes des responsables des collectivités et le droit des administrations locales indiennes de continuer à refuser d'accorder le statut de membre, le refus du gouvernement fédéral d'augmenter les terres et les ressources des réserves pour répondre à la croissance accrue des membres des bandes, l'obligation de participer aux décisions du conseil de bande lorsqu'on réside dans une réserve, l'absence de lois fédérales accordant des droits aux femmes en ce qui a trait à la terre et aux biens en cas de conflit conjugal ou de séparation, entre autres. Voir Emberley (2001). The bourgeois family; Bourassa et al. (2004). Racism, sexism, and colonialism; et McIvor (1995). Aboriginal women's rights as "existing rights".
- ³⁸ Voir par exemple Dion Stout, M. & Kipling, G. (2003). Aboriginal people, resilience and the residential school legacy. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation (AHF); Chansonneuve, D. (2005). Reclaiming connections: Understanding residential school trauma among Aboriginal people. Ottawa, ON: AHF; Kirmayer, L.J., Brass, G.M., & Tait, C. (2000). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. The Canadian Journal of Psychiatry, 47: 607-616; and Kirmayer, L.J., Brass, G.M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). Suicide among Aboriginal people in Canada. Ottawa, ON: AHF.
- ³⁹ National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA] (2009). Aboriginal and non-Aboriginal children in child protection services – Fact Sheet. Prince George, BC: NCCAHA.
- ⁴⁰ Barlow, J.K. (2009). Residential schools, prisons, and HIV/AIDS among Aboriginal people in Canada: Exploring the connections. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- ⁴¹ Browne, A., McDonald, H., & Elliott, D. (2009). Urban First Nations health research discussion paper. Ottawa, ON: First Nations Centre, NAHO.
- ⁴² Plus d'enfants autochtones vivent dans une famille monoparentale le plus souvent dirigée par une femme. Pour de plus amples détails sur ce fait et sur les autres disparités socioéconomiques entre les hommes et les femmes autochtones, voir le rapport publié en 2012 par le CCNSA : *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : Examen de la santé publique autochtone au Canada*.
- ⁴³ McIvor (1995). Aboriginal women's rights as "existing rights".
- ⁴⁴ Kenny et al. (2004). A holistic framework for Aboriginal policy research.
- ⁴⁵ World Bank (1990). World development report 1990: Poverty. Oxford: Oxford University Press, p. 2.
- ⁴⁶ Townson, M. (2005). Poverty issues for Canadian women: Background Paper. Ottawa, ON: Status of Women Canada, Government of Canada.
- ⁴⁷ Statistics Canada (2006). Aboriginal identity, age groups, area of residence, sex and selected demographic, cultural, labour force, educational and income characteristics for the total population of Canada, Provinces and Territories, 2006 Census – 20% Sample Data. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue 97-564-XWE2006002.
- ⁴⁸ O'Donnell, V. & Wallace, S. (2011). First Nations, Métis and Inuit women. Ottawa, ON: Statistics Canada, Component of Catalogue #89-503-X.
- ⁴⁹ Ibid.
- ⁵⁰ Ibid.
- ⁵¹ Statistique Canada (2006). Recensement 2006.
- ⁵² Inuit Nunangat renvoie aux quatre régions inuites au Canada : Inuvialuit, Nunavut, Nunavik, et Nunatsiavut.
- ⁵³ O'Donnell & Wallace (2011). First Nations, Métis and Inuit women.
- ⁵⁴ Hull, J. (2001). Aboriginal women: A profile from the 2001 census. Winnipeg, MB: Prologica Research Inc.; Native Women's Association of Canada (2004). Background paper: Canada-Aboriginal Peoples Roundtable Economic Opportunities Sectoral Session. Ottawa, ON: NWAC.
- ⁵⁵ Wilson, D. & Macdonald, D. (2010). The income gap between Aboriginal peoples and the rest of Canada. Ottawa, ON: Canadian Centre for Policy Alternatives.

- ⁵⁶ Ibid.
- ⁵⁷ Ibid.
- ⁵⁸ Statistics Canada (2008). Aboriginal peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue #97-558.
- ⁵⁹ Ibid.
- ⁶⁰ Health Canada (2008). First Nations and Inuit Health Branch. Fact Sheet, <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/fact-fiche-eng.php>
- ⁶¹ Pour de plus amples renseignements sur ce sujet, voir le rapport du CCNSA (2011) *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : Examen de la santé publique autochtone au Canada*.
