



Les Premières Nations

Les Premières Nations sont les premiers habitants du territoire désormais appelé Canada. Cette population comprend de nombreux groupes culturels ou nations distincts, notamment 630 communautés différentes (Assemblée des Premières Nations, n. d.) qui parlent environ 60 langues (Statistique Canada, 2013a). Selon l'Enquête auprès des ménages effectuée en 2011, il y a près de 851 560 personnes des Premières Nations au Canada. Environ 49 % d'entre elles ont déclaré vivre dans une réserve et 51 % hors réserve. La majorité (environ 75 %) de celles qui habitent hors réserve réside dans des zones urbaines (Statistique Canada, 2008).

Les Inuits

Les Inuits sont les premiers habitants des régions arctiques de ce qu'on appelle le Canada. La majorité des 59 445 Inuits vivent dans leurs territoires traditionnels situés dans quatre régions collectivement appelées Inuit Nunangat (Statistique Canada, 2013a). Il s'agit du Nunatsiavut (Labrador), du Nunavik (Nord québécois), du Nunavut et de la région désignée des Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest (Inuit Tapiriit Kanatami, n. d.). Près de 70 % des Inuits

parlent inuktitut, cependant le nombre de personnes qui déclarent qu'il s'agit de leur langue maternelle diminue (Statistique Canada, 2008).

Les Métis

En français, le mot « métis » signifie « de sang mêlé ». Malgré les débats entourant l'appellation « Métis », certains ont une définition plus large que celle proposée par le Métis National Council (MNC) (Ralliement national des Métis). Selon cette organisation, sont métisses les personnes qui s'identifient comme telles, qui sont d'origine métisse (d'ascendance européenne et des Premières Nations, descendant principalement des marchands de fourrures du 18^e siècle et des Premières Nations dans région appelée territoire des Métis) et qui sont reconnues par la Nation métisse (Ralliement national des Métis, n. d.). Les Métis ont une culture, des traditions et une langue (le michif) distinctes qui contribuent à leur conscience collective et à leur statut de nation (ibid.). Selon l'Enquête auprès des ménages de 2011, il y a environ 451 795 Métis au Canada (Statistique Canada, 2013a).

Les Indiens non inscrits et les Autochtones vivant en milieu urbain

De nombreuses personnes qui s'identifient comme Autochtones ne sont pas inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens* de 1876. Cette loi définit les individus qui peuvent être considérés comme « Indien inscrit » et qui sont donc admissibles à une gamme de programmes et de services offerts par les organisations fédérales et provinciales. Les personnes qui s'identifient comme appartenant aux Premières Nations, mais qui n'ont pas le statut « d'Indien inscrit » selon le gouvernement fédéral sont considérées comme « non inscrites ». Dans l'Enquête auprès des ménages de 2011, Statistique Canada rapporte que 213 900 membres des Premières Nations ne détiennent pas le statut d'Indien inscrit au Canada, ce qui représente 25,1 % de la population autochtone totale (Statistique Canada, 2013a). Les trois quarts de cette population vivent en milieu urbain, la plus grande partie de ses membres résidant respectivement dans les communautés urbaines de Toronto, de Vancouver, de Montréal, d'Ottawa-Gatineau et d'Edmonton (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2009).



La décision Daniels

Début 2013, la Cour fédérale du Canada a prononcé une décision appelée « décision Daniels » qui accorde aux Métis et aux Indiens non inscrits le statut d'« Indien » au sens de la catégorie 24 de l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867* (CBC News, 2013). Toutes les implications de cette décision ne sont pas encore claires, cependant cette dernière pourrait entraîner le doublement du nombre de personnes considérées comme ayant le statut d'Indien inscrit en vertu de la *Loi sur les Indiens* de 1876. Le gouvernement fédéral a interjeté appel de cette décision et il est très improbable qu'il l'applique avant que la cour se prononce, un processus qui pourrait durer plusieurs années.

