

NOS BÉBÉS, NOTRE AVENIR : LES RÉSULTATS ENTOURANT LA GROSSESSE CHEZ LES AUTOCHTONES EN COLOMBIE-BRITANNIQUE



Rédigé par la docteure Janet Smylie, MD, MPH, professeure agrégée à l'école Dalla Lana de santé publique, Université de Toronto

Comprendre les indicateurs des questions entourant la grossesse chez les autochtones en Colombie-Britannique

La santé des nouveau-nés d'une communauté se répercute en aval sur la santé de la communauté en général et reflète les déterminants sociaux sous-jacents de la santé.¹ Des mesures telles que la mortalité infantile et l'incidence de poids insuffisant à la naissance sont associées à des déterminants sociaux comme le bon apport alimentaire, un logement convenable, l'emploi, le

degré de scolarité et l'exposition à l'environnement.²

Les peuples indigènes du monde entier croient que la santé et le bonheur de leurs bébés et de leurs enfants sous-tendent la santé de l'ensemble de la communauté. Dons sacrés du monde des esprits, les enfants font partie intégrante de la famille, de la communauté et de la culture d'un peuple.³ Par conséquent, leur santé est un reflet de celle de la communauté. Comme il est indiqué ci-dessous, les indicateurs de la santé des bébés et des enfants dans les communautés autochtones sont associés aux déterminants sociaux de la santé. Malheureusement, la grande majorité des familles autochtones qui vivent au Canada ne connaissent pas la prospérité relative dont profite le reste de la

population canadienne. La santé des bébés et des enfants autochtones qui vivent au Canada est compromise par d'importants problèmes persistants dans les domaines de la sécurité alimentaire, du logement, de l'emploi, de l'éducation et de l'exposition à l'environnement.⁴

La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones affirme que les peuples indigènes ont le droit d'améliorer leur situation économique et sociale, notamment leur santé, et reconnaît donc les droits des enfants indigènes à vivre en bonne santé, en sécurité et à bénéficier d'une bonne scolarité. Il est donc important d'établir le lien entre ce droit de vivre une vie saine et les mauvais résultats des grossesses chez les Autochtones de Colombie-Britannique -et de partout



Définitions

Indice synthétique de fécondité de fertilité total : nombre moyen d'enfants qui serait issus de toutes les femmes d'une population donnée si elles vivaient jusqu'à la fin de leurs années de reproduction. Le taux de fertilité élevé des Autochtones du Canada contribue à rajeunir les populations.

Mortalité infantile : Décès du bébé dans sa première année.

- *Mortalité néo-natale* :
Décès du bébé dans son premier mois. La mort néo-natale découle souvent du manque d'accès aux soins obstétricaux et néo-nataux.
- *Mortalité postnéo-natale* :
Décès du bébé entre un mois et un an. Le décès postnéo-natal est le plus souvent associé à des facteurs sociaux et environnementaux.

Mortinatalité : Décès d'un fœtus après la vingtième semaine de grossesse, ou lorsque son poids a dépassé 500 grammes. En général, la mortinatalité est en lien avec la santé de la mère et le manque d'accès aux soins de maternité.

Naissance prématurée : Naissance survenant avant la 37^e semaine de la grossesse.

Poids à la naissance : Le poids à la naissance est l'une des mesures les plus importantes en matière de santé de l'enfant. Il peut être influencé par des conditions auxquelles le bébé a été exposé dans l'utérus pendant la grossesse, et a une influence sur la santé pendant l'enfance et à l'âge adulte.

- *Faible poids à la naissance* : Poids à la naissance inférieur à 2 500 grammes.
- *Poids élevé à la naissance* : Poids à la naissance de plus de 4 000 grammes.

Petit par rapport à l'âge gestationnel : Fœtus ou nouveau-né au poids inférieur au 10^e percentile pour l'âge fœtal.

Grand par rapport à l'âge gestationnel : Fœtus ou nouveau-né au poids supérieur au 90^e percentile pour l'âge fœtal.

ailleurs au Canada-, par rapport au reste des Canadiens.

