

LA SANTÉ DES AUTOCHTONES VIVANT DANS LES CENTRES URBAINS

Lisa Murdock, M. A.

Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone



National Collaborating Centre
for Indigenous Health

SANTÉ DES ENFANTS, DES JEUNES, ET DES FAMILLES

© 2024 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Cette publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'ASPC.

Remerciements

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

Cette publication peut être téléchargée depuis le site Web ccnsa.ca.

Tous les documents du CCNSA sont offerts gratuitement et peuvent être reproduits, en totalité ou en partie, accompagnés d'une mention adéquate de la source et de la référence bibliographique. Il est possible d'utiliser tous les documents du CCNSA à des fins non commerciales seulement. Pour nous permettre de mesurer les répercussions de ces documents, veuillez nous informer de leur utilisation.

The English version is also available at nccih.ca under the title: *The health of Indigenous people residing in urban centres*.

Référence bibliographique : Murdock, L. (2024). *La santé des Autochtones vivant dans les centres urbains*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Pour de plus amples renseignements ou pour obtenir d'autres exemplaires, veuillez nous joindre au :

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George (Colombie-Britannique)
V2N 4Z9 Canada

Téléphone : 250 960-5250
Télécopieur : 250 960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca
Web : ccnsa.ca

ISBN (format imprimé) :
978-1-77368-387-4
ISBN (format en ligne) :
978-1-77368-386-7

TABLE DES MATIÈRES



Télécharger des publications à
ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih



Download publications at
nccih.ca/34/Publication_Search.nccih



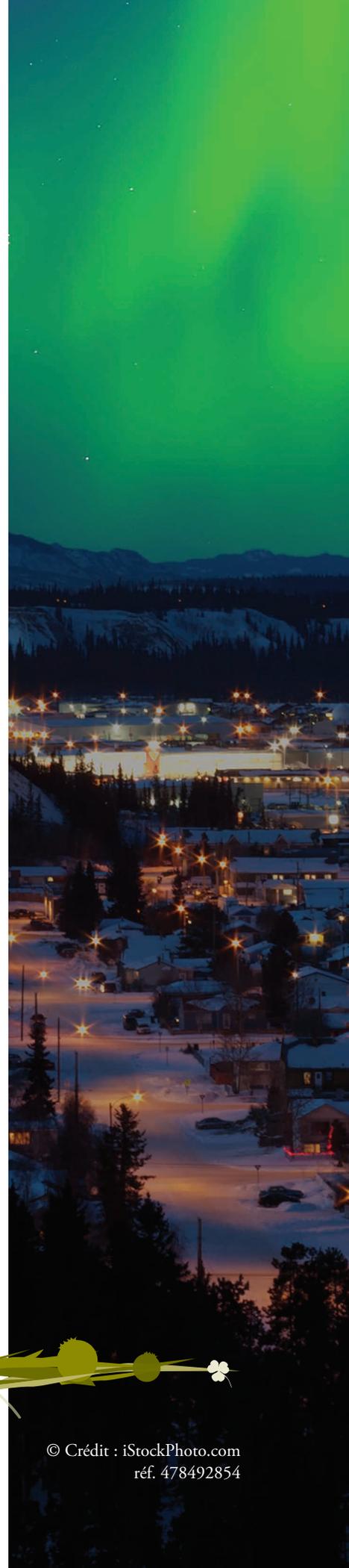
issuu.com/nccah-ccnsa/stacks

LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES	5
INTRODUCTION	6
DONNÉES ET DOCUMENTATION	9
PRINCIPAUX TERMES ET DÉFINITIONS	10
TENDANCES EN MATIÈRE D'URBANISATION ET DE MOBILITÉ	12
Urbanisation des populations autochtones	12
Mobilité ethnique des populations autochtones urbaines	16
Migration urbaine et mobilité des populations autochtones	19
Profil de la population autochtone vivant en milieu urbain	22
ÉTAT DE SANTÉ	25
Déterminants sociaux de la santé	25
Colonialisme et inégalités structurelles	27
Éducation, emploi et revenu	30
Besoin de logements et itinérance	33
Sécurité alimentaire et aliments traditionnels ou du terroir	35
Alimentation et activité physique	39
Tabagisme, alcool et consommation de drogues	41
Accès à des services de soins de santé	44
Liens culturels et appartenance communautaire	47

TABLE DES MATIÈRES



Résultats de santé -----	49
Espérance de vie et mortalité -----	49
Mortalité infantile et issues défavorables de la grossesse -----	52
Morbidités et maladies chroniques -----	57
Santé mentale -----	66
Auto-évaluation de la santé -----	68
CONSEQUENCES SUR LA PRESTATION DE SERVICES ---	71
Enjeux pour les gouvernements -----	71
Conséquences démographiques -----	73
PROGRAMMES ET SERVICES -----	77
Quelques initiatives nationales -----	77
Quelques initiatives régionales -----	80
Vancouver -----	80
Winnipeg -----	84
RECHERCHE ET ÉLABORATION DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES -----	86
Lacunes en matière de services -----	86
Recommandations pour de futurs travaux de recherche -----	87
CONCLUSION -----	88
BIBLIOGRAPHIE (en anglais seulement) -----	90



LISTE DES TABLEAUX ET FIGURES



TABLEAU 1 : POPULATION AUTOCHTONE AU CANADA, PAR GROUPE, 2021 -----	13
TABLEAU 2 : POPULATION D'INDIENS INSCRITS AU CANADA, 2021 -----	13
TABLEAU 3 : POPULATION D'INUITS AU CANADA, 2021 -----	13
TABLEAU 4 : NOMBRE ET POURCENTAGE D'AUTOCHTONES AU SEIN DE LA POPULATION TOTALE DES RMR SÉLECTIONNÉES ET RÉPARTITION DE LA POPULATION TOTALE D'AUTOCHTONES DANS CES RMR, 2021 -----	15
TABLEAU 5 : ÂGE MOYEN (EN ANNÉES) DES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES DANS LES RMR SÉLECTIONNÉES, 2021 -----	22
TABLEAU 6 : POURCENTAGE DE PERSONNES DE 14 ANS OU MOINS DANS LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES DANS LES RMR SÉLECTIONNÉES, 2021 -----	23
TABLEAU 7 : POURCENTAGE DE PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS DANS LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES DES RMR SÉLECTIONNÉES, 2021 -----	24
TABLEAU 8 : PALMARÈS DES CINQ INDUSTRIES EMPLOYANT LE PLUS D'AUTOCHTONES HORS RÉSERVE, HOMMES ET FEMMES, 2021 -----	31
TABLEAU 9 : ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENU DES POPULATIONS NON AUTOCHTONES ET AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE, 2021 -----	32
FIGURE 1 : ÉCART DE PAUVRETÉ ENTRE LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES VIVANT DANS CINQ GRANDS CENTRES URBAINS (2020)-----	37
TABLEAU 10 : POURCENTAGE DES JEUNES DE LA 9 ^E À LA 12 ^E ANNÉE, NON-AUTOCHTONES OU AUTOCHTONES HORS RÉSERVE FAISANT USAGE DE TABAC OU CONSOMMANT DE L'ALCOOL OU DU CANNABIS, 2014-2015-----	43
TABLEAU 11 : ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ DES POPULATIONS NON AUTOCHTONES OU AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE, 2011 -----	50
TABLEAU 12 : TAUX DE MORTALITÉ POUR 100 000 PERSONNES, PAR CAUSE DE DÉCÈS, CHEZ LES POPULATIONS NON AUTOCHTONES OU AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE, 2016 -----	51
TABLEAU 13 : ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES, 2004-2006-----	53
TABLEAU 14 : ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE CHEZ LES MEMBRES INSCRITS DES PREMIÈRES NATIONS ET TOUTES LES AUTRES POPULATIONS DU MANITOBA, DE 2012-2013 À 2016-2017 -----	55
FIGURE 2 : AUTO-ÉVALUATION DE LA SANTÉ DES PERSONNES DE 12 ANS ET PLUS NON AUTOCHTONES OU AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE, 2011-2014 -----	68

INTRODUCTION



Au Canada, les populations autochtones¹ sont de plus en plus urbanisées, surtout dans les régions de l'ouest du pays (Congress of Aboriginal Peoples, 2019)*. Au cours des 80 dernières années, de nombreuses personnes des Premières Nations, inuites ou métisses se sont déplacées vers les centres urbains. Aujourd'hui, plus de la moitié de la population autochtone au Canada habite dans une agglomération urbaine (Collier, 2020). Malgré cette tendance croissante et reconnue, on a encore beaucoup à apprendre sur la santé des Autochtones urbains.

Les données sur les populations autochtones en milieu urbain sont limitées. La documentation disponible sur les Autochtones vivant dans les centres urbains porte principalement sur des enjeux liés au bien-être socioéconomique. De même, la plupart des études portant sur les populations autochtones en milieu urbain ont tendance à faire état de données probantes désuètes, qui se concentrent le plus souvent sur les membres des

Premières Nations et accordent peu d'attention aux Inuits et aux Métis (British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres [BCAAFC], 2020). De plus, les témoignages de première main de la diversité de l'expérience vécue, du savoir et des perspectives des populations autochtones en milieu urbain sont rarement intégrés aux rapports de recherche ou reflétés dans les politiques ou les services touchant cette population (Alaazi et al., 2015; Allan, 2013; Nejad et al., 2019).

Les peuples autochtones regroupent une population diversifiée sur les plans démographique et culturel, qui est aussi relativement mobile selon des modèles qui ne correspondent pas nécessairement aux tendances dominantes en matière de migration. Dans le contexte des tendances actuelles en matière d'urbanisation et de mobilité, le présent rapport s'inscrit dans la continuité de celui publié en 2012 et intitulé *La santé des Autochtones vivant en milieu urbain* (Place, 2012). Il regroupe les données accessibles

* Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

¹ Le terme « Autochtones » est utilisé dans le présent rapport pour désigner, collectivement, les premiers habitants des territoires qui incluent le Canada, soit les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. Lorsqu'il est possible de le faire et au besoin, une distinction est établie entre les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis.

et la documentation sur les Autochtones urbains afin de cerner l'état de santé de ces personnes et les grands enjeux touchant leur santé et la prestation des soins qui leur sont destinés. Peu d'études pancanadiennes sur les populations autochtones en milieu urbain sont disponibles, mais il existe un nombre croissant d'études régionales offrant de l'information nouvelle et importante sur les caractéristiques distinctes et les besoins de santé particuliers de cette population au Canada (voir par exemple Alaazi et al., 2015; Cidro et al., 2015; Hayward et al., 2020; Richmond et al., 2020; Tang et al., 2015; Wicklum et al., 2019).

Le présent rapport couvre trois aspects principaux :

- 1) les tendances en matière d'urbanisation et de mobilité des populations autochtones;
- 2) les principaux facteurs influençant l'état de santé et les résultats de santé des populations autochtones en milieu urbain;
- 3) les défis associés à la prestation de services de santé aux Autochtones vivant dans les centres urbains.

Dans l'ensemble de ce rapport, une attention particulière est accordée aux déterminants sociaux de la santé et aux résultats de santé des populations autochtones en milieu urbain. On y expose des données sur l'utilisation des soins de santé et sur les effets de l'urbanisation sur la prestation de soins. En vue de mettre en relief certains des moyens utilisés dans les centres urbains pour répondre aux besoins et aux priorités de santé propres aux populations autochtones qui y vivent, le rapport livre aussi un survol de certains programmes, services et initiatives nationaux et régionaux visant à favoriser la santé chez ce segment de la population. Enfin, on y dégage de grandes tendances pouvant servir de thèmes à des recherches futures, à l'élaboration de politiques ou à la conception de programmes liés à la santé des Autochtones urbains.





DONNÉES ET DOCUMENTATION



En s'appuyant sur les travaux réalisés par Place (2012), le présent rapport propose une terminologie et des données statistiques actualisées et cite des travaux de recherche réalisés après la parution, en 2012, de *La santé des Autochtones vivant en milieu urbain*, de 2012 jusqu'à la fin de décembre 2023. Plusieurs bases de données et moteurs de recherche ont été utilisés pour réunir des données et de la documentation sur la santé des populations autochtones en milieu urbain au Canada, notamment Google et Google Scholar, ScienceDirect, CMAJ Open, PubMed et PMC, SpringerLink, BMJ Open, Scilit, ResearchGate et SocINDEX. Des sites Web de gouvernements, d'universités et de diverses communautés ont été consultés en vue de trouver de l'information à jour sur les populations autochtones vivant en milieu urbain. Les termes utilisés pour la recherche préliminaire sont, notamment, Aboriginal/Indigenous (aborigène, autochtone), First Nations (Premières Nations), Inuit (Inuit), Métis, urban (urbain), off-reserve (hors réserve), urbanization (urbanisation), demographic trends (tendances démographiques), mobility patterns (tendances en matière de mobilité), health status (état de santé), health outcomes (résultats de santé), determinants of health (déterminants de la santé), programs and services (programmes et services) ainsi que knowledge/service gaps (lacunes dans les connaissances ou les services). Les mots clés supplémentaires utilisés sont notamment colonization (colonisation), structural violence (violence structurelle), health and social inequity/inequality (inégalité et iniquité sociales et de santé), racism (racisme), discrimination (discrimination), stigma (préjugés), trauma-informed care (soins sensibles aux traumatismes), violence-informed care (soins sensibles à la violence subie), harm reduction approach/practice (pratique et approche de réduction des méfaits), sovereignty (souveraineté), self-determination (autodétermination), equity-oriented health care (soins de santé axés sur l'égalité) et mental health (santé mentale). Ces mots-clés sont en anglais, puisque les sources de documentation le sont aussi.

Les données et la documentation sur lesquelles repose le présent rapport varient, dans la définition des populations et des régions géographiques, mais aussi en fonction de la disponibilité de l'information au moment de sa préparation. Son contenu porte sur les populations autochtones en milieu urbain. L'information accessible et à jour sur ce groupe précis de la population est en croissance, mais demeure limitée, est datée et porte en grande partie sur les peuples des Premières Nations hors réserve. L'information présentée dans ce rapport a donc été résumée à partir d'une variété de sources afin de pouvoir dégager de grandes tendances en matière de santé et de soins de santé concernant les populations autochtones en milieu urbain au Canada.

PRINCIPAUX TERMES ET DÉFINITIONS



Le présent rapport porte sur les Autochtones vivant dans les divers centres urbains du Canada. *Autochtones* est un nom collectif utilisé pour désigner les peuples présents à l'origine en Amérique du Nord et leurs descendances (Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada [CIRNAC], 2021). Au Canada, Les Autochtones sont les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, sans égard à l'endroit où ils vivent, que ce soit ou non sur une réserve, ou au fait que ces personnes soient inscrites ou non comme autochtones en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Il est courant d'utiliser ce nom collectif pour mettre l'accent sur l'historique colonial, les langues, les pratiques culturelles, les croyances spirituelles, les droits, la contribution et la terre natale diversifiés et distincts des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis (Younging, 2018). Le terme *Autochtones* est donc utilisé dans le présent rapport pour désigner les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, collectivement. Ce terme est également utilisé pour désigner un sous-ensemble de personnes autochtones, sauf lorsque des

identités autochtones distinctes sont précisées, notamment dans des études auxquelles participent nommément et précisément des membres des Premières Nations, des Inuits, ou des Métis.

Une *réserve* désigne une portion de terres publiques mise de côté et détenue en fiducie par le gouvernement fédéral à l'usage et au profit d'une Première Nation (l'organe administratif d'une réserve) (Department of Justice, 2021). Une *réserve urbaine* désigne une réserve située à l'intérieur ou à proximité d'une agglomération urbaine (Indigenous Services Canada [ISC], 2017). De façon générale, seuls les membres inscrits d'une Première Nation peuvent habiter sur une réserve, à moins que la Première Nation concernée ait adopté un règlement sur le droit de résidence précisant qui a le droit d'habiter sur les terres qui lui ont été attribuées (Indigenous Corporate Training [ICT], 2021). La majeure partie des personnes vivant dans des réserves sont des membres des Premières Nations reconnus par le gouvernement fédéral (en raison de leur inscription au *Registre des*

Indiens fédéral) en tant que personne membre des Premières Nations (*membres inscrits des Premières Nations*) ou des membres des Premières Nations qui s'identifient comme tels, mais qui ne sont pas reconnus par le gouvernement fédéral (personnes non inscrites au *Registre des Indiens*) en tant que membres d'une Première Nation (*membre non inscrit d'une Première Nation*) en vertu de la *Loi sur les Indiens* (CIRNAC, 2021).

Les personnes membres d'une Première Nation résidant dans une communauté autochtone sont souvent désignées comme des personnes *vivant sur une réserve*. Les membres des Premières Nations qui n'habitent pas une communauté autochtone sont désignés sous le nom d'Autochtones *hors réserve*. De façon générale, les Inuits et les Métis ne vivent pas sur une réserve autochtone (ICT, 2021). La plupart des Inuits vivent en effet dans l'*Inuit Nunangat*, la terre natale des Inuits qui regroupe 51 communautés inuites dans quatre régions situées le long des côtes arctiques du Canada (ISC, 2020). Les Inuits résidant dans les communautés

inuites sont souvent désignés sous le nom de résidents de *l'Inuit Nunangat*, alors que les Inuits qui ne vivent pas sur les terres natales inuites sont appelés des résidents de *l'extérieur de l'Inuit Nunangat*. Il existe également des communautés métisses distinctes, établies dans les régions rurales ou en milieu urbain un peu partout au Manitoba, en Saskatchewan et en Alberta ou dans certaines parties de l'Ontario, de la Colombie-Britannique ou des Territoires du Nord-Ouest. Ensemble, ces communautés métisses, situées principalement dans des municipalités ou des agglomérations urbaines le long des routes traditionnelles pour la traite de fourrures, forment ce que l'on appelle la *Patrie métisse* (Library and Archives Canada, 2020). L'Alberta est toutefois la seule province au Canada comptant une assise territoriale métisse reconnue, laquelle est formée de huit établissements métis (Canadian Geographic, 2018a; Metis Settlements General Council [MSGC], 2018).

Le terme *urbain* est largement utilisé pour désigner une concentration de population ayant une forte densité. Il s'agit du contraire de *rural*, un terme qui désigne une population qui n'est pas concentrée, mais qui est plutôt dispersée et de faible densité (Statistics Canada, 2017a). Autrefois désigné sous le nom de *zone urbaine*, un *centre de population* est une zone

dont la population atteint au moins 1 000 personnes et dont la densité de population se chiffre à au moins 400 personnes par kilomètre carré. Tous les secteurs situés hors des centres de population sont considérés comme des *régions rurales*. Les *petits centres de population* regroupent de 1 000 à 29 999 personnes; les *centres de population moyens* comportent de 30 000 à 99 999 habitants, alors que les *grands centres de population* comptent 100 000 personnes ou plus (Statistics Canada, 2017b). Une *agglomération de recensement* (AR) est une zone urbaine avec une population centrale d'au moins 10 000 personnes, alors qu'une *région métropolitaine de recensement* (RMR) est une vaste zone urbaine regroupant une population totale d'au moins 100 000 personnes, dont au moins 50 000 habitent au cœur de l'agglomération (Statistics Canada, 2019).

Le présent rapport utilise le terme *agglomération urbaine* pour désigner les populations de concentration très élevée comptant au moins 30 000 personnes. Le terme *populations autochtones en milieu urbain* est utilisé pour désigner les Autochtones vivant dans des agglomérations urbaines dont la population est d'au moins 30 000 habitants (Wilson, 2018), y compris les membres des Premières Nations hors réserve, les Inuits vivant hors de l'Inuit Nunangat et les Métis.

Les données sur les populations autochtones ont tendance à être classées selon les critères de résidence sur ou hors réserve au lieu de les séparer en fonction d'un milieu rural ou urbain. On pourrait permuter les termes « réserve » et « rural » ou « hors réserve » et « urbain », mais ces termes ne signifient pas exactement la même chose et ne représentent pas avec précision les Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines. Cela s'explique principalement par le fait que « hors réserve » est un terme associé aux membres des Premières Nations et qu'il existe des zones rurales situées hors des territoires des réserves, tout comme on trouve de petits centres de population dans les régions rurales. Une petite population d'Autochtones vit par ailleurs sur des réserves situées à l'intérieur ou à proximité d'agglomérations urbaines (Mason, 2019). Néanmoins, même si résider hors d'une réserve est reconnu par les chercheurs comme étant différent d'un milieu urbain, ce terme est souvent utilisé de manière interchangeable pour désigner les populations autochtones en milieu urbain (Place, 2012). Les limites découlant de cette façon de faire sont prises en compte dans le présent rapport.