La santé des Autochtones au Canada

Avant les contacts avec les Européens, les peuples autochtones du Canada avaient des systèmes pleinement fonctionnels de connaissances sur la santé qu'ils appliquaient en se basant sur les principes du savoir et de l'être autochtones. Cependant, les maladies et les conflits entraînés par la colonisation ont décimé

les populations autochtones et sont détruit leurs systèmes de connaissances sur la santé. Même si la santé des Autochtones s'est améliorée au cours des dernières années, l'état de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis continue à être considérablement inférieur à celui des autres Canadiens. Selon plusieurs indicateurs de santé, le fardeau de la maladie ou les disparités en matière de santé touchant les Premières Nations, les Inuits et les Métis sont encore disproportionnés. Les iniquités en matière de santé sont souvent « les causes sous-jacentes des disparités, dont plusieurs, sinon la plupart se situent en grande partie à l'extérieur du domaine que constitue généralement la "santé" » (Adelson, 2005, p. S45). Ces disparités sont appelées « déterminants de la santé ».

Les déterminants de la santé

Différents facteurs touchant les individus, les communautés et les populations influencent la santé. Les recherches sur la santé centrées sur les populations autochtones du Canada montrent que « les disparités en matière de santé sont directement et indirectement liées aux iniquités sociales, économiques, culturelles et politiques qui se traduisent par un

Limites relatives aux données sur la santé publique autochtone

Pour être efficaces, les évaluations et les interventions de santé publique, y compris celles destinées aux populations autochtones, doivent reposer sur des informations statistiques complètes et exactes sur la santé et le bien-être de groupes de personnes. Malheureusement, au Canada, il y a un grand manque d'informations statistiques exactes, complètes et à jour sur la santé de certaines sous-populations des Premières Nations, inuites et métisses (Smylie, 2010). Par exemple, de nombreuses initiatives visant à recueillir des données sur la santé des Autochtones n'ont pas collecté de données sur les membres des Premières Nations non inscrits, ni sur les Métis ou les Inuits vivant en région urbaine (ibid.). De plus, le manque de cohérence des identificateurs ethniques des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les données provinciales sur la santé provenant des systèmes de registres de l'état civil, des bases de données administratives des hôpitaux et des systèmes de surveillance des maladies aiguës et chroniques signifie que ces populations sont souvent absentes des statistiques (ibid.). Il y a des travaux en cours visant à améliorer les données sur la santé des populations des Premières Nations, inuites et métisses, mais ces initiatives sont isolées. L'absence d'information statistique dans cette fiche d'information reflète la rareté des données complètes, exactes et à jour sur la santé des Autochtones qui sont désagrégées selon les sous-populations et l'emplacement géographique.

fardeau disproportionné de problèmes de santé et de souffrance sociale chez les populations autochtones du Canada » (Adelson, 2005, p. S45).

Les iniquités sociales, économiques, culturelles et politiques qui influencent la santé des individus et des communautés sont souvent appelées « déterminants sociaux de la santé »². Il est important de reconnaître que la situation socioéconomique et le vécu des Premières Nations, des Inuits et des Métis, des Indiens inscrits et non inscrits, de ceux qui vivent dans une réserve ou hors réserve ainsi que des populations autochtones urbaines et rurales sont différents. Néanmoins, des données collectées pendant plusieurs décennies dans le cadre du recensement et d'autres recherches montrent qu'il y a un écart persistant entre les Autochtones et les autres Canadiens en ce qui a trait au statut socioéconomique et au bien-être (Reading et Wien, 2009).

On constate une légère amélioration du statut socioéconomique des Autochtones au Canada au cours des dernières décennies, cependant, la plupart des déterminants sociaux sous-jacents du mauvais état de santé demeurent. Les données du recensement de 2006 indiquent que les Autochtones de 25 à 34 ans sont moins nombreux à obtenir un diplôme d'études secondaires (68,1 %

que les non-Autochtones (90 %) (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2009). En 2005, le revenu médian des Autochtones était inférieur de presque 10 000 \$ (16 752 \$) à celui des non-Autochtones (25 955 \$), et malgré une augmentation de 10 % de l'emploi chez les Autochtones entre 1996 et 2000 (comparé à une augmentation de 4,1 % chez les non-Autochtones pendant la même période), le taux de chômage des Autochtones en 2006 était encore plus de deux fois supérieur à celui des autres Canadiens (13 % comparé à 5,2 %) (ibid.). L'Enquête longitudinale sur la santé des Premières Nations (ELSPN) effectuée en 2008-2010 indique que le revenu des ménages ne s'est pas amélioré depuis 2002-2003 et qu'en fait, le nombre de personnes des communautés des Premières Nations ayant un faible niveau de revenu a augmenté (First Nations Information Governance Centre, 2011).