- ⁶² Lavoie, J.G., O'Neil, J., Sanderson, L., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J., et al. (2005). The evaluation of the First Nations and Inuit health Transfer Policy. Final Report: Volume 1, Executive Summary. Winnipeg, MB: Centre for Aboriginal Health Research, University of Manitoba for FNIHB – Health Canada.
- ⁶³ Wilkinson, R. & Marmot, M. (2003). Social determinants of health: The solid facts. Geneva: World Health Organization, p. 110.
- ⁶⁴ Vancouver Women's Health Collective (2006). Facts on Aboriginal women's health. Vancouver, BC: Author. Consulté le 23 juillet 2010 à <http://www.womenshealthcollective.ca/PDF/aboriginal%20women%20and%20health%20titbit.pdf>
- ⁶⁵ Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone et la First Nation Health Authority (régie de santé des Premières Nations) publieront bientôt une série de fiches d'information sur la santé des femmes autochtones en Colombie-Britannique, qui soulignent le taux de fertilité plus élevé chez les mères autochtones comparés à celui des mères non autochtones, la santé des mères pendant la grossesse, les problèmes entourant l'accès aux services et à l'information concernant l'accouchement et la santé prénatale ainsi que les répercussions de la santé prénatale sur la santé des bébés. À venir en 2013.
- ⁶⁶ Dyck, R., Osgood, N., Hsiang Lin, T., Gao, A., & Stang, M.R. (2010). Epidemiology of diabetes mellitus among First Nations and non-First Nations adults. CMAJ, DOI: 10.15093/cmaj.090846
- ⁶⁷ Health Canada (1999). Diabetes in Canada: National statistics and opportunities for improved surveillance, prevention and control. Ottawa, ON: Health Canada.
- ⁶⁸ PHAC (1999). Diabetes and Aboriginal peoples. Diabetes in Canada. Ottawa, ON: PHAC. Consulté le 29 janvier 2010 à <http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/dic-dac99/d12-eng.php>
- ⁶⁹ Health Canada (2000). Diabetes among Aboriginal people in Canada: The evidence. Ottawa, ON: Health Canada; Dyck et al. (2010). Epidemiology of diabetes mellitus.
- ⁷⁰ Dyck et al. (2010). Epidemiology of diabetes mellitus.
- ⁷¹ Ibid.
- ⁷² Ibid.
- ⁷³ Ibid.; RHS National Team (2007). First Nations Regional Longitudinal Health Survey (RHS) 2002/03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities. Ottawa, ON: Assembly of First Nations/First Nations Information Governance Committee.
- ⁷⁴ PHAC (1999). Diabetes in Canada.
- ⁷⁵ Young, T.K., Kliever, E., Blanchard, J., & 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(9): 1467.
- ⁷⁶ Healey, S., Aronson, K., Mao, Y., & Franco, E. (2003). Human papillomavirus and cervical dysplasia in Nunavut: Prelude to a screening strategy. International Journal of Circumpolar Health, 63(Suppl. 2): 199-201; Corriveau, A. (1997). Cancer incidence and mortality in the NWT 1991 to 1996. Epi-North, 9(2):5; Kjaer and Nielsen, 1996 and Nielsen et al. 1996, cité dans Public Health Agency of Canada (1998). Cervical cancer screening in Canada: 1998 Surveillance Report. Ottawa, ON: PHAC, Sect. 2.2, para. 4. Consulté le 22 juillet 2011 à http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/ccsic-dccuac/chap_2-eng.php
- ⁷⁷ Gill et al. (1990), cité dans PHAC (1998). Cervical cancer screening in Canada.
- ⁷⁸ Franco, E.L., Duarte-Franco, E., & Ferenczy, A. (2001). Cervical cancer: Epidemiology, prevention and the role of human papillomavirus infection. Canadian Medical Association Journal, 164(7): 1017-1025.
- ⁷⁹ Vancouver Women's Health Collective (2006). Facts on Aboriginal women's health.
- ⁸⁰ Alvi, R.A. (2000). Breast, cervical and colorectal cancer survival rates for northern Saskatchewan residents and First Nations. Saskatoon, SK: Unpublished MSc thesis, Department of Community Health and Epidemiology, University of Saskatchewan; Irvine, J., Gillis, D.C., Tan, L., Chiu, S., Liu, L., & Robson, D. (1990). Lung, breast and cervical cancer incidence and survival in Saskatchewan northerners and registered Indians (1967-86). In 8th International Congress on Circumpolar Health, 1990 May 20-25, Whitehorse, Yukon, pp. 452-456. Winnipeg, MB: University of Manitoba Press.