TENDANCES EN MATIÈRE D'URBANISATION ET DE MOBILITÉ



L'urbanisation des Autochtones implique principalement le déplacement des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis, qui quittent les communautés de Premières Nations, l'Inuit Nunangat ou les communautés rurales pour s'installer dans des centres de population urbains de moyenne ou de grande envergure. Cette section traite de la croissance de la population autochtone en milieu urbain au Canada et des facteurs associés au profil et aux tendances en matière de mobilité des populations autochtones en milieu urbain.

Urbanisation des populations autochtones

Dans le recensement de 2021, Statistique Canada mentionnait que 1 807 250 personnes s'identifient comme Autochtone soit 5 % de la

population totale du pays (Statistics Canada, 2022a). De ce nombre, 801 045 Autochtones (44,3 %) ont été inscrits comme vivant dans une grande agglomération urbaine comptant au moins 100 000 habitants, une augmentation de 12,5 % depuis 2016. Une analyse plus détaillée révèle que 32,5 % des Autochtones vivaient dans de grandes agglomérations urbaines², que 11 % vivaient dans des centres urbains de population moyenne³ et que 20,9 % vivaient dans de petites agglomérations⁴. De plus, 35,9 % des Autochtones vivaient en milieu rural (Statistics Canada, 2022b). Le tableau 1 présente la répartition de la population autochtone totale par groupe; le tableau 2 montre la répartition des membres des Premières Nations inscrits vivant sur les réserves ou hors réserve, et le tableau 3 montre la répartition des Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat ou hors de ce territoire.

² Désigne une agglomération d'au moins 100 000 habitants (Statistics Canada, 2015b).

³ Désigne une agglomération dont la population est de 30 000 à 99 999 habitants (Statistics Canada, 2015b).

⁴ Désigne une agglomération dont la population est de 1 000 à 29 999 habitants (Statistics Canada, 2015b).

TABLEAU 1 : POPULATION AUTOCHTONE AU CANADA, PAR GROUPE, 2021

	Population totale (n)	Pourcentage de la population autochtone totale (%)
Autochtones	1 807 250	100,0
First Nations	1 048 405	58,0
Inscrits	753 115	41,7
Non-inscrits	295 290	16,3
Métis	624 215	34,5
Inuits	70 540	3,9

Source : Statistique Canada, 2022b.

TABLEAU 2 : POPULATION D'INDIENS INSCRITS AU CANADA, 2021

	Population totale (n)	Pourcentage du total des Indiens inscrits (%)
Hors réserve	447 350	59,4
Sur une réserve	305 765	40,6

Source : Statistique Canada, 2022b.

TABLEAU 3 : POPULATION D'INUITS AU CANADA, 2021

	Population totale (n)	Pourcentage de la population inuite totale (%)
Région de l'Inuvialuit	3 174	4,5
Nunatsiavut	2 116	3,0
Nunavik	12 556	17,8
Nunavut	30 826	43,7
Extérieur de l'Inuit Nunangat	21 868	31,0

Source : Statistique Canada, 2022b.



La plupart des Inuits habitant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat vivaient dans la capitale nationale ou ses environs, ce qui fait d'Ottawa-Gatineau la région abritant la plus importante communauté inuite du sud du Canada

(Canadian Geographic, 2018b).



Au cours des huit dernières décennies, on a assisté au Canada à une augmentation constante du nombre d'Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines (Congress of Aboriginal Peoples, 2019). Selon les données du recensement de 2021, les villes de Winnipeg, Edmonton et Vancouver abritaient le plus grand nombre d'Autochtones en milieu urbain. Toutefois, ces données n'équivalent pas nécessairement aux plus importantes proportions d'Autochtones au sein de la population totale. Les Autochtones formaient une part beaucoup plus importante de la population totale dans plusieurs agglomérations urbaines plus petites des provinces de l'Ouest; c'est le cas notamment à Thompson, au Manitoba (45,5 %),

à Prince Albert, en Saskatchewan (41,9 %) et à Prince Rupert, en Colombie-Britannique (40,5 %) (Statistics Canada, 2022b).

Parmi la population autochtone totale, les Métis étaient les plus susceptibles d'habiter dans une agglomération urbaine. En 2021, 55,4 % des Métis vivaient dans une agglomération urbaine d'au moins 100 000 habitants (Statistics Canada, 2022a). De nombreux Inuits (15,3 %) vivant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat habitaient eux aussi dans une agglomération urbaine importante. Selon Statistique Canada (2022b), 31 % des Inuits vivent à l'heure actuelle à l'extérieur de l'Inuit Nunangat. En Ontario seulement, la population inuite s'est accrue pour passer de

moins de 100 en 1987 (Canadian Geographic, 2018b) à environ 4 310 personnes en 2021 (Statistics Canada, 2022b). La plupart des Inuits habitant à l'extérieur de l'Inuit Nunangat vivaient dans la capitale nationale ou ses environs, ce qui fait d'Ottawa-Gatineau la région abritant la plus importante communauté inuite du sud du Canada (Canadian Geographic, 2018b). Edmonton et Montréal abritent aussi une importante population inuite comparativement à d'autres agglomérations urbaines. Le tableau 4 présente le nombre et le pourcentage d'Autochtones de la population totale d'une RMR pour dix agglomérations urbaines.

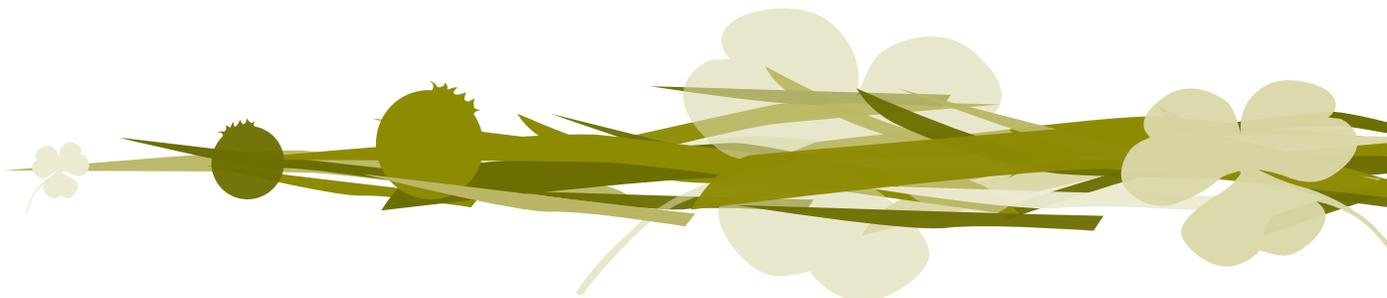


TABLEAU 4 : NOMBRE ET POURCENTAGE D'AUTOCHTONES AU SEIN DE LA POPULATION TOTALE DES RMR SÉLECTIONNÉES ET RÉPARTITION DE LA POPULATION TOTALE D'AUTOCHTONES DANS CES RMR, 2021

RMR	Population autochtone totale (n)	Pourcentage de la population totale de la RMR (%)	Population membre des Premières Nations (n et %)	Population inuite	Métis population n (%)
Winnipeg	102 075	12,5	42 540 (41,7)	485 (0,5)	56 525 (55,4)
Edmonton	87 600	6,3	39 305 (44,9)	1 300 (1,5)	44 305 (50,6)
Vancouver	63 340	2,4	35 950 (56,8)	515 (0,8)	24 105 (38,1)
Calgary	48 625	3,3	20 890 (43,0)	505 (1,0)	25 250 (51,9)
Ottawa-Gatineau	46 540	3,2	23 395 (50,3)	1 730 (3,7)	19 295 (41,4)
Montréal	46 085	1,1	25 350 (55,0)	1 140 (2,5)	16 270 (35,3)
Toronto	44 635	0,7	25 770 (57,7)	590 (1,3)	15 325 (34,3)
Saskatoon	34 890	11,2	17 505 (50,2)	125 (0,3)	16 290 (46,7)
Regina	24 520	10,0	14 405 (58,8)	140 (0,6)	9 360 (38,2)
Victoria	19 455	5,0	10 795 (55,4)	140 (0,7)	7 665 (39,4)

Source : Statistique Canada, 2022b.



Mobilité ethnique des populations autochtones urbaines

Des données de Statistique Canada (2017c) révèlent qu'entre 2006 et 2016, la population autochtone s'est accrue de 42,5 %, un taux de croissance quatre fois supérieur à celui de la population non autochtone au cours de la même période. En 2021, la population autochtone avait augmenté d'un autre 9,4 %, dépassant le taux de croissance de 5,3 % de la population non autochtone au cours de la même période (Statistics Canada, 2022a). Bien que le rythme de cette croissance ait ralenti, on estime que la population autochtone totale continuera de croître de manière exponentielle pour atteindre de 2,5 à 3,2 millions d'Autochtones au cours des deux prochaines décennies (Statistics Canada, 2022a). Cette croissance projetée de la population comprend les membres des Premières Nations vivant sur une réserve, les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat et les Autochtones vivant dans une agglomération urbaine (Statistics Canada, 2017c).

Deux principaux facteurs ont contribué à la croissance rapide des populations autochtones – la croissance naturelle, notamment une espérance de vie plus longue et des taux de fécondité relativement élevés, de même que des tendances changeantes quant à l'identification en tant que personne autochtone (Statistics Canada, 2017c). La mobilité ethnique, ou mobilité de réponse, désigne le phénomène par lequel les personnes modifient leur réponse aux questions sur leur origine ou leur identité

ethnique d'un recensement à l'autre (Statistics Canada, 2015). Dans les cas de questions sur l'identité autochtone, plus de gens s'identifiaient récemment comme Autochtones dans le recensement (Statistics Canada, 2017c). Dans le contexte de cette tendance qui se poursuit, on constate que les répondants qui ne l'avaient jamais fait auparavant sont plus susceptibles, surtout dans les agglomérations urbaines, de s'identifier comme membre d'une Première Nation, Inuit ou Métis, ce qui se traduit par une croissance des populations autochtones en milieu urbain qui ne peut s'expliquer par des facteurs traditionnels tels que les naissances, la longévité ou la migration résidentielle (Anderson, 2019a).

Il importe de comprendre les tendances changeantes dans l'identification comme Autochtone des personnes, car cette tendance a non seulement une influence sur la taille, la composition et les caractéristiques des populations autochtones en milieu urbain, mais influe aussi sur les efforts déployés pour répondre aux besoins et aux priorités légitimes des Autochtones urbains. Le recensement de 2016 révélait que 24,6 % de la population autochtone totale s'était identifiée comme non-Autochtone dans le recensement précédent (O'Donnell & LaPointe, 2019). Les données démontrent également que la mobilité ethnique était plus fréquente chez les membres des Premières Nations non-inscrites (52,4 %) et chez les Métis (39,1 %) et moins fréquente chez les membres inscrits des Premières Nations (4,6 %) et chez les Inuits (6,6 %). Ce phénomène pourrait expliquer pourquoi la croissance

de la population autochtone a été constatée principalement en milieu urbain et aussi pourquoi l'intégration géographique des Autochtones a été plus marquée dans les agglomérations urbaines (Anderson, 2019a).

La majeure partie des Autochtones urbains ont tendance à se concentrer de manière disproportionnée dans les quartiers défavorisés et les secteurs avoisinants des agglomérations urbaines (Bingham et al., 2019; Kruz et al., 2016; Nejad et al., 2019; Tu et al., 2019). Au cours des dernières décennies, toutefois, les Autochtones se sont un peu plus dispersés sur le plan géographique. Si l'on tient compte des récentes tendances en matière de mobilité ethnique, ce qui semble être une augmentation des Autochtones dans divers secteurs des agglomérations urbaines pourrait s'expliquer en réalité par le fait que des personnes déjà intégrées sur le plan géographique se disent autochtones pour la première fois dans le recensement (Anderson, 2019a).

Pour illustrer ce point, Anderson (n.d.) a observé que la population autochtone de Saskatoon a graduellement augmenté, en nombres absolus et proportionnellement, pour passer de 11 920 habitants (5,7 % de la population de la ville) en 1991 à 15 550 habitants (7,5 %) en 1996, puis à 20 275 habitants (9,1 %) en 2001. Plus récemment, environ un résident sur dix à Saskatoon s'est identifié comme Autochtone dans tous les quartiers de la ville, sauf deux. Dans deux quartiers du centre-ville, qui sont les deux quartiers les plus pauvres de la ville, près de la moitié de la population



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 1938188110

s'est dite autochtone; dans deux autres quartiers, qui sont aussi des quartiers défavorisés, plus du tiers des résidents s'est identifié comme Autochtone. Dans les 60 autres quartiers de la ville, les personnes s'identifiant comme Autochtones forment de 20 à 29 % de la population dans 4 de ces quartiers, de 10 à 19 % de la population dans 11 quartiers et moins de 10 % de la population (et aussi peu que 1 à 3 %) dans les 38 quartiers restants (Anderson, n.d.).

La croissance rapide et la répartition de plus en plus importante des populations autochtones en milieu urbain pourraient s'expliquer par des facteurs sociaux, par une nouvelle compréhension de l'historique familial des personnes, par des modifications des lois et même par de récentes décisions des

tribunaux (Caron-Malenfant et al., 2014; O'Donnell & LaPointe, 2019; Organization for Economic Co-operation and Development [OECD], 2020). Le projet de loi C-31, par exemple, a été promulgué en 1985 afin de s'attaquer à la discrimination fondée sur le genre contenue dans la *Loi sur les Indiens*⁵. Cette loi a permis de rétablir le statut d'indien inscrit des membres à qui leurs droits avaient été retirés et a permis aux communautés de Premières Nations de décider elles-mêmes qui en ferait partie, ce qui constitue un pas de plus vers l'autodétermination (Indigenous Foundations, 2009a). Avec l'entrée en vigueur du projet de loi C-31, on estime que 76 000 femmes des Premières Nations et leurs enfants ayant perdu leur droit à être inscrits en raison de politiques antérieures régissant les

mariages, ainsi que plusieurs autres membres des Premières Nations ayant perdu leurs droits, sont devenus admissibles à retrouver leur statut en vertu des dispositions de cette nouvelle loi. Ainsi, plus de 100 000 personnes (dont la majorité vivait dans des agglomérations urbaines) ont été ajoutées à la population de membres inscrits des Premières Nations (Trovato & Price, 2015). De même, le projet de loi C-3, promulgué en 2011, a permis le rétablissement des droits des petits-enfants de femmes des Premières Nations ayant perdu leur statut d'Indienne pour s'être mariées avant 1985. Par la suite, plus de 37 000 membres des Premières Nations ont acquis le statut d'Indien entre 2011 et 2017 (Assembly of First Nations, 2020).

⁵ Promulguée en vigueur en 1876, la *Loi sur les Indiens* est une version modifiée et consolidée de lois fédérales antérieures sur les peuples des Premières Nations. Elle visait à encadrer la création et l'administration des réserves et des Premières Nations. Cette loi a aussi été utilisée pour perturber les structures sociales, politiques et spirituelles des sociétés de Premières Nations et assimiler les Autochtones afin de les intégrer à la société canadienne (Zach, 2020).

L'affaire *Daniels c. Canada* a donné lieu à un long litige concernant la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral et la reconnaissance juridique des membres des Premières Nations et des Métis non inscrits en tant qu'*Indiens* en vertu du paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1982*. En 2016, ce litige ayant duré 17 ans a pris fin par une décision de la Cour Suprême du Canada précisant que le gouvernement fédéral avait, en vertu de la Constitution, une obligation à l'égard des membres des Premières Nations et des Métis non inscrits et avait notamment l'obligation fiduciaire de respecter leurs droits, leurs intérêts et leurs besoins particuliers et diversifiés en tant qu'Autochtones (Congress

of Aboriginal Peoples, 2019). Avec cette décision, plus de 600 000 membres des Premières Nations et Métis non inscrits ont non seulement envisagé la possibilité de litiges futurs avec le gouvernement fédéral quant aux revendications territoriales, mais aussi à un éventuel accès à l'éducation postsecondaire, à des prestations de soins de santé et à d'autres programmes et services gouvernementaux pour les Autochtones (Conn, 2019).

Flanagan (2017) a invoqué le fait qu'il existe de nombreux incitatifs pour s'identifier comme Autochtone, notamment des prestations de soins de santé, des avantages fiscaux, du soutien social pour les études supérieures,

des droits de chasse et de pêche et des avantages accordés aux membres d'une communauté autochtone. Palmater (2011), à l'inverse, explique que l'identité autochtone veut dire beaucoup plus qu'un accès à des droits associés au statut ou à des droits autochtones négociés dans les traités et les ententes complètes de revendications territoriales; on parle plutôt d'établir et de favoriser un sentiment individuel d'identité autochtone et une appartenance à une communauté culturelle. Peu importe le lien, la continuité culturelle assurée par l'identité autochtone demeure un outil essentiel pour assurer le bien-être global des peuples et des communautés autochtones (ICT, 2018).



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 166273754

Malgré une croissance constante de leur nombre en milieu urbain, les Autochtones sont souvent perçus comme vivant en milieu rural, dans le Nord ou dans les réserves et non en ville. Cette croyance a contribué à alimenter des tensions de longue date découlant de la présence des Autochtones dans les agglomérations urbaines, et ces tensions continuent d'avoir des répercussions sur leur santé et leur bien-être

(BCAAFC, 2020; Congress of Aboriginal Peoples, 2019; Senese & Wilson, 2013).

Migration urbaine et mobilité des populations autochtones

Malgré une croissance constante de leur nombre en milieu urbain, les Autochtones sont souvent perçus comme vivant en milieu rural, dans le Nord ou dans les réserves et non en ville. Cette croyance a contribué à alimenter des tensions de longue date découlant de la présence des Autochtones dans les agglomérations urbaines, et ces tensions continuent d'avoir des répercussions sur leur santé et leur bien-être (BCAAFC, 2020; Congress of Aboriginal Peoples, 2019; Senese & Wilson, 2013). Une grande part de la controverse relative à la présence d'Autochtones en milieu urbain est enracinée dans la longue histoire de la souveraineté européenne et des processus coloniaux d'oppression et de dépossession qui s'y rattachent (Nejad et al., 2019; Senese & Wilson, 2013; Snyder & Wilson, 2015). Avec l'entrée en vigueur de la *Loi sur les Indiens* et la mise sur pied des réserves, par exemple, les membres des Premières Nations ont été forcés de se déplacer et de s'installer sur des terres éloignées

isolées du reste de la population, situées généralement à de grandes distances des agglomérations urbaines. D'autres politiques fédérales, telles que le *système de laissez-passer*,⁶ ont aussi contribué à restreindre les déplacements des membres des Premières Nations, à les garder loin des agglomérations urbaines et à veiller à ce qu'ils soient isolés de la population en général (Joseph, 2018).

Les Inuits et les Métis ont vécu des expériences similaires de déplacement. Ce fut le cas notamment de la migration forcée des Inuits vers le Grand Nord pour contribuer à la souveraineté fédérale sur les îles de l'Arctique et les régions environnantes (Madwar, 2018) et du déménagement forcé des Métis à la suite de l'entrée en vigueur du *système de délivrance de certificats*⁷ et de la dépossession de leurs terres ancestrales par la suite (Robinson, 2019). Aux antipodes de toute idée d'assimilation, ces efforts visant à exclure les Autochtones ont renforcé l'impression d'indifférence qui a ouvert la voie à l'exclusion socioéconomique et au traitement discriminatoire des Autochtones vivant dans des agglomérations urbaines (BCAAFC, 2020).