Dans le recensement de 2006, 196 070 personnes, soit 4,8 % de la population totale de Colombie-Britannique, déclaraient appartenir à un groupe autochtone. Environ 66 % de ces répondants se disaient Amérindiens, 30 % Métis, moins de 1 % Inuits, et les 3 % restants se disaient membres d'un groupe autochtone, Indiens inscrits ou membre d'une bande sans se déclarer Amérindien, Métis ni Inuit. Environ 56 % de la population de Colombie-Britannique appartenant à un groupe autochtone (soit 110 545 personnes) a déclaré détenir le statut d'Indien inscrit auprès du gouvernement fédéral.⁵

Ces chiffres sous-estiment la population réelle des Autochtones en Colombie-Britannique, pour cause d'abstention de la part d'une communauté des Premières nations vivant en réserve, et il se peut que d'autres groupes et particuliers autochtones n'y aient pas eu accès ou aient choisi de ne pas y participer (p. ex., sans-abris et Autochtones qui n'acceptent pas l'autorisation ou le mandat du recensement).

En Colombie-Britannique, comme dans le reste du Canada, les peuples autochtones représentent un groupe de population assez important, jeune et en pleine croissance. Lors du recensement de 2006, 28,2 % de la population autochtone de Colombie-Britannique avait moins de 15 ans, contre 16,5 % pour l'ensemble de la population de cette province. L'âge médian de la population autochtone était de 28,1 ans, contre 40,8 ans pour l'ensemble de la population de la province.⁶ Cette structure est liée à un taux de fertilité plus élevé chez les Autochtones que chez les non-Autochtones. Bien que les taux de fertilité propres à la Colombie-Britannique

ne soient pas encore disponibles, ce taux pour l'ensemble du Canada s'élevait, entre 1996 et 2001, à 2,9 enfants chez les femmes des Premières nations, 2,2 chez les femmes métisses et 3,4 chez les femmes inuites, contre 1,5 pour toutes les femmes canadiennes.⁷ Étant donné cette structure d'âge plus jeune, les populations autochtones de Colombie-Britannique sont plus susceptibles de contribuer à l'avenir à la société autochtone et non autochtone.

Ce que nous savons et ce que nous ignorons sur les résultats des grossesses chez les Premières nations/Indiens, Inuits et Métis de Colombie-Britannique

La mortalité infantile

Il n'y a pas d'uniformité dans le suivi de la mortalité infantile chez les Autochtones aux échelons provincial et territorial, et ce, bien que les profils sociodémographiques des populations autochtones signalent le risque disproportionné de mortalité infantile. Le Joint Working Group on Aboriginal Birth Outcomes a découvert qu'au Canada, il n'existait de taux actuels de mortalité infantile que pour deux sous-groupes provinciaux de Premières nations (Indiens inscrits vivant en réserve et Indiens inscrits vivant hors réserve) et pour les Inuits vivant dans des zones habitées par eux.⁸ Il n'existe pas de taux de mortalité infantile au Canada pour les Indiens non inscrits et les Métis,⁹ malgré le fait qu'ensemble, ces deux populations représentent près de la moitié de la population appartenant à un groupe autochtone au Canada.¹⁰

En Colombie-Britannique, une étude longitudinale ayant recours à des données allant de 1981 à 2000 a révélé que les pourcentages de décès étaient au moins

⁵ Cette étude comprend les personnes ayant le statut d'Indien inscrit auprès du gouvernement fédéral, ainsi que celles qui sont déclarées Autochtones à la naissance à l'échelon provincial, et qui ont, au même moment, demandé un numéro de statut qui les identifie comme Autochtones.

le double chez les enfants nés de parents des Premières nationsⁱ par rapport aux autres populations (figure 1).ⁱⁱ Plus précisément, les taux de mortalité infantile (TMI) étaient 2,3 fois plus élevés chez les nouveau-nés des Premières nations nés dans des zones rurales et 2,1 fois plus élevés chez les Premières nations nés dans des zones urbaines.¹¹