- ⁸¹ Band, P.R., Gallagher, R.P., Threlfall, W.J., Hislop, T.G., Deschamps, M., & Smith, J. (1992). Rate of death from cervical cancer among Native Indian women in British Columbia. Canadian Medical Association Journal, 147 (12): 1802-1804.
- ⁸² First Nations Centre (2006). Cancer of the cervix in North American Indian women: A literature review. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization; Johnson, G.M., Boyd, C.J., & MacIsaac, M.A. (2004). Community-based cultural predictors of pap smear screening in Nova Scotia. Canadian Journal of Public Health, 95(2): 95-98; and Hislop, T.G., Deschamps, M., Band, P.R., Smith, J.M., & Clarke, H.F. (1992). Participation in the British Columbia Cervical Cytology Screening Programme by Native Indian women. Canadian Journal of Public Health, 83(5): 344-345.
- ⁸³ Hwi, L. & Ting, J. (2006). Cervical cancer screening rates of reserve and non-reserve women served by the Ste. Rose du Lac Clinic in the East Parkland Regional Health Authority. Winnipeg, MB: University of Manitoba, SWEAT Program.
- ⁸⁴ Finney (2006) as cited in Hwi, L. & Ting, J. (2006). Cervical cancer screening rates of reserve and non-reserve women served by the Ste. Rose du Lac Clinic in the East Parkland Regional Authority.
- ⁸⁵ Kue Young, T. Blanchard, J., & 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(9): 1466-1468; and Black, A.T. (2009). Cervical cancer screening strategies for Aboriginal women. Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health, 7(2): 157-179.
- ⁸⁶ Irvine et al. (1990). Lung, breast and cervical cancer incidence and survival in Saskatchewan northerners and registered Indians.
- ⁸⁷ Gatali & Archibald (2003) cité dans Prentice, T. (2004). HIV/AIDS and Aboriginal women, children and families – A position statement. Ottawa, ON: The Canadian Aboriginal AIDS Network.
- ⁸⁸ AIDS rates are derived from Public Health Agency of Canada (2007). HIV/AIDS Epi Updates. Ottawa, ON: Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Minister of Health; Percentages of First Nations, Métis and Inuit as part of the total population were taken from Statistics Canada (2006). 2006 Census: Aboriginal peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census.
- ⁸⁹ Health Canada (2006). HIV and AIDS. First Nations, Inuit and Aboriginal Health. Ottawa, ON: FNIAH. Consulté le 29 janvier 2010 à <http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-spnia/diseases-maladies/aids-sida/index-eng.php>; Gatali & Archibald (2003) cité dans Prentice (2004). HIV/AIDS and Aboriginal women, children and families, p. 4.

- ⁹⁰ PHAC (2004, December). Understanding the HIV/AIDS epidemic among Aboriginal peoples in Canada: The community at a glance. Ottawa, ON: PHAC.
- ⁹¹ Les taux concernant le sida sont tirés de l'Agence de la santé publique du Canada (2007). HIV/AIDS Epi Updates. Ottawa, ON: Centre for Infectious Disease Prevention and Control, Minister of Health; les pourcentages de membres des Premières Nations, de Métis et d'Inuits par rapport à la population totale proviennent de Statistique Canada (2006). 2006 Census: Aboriginal peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census.
- ⁹² McCall, J., Browne, A.J., & Reimer-Kirkham, S. (2009). Struggling to survive: The difficult reality of Aboriginal women living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research*, 19(12): 1769-1782.
- ⁹³ Ibid. p. 1772.
- ⁹⁴ Tyndall, M.W., McNally, M., Lai, C., Zhang, R., Wood, E., Kerr, T., et al. (2007). Directly observed therapy programmes for anti-retroviral treatment amongst injection drug users in Vancouver: Access, adherence and outcomes. *Internal Journal of Drug Policy*, 18(4): 281-7.
- ⁹⁵ National Collaborating Centre for Infectious Diseases (2010). Evidence review: Antiretroviral adherence concepts and strategies for adults accessing HIV care. Winnipeg, MB: NCCID.
- ⁹⁶ Prentice (2004). HIV/AIDS and Aboriginal women, children and families.
- ⁹⁷ Ibid., p. 11.
- ⁹⁸ Ibid.
- ⁹⁹ Ibid.
