

AGIR SUR LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ DES NOURRISSONS, DES ENFANTS ET DES FAMILLES AUTOCHTONES DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE



Rédigé par Dr^e Janet Smylie, MD MPH, professeure agrégée, Dalla Lana School of Public Health, Université de Toronto

Il est généralement admis que la santé dépend non seulement de l'état physique de la personne, mais aussi de l'environnement social, économique et politique dans lequel elle vit. Pour les peuples autochtones,¹ les disparités sociales, économiques et politiques sous-tendent une grande partie des iniquités en santé qui existent actuellement entre les Autochtones et les non-Autochtones. Ces disparités peuvent contrecarrer les efforts entrepris par les personnes et les groupes afin d'élever des enfants en bonne santé et

de bâtir des familles et des communautés solides. Cette fiche d'information a pour objectif de définir et d'examiner les déterminants sociaux de la santé selon la perspective de la santé publique et des Autochtones, puis d'analyser l'information actuelle concernant ces déterminants chez les familles des Premières Nations/indiennes, inuites et métisses en Colombie-Britannique. La fiche présente ensuite plusieurs tentatives récentes de lutte contre les disparités en ce qui a trait aux déterminants sociaux de la santé chez les populations autochtones et non autochtones, et fait état de deux exemples de pratiques prometteuses ou optimales dans cette province.

Quels sont les déterminants sociaux et pourquoi sont-ils importants pour la santé des Autochtones?

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les déterminants sociaux de la santé comme « Les circonstances dans lesquelles les gens naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent, y compris le système de santé. »¹ En d'autres termes, les déterminants sociaux de la santé sont les conditions économiques, physiques et sociales qui influencent la santé des individus et des communautés.² La recherche sur la santé publique montre que l'amélioration des déterminants sociaux

¹ Dans cette fiche d'information, le terme « Autochtone » renvoie à tous les groupes de peuples des Premières Nations/indiens, inuits et métis collectivement, peu importe leur statut ou leur lieu de résidence.



et économiques de la santé entraîne une progression importante de l'espérance de vie et de la qualité de vie.³

Selon l'OMS, les déterminants sociaux de la santé et les choix politiques qui les influencent sont principalement responsables des iniquités en santé.⁴ Ces déterminants comprennent le revenu, l'emploi, l'éducation, la sécurité alimentaire, l'environnement social et le logement. De plus, les peuples autochtones sont aux prises avec des déterminants sociaux de la santé qui leur sont propres, notamment la colonisation, le racisme et la marginalisation politique. Lors du symposium de 2007 sur les déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones, les délégués ont défini trois

déterminants propres à ces peuples qui constituent des facteurs essentiels pour comprendre l'apparition des disparités en santé chez les peuples autochtones.⁵

Colonisation : Les délégués du symposium ont mis en lumière deux problèmes liés à la colonisation. Premièrement, l'histoire de la colonisation des peuples autochtones a été considérée comme un déterminant de la santé fondamental qui continue à influencer la santé et le bien-être. En particulier, les délégués ont mentionné la rupture des liens avec la terre, ce qui a contribué à affaiblir ou à détruire les pratiques sociales et économiques étroitement liées, et la dégradation des terres dont dépendait le gagne-pain des peuples autochtones.⁶

Deuxièmement, les délégués ont compris que la colonisation ne peut pas simplement être considérée comme un processus historique qui a eu un effet dévastateur sur les peuples autochtones, mais plutôt comme une réalité contemporaine.⁷

Racisme : Les délégués du symposium ont mis en évidence à plusieurs reprises l'expression ou l'expérience du racisme comme déterminant de la santé. Le racisme peut avoir des répercussions sur la santé à cause du stress associé au manque de respect, à la violence personnelle et à l'exclusion sociale ou à la discrimination relative à l'accès aux services nécessaires à l'équité des résultats en matière de santé.⁸

Les pensionnats : Un exemple de déterminant social de la santé particulier aux Autochtones

Des années après le démantèlement du système des pensionnats, l'héritage de ces établissements continue à peser lourd sur la vie et le bien-être des personnes et des communautés des Premières Nations/indiennes, inuites et métisses. Les préjudices incroyables subis — décès, dénigrement de la culture, destruction de l'amour-propre et de l'estime de soi, rupture des familles — continuent à avoir des répercussions sur les générations suivantes.¹¹

Les objectifs du système des pensionnats étaient de convertir les enfants autochtones au christianisme, de leur enseigner l'anglais et de les assimiler à la culture britannique dominante — en d'autres termes, de faire disparaître l'histoire, la culture et l'identité des enfants des Premières Nations/indiens, inuits et métis. L'expression de la langue, de la spiritualité ou de la culture autochtone était punie. De plus, les cas de violence physique et sexuelle étaient courants et sont bien documentés. Enfin, la surpopulation, les mauvaises conditions d'hygiène et l'absence de soins médicaux se sont traduites par des taux élevés de tuberculose et d'autres maladies.¹²