Depuis la publication du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) du Canada⁸, en 2015, on a constaté un intérêt accru pour la compréhension de l'expérience coloniale vécue par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis. On est toutefois peu sensible aux conditions historiques associées à l'urbanisation des Autochtones (Congress of Aboriginal Peoples, 2019). Les politiques canadiennes en matière d'assimilation ont contribué au déplacement des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis vers les agglomérations urbaines. Avant 1985, par exemple, des politiques intégrées à la *Loi sur les Indiens* faisaient en sorte que les femmes autochtones perdaient leur statut d'Indiennes inscrites et leur reconnaissance juridique à cet égard si elles épousaient un homme non inscrit et en plus, cette perte de statut s'accompagnait d'une interdiction de résidence sur une réserve (Joseph, 2018). Forcées de quitter leur demeure sur la réserve, de nombreuses femmes autochtones se sont installées dans des agglomérations urbaines pour travailler, étudier et obtenir des services sociaux et de santé (Collier,

⁶ De 1885 à 1951, les Autochtones devaient obtenir un laissez-passer signé par un agent des Indiens pour pouvoir quitter leur réserve. Le laissez-passer autorisé précisait quand la personne pouvait quitter sa réserve, où il lui était permis de se rendre et quand elle devait revenir dans sa réserve (Joseph, 2018).

⁷ Des années 1870 jusque dans les années 1920, le gouvernement fédéral a mis en place le système de délivrance de certificats par lequel la personne titulaire d'un tel certificat (un « scrip », en anglais) pouvait acquérir certaines portions de terres publiques. Tout comme les traités numérotés, l'objectif de base poursuivi par ce système de certificat était de mettre fin à l'occupation des terres par les Métis et de leur enlever les titres rattachés à leurs territoires traditionnels (Robinson, 2019).

⁸ Publié en 2015, le rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, qui comporte plusieurs volumes, a permis d'informer les Canadiens sur ce qui s'est produit dans le *système de pensionnats autochtones* du Canada et sur les conséquences de ces événements. Le rapport documente également d'importantes vérités sur l'histoire du Canada et sur ses relations avec les Autochtones au-delà des seuls pensionnats autochtones (Fontaine et al., 2015).

2020; Congress of Aboriginal Peoples, 2019). L'émancipation forcée des membres des Premières Nations ayant servi dans l'armée a donné lieu à une migration similaire de ces personnes hors des réserves vers les agglomérations urbaines (Desbiens et al., 2016). De nombreux Métis ont aussi migré vers les agglomérations urbaines après avoir perdu titre et droits à leurs terres ancestrales par le biais du système de délivrance de certificats (Canadian Geographic, 2018c; Robinson, 2019).

Les pensionnats autochtones et les politiques de protection de l'enfance visant les Autochtones ont aussi contribué à l'urbanisation des peuples autochtones (Howard-Bobiwash & Lobo, 2013). Dès le début des années 1800, le gouvernement fédéral a mis en place le système d'écoles professionnelles et de pensionnats pour interner et préparer les enfants autochtones à leur intégration à la société canadienne en brisant les liens qui les unissaient à leur culture et à leur identité et en leur enseignant des métiers de base et des compétences en élevage (TRC, 2015). Ces établissements étaient généralement situés dans les agglomérations urbaines, habituellement à de vastes distances des communautés où vivaient ces enfants, ce qui faisait partie de la stratégie pour les détourner de leur famille et de leur environnement familial (Hanson et al., 2020). Plusieurs Autochtones ayant reçu une éducation dans les pensionnats ne sont pas retournés dans la réserve où se trouvait leur famille ou dans leur communauté (TRC, 2015). De même, les

enfants autochtones étaient souvent soustraits à l'influence de leur famille ou de leur communauté par le recours au système de protection de l'enfance autochtone (Hanson et al., 2020). Les enfants autochtones retirés à leur famille étaient généralement confiés à des familles d'accueil non autochtones, souvent dans des agglomérations urbaines loin de leur foyer (TRC, 2015). Isolés de leur famille et de leur culture, de nombreux Autochtones ayant grandi en famille d'accueil ne sont jamais retournés dans leur communauté d'origine.

Les politiques fédérales visant à contrôler la propagation de la tuberculose dans l'Inuit Nunangat ont également entraîné un afflux des Inuits vers les agglomérations urbaines de grande taille du sud du Canada (Canadian Geographic, 2018b). Dans les années 1920, les infections de tuberculose dans les communautés inuites ont commencé à atteindre des proportions épidémiques. Dans les années 1940, l'incidence de la tuberculose chez les Inuits était tout simplement colossale (ITK, 2018), avec des taux variant de 1 500 à 2 900 cas par 100 000 habitants. Au lieu de traiter la tuberculose directement dans les communautés arctiques, le gouvernement fédéral avait alors choisi de faire transporter un très grand nombre d'Inuits porteurs de la maladie vers des sanatoriums et des hôpitaux du sud (ITK, 2013). Il était courant que les Inuits soient internés dans ces établissements pendant de longues périodes (ITK, 2018). Après plusieurs années d'hospitalisation, certains Inuits sont retournés dans

leur communauté alors que d'autres sont demeurés temporairement ou se sont installés en permanence dans des agglomérations urbaines un peu partout au sud du Canada (Bonesteel, 2006).

Les Autochtones se sont urbanisés pour diverses raisons. Avec l'empiètement des municipalités et des agglomérations urbaines qui se multiplient, par exemple, les membres des Premières Nations peuvent s'urbaniser parce que le territoire où se trouve leur réserve est voisin d'une agglomération urbaine ou y est intégré. Les autres motifs d'urbanisation sont notamment la pénurie de logements, la pression démographique accrue et les possibilités limitées sur les réserves (Collier, 2020; Trovato & Price, 2015). L'absence d'écoles secondaires dans certaines communautés de Premières Nations, surtout dans les régions éloignées du pays, fait en sorte que les jeunes des Premières Nations doivent aller s'installer dans les agglomérations urbaines pour terminer leurs études secondaires (Bennett, 2016; Talaga, 2017). De même, le manque de services dans l'Inuit Nunangat a forcé de nombreux Inuits à déménager dans des agglomérations urbaines pour les études, pour obtenir des soins ou des traitements contre les dépendances, pour avoir accès à des résidences avec services, à une variété de services à l'enfance et à la famille ou à des services juridiques (National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls [NIMMIWG], 2019). Les Autochtones se sont aussi tournés

vers les agglomérations urbaines pour fuir les dysfonctionnements sociaux des communautés rurales ou du Nord, pour quitter des situations de violence familiale ou pour trouver refuge à la suite de ruptures familiales ou de l'aliénation sociale découlant des pensionnats autochtones ou des politiques d'émancipation (NIMMIWG, 2019).

On constate, de façon générale, un manque de données sur la migration des Autochtones des régions rurales vers les milieux urbains, et la majeure partie de l'information disponible se fonde sur les données du recensement (Trovato & Price, 2015). Les tendances démographiques font état d'un apport net constant d'Autochtones vers les réserves et de sorties et d'un apport net variables d'Autochtones dans les régions rurales et du Nord et en milieu urbain (O'Donnell & LaPointe, 2019; Senese & Wilson, 2013). Cela signifie que le mouvement des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis entre les communautés rurales ou du Nord et les agglomérations urbaines n'est pas unidirectionnel, mais implique aussi une bonne part de déplacements aller-retour et de mobilité sur le plan résidentiel (Snyder et al., 2015).

Parmi les trois groupes distincts d'Autochtones, les membres des Premières Nations et les Métis sont ceux qui affichent la plus forte proportion de migration hors des réserves. Selon Trovato et Price (2015), les Inuits sont, de façon générale, plus isolés des agglomérations urbaines et ont un mode de vie plus traditionnel. Ils sont donc moins enclins à aller s'installer dans les agglomérations urbaines. Les résultats des recensements montrent toutefois régulièrement que les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis sont très mobiles (Trovato & Price, 2015). Comparativement aux populations non autochtones, les Autochtones ont tendance à se déplacer plus souvent à l'intérieur des agglomérations urbaines ainsi qu'entre les communautés rurales ou du Nord et les agglomérations urbaines (Amorevieta-Gentil et al., 2015; Cidro & Siddiqui, 2016; Snyder et al., 2015). Une grande part de ces déplacements pourrait être attribuée aux dépossessions coloniales qui sont à la base des tendances en matière d'urbanisation des Autochtones et aux facteurs incitatifs et dissuasifs liés à la transition des Autochtones et à leur adaptation aux environnements urbains (Snyder & Wilson, 2012).

Plusieurs facteurs influencent les déplacements des Autochtones vers les agglomérations urbaines, ainsi qu'à partir et à l'intérieur de celles-ci. C'est le cas notamment de l'importance de leur relation avec leurs antécédents culturels et leur patrimoine traditionnel, de la durée et de l'intensité de leurs contacts avec des non-Autochtones, de leur proximité avec les communautés rurales ou du Nord et de la mesure dans laquelle ils participent aux services en milieu urbain (Trovato & Price, 2015). Les tendances en matière de mobilité urbaine des Autochtones peuvent par exemple être influencées par les possibilités d'emploi et d'éducation, par la présence de logements adéquats et abordables, par la disponibilité de services sociaux ou de soutien culturel (Cidro & Siddiqui, 2016; Snyder et al., 2015), mais aussi par leur expérience du racisme et de la discrimination, leur isolement culturel et leur absence de contacts avec leur famille ou leurs amis (Alaazi et al., 2015; Genereux et al., 2021; Nejad et al., 2019).



Profil de la population autochtone vivant en milieu urbain

Les Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines ne forment pas un groupe homogène. Les populations d'Autochtones en milieu urbain regroupent des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis issus de diverses nations, aux historiques coloniaux, aux cultures et aux langues variées (Anderson, 2019a; Collier, 2020). Les Autochtones en milieu urbain ont des expériences de vie différentes

et leur attachement à la culture autochtone varie aussi grandement d'une personne à l'autre (Fast et al., 2017). De nombreux Autochtones en milieu urbain conservent des liens étroits avec une Première Nation, avec l'Inuit Nunangat ou avec une communauté rurale, ce qui est essentiel au maintien des pratiques traditionnelles et des identités culturelles qui leur sont propres (BCAAFC, 2020). Certains Autochtones urbains, les citoyens de deuxième ou troisième génération particulièrement, peuvent avoir un lien plus ténu avec leurs terres natales ancestrales, mais conservent un sens de l'identité

autochtone grâce aux liens qu'ils entretiennent avec des organismes autochtones présents dans les villes et à une participation à des activités culturelles à caractère autochtone offertes en milieu urbain (BCAAFC, 2020). Malgré leurs différences, les Autochtones urbains partagent des expériences et des caractéristiques communes qui les rendent uniques en tant que population.

Des données du recensement de 2016 montrent que comparativement à la population non autochtone, les femmes étaient plus nombreuses que les hommes

TABLEAU 5 : ÂGE MOYEN (EN ANNÉES) DES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES DANS LES RMR SÉLECTIONNÉES, 2021

RMR	Population autochtone totale (années)	Population des Premières Nations (années)	Population inuite (années)	Population métisse (en années)	Population non autochtone (années)
Winnipeg	31,6	28,4	28,1	34,1	40,9
Edmonton	31,2	29,3	29,4	33,0	38,8
Vancouver	34,8	33,9	33,9	36,2	41,5
Calgary	32,1	30,2	30,3	33,7	38,6
Ottawa-Gatineau	36,8	36,7	28,6	37,8	40,3
Montréal	40,0	42,5	28,1	36,5	40,6
Toronto	36,1	35,4	37,9	36,9	40,5
Saskatoon	29,4	27,0	26,8	32,2	39,1
Regina	28,9	26,8	27,8	32,0	39,7
Victoria	34,6	33,6	32,4	35,8	44,7

Source : Statistique Canada, 2022b.

autochtones à vivre dans une agglomération urbaine (Statistics Canada, 2016a). Dans chacune des RMR comptant le plus grand nombre d'Autochtones (Winnipeg, Edmonton, Vancouver et Calgary), les femmes formaient près de 53 % de la population autochtone totale. Les données du recensement révèlent également que comparativement à la population non autochtone, la population d'Autochtones urbains est relativement jeune, mais vieillit. Les données sur l'âge propres aux populations autochtones en milieu

urbain ne sont pas disponibles, mais les données du recensement de 2016 indiquent que l'âge médian des Autochtones vivant hors réserve est de 30 ans et que leur moyenne d'âge est de 32,7 ans⁹. En comparaison, l'âge médian et la moyenne d'âge de la population non autochtone étaient, selon les mêmes données, de 41,3 et de 40,9 ans, respectivement (Statistics Canada, 2016a). Des données plus récentes provenant du recensement de 2021 montrent une tendance constante voulant

que les Autochtones soient généralement plus jeunes que la population non autochtone, avec une moyenne d'âge de 33,6 ans, comparativement à 41,8 ans pour les non-Autochtones (Statistics Canada, 2022a). Le tableau 5 montre l'âge moyen des Autochtones et des non-Autochtones dans les RMR sélectionnées. Au tableau 6, on peut voir le pourcentage des populations d'Autochtones et de non-Autochtones de moins de 15 ans dans les RMR sélectionnées.

TABLEAU 6 : POURCENTAGE DE PERSONNES DE 14 ANS OU MOINS DANS LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES DANS LES RMR SÉLECTIONNÉES, 2021

RMR	Population autochtone (%)	Population non autochtone (%)
Winnipeg	26,8	15,8
Edmonton	26,3	18,3
Vancouver	21,1	14,1
Calgary	24,6	18,5
Ottawa-Gatineau	19,3	17,1
Montréal	18,1	17,1
Toronto	18,4	15,7
Saskatoon	28,9	18,2
Regina	31,3	17,9
Victoria	21,5	12,5

Source : Statistique Canada, 2022b.



Certains Autochtones urbains, les citoyens de deuxième ou troisième génération particulièrement, peuvent avoir un lien plus ténu avec leurs terres natales ancestrales, mais conservent un sens de l'identité autochtone grâce aux liens qu'ils entretiennent avec des organismes autochtones présents dans les villes et à une participation à des activités culturelles à caractère autochtone offertes en milieu urbain

(BCAAFC, 2020).

⁹ Dans l'ensemble de ce rapport, les termes *hors réserve* (au lieu d'*urbain*) et *sur une réserve* (au lieu de *rural*) sont généralement utilisés pour correspondre à la façon dont les données disponibles et la documentation ont été produites et sont présentées. Bien que ces termes soient interchangeables dans une certaine mesure, il est important de tenir compte du fait que les terres des réserves sont propres aux Premières Nations uniquement et que le terme « hors réserve » peut inclure des régions rurales situées à l'extérieur de ces terres. Par conséquent, habiter hors réserve ne signifie pas nécessairement que l'on habite une agglomération urbaine.

Les travaux de recherche sur les aînés autochtones en milieu urbain sont limités, mais les données disponibles issues du recensement révèlent que le nombre d'Autochtones de 65 ans et plus a plus que doublé entre 2001 et 2011, et que plus de la moitié (52 %) de la population d'aînés autochtones vivait dans des agglomérations urbaines en 2016 (O'Donnell et al., 2017). Les résultats du recensement

de 2021 révèlent que même si la population autochtone est relativement jeune, la proportion d'Autochtones de 65 ans et plus continue d'augmenter, avec une augmentation de 7,3 % en 2016 et de 9,5 % en 2021 (Statistics Canada, 2022a). Le tableau 7 montre les pourcentages d'Autochtones et de non-Autochtones de 55 ans et plus dans les RMR sélectionnées.

TABLEAU 7 : POURCENTAGE DE PERSONNES DE 55 ANS ET PLUS DANS LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES DES RMR SÉLECTIONNÉES, 2021

RMR	Population autochtone (%)	Population non autochtone (%)
Winnipeg	17,1	30,6
Edmonton	15,1	26,7
Vancouver	20,1	30,5
Calgary	15,9	25,5
Ottawa-Gatineau	24,2	30,2
Montréal	30,9	30,1
Toronto	21,4	29,0
Saskatoon	13,1	27,7
Regina	12,7	28,7
Victoria	20,3	37,4

Source : Statistique Canada, 2022b.





ÉTAT DE SANTÉ



L'état de santé a trait au degré de bien-être et de maladie des personnes et comprend leur bien-être physique, mental, affectif et spirituel. Pour bien des raisons complexes, les Autochtones urbains ont généralement un moins bon état de santé et une qualité de vie moindre que leurs vis-à-vis non-Autochtones (BCAAFC, 2020). Cette section du rapport porte sur les principaux facteurs influençant l'état de santé et les résultats de santé des Autochtones vivant dans des agglomérations urbaines.

Déterminants sociaux de la santé

La santé suppose souvent un concept bien plus large que la seule absence de maladies ou d'affections (Lane, 2020). Elle sous-entend aussi le bien-être physique, mental, affectif et spirituel (BCAAFC, 2020; Lane, 2020). Pour les Autochtones, la conceptualisation du bien-être inclut aussi les stades de la vie, la continuité culturelle et les relations avec la terre – autant de notions qui ne sont pas intégrées dans les définitions colonialistes du bien-être, rattachées essentiellement au bien-être physique et mental des individus (Ansloos et al., 2021; Kim, 2019; Thistle, 2017). Cette conception du bien-être holistique tient compte d'un large éventail de facteurs sociaux, culturels, économiques et environnementaux qui influencent directement et indirectement l'état de santé des individus et des populations, mais aussi de la façon dont ces facteurs contributifs (les déterminants de la santé) sont interdépendants ou transcendent notre parcours de vie (BCAAFC, 2020, Canada, 2020a; Loppie & Wien, 2022).

Comparativement aux non-Autochtones, les Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines ont un état de santé plus faible dans tous les domaines mesurables de la santé

(BCAAFC, 2020).

Les déterminants sociaux de la santé sont de plus en plus considérés comme des moyens de mieux comprendre les inégalités en santé des Autochtones, surtout dans le contexte du colonialisme, qui est sans doute le plus important facteur dont découle le mauvais état de santé des Autochtones (National Collaborating Centre for Indigenous Health [NCCIH], 2018). Comparativement aux non-Autochtones, les Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines ont un état de santé plus faible dans tous les domaines mesurables de la santé (BCAAFC, 2020). Dans une large mesure, l'état de santé des populations autochtones en milieu urbain est déterminé par leurs conditions

de vie au quotidien (le contexte dans lequel ces personnes naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent), qui sont la conséquence de politiques et de programmes sociaux inadéquats, d'arrangements socioéconomiques injustes et de politiques déficientes (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2018).

En substance, les déterminants sociaux de la santé ont trait à la place de l'individu dans la société (Canada, 2020a) et comprennent des facteurs d'influence comme le revenu, le logement, l'éducation, l'alimentation, les ressources durables, la justice sociale et l'égalité, ainsi que l'emplacement géographique et le lieu de résidence

(BCAAFC, 2020). Les expériences vécues de discrimination, de racisme et de traumatismes historiques sont aussi d'importants déterminants sociaux de la santé, surtout pour les populations autochtones en milieu urbain. Tous ces facteurs peuvent avoir des effets sur la position socioéconomique des populations autochtones en milieu urbain dans la société et, conséquemment sur la propre santé et le propre bien-être des Autochtones en milieu urbain, mais aussi sur la santé et le bien-être des communautés au sein desquelles ils interagissent (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2019; Rotenberg, 2016).



Colonialisme et inégalités structurelles

La santé des Autochtones en milieu urbain est distinctement et différemment influencée par un large éventail de facteurs complexes, interreliés et qui se recourent¹⁰ (Loppie & Wien, 2022). En tant que facteur distant, le colonialisme est un puissant déterminant de base impliquant l'imposition de cultures, de structures de gouvernant et d'idéologies étrangères qui ont profondément changé la vie des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis (Reading & Wien, 2009/2013). La violence structurelle du colonialisme a été justifiée par le biais de

notions erronées de suprématie blanche voulant que les personnes racisées en tant que blanches sont supérieures et possèdent exclusivement toutes les formes de pouvoir et de privilèges (Loppie & Wien, 2022). Les disparités en matière de santé, les inégalités structurelles et les problèmes de santé supplémentaires vécus par les populations autochtones en milieu urbain peuvent être attribuables au long historique de racisme et de discrimination, de distorsion, de marginalisation et d'exclusion sociale associée au colonialisme (Allan & Smylie, 2015; Browne et al., 2011; Varcoe et al., 2019). Les structures coloniales comme les réserves, les hôpitaux « indiens »,

les pensionnats autochtones et les systèmes de protection de l'enfance autochtone sont au cœur des relations tendues entre les populations autochtones en milieu urbain et les institutions canadiennes, que ce soit en matière de logement, d'éducation, de soins de santé ou de services sociaux (Ansloos et al., 2021). Ces structures ont aussi permis de garder intactes les conditions historiques, socioéconomiques et politiques qui déterminent les inégalités vécues par les Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines (Ansloos et al., 2021; Brooks-Cleator et al., 2019; Hayward et al., 2020).