Il y a des améliorations en ce qui a trait au surpeuplement des maisons et aux mauvaises conditions de logement (habitations ayant besoin de réparations majeures) dans les communautés autochtones, mais les statistiques régionales

montrent que certaines régions connaissent encore des problèmes importants. Même si le taux de surpeuplement des maisons est resté stable à 1,4 % chez les Canadiens non autochtones et s'il a diminué dans la population autochtone totale, passant de 7,6 % en 1996 à 4,3 % en 2006, il a atteint 23 % au Nunavut et 8 % en Saskatchewan (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2009). De la même façon, les Autochtones sont trois fois plus susceptibles que les non-Autochtones de vivre dans une maison nécessitant des réparations majeures et plus de 22 % des logements dans les communautés autochtones de cinq provinces et territoires (Saskatchewan, Territoires du Nord-Ouest, Manitoba, Yukon et Nunavut) avaient besoin de réparations majeures en 2006 comparés à une moyenne de 7 % dans les communautés canadiennes non autochtones (ibid.).

L'état de santé des Autochtones

Les antécédents communs du colonialisme et la marginalisation économique, sociale et culturelle qui en a découlé ont eu des répercussions majeures sur la santé des peuples autochtones non seulement au Canada, mais dans le monde entier



² Pour de plus amples informations sur les répercussions des déterminants sociaux sur la santé, voir les fiches d'information du CCNSA sur les déterminants sociaux à <http://www.nccah-ccnsa.ca/122/determinants-sociaux.nccah> et R. Wilkinson et M. Marmot, éd. (1998). *Social Determinants of Health: The Solid Facts*. Copenhague: Organisation mondiale de la Santé.



(Gracey et King, 2009; King, Smith et Gracey, 2009). Au Canada et ailleurs, le taux de problèmes de santé importants qui affectent les peuples autochtones est de loin supérieur à celui des non-Autochtones. Ces problèmes sont un taux élevé de mortalité chez les nourrissons et les jeunes enfants, un taux élevé de morbidité et de mortalité maternelles, un fardeau élevé de maladies infectieuses; des cas de malnutrition et de croissance ralentie ou retardée; une espérance de vie plus courte; des maladies et des décès liés à la consommation de cigarettes; des problèmes sociaux, des maladies et des décès liés à l'abus d'alcool et d'autres drogues; des accidents, des empoisonnements, de la violence interpersonnelle, des homicides et des suicides; l'obésité, le diabète, l'hypertension, des maladies cardiovasculaires, des maladies rénales chroniques (maladies liées au mode de vie) et des maladies causées par la contamination environnementale (par exemple, les métaux lourds, les gaz industriels et les rejets d'effluents) (ibid.).

Malgré le manque de données précises, complètes et actuelles sur l'état de santé des Autochtones au Canada, le document publié en 2012 par le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) intitulé *L'état des connaissances sur la santé des Autochtones : Examen de la santé publique autochtone au Canada, Bibliographie annotée (2000-2009)* dresse le portrait global de la santé de ces peuples. Il rassemble la recherche existante sur la santé maternelle, fœtale et infantile; la santé des enfants; les maladies transmissibles et non transmissibles; la santé mentale et le bien-être; la violence, les abus, les blessures et les déficiences; la santé environnementale; la sécurité alimentaire et la nutrition.

Il existe des variations entre les différents groupes des Premières Nations, inuits et métis, cependant toutes les populations autochtones au Canada sont confrontées à de nombreux problèmes de santé urgents. Elles sont par exemple surreprésentées en ce qui a trait au taux d'infection au VIH. En effet, elles ne composaient que