Les premiers pensionnats ont vu le jour dans les années 1840 et le dernier pensionnat géré par le gouvernement fédéral a fermé en 1996 en Saskatchewan.¹³ En 1991, environ 13 % de la population autochtone canadienne s'identifiaient comme des survivants des systèmes des pensionnats.¹⁴

En 1996, la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a recommandé la tenue d'une enquête publique pour étudier et documenter les origines et les effets des politiques relatives aux pensionnats ainsi que les abus qui y ont été perpétrés. Cette enquête a entraîné plusieurs mesures pour réparer les dommages causés par les pensionnats, y compris la Déclaration de réconciliation, la création de la Fondation autochtone de guérison (FADG) pour s'occuper de l'héritage des violences physiques et sexuelles subies par les peuples autochtones, ainsi que le lancement d'un plan de règlement des conflits (RC) pour indemniser les survivants pour les abus subis lorsqu'ils fréquentaient ces établissements.

La Convention de règlement relative aux pensionnats indiens est un règlement judiciaire qui est entré en vigueur en septembre 2007. Elle prévoit entre autres un paiement comptant pour les survivants qui sont toujours en vie en 2005 (ou pour leurs héritiers en cas de décès), un processus d'évaluation individuel pour le jugement des cas d'abus plus graves et la mise en place d'une Commission de vérité et de réconciliation dotée d'un mandat de cinq ans conforme à plusieurs des recommandations de la CRPA.

Marginalisation politique : La marginalisation politique que les peuples autochtones ont subie depuis l'époque coloniale est liée aux effets continus de la colonisation et du racisme. Les délégués du symposium ont aussi conclu que cette marginalisation politique et économique était un déterminant en amont de la santé des autochtones.⁹

Il y a eu des efforts visant à démontrer les liens entre les déterminants sociaux de la santé et la santé des Autochtones. Une étude influente effectuée en 1998 a montré que les taux de suicide chez les peuples des Premières Nations de la Colombie-Britannique étaient liés à un ensemble de caractéristiques que les auteurs ont appelées « la continuité culturelle » et qu'ils ont décrite comme le degré de cohésion sociale et culturelle au sein d'une communauté.¹⁰ Selon ces auteurs, les faibles taux de suicide ou son

absence dans une communauté semblaient liés aux facteurs qui ont tendance à améliorer la continuité culturelle, comme le titre foncier, l'autonomie gouvernementale (particulièrement la participation des femmes), la maîtrise de l'éducation, la sécurité et les installations culturelles ainsi que la maîtrise des politiques et des pratiques relatives aux programmes de santé et de services sociaux.

Les peuples autochtones de la Colombie-Britannique

Selon le recensement de 2006, un peu moins de 5 % de la population de la Colombie-Britannique est autochtone.¹⁵ Les deux tiers des Autochtones s'identifient comme des Indiens d'Amérique du Nord,ⁱⁱ 30,3 % comme Métis, 0,4 % comme Inuits et un peu moins de un pour cent comme ayant une identité autochtone

multiple.¹⁶ Comme partout au Canada, la population autochtone de la Colombie-Britannique est relativement jeune. Près d'un Autochtone sur cinq vivant dans cette province a moins de 15 ans (17,4 %) comparé à 1 sur 10 chez les non-Autochtones.¹⁷ Près de 60 % des Autochtones vivent en milieu urbain, environ 25 % habitent dans une réserve et 14 % en région rurale.¹⁸

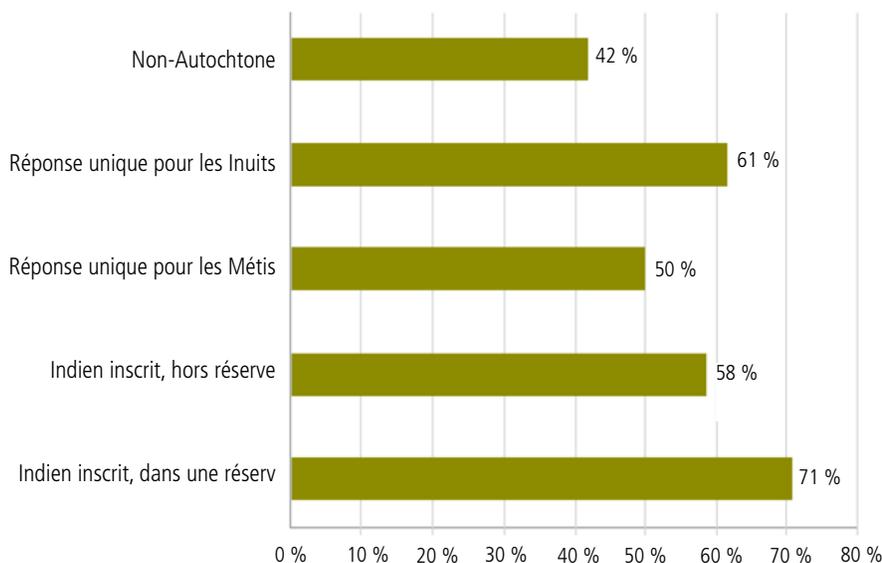
Ce que nous savons et ce que nous ignorons à propos des déterminants sociaux de la santé des Premières Nations/Indiens, des Inuits et des Métis de la Colombie-Britannique