¹⁰ Les déterminants sociaux de la santé autochtone sont notamment les facteurs proximaux qui influencent directement la santé des individus (soit l'éducation, l'insécurité alimentaire et les comportements liés à la santé), les facteurs intermédiaires qui influencent et expliquent les déterminants proximaux (soit le système de santé et les systèmes d'éducation, les infrastructures communautaires et la continuité culturelle) et les facteurs distaux qui forment la base à partir de laquelle tous les autres déterminants de la santé sont élaborés et maintenus (soit le colonialisme, le racisme, l'exclusion sociale et l'autodétermination) (NCCIH, 2019; Reading & Wien, 2009/2013).

Les inégalités structurelles inhérentes aux systèmes de santé ont des répercussions considérables sur la santé et le bien-être des populations autochtones en milieu urbain. Les inégalités de santé désignent les différences injustes dans la santé et les soins de santé entre et au sein des populations, qui sont causées par des conditions de marginalisation structurées sur le plan social, mais évitables (Varcoe et al., 2019). C'est le cas notamment des inégalités de revenu, du colonialisme et du racisme historiques et continus, des préjugés et de la discrimination à l'égard des personnes handicapées ou qui vivent avec des problèmes de santé mentale ou de dépendances (Raphael, 2015). Les expériences vécues de discrimination sont souvent amplifiées lorsque les personnes confrontées à des problèmes de pauvreté, de toxicomanie ou d'autres affections pouvant susciter des préjugés, comme le VIH, sont traitées différemment en raison de leur identité ethnoculturelle ou autre (Tang et al., 2015; Varcoe et al., 2019). Il est démontré que des expériences défavorables de discrimination raciale à l'enfance ont des effets néfastes sur la biologie du stress des Autochtones en milieu urbain, ce qui fait des ravages sur la santé et le bien-être des populations autochtones en milieu urbain, mais accentue aussi les inégalités entre les populations autochtones et au sein même de ces populations (Currie et al., 2019).

Selon Varcoe et coll. (2019), les personnes marginalisées sont celles qui ont le moins accès à des soins de santé appropriés et courent plus

de risque de recevoir des services de santé de moindre qualité, avec moins de ressources, ce qui a des chances d'aggraver leurs maux en raison de diagnostics erronés, de traitements insuffisants, d'erreurs médicales, de soins prodigués trop tard ou de conflits plus importants. De nombreuses études ont démontré que les personnes vivant des inégalités structurelles sont aussi victimes de préjugés lorsqu'elles souhaitent obtenir des soins de santé (Gilmer & Buccieri, 2020; Glynn et al., 2019; Purkey et al., 2020). Il n'est pas rare, par exemple, que les Autochtones urbains reçoivent des traitements inadéquats ou soient traités de manière inéquitable s'ils se rendent aux urgences d'un hôpital; il est donc moins probable qu'ils aient recours à des soins de santé, ce qui les entraîne, paradoxalement, à se tourner davantage vers les urgences en raison des retards dans les soins qui leur sont prodigués et des réadmissions qui sont nécessaires par la suite (Varcoe et al., 2019). Les Autochtones en milieu urbain sont non seulement parmi les populations les plus gravement défavorisées sur le plan culturel, mais subissent aussi les taux de discrimination les plus élevés tant aux urgences que dans la vie de tous les jours, de même que les taux les plus bas de soins de santé, et sont les personnes cumulant le nombre le plus élevé de visites aux urgences (Varcoe et al., 2022a).

L'itinérance chez les jeunes autochtones offre un autre exemple du lourd tribut découlant du colonialisme pour la santé des populations autochtones en milieu urbain. L'itinérance

de la jeunesse autochtone a été attribuée à une variété de facteurs structurels, de déficiences du système, de contextes personnels et de problèmes relationnels enracinés dans le colonialisme (Ansloos et al., 2021; Gaetz et al., 2016; Gaetz et al., 2014). Les conditions sociétales qui nuisent aux possibilités pour les jeunes autochtones, des politiques inadéquates et une prestation de services qui fait en sorte que les jeunes autochtones en milieu urbain échappent au système, ajoutées à des réseaux de soutien inefficaces comme la protection de l'enfance, les foyers d'accueil, la détention des jeunes contrevenants et les foyers de groupe, qui offrent peu ou pas de soutien aux jeunes autochtones devenus « trop vieux » pour le système censé prendre soin d'eux et les protéger ne sont que quelques-unes des raisons expliquant pourquoi autant de jeunes autochtones se retrouvent en situation d'itinérance (Ansloos et al., 2021; Patrick, 2014). Les taux plus élevés de pauvreté et d'insécurité alimentaire, le manque d'accès à des logements sécuritaires et abordables, les lacunes dans l'éducation supérieure et dans la formation au travail et à l'emploi, les obstacles liés aux emprunts et aux investissements ainsi que les taux plus élevés de blessures, de douleurs chroniques et de maladie et une santé mentale moins bonne qui caractérisent les populations autochtones en milieu urbain ont tous été reliés aux inégalités sociales et de santé associées au colonialisme (Hunting & Browne, 2012; Nelson & Wilson, 2017; Neufeld et al., 2020) et à la discrimination institutionnalisée

enracinée dans les politiques et le discours colonialistes qui persiste à raciser et marginaliser le vécu et les besoins des Autochtones (Hunting & Browne, 2012).

Malgré le nombre croissant de villes « amies des aînés » pour soutenir les personnes dans les dernières années de leur vie, les adultes autochtones plus âgés vivant en milieu urbain continuent de vivre des inégalités qui nuisent considérablement à leur santé et à leur bien-être (Brooks-Cleator et al., 2019; O'Donnell et al., 2017). Comme le soulignent Brooks-Cleator et coll. (2019), la plupart des initiatives visant à favoriser la qualité de vie des aînés ne tiennent pas compte de l'influence du colonialisme historique et continu sur les aînés autochtones en milieu urbain. Leur étude, qui porte précisément sur les membres des Premières Nations et les Inuits plus âgés (55 ans et plus) à Ottawa, a permis de distinguer deux grands domaines où les participants estimaient que leur santé et leur bien-être pourraient être mieux soutenus, soit l'environnement social (avec, notamment, des services de santé et de soutien communautaire plus efficaces, du respect et de la reconnaissance, des communications et de l'information) et l'environnement physique (transports, logement, accessibilité et lieux où se réunir). Pour chacune de ces thématiques, les membres des Premières Nations et les Inuits plus âgés ont insisté sur le manque de reconnaissance et de respect qu'ils ont vécu, non seulement à l'égard de leur langue, de leur culture et de leurs histoires distinctes, mais aussi en

ce qui concerne leurs expériences particulières et uniques de la colonisation, du racisme et de la discrimination, et les déplacements qu'on leur a imposés.

Il est bien établi que les influences du colonialisme ont eu des répercussions sur presque tous les aspects de la santé et du bien-être des populations autochtones en milieu urbain, y compris sur leur résilience (Neufeld et al., 2020). On comprend toutefois moins bien l'incidence de la violence structurelle sur les tendances en matière de déterminants de la santé d'aujourd'hui. De nombreux travaux sur les déterminants sociaux de la santé chez les populations autochtones en milieu urbain n'ont pas réussi à mettre la santé en contexte dans les systèmes de pouvoir et de désavantage structurel sur les plans historique, social et économique (Hunting & Browne, 2012). Ces travaux n'ont pas permis non plus de reconnaître que les influences coloniales varient grandement entre et au sein des diverses populations autochtones en milieu urbain, non seulement en matière de variations dans les modes de vie, les traditions, les langues et les cultures, mais aussi en ce qui concerne les différences socioéconomiques entre les Autochtones et leur culture en raison de la colonisation historique et continue (Ghosh & Spitzer, 2014; Currie et al., 2019).

Le colonialisme agit à plusieurs niveaux, tant sur les plans individuel, systémique ou communautaire que sociétal. Bien qu'il soit important de tenir compte du colonialisme dans

l'évaluation de la santé et du bien-être des populations autochtones en milieu urbain, on doit aussi s'attarder à son origine et au fait qu'il sévit sur les plans individuels, des communautés ou des systèmes pour pouvoir changer les choses (Ansloos et al., 2021). Nelson et Wilson (2017) expliquent qu'il est facile d'entretenir de la confusion à l'égard de ces divers aspects du colonialisme. Parfois, le racisme et une mauvaise santé sont effectivement assimilés au colonialisme, ce qui redirige le débat hors de la structure coloniale au sens large. En se concentrant sur les effets de la structure du colonialisme au sens large sur les individus, on risque de faire en sorte que le colonialisme devienne un problème d'ordre individuel, comme c'est le cas pour le traitement des traumatismes historiques ou intergénérationnels. Exercer des pressions pour la diversité ethnoculturelle et l'inclusion risque aussi d'entraîner l'assimilation du colonialisme en tant que norme sociétale en centrant l'attention sur les efforts pour devenir inclusif et accepter toutes les cultures, tout en ignorant la souveraineté autochtone et les expériences particulières du colonialisme, individuelles ou collectives, vécues par les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis au Canada. Ainsi, même si les discussions sur le colonialisme sont essentielles pour comprendre les notions de santé et de bien-être des populations autochtones en milieu urbain, il demeure impératif que ces discussions soient abordées avec prudence et en accordant une attention particulière au portrait d'ensemble du colonialisme.

Éducation, emploi et revenu

L'éducation, l'emploi et le revenu sont d'importants déterminants sociaux de la santé; ils sont tous intimement liés au statut socioéconomique, lequel est directement associé à l'état de santé et aux comportements de santé (Place, 2012). Il existe des différences persistantes en matière de santé en fonction du statut socioéconomique, surtout entre les Autochtones et les non-Autochtones (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2016; Haan et al., 2020; Hajizadeh et al., 2018; Hajizadeh et al., 2019; Hamdullahpur et al., 2017). Le statut socioéconomique des populations autochtones en milieu urbain est déterminé par plusieurs facteurs interreliés (tels que la distance sociale, l'éducation, le genre, les caractéristiques professionnelles et le revenu), mais l'éducation, le degré de compétences et le secteur d'emploi sont les principaux indicateurs du statut socioéconomique (Haan et al., 2020).

Pour les Autochtones urbains, avoir fait des études supérieures améliore grandement les chances d'obtenir un emploi stable et un salaire plus élevé (Statistics Canada, 2018a). L'acquisition de compétences (informatique, notions de calcul, capacités de lecture et d'écriture) joue aussi un rôle essentiel dans la réussite sur le marché du travail (Anderson, 2019b). En 2016, 40 % des membres des Premières Nations de 15 ans et plus vivant hors réserve étaient titulaires d'un certificat ou d'un diplôme d'études postsecondaires, comparativement à 36 % en 2006. Le pourcentage de membres des Premières Nations hors réserve n'ayant pas même un diplôme d'études secondaires a chuté pour passer de 40 % en 2006

à 32 % en 2016 (Statistics Canada, 2018b). De plus, 36 % des membres des Premières Nations vivant hors réserve avaient pris part à une forme ou une autre de formation pour améliorer leurs aptitudes à l'emploi et, de ce nombre, 78 % avaient suivi une formation propre à un emploi en particulier, soit une formation professionnelle, pour de l'équipement ou pour la santé et sécurité au travail (Anderson, 2019b).

Parallèlement, les taux d'emploi des membres des Premières Nations hors réserve varient en fonction de leur niveau d'éducation. En 2016, 75 % des membres des Premières Nations hors réserve titulaires d'un diplôme collégial ou d'un certificat d'apprenti (Statistics Canada, 2018a) et 77 % des titulaires d'un diplôme universitaire avaient un emploi, ce qui était le cas pour seulement 56 % des membres des Premières Nations ayant terminé leurs études secondaires et de 29 % de ceux qui n'avaient pas terminé leur secondaire (Statistics Canada, 2018b). Parmi les personnes en emploi, 82 % avaient un emploi permanent et 11 % étaient travailleurs autonomes; 36 % des membres des Premières Nations hors réserve étant travailleurs autonomes étaient propriétaires d'une entreprise constituée en société et de ce nombre, 30 % comptaient des employés (Statistics Canada, 2018b). De plus, en 2020, 21,8 % des membres des Premières Nations Autochtones vivant hors réserve et ayant un emploi travaillaient à temps partiel (moins de 30 heures par semaine à leur emploi principal), ce qui était le cas pour une plus grande proportion de femmes que d'hommes (28,4 % contre 17 %

(Statistics Canada, 2023). Les jeunes Autochtones des Premières Nations vivant hors réserve (de 15 à 24 ans) avaient également plus de probabilités que leurs vis-à-vis des principaux groupes d'âge actifs (49,8 % contre 15,6 %) d'occuper un emploi à temps partiel. Le tableau 8 montre la liste des cinq meilleurs secteurs d'emploi de Membres des Premières Nations Autochtones hors réserve dans les principaux groupes d'âge actifs (de 25 à 64 ans).

Le lien entre éducation et emploi, surtout dans le cas des emplois offrant des salaires élevés, est bien établi. Avec chaque niveau d'éducation plus élevé atteint, les probabilités d'emploi augmentent considérablement (Statistics Canada, 2013; Zhao et al., 2017). Pour les Autochtones en milieu urbain, le rendement découlant de l'éducation est plus élevé que chez la population non autochtone. Ciceri et Scott (2006), par exemple, ont constaté que les diplômés universitaires non autochtones avaient trois fois et demie plus de probabilités de décrocher un emploi que les non-Autochtones sans diplôme d'études formel. En comparaison, les diplômés universitaires autochtones avaient cinq fois plus de probabilités de décrocher un emploi que les Autochtones sans diplôme. De plus, l'écart entre les femmes et les hommes en matière d'emploi est un peu moins important chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (Ciceri & Scott, 2006). Malgré cela, les femmes autochtones hors réserve ayant un niveau d'éducation moindre ont moins de chances d'occuper un emploi que leurs vis-à-vis masculins (Statistics Canada, 2018b, 2018c, 2018d).

TABLEAU 8 : PALMARÈS DES CINQ INDUSTRIES EMPLOYANT LE PLUS D'AUTOCHTONES HORS RÉSERVE, HOMMES ET FEMMES, 2021

Femmes autochtones		Hommes autochtones	
Secteur	% d'employés	Secteur	% d'employés
Soins de santé et assistance sociale	24,8	Construction	17,6
Services éducatifs	11,2	Industrie manufacturière	9,4
Administrations publiques	10,5	Administrations publiques	9,2
Commerce de détail	9,9	Commerce de détail	7,7
Service d'hébergement et de restauration	5,3	Transport et entreposage	7,1

Source : Statistique Canada, 2023.



TABEAU 9 : ÉDUCATION, EMPLOI ET REVENU DES POPULATIONS NON AUTOCHTONES ET AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE, 2021

Déterminants sociaux de la santé	Population autochtone totale	Population des Premières Nations	Population inuite	Population métisse	Population non autochtone
Éducation					
Aucun certificat ou diplôme	26,2	28,0	49,8	22,1	15,5
Diplôme d'études secondaires ou certificat d'équivalence	30,9	31,4	23,7	31,1	26,5
Certificat ou diplôme d'apprentissage ou d'une école de métiers	9,7	9,2	7,0	10,5	8,7
Certificat ou diplôme d'études collégiales ou d'un établissement d'enseignement autre qu'une université	19,6	18,7	13,5	21,3	18,9
Certificat ou diplôme universitaire inférieurs au baccalauréat)	2,2	2,2	1,2	2,3	3,0
Baccalauréat	8,3	7,7	3,6	9,3	17,9
Maîtrise	1,9	1,9	0,9	2,0	5,9
Doctorat	0,2	0,3	0,1	0,2	0,1
Emploi					
Taux de participation à la population active	62,2	59,5	56,7	66,1	63,9
Taux d'emploi	53,1	49,8	46,4	57,6	57,4
Taux de chômage	14,7	16,3	18,1	12,8	10,1
Revenu en 2020					
Revenu net médian (après impôt)	33 600 \$	32 400 \$	31 400 \$	35 600 \$	37 200 \$
Composition du revenu total – emploi	66,8	65,2	67,6	68,6	66,8
Composition du revenu total – transferts gouvernementaux	23,9	26,5	26,1	21,0	17,5
Pourcentage avec revenu d'emploi	71,7	69,0	73,3	74,8	72,4
Prévalence du faible revenu net, selon la Mesure de faible revenu, après impôt	16,1	18,9	16,5	12,8	10,7
Taux de pauvreté	11,8	14,1	10,2	9,2	7,9

Note : à moins d'indication contraire, les données de ce tableau expriment un pourcentage (%) de la population.

Source : Statistique Canada, 2023.

Dans l'ensemble, les Autochtones en milieu urbain ont fait d'importants gains en éducation, et ce, à tous les niveaux (Statistics Canada, 2018a), et leurs conditions socioéconomiques semblent s'améliorer. Néanmoins, ils continuent d'afficher un taux de participation moindre au marché du travail, des niveaux de chômage plus élevés, un revenu total médian plus faible et des niveaux d'éducation plus bas que les non-Autochtones (Sawchuk, 2020). Le tableau 9 livre un survol de certaines des différences socioéconomiques entre les Autochtones hors réserve et la population non autochtone.

Besoin de logements et itinérance

Un logement accessible, sécuritaire et durable est indispensable à la santé et à l'émergence d'une qualité de vie en milieu urbain. Malgré cela, l'insécurité en matière de logement continue d'être un problème important pour les populations autochtones vivant en milieu urbain, surtout pour les femmes, les jeunes, les personnes de genres divers et les aînés (Congress of Aboriginal Peoples, 2019; Gaetz et al., 2016; Native Women's Association of Canada [NWAC], 2019). En 2016, près de la moitié de tous les Autochtones en milieu urbain (49 %) habitaient dans des immeubles à appartements comme locataires et un peu plus d'un sur cinq (21 %) vivait dans un logement subventionné. En comparaison, 29 % des Non-Autochtones vivaient dans un logement dont ils étaient locataires et 11 % dans un logement subventionné (Anderson, 2019a). Les Autochtones en milieu urbain étaient aussi largement concentrés dans des quartiers où les conditions de logement et le revenu se situaient

bien en deçà de ceux d'autres quartiers urbains (Anderson, n.d.; Anderson, 2019a). Bien qu'en 2016, les Autochtones en milieu urbain étaient moins susceptibles que les Non-Autochtones de vivre dans un immeuble appartenant à un membre de leur ménage (51 % comparativement à 71 %), la proportion d'Autochtones en milieu urbain vivant dans un immeuble dont ils étaient propriétaires avait augmenté depuis 2006 pour passer de 40 % à 43 % chez les membres des Premières Nations, de 45 % à 48 % chez les Inuits et de 57 % à 61 % chez les Métis (Anderson, 2019a).

Que leur logement soit loué ou qu'ils en soient propriétaires, en 2021, 16,4 % des Autochtones en milieu urbain vivaient dans des logements nécessitant d'importants travaux de réparation, soit presque trois fois plus que les Non-Autochtones (5,7 %) (Statistics Canada, 2023). Le surpeuplement des ménages, qui se produit lorsqu'une chambre est occupée par plus d'une personne, est un autre domaine où l'on constate de grandes différences entre les Autochtones et les Non-Autochtones vivant en milieu urbain. En 2021, 11,3 % des membres des Premières Nations, 29,1 % des Inuits et 2,4 % des Métis vivant dans des agglomérations urbaines occupaient un logement surpeuplé comparativement à 5 % (Statistics Canada, 2023) chez les Non-Autochtones. De plus, les Autochtones urbains font face à des obstacles considérables au moment de trouver des logements abordables, ce qui a non seulement des effets profonds sur leur

capacité à trouver et avoir accès à un logement sécuritaire et de qualité, mais entraîne aussi chez eux un risque élevé et disproportionné de glisser vers l'itinérance (Congress of Aboriginal Peoples, 2019; Gaetz et al., 2014; Gaetz et al., 2016; Patrick, 2014).