3,8 % de la population en 2006, mais elles représentaient 8 % des personnes vivant avec le VIH et 12,5 % des nouvelles infections en 2008 (Monette et al., 2011). Le taux de tuberculose des Autochtones est disproportionné : il est 26,4 fois supérieur à celui des autres personnes nées au Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2007). Même si les données sur le taux de diabète chez les Métis et les Inuits sont limitées, le diabète de type 2 est maintenant considéré comme « épidémique » dans les communautés des Premières Nations où les adultes sont quatre fois plus susceptibles d'être atteints et plus susceptibles de subir des complications liées à la maladie que les autres Canadiens (Thommasen, Patenaude, Anderson, McArthur et Tildesley, 2004). Dans certaines communautés des Premières Nations, le taux de suicide des jeunes est 800 fois plus élevé que la moyenne nationale, alors que dans d'autres, il est presque inexistant (Chandler et Lalonde, 1998). Le taux de suicide dans les communautés inuites de l'Arctique canadien est dix fois plus élevé que celui

de la population canadienne en général (Kral, 2012). La violence envers les femmes autochtones est également considérée comme épidémique dans de nombreuses régions du pays, ces femmes étant 3,5 fois plus susceptibles d'être victimes de violence que les autres Canadiennes (Association des femmes autochtones du Canada, 2009). En 2010, l'Association des femmes autochtones du Canada a documenté 582 cas de femmes autochtones disparues ou assassinées (Association des femmes autochtones du Canada, 2010). Les peuples autochtones au Canada sont également disproportionnellement affectés par la contamination environnementale, particulièrement dans les régions arctiques où les sources de nourriture traditionnelle des populations inuites ont accumulé des toxines environnementales entraînant une variété de problèmes de santé (Fontaine et al., 2008).

Le bien-être et la résilience

Malgré les problèmes de santé et les difficultés considérables décrits ci-dessus, les Autochtones continuent à

faire preuve de résilience et à s'efforcer d'atteindre un état de bien-être en se basant sur les principes du savoir et de l'être autochtones. Les approches autochtones de la santé sont souvent ancrées dans une conception holistique du bien-être comprenant un équilibre sain qui repose sur quatre éléments ou aspects : physique, émotionnel, mental et spirituel. Ces quatre éléments sont parfois représentés par l'image de la roue de la médecine (King et al., 2009). De nombreux Autochtones au Canada ont perdu le lien avec leur terre, leur culture, leur langue et leur mode de vie traditionnels à cause de pratiques coloniales comme les déplacements forcés, le système de réserves indiennes et le réseau des pensionnats qui a retiré plusieurs générations d'enfants de leur famille et de leur communauté. Dans ce contexte, la revitalisation et le rétablissement des cultures, des traditions et du savoir autochtones peuvent avoir de profondes conséquences réparatrices pour la santé et le bien-être des individus et des communautés (Kirmayer, Simpson et Cargo, 2003).

Politiques et programmes de santé autochtones

Les politiques relatives à la santé des Autochtones au Canada constituent une « mosaïque » complexe de politiques, de lois et d'ententes qui délèguent les responsabilités des administrations fédérale, provinciales, municipales et autochtones de différentes façons dans différentes régions du pays (CCNSA, 2011). Bien que dans certains cas, la gestion des services de santé destinés aux Autochtones soit adéquate, parfois, les lacunes et les ambiguïtés attribuables à un environnement politique compliqué et les confusions quant aux différents champs de compétences créent des obstacles à l'accès équitable aux soins et aux services de santé (ibid.).

Pour la majorité des Canadiens, y compris les Métis, les Autochtones vivant à l'extérieur d'une réserve et les Indiens non inscrits, les services de santé sont financés par le régime national d'assurance-maladie et sont administrés par la province ou le



territoire. Dans le cas des communautés des Premières Nations et inuites vivant dans une réserve, le gouvernement fédéral finance et administre les services de santé par l'entremise de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI). Cette direction gère plusieurs programmes, notamment les programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies; les centres de soins primaires et les postes infirmiers dans environ 200 communautés éloignées; les programmes de santé publique axés sur la prévention des maladies transmissibles, sur l'eau potable et sur d'autres problèmes de santé publique ainsi que les services de santé non assurés qui couvrent les dépenses que les régimes de soins de santé provinciaux n'assument généralement pas, notamment les soins dentaires et de la vue, les médicaments délivrés sur ordonnance, les fournitures et les équipements médicaux, le transport et les autres services (DGSPNI, 2008).