- ¹⁰⁰ McCall et al. (2009). Struggling to survive, p. 1770.
- ¹⁰¹ Voir par exemple, Kirmayer, L.J., Gill, K., Fltecher, C., Ternar, Y., Boothroyd, L., Quesney, C., Smith, A., Ferrara, N., & Hayton, B. (1994). Emerging trends in research on mental health among Canadian Aboriginal peoples. Montreal, QC: Culture & Mental Health Research Unit, Sir Mortimer B. Davis – Jewish General Hospital & Division of Social & Transcultural Psychiatry, McGill University. Consulté le 14 mars 2012 à <http://www.mcgill.ca/files/tcpsych/Report2.pdf>; et le First Nations Regional and Longitudinal Health Survey 2002/2003.
- ¹⁰² Kirmayer, et al. (1994). Emerging trends in research on mental health among Canadian Aboriginal peoples.
- ¹⁰³ Stewart, D.E., Gucciardi, E., & Grace, S.L. (2004). Depression. *BMC Women's Health*, 4(Suppl 1): S19.
- ¹⁰⁴ Dion Stout (1995) as cited in Dion Stout, M., Kipling, G.D., & Stout, R. (2001). Aboriginal women's health research synthesis project – Final report. Winnipeg, MB: Centres of Excellence for Women's Health Program, Women's Health Bureau, Health Canada.
- ¹⁰⁵ Kirmayer et al. (1994). Emerging trends in research on mental health among Canadian Aboriginal populations; and Söchting, I., Corrado, R., Cohen, I.M., Ley, R.G., & Brasfield (2007). Traumatic pasts in Canadian Aboriginal people: Further support for a complex trauma conceptualization? *BC Medical Journal*, 49(6): 320-326.
- ¹⁰⁶ Kirmayer et al. (1994). Emerging trends in research on mental health among Canadian Aboriginal populations, p. 12.
- ¹⁰⁷ Native Women's Association of Canada (2009). Violence against Aboriginal women in Canada. Backgrounder. Ottawa, ON: NWAC. Consulté le 7 août 2009 à <http://www.nwac-hq.org/en/documents/Backgrounder-Violence.pdf>
- ¹⁰⁸ Aboriginal Justice Implementation Committee (1999). Chapitre 13.
- ¹⁰⁹ Centres of Excellence for Women's Health (AJIC) (2001). Aboriginal Women's Health Research Synthesis Project: Final Report. Ottawa, ON: CEWH.
- ¹¹⁰ Söchting, et al. (2007). Traumatic pasts in Canadian Aboriginal people: Further support for a complex trauma conceptualization?, p. 321.
- ¹¹¹ AJIC (1999). Chapter 13; and Ipsos-Reid Corporation (2006). Aboriginal women and family violence – Final report. Ottawa, ON: Indian and Northern Affairs Canada, DSS File #A0107-053090/001/CY.
- ¹¹² Le Cercle national autochtone contre la violence familiale a recensé 49 refuges pour femmes autochtones au Canada dans les endroits suivants : Territoires du Nord-Ouest (1); Nunavut (2), Nouvelle-Écosse (2), Nouveau-Brunswick (1), Québec (7), Ontario (14), Manitoba (3), Saskatchewan (5), Alberta (8), et Colombie-Britannique (6). Aucun n'a été recensé au Yukon, à Terre-Neuve-et-Labrador ni à l'Île-du-Prince-Édouard. National Aboriginal Circle against Violence (nd). Aboriginal shelters [en ligne]. Kahnawake, QC: NACAV. Consulté le 21 juillet 2010 à <http://nacafv.ca/en/shelters>.
- ¹¹³ Harper, A.O. (2005). Ending violence in Aboriginal communities: Best practices in Aboriginal shelters and communities. Ottawa, ON: National Aboriginal Circle against Family Violence.
- ¹¹⁴ The Gazette (Montreal) (2007, May 14). Shelters underfunded, advocates say. Aboriginal and non-native women's groups joined together Monday to decry the underfunding of women's shelters in Quebec's aboriginal communities, CanWest MediaWorks Publications Inc. Consulté le 23 juillet 2010 à <http://www.canada.com/montrealgazette/news/story.html?id=83d36ba3-0ab6-4126-bdb7-7c9c52b721ff&k=29663>
- ¹¹⁵ AIJC, chapitre 13..
- ¹¹⁶ Lévesque (2003) as cited in Browne et al. (2009). Urban First Nations Health Research Discussion Paper, p. 20.