Près d'un ménage locataire sur cinq (18 %) au Canada vit des problèmes graves liés au coût des logements (Gaetz et al., 2014). Cela signifie que ces ménages ont un faible revenu familial, dont ils consacrent plus de 50 % au paiement du loyer, qu'ils ont peu d'argent à consacrer à d'autres éléments essentiels et qu'ils courent plus de risque de vivre en situation d'itinérance. Chaque année, plus de 235 000 Canadiens sont touchés par l'itinérance et de ce nombre, plus de 35 000 Canadiens vivent en situation d'itinérance chaque nuit (Gaetz et al., 2016). Les Autochtones sont considérablement surreprésentés au sein de ces deux groupes (Anderson & Collins, 2014; Falvo, 2019; Gaetz et al., 2016; Kidd et al., 2019; Thistle & Smylie, 2020).

L'itinérance augmente rapidement chez les Autochtones dans les agglomérations urbaines au pays, surtout dans les régions des Prairies (Belanger et al., 2013). Les Autochtones forment par exemple jusqu'à 46 % des personnes en situation d'itinérance à Saskatoon, plus de 60 % à Winnipeg et plus de 70 % à Regina (Gaetz et al., 2014). Les raisons expliquant l'itinérance chez les Autochtones en milieu urbain sont aussi nombreuses que variées, mais comprennent généralement une gamme de forces individuelles, sociétales et systémiques qui conduisent à l'itinérance (Belanger et al., 2013) telles que des enjeux liés à la santé



mentale, aux dépendances ou à la toxicomanie (Belanger & Weasel Head, 2013; Bingham et al., 2018; Bingham et al., 2019; Employment and Social Development Canada, 2021); à l'intervention des services de protection de l'enfance et à un faible taux de réussite scolaire (Alberton et al., 2020); au manque de possibilités d'éducation et d'emploi (Belanger & Weasel Head, 2013); à la migration et à la mobilité (Anderson & Collins, 2014; Snyder et al., 2015); à la violence et aux conflits familiaux (NWAC, 2019); à une disponibilité inadéquate et en déclin de logements locatifs abordables (Council of Community Homelessness, 2017; Snyder et al., 2015).

L'accès à des logements subventionnés réduit grandement les risques d'itinérance et le besoin impérieux de logements, mais l'offre de logements subventionnés est limitée. Dans la plupart des

agglomérations urbaines, le nombre de logements abordables et de qualité pour les Autochtones est insuffisant, comme en témoignent les faibles taux d'inoccupation (Brandon & Peters, 2014). De plus, les logements locatifs publics ou privés sont souvent inaccessibles pour les Autochtones en milieu urbain en raison de l'incapacité de ces personnes à satisfaire les exigences en matière d'identité et de références, des difficultés associées aux politiques et aux processus entourant les dépôts de garantie (surtout pour les Autochtones en milieu urbain prestataires de l'aide sociale), des normes nationales en matière d'occupation, qui assurent un contrôle du surpeuplement des logements en imposant des restrictions quant au nombre de personnes pouvant habiter dans un logement locatif, ainsi qu'au nombre maximal d'enfants, par âge, par genre et par chambre (Brandon & Peters, 2014).

En plus de devoir composer avec la crise du logement (Congress of Aboriginal Peoples, 2019), plusieurs Autochtones en milieu urbain doivent faire face à du racisme et à de la discrimination sur le marché locatif, au manque d'*indigénéité* (sensibilité à la réalité autochtone) dans les politiques et les pratiques en matière de logement et aux différences culturelles (Alaazi et al., 2015). Une étude du projet At Home/Chez Soi (AHCS)¹¹ à Winnipeg, par exemple, a révélé que le sentiment d'appartenance et la notion de « foyer » des membres des Premières Nations et des Métis étaient compromis par un certain nombre de facteurs structurels tels que l'incompatibilité entre les modèles de mobilité autochtones et les modèles actuels liés à la disponibilité de logements sociaux; les attentes des propriétaires et les restrictions qu'ils imposent pour accommoder les familles, les amis et d'autres réseaux de soutien; et les tensions subtiles entre la

¹¹ Lancé en 2009, le projet At Home/Chez Soi (AHCS) était un projet de logements d'une durée de quatre ans de la Commission de la santé mentale du Canada dont l'objectif était de lutter contre les problèmes chroniques d'itinérance chez les personnes aux prises avec des problèmes de santé mentale ou de toxicomanie ou des troubles du comportement en leur offrant des logements locatifs (publics et privé) subventionnés et des services de soutien facultatifs (soins médicaux, counseling, acquisition de nouvelles compétences). Cinq sites de démonstration (Moncton, Toronto, Montréal, Vancouver et Winnipeg) ont été retenus pour servir de site pilote pour le modèle *Logement d'abord* (Alaazi et al., 2015). À Winnipeg, la majorité des participants du projet (71 %) étaient autochtones (Distasio et al., 2014).



compréhension occidentale de la maison comme lieu d'intimité et de solitude et celle des Autochtones, où les pratiques culturelles et les cérémonies ainsi que les liens à la terre et à la communauté sont indissociables des espaces destinés à l'habitation (Alaazi et al., 2015).

Se sentir en sécurité, confortable et accueilli (se sentir *chez soi* au lieu d'être *hébergé*) forme une part importante de la santé et du bien-être des Autochtones en milieu urbain. Si on tient compte du peu d'attention accordée à l'indigénité dans le paysage socioculturel urbain et politique (Alaazi et al., 2015), des effets négatifs des traumatismes intergénérationnels et de la colonisation et du manque d'aptitudes et d'expérience nécessaire à la vie urbaine, on constate que les Autochtones en milieu urbain sont confrontés à d'importantes difficultés au moment de répondre au besoin impérieux de logement, ce qui

constitue un facteur déterminant de leur état de santé (Brandon & Peters, 2014).

Sécurité alimentaire et aliments traditionnels ou du terroir

L'importance de la sécurité alimentaire ne sera jamais assez soulignée. La sécurité alimentaire est mise en péril lorsque les personnes ne peuvent bénéficier d'un accès garanti ou suffisant à une quantité acceptable d'aliments nutritifs et abordables (Expert Panel on the State of Knowledge of Food Security in Northern Canada, 2014). L'insécurité alimentaire est un facteur qui contribue à de nombreux problèmes de santé et enjeux sociaux, notamment à une mauvaise santé en général et à des affections chroniques, à une mauvaise santé mentale, à un mauvais rendement scolaire et à une insatisfaction face à l'existence

(Anderson, 2015; Expert Panel on the State of Knowledge of Food Security in Northern Canada, 2014; Rotenberg, 2016).

L'insécurité alimentaire est un problème pancanadien. Or, le risque de vivre une telle insécurité augmente avec la présence croissante de certains facteurs comme le fait d'être autochtone, femme cheffe de famille monoparentale, locataire au lieu de propriétaire, prestataire de l'aide sociale ou d'avoir un revenu inférieur à la Mesure de faible revenu.¹² Les femmes courent plus de risques que les hommes de vivre de l'insécurité alimentaire, laquelle est plus fréquente dans les ménages comptant des enfants (Expert Panel on the State of Knowledge of Food Security in Northern Canada, 2014; Richmond et al., 2020). En 2017, 43 % des membres des Premières Nations, 53 % des Inuits et 31 % des Métis vivant dans des agglomérations urbaines disaient

¹² La Mesure de faible revenu désigne le faible revenu comme étant inférieur à un pourcentage fixe de revenu. Un ménage est considéré comme à faible revenu si son revenu est inférieur à 50 % du revenu médian des ménages (ajusté en fonction de la taille de la famille). Le seuil de faible revenu est calculé à partir du revenu après impôt, qui est l'une des mesures de pauvreté les plus couramment utilisées et permettant une comparaison au fil du temps (Canada, 2016).

vivre de l'insécurité alimentaire dans leur ménage, une situation qui était plus probable chez les femmes que chez les hommes autochtones (41 % comparativement à 34 %) (Arriagada et al., 2020). Les femmes autochtones vivant en milieu urbain couraient aussi plus de risques que leurs vis-à-vis masculins d'être incapables de faire face à une dépense inattendue de 500 \$ à partir de leurs propres ressources (44 % comparativement à 33 %). (Arriagada et al., 2020). En comparaison, 8,3 % des Canadiens non autochtones disaient vivre dans un ménage où sévissait une telle insécurité (Richmond et al., 2020).

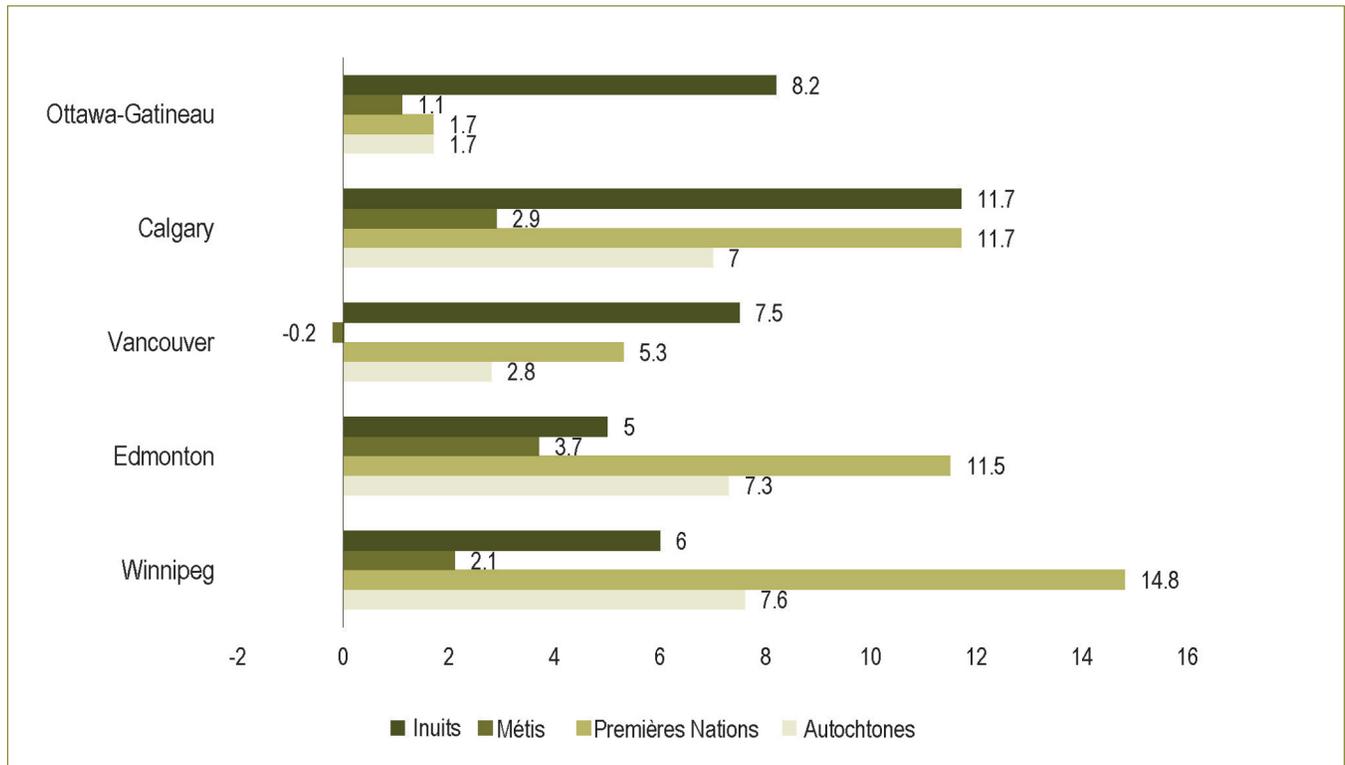
L'insécurité alimentaire chez les Autochtones en milieu urbain est un enjeu complexe où s'entremêle une suite de considérations sociales, économiques, culturelles et de santé (Skinner et al., 2016). On devrait se pencher non seulement sur les liens entre les aliments, la santé environnementale et la santé humaine (l'environnement alimentaire), mais aussi sur les influences coloniales sur le régime alimentaire des Autochtones en milieu urbain, leur contexte particulier et les implications culturelles relatives à la récolte, au partage et à la consommation d'aliments locaux et traditionnels (Bergeron et al., 2015; Kumar et al., 2019; Phillipps, 2021). L'accès qu'ont les Autochtones aux aliments est aussi intimement lié à la disponibilité de ces aliments, à leur qualité et à leur prix (Parker et al., 2018).

La pauvreté est l'une des principales causes de l'insécurité alimentaire (Richmond et al., 2020). En 2016, 24 % des Autochtones en milieu urbain vivaient dans un ménage à faible revenu comparativement à 14 % des Non-Autochtones (Anderson, 2019a). De plus, 30 % des enfants et des adolescents autochtones de moins de 18 ans en milieu urbain vivaient dans la pauvreté (Arriagada et al., 2020). Les taux de pauvreté étaient encore plus élevés chez les enfants et les adolescents de familles monoparentales (51 %), qui vivaient chez leurs grands-parents sans qu'un de leur parent soit présent (43 %) ou dans une famille d'accueil (37 %) (Arriagada et al., 2020). Bien qu'aucune donnée ne soit disponible pour 2021, les tendances non regroupées en matière de pauvreté selon le recensement de la population de 2021 révélaient qu'en 2020, en partie en raison des prestations canadiennes d'urgence versées durant la pandémie, le taux de pauvreté des Autochtones hors réserve dans la province a diminué pour passer de 23,8 % en 2015 à 11,8 % (Statistics Canada, 2022e). Le taux correspondant pour les populations non autochtones était de 7,9 %. Parmi les cinq agglomérations urbaines comptant les plus importantes populations autochtones, Winnipeg affichait le taux de pauvreté le plus élevé chez les Autochtones en milieu urbain (16 %), alors qu'Ottawa-Gatineau avait le taux de pauvreté le plus bas pour le même groupe (8,8 %). Dans ces centres urbains, l'écart de pauvreté entre les populations autochtones et non autochtones

a toujours été plus faible chez les Métis et les Inuits vivant à Ottawa-Gatineau et à Vancouver, alors que l'écart de pauvreté le plus élevé avec les Non-Autochtones se situait chez les membres des Premières Nations vivant à Winnipeg ou à Edmonton (figure 1).

Pour de nombreux Autochtones en milieu urbain, la pauvreté détermine comment, quand et où ils auront accès à de la nourriture et quels aliments ils pourront se procurer et consommer (Cidro et al., 2015; Phillipps, 2021). Le manque de choix, les distances à parcourir, ainsi que le temps, l'argent et le transport nécessaires pour avoir accès à des aliments de qualité (frais, salubres et nutritifs) influencent grandement le choix d'aliments consommés par les Autochtones en milieu urbain (Phillipps, 2021; Richmond et al., 2020). Le coût élevé de la vie urbaine, les capacités moindres de cuisine dans des logements partagés, le côté pratique des restaurants-minute, les prix moins élevés des aliments achetés au dépanneur, le manque d'accès à des aliments traditionnels ou du terroir et l'effondrement des compétences culinaires traditionnelles pour s'approvisionner et consommer cette catégorie d'aliments, ajoutés à la disparition des pratiques traditionnelles impliquant des efforts physiques et le partage d'aliments déterminent aussi le régime alimentaire et ses répercussions sur la santé des populations autochtones en milieu urbain (Cyr & Slater, 2016; Ermine et al., 2020; Parker et al., 2018; Phillipps, 2021).

FIGURE 1 : ÉCART DE PAUVRETÉ ENTRE LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES VIVANT DANS CINQ GRANDS CENTRES URBAINS (2020)



Source : Statistique Canada, (2022e).

Pour s’attaquer au problème d’insécurité alimentaire chez les Autochtones urbains, il serait nécessaire de leur donner accès à des aliments du marché et à des aliments traditionnels ou du terroir (Cidro et al., 2015; Cidro et al., 2016). Les aliments traditionnels et du terroir et les systèmes d’aliments autochtones sont non seulement intrinsèquement liés à la santé et au bien-être de ces populations sur les plan social, culturel et économique (Maudrie et al., 2021; Ray et al., 2019; Richmond et al., 2020),

mais sont aussi essentiels pour la transmission et la mise en pratique des valeurs culturelles autochtones (Earle, 2011; Ermine et al., 2020). Une étude révèle par exemple que la bannique¹³ forme une part distincte de l’identité culturelle et de l’appartenance des Autochtones en milieu urbain. Sa création, son partage et sa consommation sont d’ailleurs profondément enracinés dans le mieux-être social d’ensemble des Autochtones (Cyr & Slater, 2016). La bannique était associée à des expériences

d’apprentissage personnelles, à l’histoire des familles, aux événements culturels des communautés, aux cérémonies et à la sécurité alimentaire. De même, ce pain procure un sentiment de confort et de fierté culturelle, en plus de renforcer les liens avec la famille et la communauté et ce, à un point tel que bien des Autochtones en milieu urbain ont dit avoir déployé des grands efforts pour maintenir la bannique dans leur régime alimentaire malgré les risques associés à sa teneur élevée

¹³ La bannique est un pain plat préparé avec peu d’ingrédients. Bien qu’on en doive les origines aux colons écossais, ce pain est reconnu comme un aliment traditionnel faisant partie intégrante de nombreuses cultures autochtones (Cyr & Slater, 2016).

Les Autochtones urbains ... ont aussi affirmé vouloir revitaliser la pratique de préparation de la bannique afin d'éviter qu'elle sombre dans l'oubli en organisant des ateliers communautaires et des cours afin que les connaissances pratiques des recettes et les techniques culinaires ... soient transmises aux jeunes générations et s'intègrent aux modes de vie urbains d'aujourd'hui.



en lipides et en glucides raffinés, surtout pour les diabétiques. Les Autochtones urbains ont dit avoir réinventé les recettes de bannique et en avoir modifié leur consommation afin de respecter les restrictions alimentaires imposées par leur médecin. Ils ont aussi affirmé vouloir revitaliser la pratique de préparation de la bannique afin d'éviter qu'elle sombre dans l'oubli en organisant des ateliers communautaires et des cours afin que les connaissances pratiques des recettes et les techniques culinaires (y compris les enseignements culturels accompagnant la préparation et le service de plats traditionnels et du terroir) soient transmises aux jeunes générations et s'intègrent aux modes de vie urbains d'aujourd'hui.

Une autre étude révèle que cultiver, nourrir et récolter ou capturer ses aliments contribue à renforcer le lien des populations autochtones en milieu urbain avec leur environnement, leur spiritualité, les autres personnes et êtres vivants; de même, acquérir, préparer, partager et consommer

des aliments traditionnels ou du terroir augmentent les possibilités de transmettre leur savoir culturel, d'agir comme mentor et de faire connaître leurs valeurs et leurs pratiques culturelles et de bâtir des relations constructives dans un cadre urbain (Cidro et al., 2015). En outre, l'accès à des aliments traditionnels ou du terroir outille les Autochtones en milieu urbain pour faire face à l'insécurité alimentaire grâce à la souveraineté alimentaire. Même si cela est difficile, les Autochtones en milieu urbain ont dit être en mesure de garder un accès aux aliments traditionnels ou du terroir et un lien avec leur terre et leurs valeurs culturelles grâce au partage et à la réciprocité, par exemple lors de réunions et de banquets où la nourriture ayant une importance sur le plan culturel est très appréciée, en se procurant du gibier (bison, orignal ou poisson) par l'intermédiaire d'amis ou de membres de leur famille, et en participant à des programmes de jardinage communautaire ou à d'autres programmes collectifs d'agriculture.