Dans une section précédente, nous avons défini les déterminants sociaux de la santé généraux et propres aux Autochtones. Cette section traite de certaines disparités relatives aux déterminants sociaux généraux de la santé qui existent entre les Autochtones et les non-Autochtones de la Colombie-Britannique. Les données quantitatives liées aux déterminants sociaux de la santé propres aux Autochtones sont limitées, mais les données portant sur les déterminants de la santé plus généraux sont facilement accessibles. Comme nous le décrivons ci-dessous, les données montrent invariablement que les résultats des peuples autochtones sont pires que ceux des non-Autochtones pour ces mesures.

Revenu

Selon le recensement canadien de 2006, il existe des disparités considérables en ce qui a trait au revenu des peuples autochtones et non autochtones en Colombie-Britannique. En 2005, le revenu individuel médian annuelⁱⁱⁱ de la population d'identité

Figure 1 — Pourcentage des personnes actives ayant un revenu inférieur à 20 000 \$



Source : Statistique Canada. Recensement de 2006.^{iv}

ⁱⁱ L'expression Indien de l'Amérique du Nord est le terme employé par Statistique Canada pour désigner l'ascendance et l'identité des personnes des Premières Nations ou des Indiens (inscrits ou non).

ⁱⁱⁱ Selon la définition de Statistique Canada de la médiane des revenus; comprend toutes les sources de revenu avant impôt des adultes de 15 ans et plus.

^{iv} Le recensement du Canada établit une distinction entre « réponse unique » et « réponses multiples » à la question sur l'identité autochtone. « Réponse unique » signifie que le répondant a coché uniquement un groupe identitaire; pour les réponses multiples, une personne a coché plus d'un groupe identitaire. Pour les figures 1 à 3, seules les données concernant une réponse unique étaient accessibles.

autochtone était de 15 836 \$, soit de 36 % inférieur au revenu annuel médian de 24 867 \$ chez les non-autochtones.¹⁹

En ce qui a trait aux différentes populations d'identité autochtone qui vivent en C.-B., la figure 1 montre que seulement 42 % de la population non autochtone a gagné moins de 20 000 \$ en 2005, alors que 61 % des Inuits, 50 % des Métis, 58 % des Indiens inscrits vivant hors réserve et 71 % des Indiens inscrits vivant dans une réserve ont eu un revenu inférieur à ce montant.²⁰ Les données spécifiques au revenu ne sont pas accessibles pour les Indiens non inscrits en C.-B. Cependant, en se basant sur celles qui le sont, on peut dire que la situation relative de ces personnes est semblable à celle d'autres populations d'identité autochtone.

Emploi

Le taux de chômage des peuples autochtones de la C.-B. est plus de deux

fois supérieur à celui de la population non autochtone. Selon le recensement de 2006, le taux de chômage de la population d'identité autochtone était de 15 % alors que celui des non-Autochtones était de 6 %.²¹ La figure 2 montre que les Inuits et les Métis ont des résultats légèrement pires que ceux des non-Autochtones, leur taux de chômage étant de 7 et de 9 % respectivement.²² Le taux de chômage des Indiens inscrits vivant hors réserve était de 15 % et celui des Indiens inscrits vivant dans une réserve était le pire, soit 25 %.²³

Il n'y a pas de données spécifiques à l'emploi concernant les Indiens non inscrits en C.-B. Cependant, en se basant sur les données accessibles, on peut dire que leur situation relative est semblable à celle des autres populations d'identité autochtone dans la province.