- ¹¹⁷ Culane, D. (2003). Their spirits live within us: Aboriginal women in Downtown Eastside Vancouver emerging into visibility. *American Indian Quarterly*, 27(3/4): 593-606.
- ¹¹⁸ Voir par exemple, Wilcox, H.C. (2004). Epidemiological evidence on the link between drug use and suicidal behaviors among adolescents. *Journal of the Canadian Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 13(2): 27-30; Chatterji, P., Dave, D., Kaestner, R., & Markowitz, S. (2003). Alcohol abuse and suicide attempts among youth. *Economics and Human Biology*, 2(2): 159-180; et Smith, G.W., Corry, C., & Houston, J.E. (2010). Epidemiological evidence for the link between suicide and substance use, abuse and dependence. New York: Nova Science Publishers.
- ¹¹⁹ Health Canada (2002). A statistical profile on the health of First Nations in Canada. Ottawa, ON: Health Canada; Kirmayer, L.J. with Hayton, B., Malus, M., Jimenez, V., Dufour, R., Quesney, C., Ternar, Y., et al. (1993). Suicide in Canadian Aboriginal populations: Emerging trends in research and intervention. Montreal, QC: Culture & Mental Health Research Unit Report #1, Institute of Community & Family Psychiatry, Sir Mortimer B. Davis-Jewish General Hospital & Division of Social & Transcultural Psychiatry, McGill University; et Women's Health Data Directory (nd). Suicide. Gender-based analysis: Our lens on the sex, gender, and diversity issues on this topic. The Source. Vancouver, BC: Women's Health Data Directory. Consulté le 26 juillet 2010 à <http://www.womenshealthdata.ca/category.aspx?catid=128&rt=2>
- ¹²⁰ Kirmayer et al. (1993). Suicide in Canadian Aboriginal populations; and Chandler, M.J. & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35: 191-219.
- ¹²¹ Grace, S.L. (2003). A review of Aboriginal women's physical and mental health status in Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 94(3): 173-175.

- ¹²²Hicks (2004) cité dans Inuit Tapiriit Kanatami (2010). Inuit approaches to suicide prevention [en ligne]. Ottawa, ON: ITK. Consulté le 23 juillet 2010 à http://www.itk.ca/Inuit-Approaches-to-Suicide-Prevention#_ftn5
- ¹²³Kirmayer, L.J., Brass, G.M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C., & Tait, C. (2007). Suicide among Aboriginal people in Canada. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- ¹²⁴Chandler, M.J. & Lalonde, C.E. (2008). Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations. In *The mental health of Canadian Aboriginal peoples: Transformations, identity, and community*, L. Kirmayer & G. Valaskakis (Eds.), pp. 221-248. Vancouver, BC: UBC Press.
- ¹²⁵Petten, C. (2002). Aboriginal women badly served by health care. *Wind Speaker*, 1er septembre. Consulté le 26 juillet 2010 à http://www.thefreelibrary.com/_/print/PrintArticle.aspx?id=92134699
- ¹²⁶Hare, J. (2004). Aboriginal women and healthcare. *Friends of women & Children in BC: Report Card*, 15 décembre 2004, 3(12): 1-3. Consulté le 23 juillet 2010 à http://www.wmst.ubc.ca/pdf_files/fwcbcRep/FWCBCDec04.pdf
- ¹²⁷Ibid., p. 2.
- ¹²⁸Benoit, C., Carrol, D., Lawr, L. & Chaudhry, M. (2001). Marginalized voices from the Downtown Eastside: Aboriginal women speak about their health experiences. Toronto, ON: National Network on Environments and Women's Health, Centre of Excellence on Women's health, York University, p. 12.
- ¹²⁹Benoit, C., Carroll, D., & Chaudhry, M. (2003). In search of a healing place: Aboriginal women in Vancouver's Downtown Eastside. *Social Science & Medicine*, 56: 821-833.
- ¹³⁰Poole, N. (2000). Evaluation report of the Sheway Project for high-risk pregnant and parenting women. Vancouver, BC: British Columbia Centre of Excellence for Women's Health.
- ¹³¹Benoit et al. (2003). In search of a healing place, p. 829.
- ¹³²Ibid., p. 829. Voir Poole (2000). Evaluation of the Sheway Project. Pour de plus amples renseignements sur les difficultés déterminées par le Sheway Project.
- ¹³³Voir Black (2009). Cervical cancer screening strategies for Aboriginal women, pour d'autres exemples de ces services et programmes en Colombie-Britannique.