La prestation de services de santé aux peuples autochtones au Canada est en perpétuel changement. Au cours des dernières années, la DGSPNI a collaboré avec les communautés pour transférer la responsabilité de la prestation de soins de santé dans les réserves aux communautés et aux conseils de bande. En vertu de la Politique des transferts de services de santé qui est entrée en vigueur en 1989, les communautés ont négocié avec la DGSPNI pour transférer différents niveaux de responsabilités à la communauté ou au conseil (Santé Canada, 2005). Il y a également des lois concernant la prestation de services de santé à divers degrés à l'échelon provincial et territorial. Ces lois sont largement centrées sur la définition des domaines de compétences et sur l'établissement de paramètres relatifs aux ententes de prestation de services entre les entités gouvernementales provinciales, fédérales et autochtones. Cependant, la plupart des provinces ont transféré l'autorité en matière de planification et de prestation de services de santé aux

autorités sanitaires régionales et plusieurs provinces se sont dotées de politiques propres aux Autochtones afin de combler les écarts et de coordonner la prestation de services entre les différents territoires de compétences. En résumé, de multiples niveaux d'autorités et de responsabilités participent à la prestation des services offerts aux communautés autochtones, la tendance générale étant de déléguer la responsabilité à l'échelon local (CCNSA, 2011). Étant donné l'absence de politique nationale claire en matière de santé des Autochtones, les lacunes de différents territoires de compétences et les niveaux incohérents de financement continuent de créer des obstacles pour de nombreuses communautés autochtones (Lavoie, Forget et O'Neil, 2007).

Conclusion

Cette fiche d'information est une introduction générale à la santé des Autochtones et un aperçu du contexte général dans lequel les communautés des Premières Nations, inuites et métisses ainsi que les praticiens de la santé, les décideurs politiques et les chercheurs s'efforcent d'améliorer la santé et le bien-être des populations autochtones au Canada. Même si les difficultés de ces communautés sont complexes et variées, on reconnaît de plus en plus que les Premières Nations, les Inuits et les Métis possèdent des connaissances, une détermination et une résilience qui sont ancrées dans leurs diverses cultures et traditions et qui leur permettent de surmonter ces difficultés, surtout s'ils reçoivent des soins adaptés à leur culture afin de maintenir et d'améliorer leur santé et leur bien-être.

Pour de plus amples informations

- **Assemblée des Premières Nations**
www.afn.ca/index.php/fr/secteurs-de-politique/secretariat-a-la-sante-et-developpement-social

- **Inuit Tapiriit Kanatami**
www.itk.ca
- **Ralliement national des Métis**
www.metisnation.ca
- **Centre de collaboration nationale de la santé autochtone**
www.nccah-ccnsa.ca

Bibliographie

Adelson, N. (2005). The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 96(2): S45-S61.

Assembly of First Nations. (n.d.). Description of the AFN. Ottawa, ON: Author. Consulté le 5 mars 2013 à <http://www.afn.ca/index.php/en/about-afn/description-of-the-afn>

Canadian Broadcasting Corporation [CBC]. (2013). Federal Court grants rights to Métis, non-status Indians. *CBC News*, January 8. Consulté le 4 mars 2013 à <http://www.cbc.ca/news/politics/story/2013/01/08/pol-cp-metis-indians-federal-court-challenge.html>

Chandler, M.J., & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35: 191-219.

First Nations and Inuit Health Branch [FNIHB]. (2008). Fact sheet – First Nations and Inuit Health Branch. Ottawa, ON: Author. Consulté le 3 mars 2013 à <http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/branch-dirigen/fnihb-dgspni/fact-fiche-eng.php>

First Nations Information Governance Centre. (2011). RHS Phase 2 (2008/10) Preliminary Results. Ottawa, ON: Author. Consulté le 14 mai 2013 à <http://www.rhs-ers.ca/sites/default/files/ENpdf/RHSPreliminaryReport31May2011.pdf>

Fontaine, J. Dewailly, E. Benedetti, J.L., Pereg, D., Ayotte, P., & Déry, S. (2008). Re-evaluation of blood mercury, lead and cadmium concentrations in the Inuit population of Nunavik (Québec): A cross-sectional study. *Environmental Health*, 7: 25.