Les disparités entre les TMI des Premières nations et ceux des autres populations sont encore plus marquées en ce qui concerne le taux de mortalité postnéonatale (figure 1).¹² Par exemple, l'étude mentionnée plus haut révèle un TMI néo-natal de 1,5 et 1,3 fois plus élevé que celui des autres populations ne faisant pas partie des Premières nations pour les zones rurales et urbaines, respectivement. Cependant, le TMI postnéo-natal des Premières nations était de 3,6 fois plus élevé que celui des autres groupes d'âge, toutes régions confondues. La plupart des morts post-néonatales en plus chez les enfants des Premières nations découlaient d'événements pouvant être évités comme le syndrome de la mort subite du nourrisson (SMSN) ou des infections. Ces données confirment qu'il est nécessaire de combattre les conditions de vie difficiles de nombreuses familles autochtones pour réduire le taux excessif de mortalité infantile.¹³ Il démontre également qu'il faut mieux examiner la pertinence, l'efficacité et l'accessibilité de l'information et de la programmation de la prévention du SMSN dans les communautés autochtones.

Les naissances prématurées

Au Canada, il n'existe pas non plus d'uniformité dans le suivi des taux de naissances prématurées parmi les groupes autochtones. Selon l'étude ci-dessus référencée, le taux des naissances prématurées chez les Premières nations en Colombie-Britannique a toujours été

plus de 1,5 fois supérieur à celui des autres populations.ⁱⁱ Plus particulièrement, le taux des naissances prématurées des Premières nations était 1,8 fois supérieurs chez les nouveau-nés de régions rurales, et 1,5 fois supérieur chez ceux nés dans des zones urbaines (figure 2).¹⁴

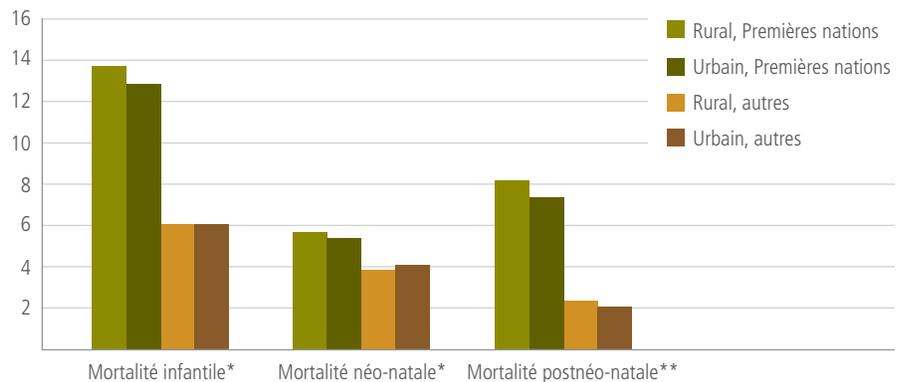
Le poids à la naissance

À l'échelon national, et selon les déclarations des parents dans l'Enquête sur les enfants autochtones,¹⁵ l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations¹⁶ et l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes,¹⁷ les taux de poids insuffisant

à la naissance chez les Premières nations inscrits vivant en réserve et hors réserve étaient semblables à ceux de l'ensemble de la population, tandis que les taux de poids insuffisant à la naissance chez les Indiens non inscrits vivant hors réserve étaient supérieurs à ceux de la population canadienne. Pour les nouveau-nés inuits et métis, le taux de poids insuffisant à la naissance était légèrement supérieur à celui de la population canadienne.¹⁸