Éducation

Les données tirées du recensement de 2006 montrent que les peuples autochtones

sont moins scolarisés que l'ensemble de la population. Par exemple, 39 % de la population d'identité autochtone de la C.-B. ont déclaré ne pas posséder de certificat, de diplôme ni de grade et 5 % seulement sont titulaires d'un certificat ou d'un diplôme universitaire.²⁴ Dans l'ensemble de la population de la C.-B., 20 % ne possèdent pas de certificat, de diplôme ni de grade et 19 % ont déclaré avoir obtenu un certificat ou un diplôme universitaire.²⁵ La figure 3 montre que 81 % de la population non autochtone de la province a obtenu un certificat, un diplôme ou un grade alors que 71 % des Inuits, 70 % des Métis, 62 % des Indiens inscrits vivant hors réserve et 48 % des Indiens inscrits vivant dans une réserve avaient obtenu un certificat, un diplôme ou un grade.²⁶

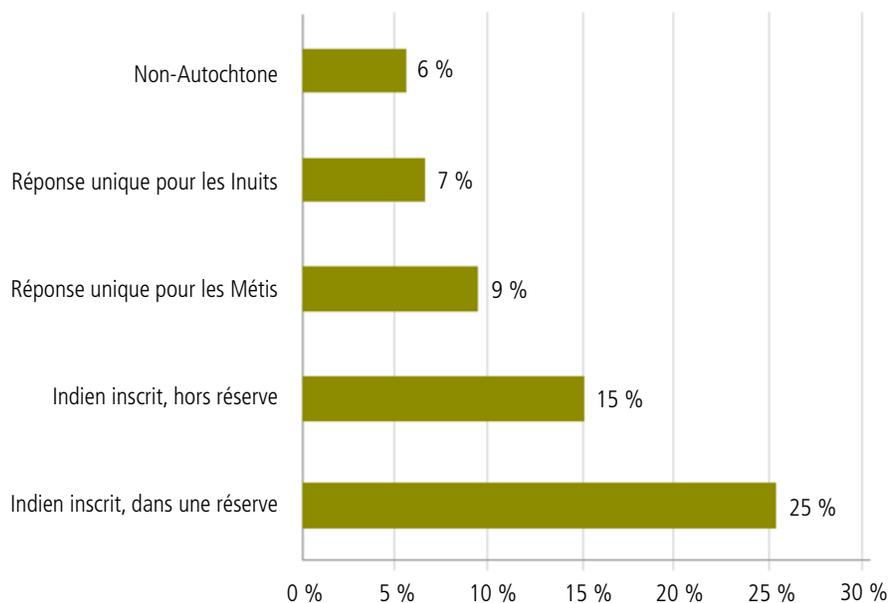
Logement

Selon le recensement de 2006, les peuples autochtones ont tendance à vivre dans des conditions de surpeuplement et dans des logements de qualité inférieure comparés à l'ensemble de la population. Par exemple, en Colombie-Britannique, 2,8 % de la population autochtone habite dans des logements abritant plus d'une personne par pièce, alors que seulement 1,8 % de la population non autochtone vit dans ces conditions de surpeuplement.²⁷ De plus, 17,7 % de la population autochtone habite dans des maisons nécessitant des réparations majeures comparé à 6,8 % de la population non autochtone.²⁸ Les difficultés relatives au logement sont intensifiées dans les communautés des réserves des Premières Nations où les taux de surpeuplement et de maisons nécessitant des réparations majeures sont respectivement de 5,8 % et de 36,5 %.²⁹

Sécurité alimentaire

Une des difficultés relatives à l'évaluation des taux d'insécurité alimentaire chez les populations autochtones est l'utilisation de multiples outils différents, dont la plupart

Figure 2 – Taux de chômage



Source : Statistique Canada. Recensement de 2006.^v

^v Le recensement du Canada établit une distinction entre « réponse unique » et « réponses multiples » à la question sur l'identité autochtone. « Réponse unique » signifie que le répondant a coché uniquement un groupe identitaire; pour les réponses multiples, une personne a coché plus d'un groupe identitaire. Pour les figures 1 à 3, seules les données concernant une réponse unique étaient accessibles.

n'ont pas été validés en milieu autochtone. Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la sécurité alimentaire est assurée « lorsque les personnes, en tout temps, ont accès à une alimentation suffisante, saine et nutritive pour leur permettre de mener une vie active et saine ». ³⁰ Cette définition inclut à la fois l'accès physique et l'accès économique à une alimentation qui correspond aux besoins alimentaires et aux préférences des personnes.