Ces efforts ont trait à la notion de souveraineté alimentaire autochtone, par laquelle les populations autochtones en milieu urbain ont la capacité d'accéder à des aliments sains et adaptés culturellement et à un régime alimentaire de qualité tout en favorisant les liens culturels et, en fin de compte, en améliorant la santé et le bien-être des communautés autochtones en milieu urbain (Maudrie et al., 2021). En tant que stratégie pour faire face à l'insécurité alimentaire, la souveraineté alimentaire des Autochtones offre à ceux qui vivent en milieu urbain la liberté de prendre leurs propres décisions quant à la quantité et à la qualité des aliments qu'ils cultivent, récoltent, préparent et consomment. Cette souveraineté peut aussi servir de base à une politique fondée sur la pratique et visant la prise en charge des enjeux sous-jacents liés au bien-être et à la capacité des Autochtones urbains à répondre à leurs propres besoins en aliments frais, salubres et nutritifs (Indigenous Food Systems Network, 2022; Jennings et al., 2020; Kamal et al., 2015).

Alimentation et activité physique

L'alimentation et l'activité physique sont importantes pour le maintien d'une bonne santé. Une alimentation de mauvaise qualité et l'inactivité sont des facteurs de risque de plusieurs problèmes de santé chroniques, notamment le cancer, l'obésité, le diabète et les maladies cardiaques et respiratoires (Bergeron et al., 2015; Rand et al., 2018). Le bien-être physique, qui aide à prévenir les maladies chroniques, implique l'adoption d'un mode de vie actif, la consommation d'aliments sains et un sommeil de qualité (BCAAFC, 2020). Les changements considérables de leur régime alimentaire et leur mode de vie ont mis en péril le bien-être physique des Autochtones urbains. Historiquement, les Autochtones ont un mode de vie sain et mènent une vie active, avec un régime alimentaire équilibré qui comprend des protéines, des lipides sains et des nutriments essentiels (First Nations Health Authority [FNHA], 2022). Aujourd'hui, de nombreux Autochtones en milieu urbain ont un penchant pour l'alimentation à base de produits transformés à teneur élevée en sucres raffinés, en gras trans et en sodium et faibles en nutriments essentiels comme le fer, le zinc et les vitamines A, B, C et D (Bergeron et al., 2015). Ce régime alimentaire, ajouté à un mode de vie plus sédentaire, entraîne chez les Autochtones en milieu urbain une prévalence accrue de maladies chroniques (Rand et al., 2018).

Au cours des deux dernières décennies, on observe à l'échelle nationale une nette tendance vers une alimentation plus saine, avec une plus grande consommation de fruits et de légumes variés, de grains entiers et de protéines végétales et moins de viandes rouges et autres sources de gras saturés (Richmond et al., 2020). Ces composantes alimentaires plus saines ne sont toutefois pas accessibles ou abordables pour les Autochtones en milieu urbain de façon générale. À titre d'exemple, une étude sur la qualité du régime alimentaire des membres des Premières Nations du sud-ouest de l'Ontario a révélé que les Autochtones urbains ne consommaient pas suffisamment de viande, de lait et de substituts, qu'ils mangeaient peu de fruits et de légumes et qu'ils comptaient trop sur les aliments surtransformés tels que les grignotines salées, les confiseries et les boissons gazeuses (Richmond et al., 2020). Leur expérience commune de l'indigénéité, de la dépossession et de la marginalisation a aussi été associée à cette dépendance excessive à l'égard des aliments transformés à faible concentration en éléments nutritifs et les processus de dépossession de l'environnement¹⁴ ont fait en sorte qu'il est extrêmement difficile pour eux d'avoir accès à des aliments traditionnels ou du terroir plus sains et privilégiés sur le plan culturel.

Comme ils l'ont fait pour leur alimentation, les Autochtones en milieu urbain ont adopté des commodités modernes et des habitudes de vie occidentales qui ont réduit grandement leur participation à des activités physiques (Pelletier et al., 2017). Il est démontré que même pratiquée modérément, l'activité physique réduit les risques de maladies chroniques, accroît le bien-être holistique et renforce les réseaux sociaux des Autochtones en milieu urbain (Hsu & Warburton, 2018; Kentel & McHugh, 2015). Malgré cela, ces Autochtones sont confrontés à des éléments défavorables persistants qui empêchent leur participation à des activités physiques : statut socioéconomique inférieur, budget inadéquat, problèmes de transport, stress personnel et responsabilités familiales, espace et infrastructure inadéquats... ils peuvent aussi ne pas être suffisamment familiers avec les ressources disponibles ou ne pas s'y sentir à l'aise (Hsu & Warburton, 2018; Wicklum et al., 2019).



¹⁴ La dépossession de l'environnement désigne les mesures (politiques assimilationniste, contamination environnementale) qui réduisent l'accès des Autochtones à leurs aliments traditionnels (poissons, gibier et plantes) et à d'autres ressources de leur milieu traditionnel (Richmond & Ross, 2009).

... les obstacles financiers, le manque de ressources, la discrimination et les préjugés fondés sur la race (tant de la part de leurs camarades que des enseignants) influençaient grandement la participation des jeunes Autochtones urbains à des sports organisés et à des programmes d'activité physique.



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 483 50125

Bien souvent, une mauvaise alimentation ajoutée à l'inactivité est considérée comme des choix de vie, mais les facteurs socioéconomiques qui influencent la sécurité alimentaire et l'inactivité physique doivent être mis en contexte afin de comprendre pleinement la capacité des Autochtones en milieu urbain à apporter des changements à leur santé et à leur bien-être global (Mason et al., 2018; Pelletier et al., 2017; Wicklum et al., 2019). Prenons l'exemple des jeunes autochtones en milieu urbain. Si on les compare aux jeunes de la population non autochtone, les jeunes Autochtones vivant dans des agglomérations urbaines présentent une incidence disproportionnée de maladies et courent plus de risques de souffrir de diabète ou de maladies liées à l'obésité (Crowshoe et al., 2018). L'inactivité est un facteur reconnu de mauvais résultats de santé chez les jeunes Autochtones urbains (Streit & Mason, 2017). Bien que l'activité physique offre une avenue prometteuse pour favoriser le développement harmonieux des jeunes (Baillie et al., 2017; Kentel & McHugh, 2015; Physical Literacy, 2022), l'efficacité des initiatives visant à promouvoir l'activité physique chez les jeunes Autochtones

en milieu urbain doit être examinée avec soin, surtout en ce qui a trait à la façon dont ils ont vécu leur participation à de telles activités (Mason et al., 2018).

Mason et coll. (2018), par exemple, se sont penchés sur les obstacles particuliers auxquels font face les jeunes Autochtones vivant à Kamloops, Edmonton et Winnipeg relativement aux programmes de sport, d'exercice et d'activité physique. L'étude réalisée a révélé que les obstacles financiers, le manque de ressources, la discrimination et les préjugés fondés sur la race (tant de la part de leurs camarades que des enseignants) influençaient grandement la participation des jeunes Autochtones urbains à des sports organisés et à des programmes d'activité physique. L'étude a aussi permis de constater que le soutien familial (des parents, des frères et sœurs et des membres de la famille élargie) pouvait freiner ou améliorer l'expérience de participation de ces jeunes, selon le degré d'engagement des membres de leur famille dans la pratique du sport ou de l'activité physique choisie.

Une autre étude s'est penchée sur l'efficacité de programmes culturellement adaptés pour la prévention de l'obésité et du diabète destinés aux femmes autochtones en milieu urbain à Lloydminster (Wicklum et al., 2019). Le programme offrait de l'activité physique (libre accès à de l'équipement et à de l'animation), de la formation en nutrition et des stratégies pour une saine alimentation, des services de soutien entre femmes et avec les aînés et des ressources personnalisés pour répondre aux besoins globaux et particuliers des participantes. L'étude a révélé que les composantes culturelles étaient tout aussi importantes que celles traitant d'activité physique dans les programmes de mieux-être et que les programmes à multiples facettes parvenaient mieux à favoriser des comportements sains que les programmes peu variés. Les femmes autochtones vivant en milieu urbain ont constaté une augmentation de leur activité physique et une amélioration de leurs compétences en matière d'alimentation; elles ont affirmé être plus à l'aise lors des exercices en groupe et à l'égard d'une saine alimentation, obtenir plus de soutien de camarades et de leur

famille et être mieux renseignées sur les ressources en santé et en services sociaux. Elles ont aussi constaté des améliorations notables de leur état de santé, notamment une perte de poids, une tension artérielle et un taux de cholestérol moins élevés, un regain d'énergie et moins de maux de dos et de douleurs articulaires, ce qui démontre bien l'importance capitale de l'accessibilité, de la pertinence culturelle et de la sensibilité, des réseaux familiaux et d'un soutien social complet pour les programmes de mieux-être destinés aux populations autochtones en milieu urbain (Wicklum et al., 2021).in, thus demonstrating the critical significance of accessibility, cultural relevance and sensitivity, family networks, and well-rounded social supports in wellness programming for urban Indigenous people (Wicklum et al., 2021).

Tabagisme, alcool et consommation de drogues

Dans de nombreuses communautés autochtones, le tabac joue un rôle important sur le plan médicinal et rituel, mais hors de cet aspect spirituel, la consommation de tabac commercial à des fins récréatives est fortement associée à une longue liste de problèmes socioéconomiques et de santé. On pense notamment au cancer du poumon, de la bouche et de la gorge, au cancer colorectal ou du pancréas (Cancer Care Ontario, 2016), aux maladies cardiaques ou pulmonaires, au diabète de type 2, aux AVC et aux maladies respiratoires (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2019; Jetty, 2017; Primack et al., 2016), à la mortalité périnatale, aux accouchements prématurés et au faible poids à la naissance, au syndrome de mort subite du

nourrisson, aux otites, à la perte de l'ouïe, aux déficits neurocognitifs et aux problèmes de comportement chez les enfants, de même qu'aux risques accrus de jeu compulsif et de consommation d'alcool ou de drogues (Jetty, 2017). En fait, la cigarette est reconnue comme la plus importante cause modifiable de cancer (Cancer Care Ontario, 2016) et l'abus de tabac demeure la cause de décès prématuré évitable la plus répandue dans le monde (Jetty, 2017). De plus, les risques pour la santé associés à la cigarette sont décuplés lorsqu'on les combine à la cigarette électronique et au vapotage (Alzahrani et al., 2018; Métis Nation British Columbia [MNBC] and BC Office of the Provincial Health Officer [OPHO], 2021).

En 2020, environ 11 % des Canadiens de 15 ans et plus disaient être fumeurs (Statistics Canada, 2021). La Fondation des maladies du cœur et de l'AVC du Canada signale que les taux de tabagisme et de vapotage ont considérablement augmenté chez les Autochtones hors réserve, surtout chez les jeunes (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2019). Les taux de tabagisme chez les populations autochtones continuent d'être de deux à cinq fois plus élevés que chez la population en général (Canadian Partnership Against Cancer [CPAC], 2019; Canadian Public Health Association [CPHA], 2021). En 2012, 15 % de la population non autochtone disait fumer tous les jours ou occasionnellement (Gionet & Roshanafshar, 2013). En comparaison, les taux de tabagisme étaient de 37 % chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve, 58 % chez les Inuits vivant hors de l'Inuit

Nunangat et 35 % chez les Métis (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2019). Chez les jeunes Autochtones urbains de 15 à 19 ans, les taux de tabagisme se situaient à 33 % chez les jeunes des Premières Nations, à 56 % chez les jeunes inuits et à 30,8 % chez les jeunes Métis, comparativement à 11 % chez les jeunes non-Autochtones (Statistics Canada, 2012, tel que cité dans le Canadian Paediatric Society, 2024). L'âge moyen d'initiation au tabagisme chez les populations autochtones en milieu urbain était de 12 ans, soit sept ans de moins que l'âge ou les non-Autochtones disent avoir commencé à fumer (Jetty, 2017). Bien que la prévalence du tabagisme varie d'une province à l'autre (Canadian Public Health Association [CPHA], 2021), d'autres études ont signalé des tendances similaires en ce qui a trait au tabagisme (Elton-Marshall, 2013; MNBC & BC OPHO, 2021; Sikorski et al., 2019; Wolfe et al., 2018). Des études ont aussi démontré que la proportion d'Autochtones en milieu urbain qui sont fumeurs a diminué au fil du temps (Chiefs of Ontario and Cancer Care Ontario, 2016; MNBC & BC OPHO, 2021).

Plusieurs facteurs influencent la prévalence du tabagisme chez les populations autochtones en milieu urbain. On a en effet établi un lien entre le tabagisme et les problèmes de santé mentale tels que la dépression et les idées suicidaires (MNBC & BC OPHO, 2021; Smith et al., 2020). L'Association canadienne de santé publique affirme que la prévalence du tabagisme est plus élevée chez les personnes vivant avec un trouble de santé mentale tel que la schizophrénie, les manies ou la dépression parce



qu'elles sont plus susceptibles d'avoir des conditions qui engendrent du stress et d'avoir un revenu familial plus faible et un accès limité à des programmes de cessation du tabagisme (CPHA, 2021). De même, Chiefs of Ontario et Action Cancer Ontario (2016) ont fait savoir que les taux de tabagisme étaient plus importants chez les membres des Premières Nations les plus défavorisés, surtout en matière d'éducation. En Ontario, en 2013, près de 60 % des adultes membres des Premières Nations n'ayant pas terminé leurs études secondaires étaient fumeurs, qu'ils vivent ou non sur une réserve, comparativement à une proportion de 30 à 40 % chez les adultes des Premières Nations titulaires d'un diplôme d'études supérieures. Chez les jeunes Autochtones urbains, une faible estime de soi, l'ennui, un degré élevé de stress familial, des problèmes avec leurs camarades et les pressions exercées par ceux-ci sont autant de facteurs ayant une influence sur leur usage du tabac (First Nations Information Governance Centre [FNIGC], 2021; Jetty, 2017; Smith et al., 2020; Wardman et al., 2014), mais aussi sur leur consommation de cannabis, d'alcool et d'autres drogues (CPHA, 2021).

L'alcool demeure la substance dont la prévalence est la plus élevée chez les jeunes, suivie du cannabis (cannabis, haschich et huile de haschich) (Health Canada, 2019). Sikorski et coll. (2019) se sont penchés sur les différences entre l'utilisation du tabac et la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes Autochtones hors réserve et les jeunes non-Autochtones. Bien que les chercheurs aient constaté une baisse notable du tabagisme, de la consommation de cannabis et d'alcool (excessive ou non) tant chez les Autochtones que chez les non-Autochtones, leur étude révèle que le

taux de consommation de drogues et d'alcool demeure plus élevé chez les jeunes Autochtones hors réserve que chez les jeunes non-Autochtones, et que cette consommation s'amorce à un plus jeune âge chez les Autochtones. Le tableau 10 contient plus de renseignements sur la prévalence du tabagisme et de la consommation d'alcool et de cannabis chez les jeunes Autochtones hors réserve et chez les jeunes non-Autochtones.

Tout comme le tabagisme, la consommation d'alcool ou de drogues a des conséquences néfastes sur la santé des Autochtones en milieu urbain, qui se traduisent non seulement par des troubles ou des maladies, mais aussi par des accidents, des problèmes de santé mentale, la violence ou des décès prématurés (Carrière et al., 2021; Firestone et al., 2015; Marsh et al., 2015). La consommation d'alcool excessive est particulièrement néfaste pour les jeunes Autochtones urbains (Ryan et al., 2016). Des recherches ont démontré que les Autochtones en milieu urbain, de façon générale, ont moins de probabilités que les non-Autochtones de consommer de l'alcool, mais que, lorsqu'ils le font, ils ont tendance à boire davantage que les non-Autochtones (Gionet & Roshanafshar, 2013; Ryan et al., 2016). Du point de vue des déterminants sociaux de la santé, il est essentiel, pour réduire la prévalence du tabagisme et de la consommation nocive d'alcool ou de drogues des Autochtones en milieu urbain, de reconnaître les influences historiques, sociales, économiques et politiques qui ont forgé les conditions de vie et continuent de favoriser les comportements ayant des répercussions sur la durée et la qualité de vie de ces personnes (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2019; Jetty, 2017; Wolfe et al., 2018).

TABLEAU 10 : POURCENTAGE DES JEUNES DE LA 9E À LA 12E ANNÉE, NON-AUTOCHTONES OU AUTOCHTONES HORS RÉSERVE FAISANT USAGE DE TABAC OU CONSOMMANT DE L'ALCOOL OU DU CANNABIS, 2014-2015

Variable	Population autochtone	Population non autochtone	Garçons		Filles	
			Autochtones	Non-Autochtones	Autochtones	Non-Autochtone
Tabagisme						
Actuellement fumeur	21,9	5,0	17,0	6,0	27,3	4,1
Non-fumeur	78,1	95,0	83,0	94,0	72,7	95,9
Cessation de fumer						
N'a jamais essayé de cesser de fumer	18,9	29,5	26,0	29,3	11,4	29,9
A tenté au moins une fois de cesser de fumer	81,1	70,5	74,0	70,7	88,6	70,1
Consommation d'alcool						
Jamais	23,9	38,5	25,7	39,9	21,9	37,0
Une gorgée seulement ou il y a plus de 12 mois	12,4	10,0	14,2	9,6	10,4	10,5
Dans la dernière année	63,7	51,5	60,0	50,4	67,7	52,5
Chaque mois	39,3	29,7	39,0	30,6	39,6	28,8
Chaque semaine	13,8	7,9	13,0	9,0	14,7	6,7
Consommation excessive						
Jamais ou il y a plus de 12 mois	40,2	48,4	40,7	47,0	39,6	49,7
Dans la dernière année	59,8	51,6	59,3	53,0	60,4	50,3
Chaque mois	35,0	27,1	36,4	30,3	33,6	23,9
Chaque semaine	10,7	5,8	11,2	7,1	10,1	4,5
Cannabis						
A déjà essayé	58,3	28,2	54,7	29,2	62,1	27,1
Jamais ou il y a plus de 12 mois	55,1	78,2	61,5	77,9	53,0	79,3
Dans la dernière année	44,8	21,8	38,5	22,1	47,0	20,8
Chaque mois	36,4	12,5	31,1	13,6	38,2	11,0
Chaque semaine	27,5	6,9	24,7	8,2	27,7	5,2
Chaque jour	15,8	2,4	15,2	2,8	14,9	1,8

Source : Enquête canadienne sur la consommation de tabac, d'alcool et de drogues chez les élèves, cité dans Sikorski et al., 2019.

Accès à des services de soins de santé

Il n'est pas rare, pour les Autochtones en milieu urbain, d'avoir des problèmes d'accès aux services de soins de santé (Beckett et al., 2018). La pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination sont des obstacles courants d'accès aux soins pour les populations autochtones en milieu urbain (National Association of Friendship Centres [NAFC], 2021; Tang et al., 2015; Wyton, 2020). En fait, les stéréotypes fondés sur la race, les préjugés et la discrimination ont souvent entraîné des retards, voire même une absence de traitements et de soins médicaux, avec des conséquences préjudiciables, voire fatales, pour les Autochtones urbains (Allan & Smylie, 2015; Turpel-Lafond, 2020; Wylie & McConkey, 2019). Les femmes autochtones vivant en milieu urbain, particulièrement, sont considérablement touchées par des expériences passées de traitements déficients et s'attendent à des traitements inadéquats de la part de fournisseurs de soins. Elles peuvent craindre, par exemple, d'être dénigrées ou blâmées pour leurs propres problèmes de santé, que leurs inquiétudes en matière de santé soient ignorées ou minimisées ou que l'on croie qu'elles sont intoxiquées, qu'elles consomment des drogues ou souhaitent obtenir des narcotiques. Quant aux mères autochtones, elles peuvent avoir peur d'être accusées d'être une mauvaise mère et que les services de protection de l'enfance prennent en charge leur dossier (Allan,

2013; Allan & Smylie, 2015; NIMMIWG, 2019).