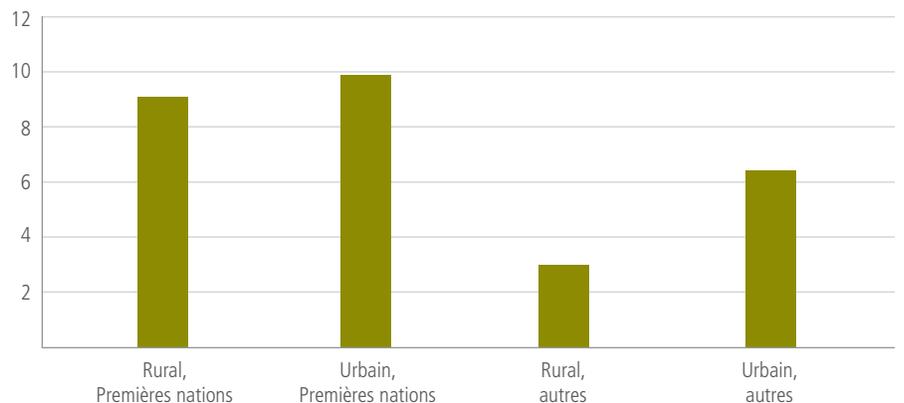
À l'échelon national, les taux de poids élevé à la naissance affichent également certaines variations et sont considérablement plus hauts chez les membres des Premières

Figure 1 : Taux de mortalité infantile – Province de Colombie-Britannique, 1981-2000



* pour 1000 naissances vivantes
** pour 1000 survivants à la naissance

Figure 2 : Taux de naissances prématurées (%) – Province de Colombie-Britannique, 1981-2000



ⁱⁱ Dans cette étude, ceci inclut les Indiens non inscrits, les Métis et les Inuits.

nations inscrits vivant en réserve et hors réserve, que dans la population canadienne.¹⁹ Les taux de poids élevé à la naissance étaient plus hauts chez les Indiens non inscrits et les Métis, et légèrement plus bas chez les Inuits, par rapport à la population canadienne.²⁰

En Colombie-Britannique, les taux de poids élevé ou faible à la naissance chez les membres des Premières nations inscrits vivant hors réserve, les Indiens non inscrits et les Métis sont semblables aux taux nationaux évoqués ci-dessus. Chez les membres des Premières nations inscrits vivant en réserve, les taux de poids insuffisant à la naissance déclarés par les parents était également semblables au taux national. Il n'existe aucune donnée comparable pour le poids élevé à la naissance. Il n'existe pas non plus de taux propres aux Inuits pour la Colombie-Britannique. L'étude longitudinale effectuée en Colombie-Britannique et mentionnée plus haut révèle, pour les Premières nations, des taux supérieurs d'enfants grands par rapport à l'âge gestationnel et des taux inférieurs d'enfants petits par rapport à l'âge gestationnel, en comparaison aux autres populations.²¹

Le poids insuffisant à la naissance est associé à des taux supérieurs de maladie et de décès pendant tout le cours de la vie. Les taux élevés chez les Inuits, les Indiens non inscrits et les Métis indiquent qu'il existe un besoin de soins de maternité et de soutiens socioéconomiques pour ces groupes. Les taux nettement supérieurs de poids élevé à la naissance et d'enfants grands par rapport à l'âge gestationnel chez les Premières nations/ Indiens vivant en réserve et hors réserve ont été rapprochés des taux élevés et croissants de diabète maternel et des taux supérieurs de complications lors de la naissance.²² Bien que ces deux cas ne soient généralement pas vus comme des problèmes déterminants liés à la grossesse, il est important de surveiller les groupes autochtones dans ce domaine.

Quel est le lien entre les données des résultats entourant la grossesse chez les Autochtones et les déterminants de la santé, les services de santé et les politiques sur la santé?

La persistance des disparités dans ce domaine entre les Autochtones et les autres sont autant de signes probants de l'inégalité en santé. Ces inégalités ont été définies comme « des différences dans la santé non seulement inutiles mais évitables, et en outre, iniques et injustes²³ ». La persistance de ces disparités dans des pays riches est particulièrement choquante du point de vue des droits humains et de la santé de la population.

La priorité reste donc d'améliorer la qualité et l'étendue des données des résultats sur la grossesse chez les Autochtones et des systèmes d'information sur la santé. Au Canada, le principal obstacle est l'identification précise, uniforme et axée sur la culture des Premières nations, des Indiens, des Inuits et des Métis sur les formulaires d'enregistrement des naissances et dans les dossiers d'hospitalisation.