- ¹³⁴Black (2009). Cervical cancer screening strategies for Aboriginal women, p. 170.
- ¹³⁵Zehbe, I., Moeller, H., Severini, A., Weaver, B., Escott, N., Bell, C., Crawford, S., et al. (2011). Feasibility of self-sampling and human papillomavirus testing for cervical cancer screening in First Nation women from Northwest Ontario, Canada: A pilot study. *BMJ Open*, doi: 10.1136/mbjopen-2010-000030.
- ¹³⁶Voir Alberta Health Services, Screening for Life website, consulté le 15 novembre 2011 à http://www.screeningforlife.ca/_files/file.php?fildid=fileJLyqPJLdsq&filename=file_Cervical_Introduction_Sheet_FINAL2_No_Signature.pdf pour de plus amples renseignements sur cette trousse.
- ¹³⁷Mottola, M.F., Sopper, M.M., Doxtator, L., Big-Canoe, K., & Prapavessis, H. (2011). Capacity-building and participatory research development of a community-based nutrition and exercise lifestyle intervention program (NELIP) for pregnant and postpartum Aboriginal women: Information gathered from Talking Circles. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1): Article 8.
- ¹³⁸Peltier, D. (2010). Environments of Nurturing Safety: Aboriginal women in Canada. Five year strategy on HIV and AIDS, 2010-2015. Ottawa, ON: Canadian Aboriginal AIDS Network. Consulté le 4 juin 2012 à <http://caan.netfirms.com/wp-content/uploads/2012/05/EONS.pdf>
- ¹³⁹Native Women's Association of Canada (2007). Aboriginal women and Bill C-31: An issue paper. Corner Brook, NL: National Aboriginal Women's Summit.
- ¹⁴⁰National Aboriginal Law Section. (2010). Bill C-3 – Gender Equity in Indian Registration Act. Ottawa, ON: Canadian Bar Association. Consulté le 4 octobre 2011 à <http://www.nwac.ca/sites/default/files/imce/WEBSITES/201105-06/Bill%20C-3-eng1.pdf>
- ¹⁴¹En vertu des dispositions du projet de loi C-31, les femmes des Premières Nations doivent indiquer le statut du père lorsqu'elles inscrivent leurs enfants, ce qui peut poser certaines difficultés aux femmes. L'émancipation accrue n'a pas été accompagnée de terres ni de ressources supplémentaires pour compenser l'augmentation de la population des Premières Nations, et la disposition voulant que l'enfant doit avoir au moins deux grands-parents admissibles à l'inscription a fait l'objet de critiques parce qu'elle créait une nouvelle génération victime de discrimination. [voir NWAC (2007) Aboriginal women and Bill C-31]. En ce qui a trait au projet de loi C-3, des préoccupations continuent à être soulevées quant à la façon de résoudre la question de l'équité des genres (National Aboriginal Law Section (2010). Bill C-3: Gender equity in Indian Registration Act. Ottawa, ON: Canadian Bar Association).
- ¹⁴²Health Canada (1995) cité dans Armstrong (2009). *Public policy, gender and health*, p. 353.
- ¹⁴³Aboriginal Affairs and Northern Development Canada (2010). *Indian and Northern Affairs Canada's GBA Policy*. Ottawa, ON: Minister of Indian Affairs and Northern Development.
- ¹⁴⁴Ibid.
- ¹⁴⁵Canadian Women's Health Network (2010). *What is Health Canada's Women's Health Strategy?* Consulté le 22 juillet 2011 à <http://www.cwhn.ca/resources/cwhn/strategy.html>
- ¹⁴⁶Le Bureau a changé de nom et s'appelle désormais l'Unité des genres et de la santé.
- ¹⁴⁷Ibid.
- ¹⁴⁸Armstrong (2009). *Public policy, gender and health*.
- ¹⁴⁹Pour de plus amples renseignements sur ces initiatives de financement, voir le rapport du CCNSA (2012) : *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : Examen de la santé publique autochtone au Canada*.
- ¹⁵⁰Halseth, G. & 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*, 18(3): 241-265.
- ¹⁵¹Browne et al. (2009). *Urban First Nations Health Research Discussion Paper*, p. 20.

sharing knowledge · making a difference
partager les connaissances · faire une différence

ᑭᑖᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦ . ᑭᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦᑦ



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.NCCAH-CCNSA.CA

ION BRANDING + DESIGN