De nombreuses études montrent que l'accès aux soins pour les Autochtones en milieu urbain est influencé par des facteurs sociaux, politiques et historiques, et qu'une proportion démesurée d'Autochtones ont une santé défaillante (Allan & Smylie, 2015; Horrill et al., 2018; Nguyen et al., 2020). L'étude du *sous-classisme*¹⁵ de Tang et coll. (2015), qui s'est penché sur les effets de la violence structurelle et des inégalités dans le contexte des établissements de soins en milieu urbain, est un bon exemple. Cette étude a démontré que les Autochtones en milieu urbain étaient non seulement perçus par les fournisseurs de soins de santé comme des patients de seconde classe, mais étaient aussi plus vulnérables à la marginalisation et à la discrimination et risquaient davantage d'obtenir des soins de qualité moindre que les non-Autochtones. L'étude révélait plus précisément qu'il existait une procédure cachée de triage des patients sur le plan social dans les urgences des hôpitaux selon laquelle on décidait de l'ordre dans lequel les patients pourraient être vus non pas en fonction de priorités cliniques, mais de leur position dans l'échelle sociale. En raison de leur position sociohistorique et d'hypothèses généralisées voulant que tous les Autochtones en milieu urbain aient des problèmes de santé mentale et de dépendances, ceux-ci étaient perçus par le personnel soignant comme des

patients trop exigeants, ingrats, non motivés, déviants, potentiellement dangereux et responsables de leurs propres malheurs. En outre, ils ont été décrits par les fournisseurs de soins comme des personnes sans importance, moins dignes de services que les non-Autochtones. En plus de les faire attendre plus longtemps, de minimiser, voire d'ignorer, leurs inquiétudes et de les sanctionner ou de les renvoyer chez eux (escortés à l'extérieur de l'établissement ou empêchés de prendre des médicaments analgésiques par eux-mêmes), on a généralement découragé les Autochtones en milieu urbain de revenir aux urgences pour ce qui était perçu par les fournisseurs de soins comme des besoins non cliniques (nourriture, logement).

Une étude réalisée à Toronto a aussi établi un lien entre la discrimination exercée par un fournisseur de soins et des besoins en soins de santé non satisfaits. Or, un facteur essentiel semblant modifier cette association était l'accès à un fournisseur de soins régulier comme un médecin ou une infirmière praticienne (Kitching et al., 2020). À preuve, 27,3 % des Autochtones en milieu urbain ayant pris part à l'étude disaient que certains de leurs besoins en matière de santé n'étaient pas satisfaits, 28,5 % disaient avoir vécu de la discrimination de la part d'un fournisseur de soins et 63,1 % ont dit être en mesure d'avoir accès régulièrement au même fournisseur de soins. Chez les participants qui n'avaient pas accès régulièrement au même fournisseur de soins, la

¹⁵ Tang et coll. (2015) ont utilisé le terme *sous-classisme* pour insister sur la nature transversale de facteurs tels que la discrimination, la pauvreté, les préjugés, le racisme, l'exclusion sociale et d'autres facettes des relations sociales oppressives.

discrimination a été associée avec des risques beaucoup plus grands d'avoir des besoins de santé non satisfaits. Même si l'accès à un même fournisseur de soins ne garantissait pas nécessairement que tous leurs besoins de santé seraient satisfaits, le manque de services de soins de santé sécuritaires sur le plan culturel, conjugué à plus d'interactions à court terme avec des fournisseurs de soins dans des cliniques sans rendez-vous ou aux urgences, vient augmenter les risques de discrimination pour les Autochtones en milieu urbain et a un effet sur la continuité des soins dont ils ont besoin.

Pour comprendre parfaitement le lien entre le contexte social et l'accès aux soins de santé primaires, il est important de tenir compte des conditions complexes de la vie des personnes et la façon dont sont structurés les soins de santé pour répondre à leurs besoins holistiques (Varcoe et al., 2022a; Wright et al., 2019). Les Autochtones urbains courent plus de risques de vivre des difficultés de gestion de leurs problèmes de santé lorsque les services de santé qu'ils reçoivent ne sont pas adaptés sur le plan culturel (Beckett et al., 2018; Genereux et al., 2021; Jacklin et al., 2017). Les Inuits vivant à Ottawa, par exemple, doivent composer avec une marginalisation socioéconomique importante (taux de pauvreté élevé, chômage, logements surpeuplés, insécurité alimentaire), avec des taux élevés de maladies chroniques (allergies, hypertension, MPOC, cancer), et avec de multiples obstacles d'accès aux soins (Smylie et al., 2018). Des problèmes de communication interculturels, comme des difficultés à comprendre ce que disent les fournisseurs de soins et le malaise qu'ils ressentent

à l'égard de ces fournisseurs qui ne les comprennent pas sur le plan culturel, constituent aussi des obstacles majeurs d'accès aux soins pour les Inuits (Smylie et al., 2018). Parmi les autres obstacles signalés, mentionnons les longues listes d'attente pour avoir accès à des médicaments traditionnels inuits et l'impossibilité de voir un médecin après 17 h, les fins de semaine ou durant les heures de bureau.

L'accès aux services de soins de santé et la disponibilité de ceux-ci sont importants, mais dans la mesure où les services offerts sont considérés comme acceptables (BCAAFC, 2020; Goodman et al., 2017; Place, 2012). En fait, la recherche a démontré qu'il n'est pas rare, pour les populations autochtones en milieu urbain, d'éviter stratégiquement les hôpitaux publics et de se rendre plutôt dans des cliniques dont les gestionnaires et le personnel sont Autochtones (Gouldhawke, 2021). Pour que les services de soins de santé soient efficaces, il importe de tenir compte l'adversité socioéconomique, ainsi que de la diversité des pratiques, des points de vue sur le monde, de la culture, de la langue et des valeurs des Autochtones en milieu urbain qui utilisent ces services (BCAAFC, 2020; Crowshoe et al., 2018; Genereux et al., 2020; Smylie et al., 2018; Van Herk et al., 2012).

Les éléments probants liant la discrimination dans les établissements de soin en milieu urbain aux disparités d'accès aux soins des populations autochtones qui y vivent rendent encore plus indispensables les soins adaptés culturellement et axés sur le patient (Allan & Smylie, 2015; Crowshoe et al., 2018; Kitching

et al., 2020). Une formation en compétences culturelles pourrait sensibiliser le personnel aux réalités autochtones et l'aider à comprendre les interactions et les différences culturelles entre les Autochtones en milieu urbain et les fournisseurs de soins, mais une formation en sécurité culturelle est aussi nécessaire pour s'attaquer directement au rôle et aux effets du racisme dans l'accès aux soins de santé, aux inégalités dans les résultats de santé et aux dynamiques de pouvoir historiques et contemporaines sous-jacentes à ces interactions (Allan & Smylie, 2015; Beckett et al., 2018; Browne et al., 2021).

L'équité en matière de santé constitue une stratégie importante pour l'amélioration de la santé de la population (Varcoe et al., 2019). L'équité en santé englobe « [traduction] l'analyse critique des pouvoirs et le fonctionnement de la dynamique de la discrimination dans la quête de justice sociale » (p. 4). Les soins de santé axés sur l'équité reposent sur la compréhension de la discrimination en tant qu'idée préconçue construite par la société, « [traduction] justifiée par l'idéologie et exprimée dans les interactions chez et entre les individus et les établissements, ce qui contribue au maintien des privilèges des membres de groupes dominants et aux inégalités pour les autres, avec des répercussions profondes » (p. 4).

En se penchant plus attentivement sur ce que vivent les Autochtones en matière de santé et de soins de santé (Varcoe et al., 2022a), Browne et coll. (2011, 2012 & 2016) ont permis de définir les principales dimensions de soins de

De plus, les efforts déployés pour atténuer les effets des conditions et des obstacles structurels associés aux inégalités de santé doivent s'accompagner d'efforts plus larges au sein même des structures afin de s'attaquer aux problèmes de logement et d'itinérance. Le problème, à l'heure actuelle, est que la plupart des systèmes de santé ne fonctionnent pas de cette façon (Varcoe et al., 2022b).



santé axés sur l'équité – y compris les soins sensibles aux traumatismes et à la violence subie, sécuritaires sur le plan culturel et adaptés en fonction du contexte (Ford et al., 2018). Ces chercheurs ont ensuite élaboré un modèle organisationnel d'intervention appelé EQUIP (Equipping Health Care for Equity, que l'on pourrait traduire par « outiller les milieux de soins pour l'égalité »), conçu pour favoriser l'égalité aux points de service dans les établissements de soins primaires (Browne et al., 2015). Une étude du cadre d'amélioration de l'équité en santé du modèle EQUIP a permis de constater que les soins axés sur l'équité permettent aux patients de se sentir plus à l'aise et en confiance à l'égard des soins et pour la prise en charge de leur propre santé, ce qui permet de meilleurs résultats de santé, notamment en réduisant les symptômes de dépression et de traumatismes et les douleurs chroniques incapacitantes, et favorise une meilleure qualité de vie (Ford et al., 2018). La recherche a aussi permis d'établir que le personnel en soins mettant en œuvre le modèle EQUIP montrait

plus d'assurance et de compétences au moment d'offrir des soins axés sur l'équité. Des outils plus concrets qui permettront de transposer des concepts abstraits en rapport avec les soins axés sur l'équité en mesures concrètes sont toutefois nécessaires (Browne et al., 2018; Levine et al., 2021).

Inspirée de cette étude prometteuse (Browne et al., 2015), l'équipe de recherche a adapté le modèle EQUIP afin d'en évaluer l'efficacité et l'évolutivité pour la promotion de l'équité aux points de service dans trois urgences de trois régions différentes sur les plans géographiques et de la population (en milieu urbain, en banlieue et en région rurale et éloignée) de la Colombie-Britannique desservant des Autochtones et des non-Autochtones (Varcoe et al., 2019). L'étude EQUIP sur les urgences a révélé une corrélation et une association entre les inégalités structurelles et des taux plus élevés de discrimination (Varcoe et al., 2019). Les visites répétées aux urgences étaient surtout le fait de patients qui avaient moins de

chances de bénéficier des services d'un établissement de soins primaires (une « Primary Care Home ») et qui étaient aux prises avec le plus d'instabilité sur les plans économique et du logement. Il s'agissait, dans la majeure partie des cas, d'Autochtones en milieu urbain. L'étude a également établi que les efforts pour réduire les préjugés et la discrimination aux urgences doivent être une priorité pour améliorer l'expérience des systèmes de santé et les résultats de santé des Autochtones en milieu urbain de même que l'efficacité et la capacité de ce système à répondre à leurs besoins (Varcoe et al., 2022a). De plus, les efforts déployés pour atténuer les effets des conditions et des obstacles structurels associés aux inégalités de santé doivent s'accompagner d'efforts plus larges au sein même des structures afin de s'attaquer aux problèmes de logement et d'itinérance. Le problème, à l'heure actuelle, est que la plupart des systèmes de santé ne fonctionnent pas de cette façon (Varcoe et al., 2022b).

Selon Varcoe et coll. (2022b), « [traduction] les interventions en formation et en éducation seules ne peuvent parvenir à instaurer une approche plus axée sur l'égalité dans les organisations, et il est impossible de modifier les connaissances, les attitudes et les comportements des personnes sans soutien de la part des entreprises, sans directives politiques et mécanismes de reddition de compte et sans mesures à l'échelle de toute l'entreprise » (p. 11). Bien qu'il existe peu d'indications sur les moyens de changer les choses au-delà des seuls membres individuels du personnel, le modèle EQUIP semble prometteur pour favoriser des soins axés sur l'équité à l'échelle de l'organisation elle-même¹⁶. Au moment d'écrire ces lignes, l'étude EQUIP sur les urgences était encore en cours, mais les résultats préliminaires indiquent que l'évaluation des soins par les patients s'est améliorée et que le pourcentage de patients marginalisés qui quittent les urgences avant d'avoir été soignés a considérablement diminué, ce qui semble indiquer que les interventions organisationnelles évolutives parviennent efficacement à favoriser l'équité aux points de service dans divers établissements de soins primaires.

Liens culturels et appartenance communautaire

Une foule de facteurs contribuent aux inégalités en matière de santé des Autochtones en milieu urbain. De la même façon, les déterminants de la santé font appel à des facteurs positifs, affirmatifs et aptes à favoriser la santé (Jardine & Lines, 2018). Il a été démontré que le savoir, les pratiques culturelles, l'identité et le sentiment d'appartenance des Autochtones, ainsi que le lien qui les unit à leur terre, ont tous une influence positive sur la santé et le bien-être des populations autochtones en milieu urbain (Bethune et al., 2019; Crowshoe et al., 2018; Genereux et al., 2020; Landry et al., 2019). De même, de nombreuses études ont souligné la nécessité essentielle de socialiser pour les Autochtones en milieu urbain et leur besoin de garder contact avec les aînés, leur famille et la communauté et de participer à des activités culturelles ou qui ont lieu sur leurs terres (Alaazi et al., 2015; Cidro et al., 2015; Oster et al., 2014; Ryan et al., 2016). Landry et coll. (2019), par exemple, se sont penchés sur la notion de *mino-pimatisiwin*¹⁷ et ont déterminé que l'accès à la forêt et les relations avec la famille et les amis étaient essentiels au

bien-être complet des membres des Premières Nations. De plus, des lieux sécuritaires sur le plan culturel à même les agglomérations urbaines ont été jugés essentiels au partage des connaissances et des pratiques culturelles autochtones et à la sauvegarde de leur identité et de leur sentiment d'appartenance. Même si les agglomérations urbaines privilégient généralement les conceptions non autochtones de l'espace (Nejad et al., 2019), l'étude montre comment les membres des Premières Nations ont trouvé des moyens de garder leurs liens avec la terre, notamment en adoptant un point de vue plus large de la notion de territoire afin d'y inclure des espaces urbains plus petits et en élargissant la définition d'une communauté pour y inclure des Autochtones de nations différentes (Landry et al., 2019). On mentionne également à titre d'exemple que, au sein des villes, les cours privées et les parcs publics, où les Autochtones peuvent se sentir physiquement, symboliquement et spirituellement connectés à la terre et aux autres, peuvent constituer des lieux sécuritaires sur le plan culturel. Ils peuvent aussi y acquérir un sentiment de sécurité et de confiance, qui viendra renforcer leur sentiment d'appartenance à un lieu au sein de leur environnement urbain.

¹⁶ Parvenir à offrir des soins axés sur l'équité à l'échelle des organisations ou des systèmes exige une intégration et une participation directe des gestionnaires et des équipes de direction et une mobilisation interdisciplinaire (Varcoe et al., 2022b). Une trousse d'outils EQUIP pour aider les organisations à améliorer leur capacité à offrir des services axés sur l'équité est offerte à <https://equiphealthcare.ca/> (en anglais seulement).

¹⁷ Les Autochtones du groupe linguistique algonquien (soit les Anishinaabés, les Attikameks, les Cris et les Innus) utilisent des versions subtiles du terme *mino-pimatisiwin* (« vivre une bonne vie ») pour désigner un état de bien-être complet englobant un équilibre ou une harmonie entre toutes les composantes de la vie, c'est-à-dire les aspects physique, affectif, mental et spirituel, et la solidarité avec la famille, la communauté, les êtres vivants non humains, l'environnement, le Créateur et le monde spirituel (Landry et al., 2019).



Le soutien social est également important pour la santé et le bien-être, surtout chez les jeunes. Une étude réalisée à Ottawa sur le rôle du soutien social comme déterminant de la santé des jeunes inuits et des Premières Nations (12 à 17 ans) en milieu urbain a révélé que la mise en place de mesures de sécurité culturelle était une façon d'être attentifs aux difficultés particulières que rencontrent les élèves autochtones en milieu urbain dans l'environnement où ils vivent (Richmond & Smith, 2012). Ces formes de soutien créent non seulement un sentiment d'appartenance pour les jeunes Autochtones à risque, mais permettent aussi à ces jeunes de profiter d'un environnement scolaire au sein duquel ils pourront atteindre leurs objectifs éducatifs. L'étude a révélé que les

expériences de violence avaient des effets négatifs à long terme sur la perception de l'appartenance chez les élèves, tout comme les échecs scolaires et les altercations verbales ou physiques avec les enseignants. Le fait de se sentir isolé à travers divers axes sociaux, culturels ou liés aux programmes de cours crée un sentiment démesuré de marginalisation – de non-appartenance – chez les élèves inuits ou des Premières Nations en milieu urbain. À l'inverse, des expériences positives à l'école, comme l'apprentissage par l'expérience (p. ex. dans le cadre d'excursions), des réussites ou des liens culturels avec d'autres élèves autochtones, contribuent à améliorer l'expérience scolaire. L'étude a aussi révélé que la plus importante caractéristique du soutien social pour les élèves inuits et des Premières Nations en milieu

urbain est qu'un tel soutien leur permet d'obtenir un encadrement ou de l'aide quand ils en ont besoin, mais encore là, les élèves ont admis qu'ils ne demanderaient pas l'aide de leur enseignant ou d'autres membres du personnel si une relation de confiance n'a pas été établie. Deux formes de soutien social ont donc été définies : le soutien structurel, soit la *possibilité* d'offrir de l'aide, et le soutien fonctionnel, soit le fait d'être aidé *concrètement*. La confiance perçue, qui dépend de l'appréciation des enjeux personnels auxquels sont confrontés les élèves inuits ou des Premières Nations, s'est révélée essentielle pour que ces jeunes aient recours au soutien social qui leur est offert et pour favoriser un sentiment d'appartenance au sein de leur environnement scolaire.

D'autres études insistent sur la valeur de l'identité culturelle pour déterminer le bien-être global des populations autochtones en milieu urbain (Fast et al., 2016; Fast et al., 2017). En fait, l'émergence et la progression des préoccupations de santé chez les Autochtones en milieu urbain ont suscité un intérêt pour les stratégies fondées sur la culture autochtone pour améliorer la santé de ces personnes. Des initiatives de santé fondées sur les cultures autochtones ont été efficaces pour reconstruire les identités culturelles individuelle et commune, maintenir la santé et le bien-être et favoriser des choix de vie sains chez les Autochtones en milieu urbain (Benoit et al., 2016; Marsh et al., 2015). Il est toutefois aussi reconnu que les initiatives adaptées sur le plan

culturel doivent tenir compte des immenses différences entre les cultures, les modes de vie et les identités des Autochtones en milieu urbain. L'étude de Fast et coll. (2017), réalisée auprès de jeunes autochtones vivant à Montréal, est un bon exemple à ce titre. Fast et coll. (2017) ont défini deux grandes interprétations de l'identité Autochtone urbaine. La première est celle de jeunes ayant habité toute leur vie ou presque en milieu urbain, ayant des origines mixtes, qui ont grandi en étant relativement distants de leur identité culturelle profonde et qui cherchent à mieux comprendre l'histoire de leur famille et de leur culture et à qui il est arrivé de ne pas se sentir en sécurité, tant dans un cadre autochtone que non autochtone. La deuxième désigne les jeunes autochtones qui vivent à Montréal depuis peu, qui sont plus susceptibles de parler une langue autochtone et qui cherchent des moyens de maintenir leur identité culturelle tout en demeurant dans une agglomération urbaine. En tenant compte de ces divers aspects de l'identité autochtone en milieu urbain, assurer la sécurité culturelle de ces personnes exige que l'on tienne compte des divers concepts formant l'identité culturelle Autochtone urbaine, mais aussi de la dynamique de pouvoir quant à qui définit l'identité, l'authenticité et la culture Autochtones urbaines, particulièrement par rapport aux moyens qu'elles utilisent pour maintenir des liens avec leur culture et leurs congénères.

Résultats de santé

Les résultats de santé sont le reflet du bien-être physique et mental des personnes, y compris de leur durée de la vie et de sa qualité (University of Wisconsin Population Health Institute [UWPHI], 2022). Ils fournissent donc une bonne indication de la mesure dans laquelle les systèmes travaillent à garder la population en santé. L'état de santé peut par exemple être influencé par la qualité des soins médicaux et l'attention reçue, ou par la disponibilité de bons emplois, d'une eau propre et de logements abordables. En outre, ces déterminants de la santé peuvent être influencés par des programmes et des politiques en place à l'échelle municipale, provinciale-territoriale ou fédérale (UWPHI, 2022). En examinant les données sur les résultats de santé, il est possible d'établir où réaliser des investissements ou conclure des partenariats en vue d'améliorer la santé d'une population (CIHI, 2022; Firestone et al., 2014) et de définir aussi où et pourquoi les résultats de santé diffèrent entre les populations, comment une variété de facteurs s'allient pour influencer les résultats de santé et comment les politiques et les programmes appuient ou restreignent les possibilités d'amélioration de la santé (UWPHI, 2022). L'information présentée dans la présente section montre que la santé globale des populations autochtones en milieu urbain s'améliore, mais que des lacunes persistent entre les résultats de santé des Autochtones et des non-Autochtones vivant en milieu urbain.