L'inscription des naissances et des décès des Autochtones reste déficiente et dans certains cas, des groupes entiers de peuples autochtones (le plus souvent des métis et des Indiens non inscrits) sont exclus des ensembles de données sur les Autochtones. L'exclusion de personnes ou de communautés des systèmes de surveillance de base de la santé publique, en raison de leur lieu de résidence, de leur appartenance ethnique ou de l'utilisation, par le gouvernement, de catégories autochtones définies au détriment de l'identité et de l'appartenance, constitue une violation flagrante de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.²⁴

Il est également nécessaire de procéder à des améliorations dans la portée des données disponibles sur les résultats des grossesses. Par exemple, il n'existe que peu d'informations sur l'incidence de la mortalité chez les populations autochtones, bien que cet élément soit vu comme un important indicateur de la santé maternelle, notamment l'exposition de la mère à l'environnement et l'accès à des soins de maternité. Il faudra également davantage d'informations et d'analyses concernant les causes des mauvais résultats des grossesses, y compris leur influence relative. Pour cela, il faudra recueillir davantage de données sur les déterminants sociaux de la santé et l'accès aux services sur les formulaires d'enregistrement des naissances, ainsi que sur le lien entre les systèmes d'enregistrement des naissances et les autres bases de données.

Les peuples indigènes du monde entier ont clairement exprimé leur volonté de prendre une part pleine et entière au développement, à la gouvernance et à la gestion de leurs systèmes d'indicateurs de santé.²⁵ Ce mandat relève de l'article 23 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, qui reconnaît le droit des peuples autochtones à « être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions²⁶ ». Par conséquent, toute amélioration touchant la surveillance et l'intervention quant aux résultats de grossesse chez les Autochtones doit se baser sur un partenariat solide avec des groupes autochtones. Ces partenariats veilleront également à ce que les services et les programmes soient conçus sur mesure pour répondre aux besoins précis des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Les résultats des grossesses chez les Autochtones sont bien plus mauvais que ceux des autres populations, et ce, pour chaque indicateur. Cette situation est

non seulement déplorable, mais elle est inutile et injuste, car ces mauvais résultats sont indubitablement liés aux disparités sous-jacentes et potentiellement réversibles dans les déterminants sociaux de la santé et l'accès aux services de santé. Il est prioritaire d'améliorer la surveillance et l'intervention quant aux résultats des grossesses chez les Autochtones, en partenariat avec des intervenants de leurs communautés. Les données des résultats des grossesses chez les Autochtones en Colombie-Britannique et au Canada mettent en lumière le manque de services de santé rapides et étendus, ainsi que de programmes et d'interventions politiques mettant l'accent sur la réduction des disparités entre les indigènes et les autres en matière de déterminants sociaux et environnementaux de la santé des nouveau-nés.

Une pratique d'excellence en matière de surveillance et d'intervention quant aux résultats de grossesse chez les Autochtones

Aboriginal Maternal and Child Health Committee

L'Aboriginal Maternal and Child Health Committee a été créé par le First Nations Health Council dans le cadre de la réalisation du Plan tripartite décennal pour la santé des Premières nations. Il veillera à la mise en place des mesures de santé maternelle et infantile du plan tripartite et du Transformative Change Accord. Ces mesures sont les suivantes :

- réduire les taux disproportionnés de mortalité chez les enfants autochtones de Colombie-Britannique
- prévoir le dépistage des problèmes auditifs, dentaires et ophtalmologiques chez les enfants autochtones de moins de 6 ans
- réaliser un projet d'accès aux soins de maternité pour améliorer les services de santé maternelle et leur permettre d'accoucher plus près de chez elles, et de nouveau entourées de femmes.²⁷

Conscient que les Métis et les Autochtones en milieu urbain doivent également être entendus, ce comité inclut désormais onze représentants des Premières nations venant des cinq régions de Colombie-Britannique, ainsi qu'un représentant de la British Columbia Association of Indian Friendship Centres et un autre de la Métis Nation of British Columbia. Les gouvernements fédéral et provincial sont représentés par des membres de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada; Agence de la santé publique du Canada; le British Columbia Ministry of Active Living and Sport et le Provincial Health Service Authority.