L'information sur la sécurité alimentaire chez les enfants et les familles des Premières Nations, inuits et métis est irrégulière et inégale, cependant les données dont nous disposons ainsi que les solides liens entre la sécurité alimentaire, le revenu et le chômage indiquent que l'insécurité alimentaire constitue une préoccupation majeure. Les résultats de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, effectuée en 2004, qui exclut les personnes des Premières Nations vivant dans les réserves, indiquent des taux

disproportionnellement élevés d'insécurité alimentaire chez les peuples autochtones comparés aux non-Autochtones. Par exemple, à l'échelle nationale, 33 % des répondants autochtones comparés à 9 % des non-Autochtones éprouvaient des problèmes d'insécurité alimentaire de modérés à graves. ³¹ Les taux d'insécurité alimentaire des Premières Nations vivant dans une réserve varient de 21 à 83 %. ³²

Lutte contre les disparités entre Autochtones et non-Autochtones en ce qui concerne les déterminants sociaux de la santé

Au cours des vingt dernières années, plusieurs initiatives fédérales, provinciales et locales visant à lutter contre les disparités en matière de déterminants sociaux de la santé ont connu plus ou moins de succès. Ces processus ont évolué au fil du temps, allant de l'enquête de la Commission royale sur les peuples autochtones qui s'est

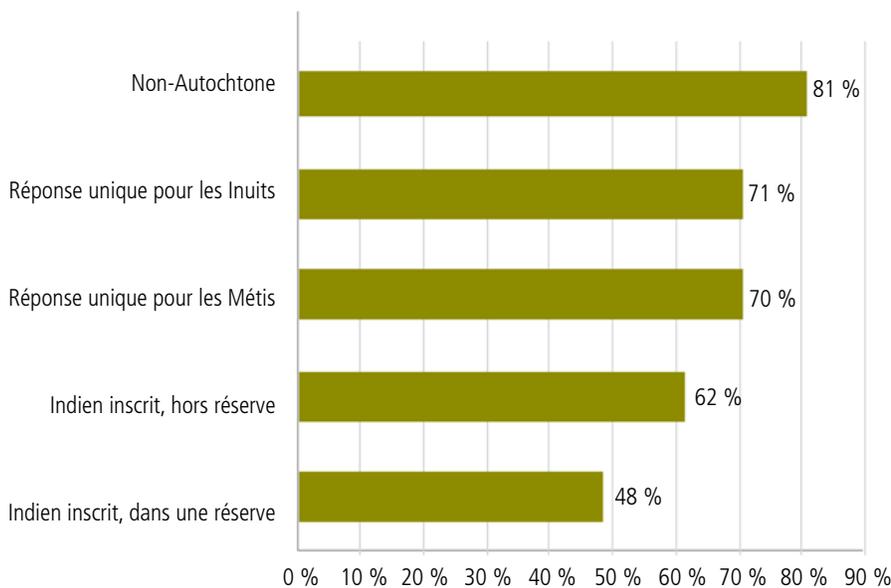
penchée sur les causes de ces disparités, aux tentatives des ministères fédéraux, provinciaux et territoriaux de parvenir à une entente sur la façon de lutter contre ces disparités et à des initiatives à l'échelle provinciale et communautaire en C.-B. afin d'améliorer le niveau de vie et les services de santé destinés aux Autochtones. Au centre de ces initiatives se trouvent la reconnaissance des droits des Autochtones à l'autodétermination et le soutien de ces droits.

CRPA

En novembre 1996, le gouvernement du Canada a publié le rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). Ce rapport reconnaît que ces peuples sont des nations autonomes qui occupent une place unique au Canada et que la principale orientation politique constitue « une mauvaise ligne de conduite qui a été suivie pendant plus de 150 ans par les gouvernements coloniaux et par les gouvernements canadiens ultérieurs. » ³³

La CRPA a formulé 440 recommandations et a préconisé des changements profonds dans les relations entre les peuples autochtones et non autochtones et les gouvernements au Canada. Elle a demandé que des actions rapides soient menées dans quatre domaines : la guérison, le développement économique, le développement des ressources humaines et la création d'institutions autochtones. ³⁴ Dix ans plus tard, l'Assemblée des Premières Nations (APN) a publié une évaluation de la réaction et des mesures du gouvernement fédéral en ce qui a trait aux résultats et aux recommandations de la CRPA. L'APN a attribué un F global au « bulletin de rendement » de ce rapport, citant l'inaction relative aux principales recommandations de la CRPA et l'absence de progrès qui en découle en ce qui a trait aux principaux indicateurs socioéconomiques. ³⁵ Le bulletin de

Figure 3 — Personnes ayant obtenu un certificat, un diplôme ou un grade



Source : Statistique Canada. Recensement de 2006. ^{vi}

^{vi} Le recensement du Canada établit une distinction entre « réponse unique » et « réponses multiples » à la question sur l'identité autochtone. « Réponse unique » signifie que le répondant a coché uniquement un groupe identitaire; pour les réponses multiples, une personne a coché plus d'un groupe identitaire. Pour les figures 1 à 3, seules les données concernant une réponse unique étaient accessibles.

rendement a critiqué le gouvernement fédéral pour son absence d'investissements soutenus afin de répondre aux besoins fondamentaux des communautés des Premières Nations et pour son inaction quant aux déterminants clés de la santé et du bien-être. L'APN a aussi découvert qu'aucun des changements structurels de la relation entre les Premières Nations et le gouvernement du Canada recommandés par la CRPA n'a été effectué. Le bulletin de rendement a particulièrement mis en lumière la stagnation de la situation des enfants des Premières Nations, de l'état des logements de ces nations ainsi que du bien-être de leurs communautés.