Gracey, M., & King, M. (2009). Indigenous health part 1: Determinants and disease patterns. *Lancet*, 374: 65-75.

Health Canada. (2005). Ten years of health transfer First Nation and Inuit control. Ottawa, ON: Author. Consulté le 4 mars 2013 à http://www.hc-sc.gc.ca/fnihb-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/index-eng.php

Indian and Northern Affairs Canada. (2009). A demographic and socio-economic portrait of Aboriginal populations in Canada. Ottawa, ON: Author. Consulté le 5 mars 2013 à http://publications.gc.ca/collections/collection_2010/ainc-inac/R3-109-2009-eng.pdf

Inuit Tapiriit Kanatami. (n.d.). About Inuit. Ottawa, ON: Author. Consulté le 5 mars 2013 à <https://www.itk.ca/about-inuit>

King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: The underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683): 76-85.

Kirmayer, L., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11(s1): S15-S23.

Kral, M.J. (2012). Postcolonial Suicide among Inuit in Arctic Canada. *Culture, Medicine, and Psychiatry*, 36(2): 306-325.

Lavoie, J.G., Forget, E., O'Neil, J.D. (2007). Why equity in financing First Nations on-reserve health services matters: Findings from the 2005 National Evaluation of the Health Transfer Policy. *Healthcare Policy*, 2(4):79-96.

Métis National Council. (n.d.). The Métis Nation. Ottawa, ON: Author. Consulté le 6 mars 2013 à <http://www.metisnation.ca/index.php/who-are-the-metis>

Monette, L.E., Rourke, S.B., Gibson, K., Bekele, T.M., Tucker, R., Greene, S., et al. (2011). Inequalities in determinants of health among Aboriginal and Caucasian persons living with HIV/AIDS in Ontario: Results from the Positive Spaces, Healthy Places study. *Canadian Journal of Public Health*, 102(3): 215-19.

Native Women's Association of Canada. (2009). Violence against Aboriginal women in Canada (backgrounder). Ottawa, ON: Author.

Native Women's Association of Canada. (2010). What their stories tell us: Research findings from the Sisters in Spirit initiative. Ottawa, ON: Author. Consulté le 14 mai 2013 à http://www.nwac.ca/sites/default/files/reports/2010_NWAC_SIS_Report_EN.pdf

National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2012). The state of knowledge of Aboriginal health: A review of Aboriginal public health in Canada. Prince George, BC: Author.

National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2011). Looking for Aboriginal health in legislation and policies, 1970 to 2008: A policy synthesis project. Prince George, BC: Author.

Public Health Agency of Canada. (2007). Special report of the Canadian Tuberculosis Committee: Tuberculosis among Aboriginal peoples of Canada, 2000-2004. Ottawa, ON: Author.

Reading, C., & Wien, F. (2009). Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' health. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Sheikh, M. (2013). Canada has lost its census anchor. *The Globe and Mail*, May 9, 2013. Consulté le 14 mai 2013 à <http://www.theglobeandmail.com/commentary/canada-has-lost-its-census-anchor/article11795465/>

Smylie, J. (2010). Achieving strength through numbers: First Nations, Inuit, and Métis health information. Prince George: National Collaborating Centre for Aboriginal Health.

Statistics Canada. (2008). Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census. Ottawa, ON: Author. Consulté le 7 mars 2013 à <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/as-sa/97-558/pdf/97-558-XIE2006001.pdf>

Statistics Canada. (2013a). Aboriginal Peoples in Canada: First Nations People, Métis and Inuit, National Household Survey, 2011. Ottawa, ON: Author. Consulté le 8 mai 2013 à <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-nm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-eng.pdf>

Statistics Canada. (2013b). Aboriginal Peoples Reference Guide: National Household Survey, 2011. Ottawa, ON: Author. Consulté le 14 mai 2013 à <http://www12.statcan.gc.ca/nhs-nm/2011/ref/guides/99-011-x/99-011-x2011006-eng.pdf>

Thommasen, H.V., Patenaude, J., Anderson, N., McArthur, A., & Tildesley, H. (2004). Difference in diabetic co-morbidity between Aboriginal and non-Aboriginal people living in Bella Coola, Canada. *Rural and Remote Health*, 4:319.



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.NCCAHA-CCNSA.CA