Les travaux du comité portent sur l'examen et la recommandation de politiques, de programmes et de services dans trois domaines prioritaires. Par exemple, les membres du comité ont récemment examiné les outils provinciaux de dépistage précoce des problèmes d'audition, et formulé des recommandations pour veiller à ce que ces outils soient culturellement adaptés aux enfants autochtones et à leurs familles. En ce qui concerne les décès chez les enfants, le comité a dernièrement examiné et formulé des recommandations au tout nouveau document intitulé *Special Report of the Child Death Review Unit on Sudden Infant Death Syndrome*.²⁸

Ce comité constitue une pratique d'excellence en cela qu'il favorise l'engagement actif des peuples autochtones de plusieurs endroits dans la conception et la diffusion de politiques de programmes et de services de santé. Dans le cas du *Safe and Sound Report*, il a veillé à ce que les représentants de communautés autochtones soient les principaux partenaires de l'évaluation et de la réponse aux données de surveillance de la santé publique concernant les décès découlant du SMSN. Comme l'indique Marilyn Ota, vice-présidente de la planification de la santé pour le First Nations Health Council, ce comité fait intervenir « des

Autochtones qui expriment et formulent des recommandations en ce qui concerne leurs besoins... faisant en sorte que nos services et nos programmes soient mieux adaptés à nos enfants et à notre population²⁹ ». Le cadre tripartite favorise cette démarche en reconnaissant le peuple autochtone comme partenaire à part égale et en veillant à ce que le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial collaborent en ce sens.

Autres ressources

- Profil de la population autochtone 2006 www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/
- Profil des enfants, adolescents et adultes autochtones, 2006 www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/89-635/index.cfm?lang=fra
- Enquête sur les enfants autochtones www.statcan.gc.ca/aboriginal/acs/5801793-fra.htm
- Enquête auprès des peuples autochtones 2006
Un aperçu de la santé de la population métisse : www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2009004-fra.htm
- Programme canadien de surveillance périnatale www.phac-aspc.gc.ca/rhs-ssg/index-fra.php
- First Nations Health Council www.fnhc.ca
- Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations www.ERS-ers.ca/fr
- Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) www.naho.ca
- Aboriginal Infant Development Program – conseil tribal Nuuchahnulth www.nuuchahnulth.org/tribal-council/infant.html
- Report on Indigenous Children's Health www.stmichaelshospital.com/media/detail.php?source=editorial/articles/media/hospital_news/2009/20090409_ki
- United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples issuu.com/karinzylsaw/docs/un_declaration_rights_indigenous_peoples