Accord de Kelowna

L'Accord de Kelowna, annoncé en novembre 2005, a été le point culminant d'un processus appelé Table ronde Canada — Autochtones. Il s'est traduit par une série d'ententes entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et cinq organisations nationales autochtones qui cherchaient à améliorer la qualité de vie et les possibilités économiques des peuples autochtones au Canada. L'accord incluait un engagement de 5,1 milliards de dollars sur dix ans et portait sur quatre domaines : la santé, l'éducation, le logement et les relations.³⁶

En juin 2006, le Parti conservateur a formé le gouvernement du Canada, succédant au gouvernement libéral qui avait négocié l'Accord de Kelowna. Les budgets fédéraux subséquents n'ont pas inclus de provisions permettant de remplir les engagements de l'Accord de Kelowna.

Transformation pour le changement en Colombie-Britannique

En novembre 2005, la province de la Colombie-Britannique, le Conseil des leaders des Premières nations (CLPN) et le gouvernement canadien ont signé l'Accord de transformation pour le changement en vertu duquel toutes les parties s'engagent à :

- combler l'écart entre les Premières Nations et les autres Britanno-

- Colombiens dans les domaines de l'éducation, de la santé, du logement et des possibilités économiques au cours des 10 prochaines années;
- concilier les droits et les titres des Premières Nations et ceux de la Couronne;
- établir une nouvelle relation basée sur le respect et la reconnaissance mutuels.³⁷

Cet accord a été suivi d'une série d'ententes connexes, y compris le *Transformative Change Accord: First Nations Health Plan* (accord de transformation pour le changement : le Plan de santé des Premières nations) qui identifie 29 mesures visant à combler l'écart entre les Premières Nations et les autres Britanno-Colombiens en matière de santé et le Plan tripartite pour la santé des Premières nations dont l'objectif est entre autres de s'assurer que les Premières Nations participent aux décisions concernant leur santé. De plus, le Conseil de la santé des Premières Nations (CSPN) a été créé en 2007 pour coordonner la mise en œuvre du Plan tripartite pour la santé des Premières nations.³⁸

L'Accord de transformation pour le changement et ses ententes connexes représentent une étape prometteuse dans la lutte contre les disparités en matière de déterminants sociaux de la santé entre Autochtones et non-Autochtones. Il propose des changements systémiques, prônant notamment un partenariat collaboratif entre le gouvernement et les Premières Nations de la C.-B. en vue d'améliorer le niveau de vie et les services de santé. Même s'il est trop tôt pour constater des améliorations tangibles de l'état de santé ou pour évaluer le succès du processus de mise en œuvre, les engagements enchâssés dans l'Accord et certaines premières réalisations permettent d'espérer d'importantes améliorations de la santé.

Des progrès tangibles ont déjà eu lieu sur plusieurs fronts. Voici les réalisations les plus remarquables :

- Formation du Conseil de la santé des Premières nations (CSPN) en 2007.
- Aussi en 2007, nomination d'un médecin-conseil en santé des Autochtones au Bureau du médecin-hygiéniste en chef de la province pour fournir des conseils d'expert et du soutien et formuler des recommandations sur la santé des Autochtones.
- Les partenaires du Plan tripartite observent déjà des premiers succès dans plusieurs domaines, y compris dans le dépistage des problèmes visuels et auditifs chez les enfants des Premières Nations ainsi que dans les programmes de santé mentale et de toxicomanie.
- Des progrès considérables ont également eu lieu en 2008-2009 grâce à la mise en œuvre d'un réseau pleinement intégré de télésanté et de cybersanté pour les Premières Nations.
- Une entente a été conclue pour créer une autorité sanitaire des Premières Nations et la planification est en cours de réalisation.

Mobilisation de la communauté

Les initiatives politiques décrites ci-haut sont de portée nationale et provinciale. Il est important de se souvenir qu'à un niveau plus local, les communautés peuvent décider de se mobiliser pour le changement et lutter contre les disparités en matière de déterminants sociaux de la santé. Les changements mis en place par la communauté contribuent à son autodétermination. Ils peuvent être également très efficaces et efficients parce qu'ils sont naturellement adaptés à chaque milieu communautaire et tirent parti des forces locales. Les projets communautaires *ActNow BC* de la Nation métisse sont décrits plus bas et constituent un exemple de mobilisation visant à lutter contre les disparités en matière de santé et de déterminants de la santé.

Aboriginal ActNow BC est une stratégie de promotion de la santé prônant une vie active. Elle a commencé en 2006

et visait à lutter contre les facteurs de risque et à diminuer les probabilités de contracter des maladies chroniques comme l'hypertension artérielle ou le diabète grâce à l'augmentation de l'activité physique et à l'amélioration des niveaux de nutrition, à la diminution de la consommation de tabac et à l'optimisation des choix favorables à la santé pendant la grossesse. L'initiative est hébergée par le Centre national de collaboration de la santé autochtone à l'Université du Nord de la Colombie-Britannique. Elle intègre les connaissances et les approches traditionnelles autochtones de la guérison tout en soutenant le rôle des communautés dans la santé et le bien-être de leurs membres.

Trente-quatre projets *ActNow* ont eu lieu dans les communautés métisses à charte dans sept régions de la Colombie-Britannique. Voici les cinq buts du projet *ActNow* de la Métis Nation British Columbia (MNBC) :

1. Promouvoir le bien-être et soutenir la prévention des maladies chroniques;
2. Promouvoir l'activité physique dans les écoles et les communautés;
3. Promouvoir le bien-être et les modes de vie sains en C.-B.;
4. Augmenter la capacité des communautés autochtones de créer et soutenir des politiques, des milieux, des programmes et des services favorables à la santé;
5. Améliorer la collaboration entre les organisations locales gouvernementales, non gouvernementales et celles du secteur privé.³⁹

Un projet en particulier a ciblé les mères enceintes et leur partenaire. Le programme de yoga destiné aux Métis de la région de Kelowna comprend des cours hebdomadaires de yoga, le transport et un repas et dure 20 semaines. À la fin des projets, plus de 78 % des participants ont ressenti les bienfaits liés à l'augmentation de leur activité physique. Les autres thèmes ont porté sur la connaissance de la culture métisse et la fierté d'appartenir à cette



nation, l'amélioration des connaissances et des compétences dans les domaines liés à la santé, l'amélioration du mode de vie et de l'alimentation et le fait de se sentir bien. Un participant a expliqué ce que les projets *ActNow* MNBD apportaient à la communauté :

Les activités et fonctions auxquelles notre communauté a participé nous ont donné un but, nous ont permis de nous rassembler et de partager les connaissances traditionnelles et les informations, d'inclure la communauté de Prince-Rupert dans nos exercices et dans notre planification d'un mode de vie sain, et, élément très important, ont permis à nos femmes et à nos Aînés de partager leurs connaissances et de faire des contributions importantes.

Ressources supplémentaires

- **The Lowitja Institute (l'institut Lowitja)**
<http://www.lowitja.org.au/> (en anglais seulement)
- **Ministry of Aboriginal Relations and Reconciliation (ministère des Relations et de la Réconciliation avec les Autochtones)**
<http://www.gov.bc.ca/arr/> (en anglais seulement)
- **Pathways to Health and Healing – Second Report on the Health and Wellbeing of Aboriginal Peoples in British Columbia, Public Health Officer's Annual Report, 2007 (trajectoires de santé et de guérison – deuxième rapport sur la santé et le bien-être des peuples autochtones en Colombie-Britannique, Rapport annuel de l'administrateur de la santé publique, 2007)**
<http://www.health.gov.bc.ca/pho/pdf/abohlth11-var7.pdf> (en anglais seulement)
- **Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)**
<http://www.naho.ca/fr/>
- **Centre de collaboration nationale de la santé autochtone**
<http://www.nccah-ccnsa.ca/>
- **Profil de la population autochtone de 2006**
<http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=F>
- **First Nations Health Council (conseil de la santé des Premières Nations)**
<http://www.fnhc.ca/> (en anglais seulement)

- **Groupe de référence canadien**
<http://www.phac-aspc.gc.ca/sdh-dss/crg-grc-fra.php>
- **Déterminants sociaux de la santé de l'Organisation mondiale de la Santé**
http://www.who.int/social_determinants/fr/index.html