Références

- ¹ Santé Canada (2006). Les Canadiens et les Canadiennes en santé : Rapport fédéral sur les indicateurs comparables de la santé 2006. Ottawa, Ontario. Santé Canada.
- ² Kramer, M.S. (1987). Determinants of low birth weight: Methodological assessment and meta-analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 65, pp. 5-663.
- ³ Programme Bébé en santé, enfants en santé à l'intention des Autochtones, AHBHC Program Overview. Stratégie de ressourcement pour la santé et le mieux-être des Autochtones [En ligne], consulté le 12 janvier 2009 sur http://www.ahwsonario.ca/programs/ahbhc/ahbhc_top.html; National Aboriginal Community Controlled Health Organization (s.d.). Définitions – Aboriginal Health [En ligne], consulté le 12 janvier 2010 sur <http://www.naccho.org.au/definitions/abhealth.html>
- ⁴ McShane, K., Smylie, J. et Adomako, P. (2009). Health of First Nations, Inuit, and Métis children in Canada. In *Indigenous Children's Health Report: Health Assessment in Action*, J. Smylie et P. Adomako (éds), pp. 11-65 Toronto, Ontario. Saint Michael's Hospital.
- ⁵ Statistique Canada (2006a). Profil de la population autochtone Recensement de 2006. Ottawa, Ontario. Statistique Canada, 2009.
- ⁶ Statistique Canada (2006a); Statistique Canada (2006b). Profils de communauté. Recensement de 2006. Ottawa, Ontario. Statistique Canada.
- ⁷ Statistique Canada (2008). Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations Recensement de 2006. Ottawa, Ontario. Statistique Canada, 2009.
- ⁸ Smylie, J., Fell, D., Ohlsson, A. et le Joint Working Group on First Nations, Indian, Inuit and Métis Infant Mortality of the Canadian Perinatal Surveillance System (2010). A review of Aboriginal infant mortality rates in Canada – Striking and persistent Aboriginal/non-Aboriginal inequities. *Canadian Journal of Public Health*, 101(2), pp. 143-148.
- ⁹ Ibidem
- ¹⁰ Statistique Canada (2008).
- ¹¹ Luo, Z.C., Kierans, W.J., Wilkins, R., Liston, R.M., Uh, S.-H. et Kramer, M.S. (2004). Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: Temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000. *International Journal of Epidemiology*, 33, pp. 1252-1259.
- ¹² Ibidem
- ¹³ Ibidem
- ¹⁴ Ibidem
- ¹⁵ Statistique Canada. (2006c). Profil des enfants, adolescents et adultes autochtones de 2006. Ottawa, Ontario. Statistique Canada, 2009.
- ¹⁶ Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (2007). Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières Nations (ERS) 2002/2003, 2e édition. Ottawa, Ontario. Assemblée des Premières nations.
- ¹⁷ Statistique Canada (2003). Cycle 4 de l'Enquête longitudinale nationale sur les enfants et les jeunes (ELNEJ), 2000-2001. Ottawa, Ontario. Statistique Canada, 2009.
- ¹⁸ Statistique Canada (2006c); Statistique Canada (2003).
- ¹⁹ Statistique Canada (2006c); Statistique Canada (2003); Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (2007).
- ²⁰ Statistique Canada (2006c); Statistique Canada (2003).
- ²¹ Luo et coll. (2004).
- ²² Whincup, P.H., Kaye, S.J., Owen, C.G., Huxley, R., Cook, D.G., Anazawa, S. et coll. (2008). Birth weight and risk of type 2 diabetes: A systematic review. *Journal of the American Medical Association*, 300, pp. 2886-97. Wilstrom, I., Axelsson O., Bergstrom R., Meirik O. (1988). Traumatic injury in large-for-date infants. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.*, 67, pp. 259-264.
- ²³ Whitehead, M. (1991). The concepts and principles of equity and health. *Health Promotion International*, 6(3), p. 219.
- ²⁴ Nations Unies. (2007). Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Genève, Instance permanente sur les questions autochtones.
- ²⁵ Comité sur la gouvernance de l'information des Premières Nations (2007). Brant Castellano, M. (2004). Ethics of Aboriginal Research. *Journal of Aboriginal Health*, 1, pp. 21-36; Onemda, VicHealth Koori Health Unit (2008). We can like research ... in Koori hands: A community report on Onemda VicHealth Koori Health Unit's research workshops in 2007. Melbourne, Australie. Onemda VicHealth Koori Health Unit, the University of Melbourne; Smylie, J., Anderson, I., Ratima, M., Crengle, S. et Anderson, M. (2006). Who is measuring and why? Indigenous health performance measurement systems in Canada. *The Lancet*, 367, pp. 2029-2031.
- ²⁶ Nations Unies. (2007).
- ²⁷ First Nations Health Council, Initiatives – Maternal and Child Health. First Nations Health Council. [en ligne], consulté le 20 juillet 2010 sur http://www.fnhc.ca/index.php/initiatives/maternal_and_child_health/
- ²⁸ BC Coroners Service (2009). Safe and sound – A five year retrospective report on sudden infant death in sleep related circumstances. Victoria, Colombie-Britannique: Ministry of Public Safety and Solicitor General, Gouvernement de Colombie-Britannique.
- ²⁹ Marilyn Ota, Verbal communication, May 3rd, 2010.



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
NCCA@UNBC.CA
WWW.NCCA.CA