Bibliographie

- World Health Organization (nd - a). Social determinants of health. Geneva: World Health Organization [en ligne], consulté le 7 mai 2010 à http://www.who.int/social_determinants/en
- Cooperative Research Centre for Aboriginal Health (nd). Social determinants of health. Casuarina Cooperative Research Centre for Aboriginal Health [en ligne], consulté le 7 mai 2010 à <http://www.crcah.org.au/research/socialdeterminants.html>
- Ibid. Program statement: Social determinants of health. Casuarina: Cooperative Research Centre for Aboriginal Health.
- World Health Organization (nd - a).
- Commission on Social Determinants of Health (CSDH)(2007). Social determinants and Indigenous health: The international experience and its policy implications. Adelaide, AU: Commission on Social Determinants of Health, consulté le 30 janvier 2012 à http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf
- Ibid.
- Ibid.
- Ibid.
- Ibid.
- Chandler, M.J. & Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35: 191-219.
- Brant Casellano, M., Archibald, L., & DeGagné, M. (2008). From truth to reconciliation: Transforming the legacy of residential schools. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Ibid.
- Assembly of First Nations (nd). Fact Sheet: Residential Schools [en ligne]. Ottawa, ON: AFN, consulté le 11 mai 2010 à <http://www.afn.ca/article.asp?id=766>
- Dion Stout, M. & Kipling, G. (2003). Aboriginal people, resilience and the residential school legacy. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation.
- Statistics Canada (2008). 2006 Census – Topic-based Tabulations. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue 97-564-XCB2006002.IVT
- Ibid. Il faut faire preuve de prudence lorsqu'on interprète les données du recensement parce que ces chiffres sous-estiment la population autochtone réelle de la C.-B. Certaines réserves des Premières Nations peuvent choisir de ne pas participer au recensement alors que d'autres groupes et personnes autochtones n'y ont pas accès ou choisissent de ne pas participer au recensement (par exemple, des Autochtones sans abris ou des Autochtones qui n'acceptent pas le champ d'application ni le mandat du recensement).
- Ibid.
- Ibid.
- Statistics Canada (2006a). Aboriginal population profile. Ottawa, ON: Statistics Canada [en ligne], consulté le 11 mai 2010 à [- Statistics Canada \(2006a, 2006b, 2006 c\)
- Ibid.
- World Health Organization \(nd - b\). Food security. Trade, foreign policy, diplomacy and health. Geneva: World Health Organization, consulté le 13 mai 2011 à <http://www.who.int/trade/glossary/story028/en/>
- Health Canada \(2007\). Canadian Community Health Survey Cycle 2.2 \(2004\). Nutrition: Income-related household food security in Canada. Ottawa, ON: Office of Nutrition Policy and Promotion, Catalogue #H164-42-2007E.
- Power, E. \(2007\). Food security for First Nations and Inuit in Canada – Background Paper. Ottawa, ON: First Nations and Inuit Health Branch, Health Canada.
- Indian and Northern Affairs Canada \(nd\). Highlights from the Report of the Royal Commission on Aboriginal peoples. Ottawa, ON: Indian and Northern Affairs Canada \[en ligne\], consulté le 11 mai 2010 à <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/rrc-eng.asp>
- Ibid.; and Hurley, M.C. & Wherrett, J. \(2000\). The Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples. Ottawa, ON: Library of Parliament.
- Assembly of First Nations \(2006\). Royal Commission on Aboriginal Peoples at 10 years: A report card. Ottawa, ON: AFN.
- First Ministers and national Aboriginal leaders strengthening relationships and closing the gap. Kelowna: s.n. 2005.
- Ministry of Aboriginal Relations and Reconciliation \(nd\). The Transformative Change Accord. Victoria, BC: Government of BC \[en ligne\], consulté le 11 mai 2010 à <http://www.gov.bc.ca/art/social/change.html>; and Government of British Columbia \(2006\). The Transformative Change Accord: First Nations Health Plan. Victoria, BC: Government of BC.
- Government of British Columbia \(2007\). Tripartite First Nations Health Plan. Victoria, BC: Government of British Columbia; Ministry of Healthy Living and Sport \(nd\). Aboriginal Healthy Living. Victoria, BC: Government of BC \[en ligne\], consulté le 11 mai 2010 à <http://www.hls.gov.bc.ca/aboriginal/>; and First Nations Health Council \(nd\). About us. Victoria, BC: First Nations Health Council \[en ligne\], consulté le 11 mai 2010 à <http://www.fnhc.ca/index.php/about>
- Métis Nation British Columbia \(nd\). Métis Nation British Columbia ActNow Project \[en ligne\]. Abbotsford, BC: Métis Nation British Columbia, consulté le 11 mai 2010 à \[http://www.mpcbc.bc.ca/health/pdf/health_an_flyer.pdf\]\(http://www.mpcbc.bc.ca/health/pdf/health_an_flyer.pdf\)](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/details/page.cfm?Lang=E&Geo1=PR&Code1=59&Geo2=PR&Code2=01&Data=Count&SearchText=British%20Columbia&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&GeoLevel=&GeoCode=59; Statistics Canada (2006b). Community Profiles. Ottawa, ON: Statistics Canada [en ligne], consulté le 11 mai 2010 à <a href=)



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

© 2013 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. 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.