Espérance de vie et mortalité

L'espérance de vie, qui porte sur la durée de l'existence d'une personne, est un indicateur important de la santé d'une population. Elle mesure le nombre estimé d'années auquel une personne, à un âge donné, peut s'attendre à vivre, en fonction du taux de mortalité (ou de décès) selon l'âge actuel d'une population donnée (Ortiz-Ospina, 2017). Bien que l'espérance de vie reflète les différences en matière de mortalité, elle ne tient pas compte de la qualité de vie (PHAC, 2018) et est relativement résistante aux différences dans la structure d'âges et dans d'autres caractéristiques de la population (Musić Milanović et al., 2006). Par conséquent, les différences dans les taux de mortalité sont relevées afin que l'on puisse suivre et prévoir l'âge au décès des personnes au sein de chaque groupe de population (Ortiz-Ospina, 2017). Le tableau 11 (page suivante) livre un survol de l'espérance de vie et de la mortalité des Autochtones hors réserve et des non-Autochtones.

Plusieurs facteurs contribuent à une meilleure espérance de vie, notamment les améliorations au niveau de vie, les progrès de la pratique et des technologies médicales et des niveaux d'éducation plus élevés (PHAC, 2018). En revanche, une exposition accrue à des facteurs de risque tels qu'une plus grande consommation de tabac, une consommation excessive d'alcool ou un régime alimentaire moins sain peut entraîner plus de décès des suites d'une maladie cardiaque, d'un

TABLEAU 11 : ESPÉRANCE DE VIE ET MORTALITÉ DES POPULATIONS NON AUTOCHTONES OU AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE, 2011

Indicateur de mortalité	Population des Premières Nations	Population inuite	Population métisse	Population non autochtone
Espérance de vie à la naissance (en années)	70,5	69,7	74,8	81,8
Mortalité infantile par 1 000 naissances (enfants vivants)	8,1	13,5	6,6	4,8
Mortalité des suites de blessure accidentelle, par 100 000 personnes (n)	104,8	96,4	80,7	30,3
Mortalité par suicide, par 100 000 personnes (n)	40,2	72,0	29,6	11,3

Source : Base canadienne de données sur les décès de la Statistique de l'état civil, citée dans l'ACSP, 2018.

cancer, ou d'autres affections (OECD, 2021; Park, 2021). Une analyse des divers taux de mortalité, surtout des cas de décès évitables (que l'on aurait pu prévenir ou traiter) aide à déterminer plus précisément les causes inhérentes des décès qui auraient pu être évités et des interventions nécessaires pour réduire le nombre de décès découlant de diverses maladies ou blessures (OECD, 2021). Les causes sous-jacentes de décès peuvent englober une maladie ou une blessure dont découle une série d'événements menant directement au décès ou les circonstances d'un accident ou d'un acte de violence qui se traduit par une blessure fatale (Park, 2021).

Les Autochtones urbains ont, de façon générale, une espérance de vie moins grande que leurs vis-à-vis non autochtones et courent plus de risques que ces derniers de mourir prématurément de causes évitables telles que des blessures intentionnelles ou non (Kumar, 2021; Park et al., 2015; Park, 2021; Tjepkema et al., 2019). Une étude sur la mortalité excessive¹⁸ des membres des Premières Nations a par exemple révélé que les taux de mortalité (par 100 000 personnes), toutes causes confondues, étaient de 419 pour les membres des Premières Nations hors réserve, comparativement à 335 pour la population non autochtone (Park, 2021). Le cancer et les maladies cardiaques constituent les causes

les plus fréquentes de décès à la fois chez les membres des Premières Nations hors réserve et chez les non-Autochtones, alors que les différences entre ces populations se situent plutôt du côté des décès à la suite d'une agression, en raison d'une maladie chronique du foie ou d'une cirrhose, du diabète, d'un suicide ou d'une blessure non intentionnelle – autant de causes qui, ensemble, sont responsable de plus des deux tiers des mortalités excessives chez les membres des Premières Nations vivant hors réserve. De plus, les écarts dans la mortalité sont plus prononcés dans les groupes d'âge plus jeunes (50 ans ou moins) et les différences dans les décès précoces ou prématurés sont plus

¹⁸ Une mortalité excessive survient lorsqu'il y a plus de décès que ce à quoi on s'attendait pour une période donnée. Le nombre de décès excédentaires est mesuré en calculant la différence entre le nombre de décès observé et le nombre de décès anticipé pour une période donnée (Statistics Canada, 2022c).

TABLEAU 12 : TAUX DE MORTALITÉ POUR 100 000 PERSONNES, PAR CAUSE DE DÉCÈS, CHEZ LES POPULATIONS NON AUTOCHTONES OU AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE, 2016

Cause du décès	Membres des Premières Nations hors réserve (n)	Population non autochtone (n)
Agressions (homicide)	5,6	0,8
Méfais auto-infligés (suicide)	17,4	8,0
Accidents (blessures non intentionnelles)	40,3	18,2
Néphrite, syndrome néphrotique ou néphrose	6,5	4,3
Maladies chroniques du foie ou cirrhose	17,3	3,8
Maladies chroniques des voies respiratoires	18,6	14,5
Influenza ou pneumonie	9,2	7,3
Maladies cérébrovasculaires	15,0	17,1
Maladies du cœur	66,6	67,0
Maladie d'Alzheimer ou autre forme de démence	2,5	5,9
Diabète sucré	18,9	8,7
Néoplasmes malins	101,9	108,8

Source : Cohortes santé et environnement du recensement canadien, citées dans Park, 2021.

importantes que pour les décès de gens plus âgés. Le tableau 12 livre de l'information sur les taux de mortalité et les principales causes de décès répertoriées dans cette étude.

Des études ont régulièrement démontré que les Autochtones vivant dans des agglomérations urbaines ont des taux de mortalité de plus en plus inférieurs à celui des Autochtones vivant dans des communautés éloignées ou du Nord, ce qui pourrait être attribuable aux plus grands avantages sur les plans social et de la santé qui viennent avec la vie

dans une agglomération urbaine, notamment plus de possibilités d'éducation et d'emploi, un meilleur accès aux services de soins de santé et un meilleur statut socioéconomique (Akee & Feir, 2018; Carson et al., 2018; Park, 2021). De façon générale, les Autochtones ont fait des gains considérables en matière d'espérance de vie, même si ces gains sont moins importants que chez la population non autochtone (Tjepkema et al., 2019). En 2011, l'espérance de vie à 1 an était de 9 ou 10 ans de moins pour les membres des Premières Nations,

de 11 ans de moins pour les Inuits et de 4,5 à 5 ans de moins pour les Métis comparativement à la population non autochtone. L'espérance de vie pour les Métis, surtout, s'est rapprochée de celle de la population non autochtone (Tjepkema et al., 2019). Bien que prometteurs, ces gains dans l'espérance de vie devraient être interprétés avec prudence étant donné le nombre croissant de personnes qui, en répondant au recensement, s'identifient désormais comme Métis (Statistics Canada, 2017c; Tjepkema et al., 2019).

Mortalité infantile et issues défavorables de la grossesse

La mortalité infantile¹⁹ est largement reconnue comme l'une des pierres angulaires de la santé des populations (OECD, 2022; PHAC, 2018). Bien que les taux de mortalité infantile se soient améliorés au cours des dernières décennies, cette amélioration n'est pas la même pour toutes les populations. Selon certaines sources, 3,7 nourrissons sur 1 000 nés au Canada ne se rendront pas à leur premier anniversaire (PHAC, 2018). La mortalité infantile est fortement associée au statut socioéconomique. Les personnes vivant dans les régions les plus démunies sur le plan matériel²⁰ affichent des taux de mortalité infantile 1,6 fois plus élevés que dans les régions les moins démunies. Les régions comptant une forte population d'Autochtones ont des taux de mortalité infantile encore plus élevés. Comparativement aux régions comptant une faible concentration d'Autochtones, le taux de mortalité infantile est 2,3 fois plus élevé dans les régions comptant une forte concentration de membres des Premières Nations, 3,9 fois plus élevé dans les régions avec une forte concentration d'Inuits et 1,9 fois plus élevé dans les régions comptant une forte concentration de Métis (PHAC, 2018). Les principaux facteurs de risque de mortalité infantile sont une faible éducation des mères, un logement inadéquat, des problèmes d'accès aux soins de santé, l'insécurité alimentaire, la pauvreté et le chômage (PHAC, 2018). Les principales causes

de mortalité des nourrissons sont leur immaturité (ils naissent sans être complètement développés), une déficience de naissance d'ordre structurel ou fonctionnel, un manque grave d'oxygène, les infections ou le syndrome de mort subite du nourrisson.

La perte d'un bébé peut avoir des effets catastrophiques sur le bien-être psychologique des parents ou des familles (PHAC, 2018). En outre, la santé des enfants à la naissance a été associée à des résultats de santé plus tard dans la vie (Chartier et al., 2020). Ainsi, les bébés de poids élevé²¹ ou de faible poids²² à la naissance courent un plus grand risque de vivre des effets nocifs sur leur santé (Canadian Institute of Child Health [CICH], 2022). Plus précisément, les bébés de faible poids à la naissance (faible poids pour l'âge gestationnel) courent plus de risques que les bébés de poids moyen²³ d'avoir un problème de sifflement respiratoire pendant l'enfance, d'avoir une intelligence moins vive à l'adolescence, d'être obèse ou en surpoids une fois adulte, de souffrir de coronaropathie ou d'insuffisance rénale chronique ou d'avoir un taux plus élevé de mortalité (toutes causes confondues) (Belbasis et al., 2016; CICH, 2022). Les bébés de poids élevé à la naissance (poids élevé pour l'âge gestationnel) courent un plus grand risque d'avoir des problèmes de santé immédiats, notamment une glycémie élevée immédiatement après la naissance, des anomalies congénitales, des troubles

respiratoires, des blessures subies à la naissance ou une ictère (jaunisse) (Belbasis et al., 2016; CICH, 2022). Ces bébés sont aussi plus à risque de développer des problèmes de santé à long terme tels qu'un cancer, l'obésité ou le diabète de type 2, ce qui entraîne chez eux des risques plus élevés de décès prématuré.

On trouve relativement peu d'information de nature périnatale concernant les populations autochtones en milieu urbain, mais des études ont démontré que les risques d'issues défavorables de la grossesse sont plus élevés chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (Bushnik et al., 2016; Chen et al., 2015; Johnson & Donkin, 2022; McIsaac et al., 2015). On constate aussi des disparités dans les issues de la grossesse entre les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis (Sheppard et al., 2017). Sheppard et coll. (2017), par exemple, ont étudié les données nationales sur les issues de la grossesse et ont constaté que les taux de mort subite du nourrisson, de mortalité néonatale ou post-néonatale étaient plus de deux fois plus élevés pour chaque groupe d'identité autochtone comparativement à la population non autochtone. De même, les nourrissons autochtones affichaient des taux plus élevés d'issues défavorables de la grossesse que les nourrissons non autochtones, sauf s'il s'agissait de bébés à faible poids pour l'âge gestationnel. Le tableau 13 présente d'autres comparaisons liées aux issues défavorables de la grossesse pour les Autochtones et les non-Autochtones.

¹⁹ La mortalité infantile désigne la mort d'un nourrisson n'ayant pas atteint l'âge d'un an (PHAC, 2018).

²⁰ Les régions démunies sur le plan matériel comptent un pourcentage élevé de personnes sans diplôme d'études secondaires, un faible taux d'emploi et un faible revenu moyen (PHAC, 2018).

²¹ Un poids supérieur à 4 kg est considéré comme un poids élevé à la naissance (CICH, 2022).

²² Un poids de moins de 2,5 kg est considéré comme un faible poids à la naissance (CICH, 2022).

²³ Les bébés de poids moyen ont à la naissance un poids de 2,5 à 4 kg (CICH, 2022).

TABLEAU 13 : ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE CHEZ LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES, 2004-2006

Issue de la grossesse	Population autochtone totale (n)	Population des Premières Nations (n)	Population inuite (n)	Population métisse (n)	Population non autochtone (n)
Naissance avant terme par 100 naissances vivantes	8,7	9,0	11,4	7,6	6,7
Bébés à faible poids pour l'âge gestationnel, par 100 naissances vivantes	6,6	5,8	8,0	8,3	8,6
Bébés à poids élevé pour l'âge gestationnel, par 100 naissances vivantes	18,8	20,9	15,6	14,4	10,6
Accouchement d'un mort-né (mort du fœtus) par 1 000 naissances	9,0	10,4	9,7	5,7	5,6
Mortalité infantile par 1 000 naissances vivantes	9,6	9,2	12,3	10,5	4,4
Mortalité néonatale par 1 000 naissances vivantes	4,9	4,4	7,2	7,5	3,4
Mortalité post-néonatale par 1 000 nourrissons survivants	4,8	4,8	5,1	3,1	1,1

Source: 2006 Canadian Birth-Census Cohort database, cited in Sheppard et al., 2017.



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 1311208867



Dans le cadre d'une étude, Chartier et coll. (2020) ont procédé à un examen des issues de la grossesse pour les nourrissons des Premières Nations au Manitoba. Bien que l'étude porte sur les membres inscrits des Premières Nations en comparaison avec tous les autres groupes identitaires de population, elle comporte une analyse des données pour les membres inscrits des Premières Nations vivant en milieu urbain. L'étude a révélé que, comparativement à tous les autres nourrissons du Manitoba, les bébés des membres inscrits des Premières Nations étaient plus nombreux à être nés prématurément et avaient, dans une proportion plus élevée, un poids élevé pour l'âge gestationnel. Ces nouveau-nés étaient aussi plus nombreux à être réadmis à l'hôpital. La proportion de bébés nourris au sein était plus faible et le nombre de nourrissons avec un faible poids pour l'âge gestationnel était aussi moins élevé au sein de ce groupe. De plus, le nombre de grossesses et d'accouchements chez les adolescentes était plus élevé chez les membres inscrits des Premières Nations que chez les autres adolescentes manitobaines. Le tableau 14 présente d'autres comparaisons des issues défavorables de la grossesse chez les membres inscrits des Premières Nations vivant en milieu urbain au Manitoba.

Étant donné la faible proportion de bébés de faible poids à la naissance et la proportion plus importante de bébés de poids élevé à la naissance chez les membres inscrits des Premières Nations, on a suggéré qu'en moyenne, les nourrissons des Premières Nations sont peut-être plus gros à la naissance que les autres bébés autochtones ou non autochtones (Chartier et al., 2020; Sheppard et al., 2017), ce qui pourrait être attribuable à une incidence plus élevée et à une prévalence croissante du diabète chez les femmes des Premières Nations (Chartier et al., 2017; Oster & Toth, 2015; Vélez et al., 2020). Une étude réalisée au Manitoba a permis de

TABLEAU 14 : ISSUES DÉFAVORABLES DE LA GROSSESSE CHEZ LES MEMBRES INSCRITS DES PREMIÈRES NATIONS ET TOUTES LES AUTRES POPULATIONS DU MANITOBA, DE 2012-2013 À 2016-2017

Issue de la grossesse	Population totale de membres inscrits des Premières Nations (n)	Population totale de membres inscrits des Premières Nations vivant en milieu urbain (n)	Population de membres inscrits des Premières Nations vivant sur une réserve (n)	Total de tous les autres groupes de la population (n)
Naissances prématurées par 100 naissances vivantes	10,1	10,2	10,1	7,0
Nourrissons avec un faible poids pour l'âge gestationnel, par 100 naissances vivantes	6,2	6,1	6,3	8,8
Nourrissons avec un poids élevé pour l'âge gestationnel, par 100 naissances vivantes	19,0	20,2	18,4	10,4
Initiation à l'allaitement maternel, par 100 nourrissons	61,0	70,4	55,0	90,4
Grossesse chez les adolescentes, par 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans	107	96	117	18
Accouchement chez les adolescentes, par 1 000 jeunes filles de 15 à 19 ans	87	66	99	11
Réadmissions de nourrissons par 100 naissances vivantes	2,0	2,0	2,1	1,1

Source : Chartier et coll., 2020.

constater qu'un diabète de grossesse a été diagnostiqué chez 6,7 % des femmes enceintes membres des Premières Nations (hors réserve ou sur les réserves) et chez 2,2 % chez les femmes enceintes non membres des Premières Nations (Shen et al., 2016). Parmi les femmes avec diabète de grossesse, 76 % des femmes des Premières Nations ont développé un diabète post-partum (après l'accouchement), ce qui a été le cas également pour 56,2 % des femmes non membres des Premières Nations. Cela indique que le diabète

de grossesse est un facteur de risque important de diabète subséquent, surtout chez les femmes des Premières Nations. Par ailleurs, une étude réalisée en Alberta en épidémiologie des mortinatalités a révélé que la prévalence des mortalités in utero était considérablement plus élevée chez les femmes enceintes des Premières Nations comparativement à celles non membres des Premières Nations, et que le diabète déjà présent avant la grossesse était un important indicateur permettant de

prédire une mortalité in utero (Oster & Toth, 2015).

Vélez et al. (2020) ont examiné les résultats de grossesse et la néonatalité chez les femmes des Premières Nations de l'Ontario (hors réserve et sur les réserves) vivant avec le diabète de type 1 ou 2 ou avec diabète de grossesse. Cette analyse a permis de constater une prévalence plus élevée (par 1 000 accouchements) de diabète préexistant (40,7 c. 20,5) ou de diabète de grossesse (108,9 c. 60,7) chez les femmes des Premières

Les relations et la confiance, la reconnaissance culturelle, les manifestations d'empathie et de compréhension et les soins adaptés au contexte sont autant de caractéristiques essentielles à des soins ... efficaces destinés aux populations autochtones en milieu urbain (Oster et al., 2016).



Nations comparativement aux femmes non membres des Premières Nations. De plus, chez les femmes avec diabète préexistant ou diabète de grossesse, les femmes des Premières Nations affichaient des taux plus élevés d'enfants mort-nés et de bébés avec anomalies congénitales que les femmes non membres des Premières Nations. L'étude a également révélé que presque toutes les femmes des Premières Nations, qu'elles soient ou non atteintes de diabète, avaient consulté un fournisseur de soins de santé primaires au cours de leur grossesse, mais que leur utilisation des soins spécialisés était moindre que chez leurs semblables non membres des Premières Nations. Une étude similaire portant sur les issues de la grossesse au Québec a démontré qu'il existait des disparités croissantes et persistantes dans les issues défavorables de la grossesse, la mortalité périnatale et la mortalité infantile au sein des populations inuites et des Premières Nations comparativement aux populations non autochtones (Chen et al., 2015).

Bien qu'elles ne visent pas précisément les populations autochtones en milieu urbain, toutes ces études montrent la nécessité cruciale d'améliorer les soins périnataux et les soins aux nourrissons (surtout les

soins spécialisés), d'accroître la littératie en matière de santé et d'améliorer les interventions visant à la prise en charge des inégalités et l'amélioration des conditions socioéconomiques des Autochtones (Chartier et al., 2020; Chen et al., 2015; Oster & Toth, 2015; Sheppard et al., 2017; Vélez et al., 2020). Un grand nombre de décès de nourrissons chez les Autochtones urbains sont évitables (PHAC, 2018). Une plus grande sensibilisation précoce au diabète préexistant ou de grossesse, par exemple, pourrait mener à une meilleure reconnaissance et à une meilleure gestion du diabète durant la grossesse et à une diminution du nombre de mortalité (Oster & Toth, 2015). Des initiatives « accueillantes pour les bébés » visant à protéger, favoriser et soutenir l'allaitement maternel chez les Autochtones en milieu urbain pourraient aussi aider à sauver des vies (Pound & Unger, 2012). Une étude se penchant par exemple sur l'allaitement maternel chez les populations autochtones révèle qu'il serait possible de prévenir 10,6 % des otites moyennes, 41,4 % des infections gastro-intestinales, 26,1 % des hospitalisations pour des infections des voies respiratoires inférieures et 24,6 % des morts subites du nourrisson si les bébés

autochtones étaient nourris au sein (McIsaac et al., 2015). En outre, les avantages de l'allaitement maternel sont deux fois plus importants pour les nourrissons autochtones que pour les non autochtones.

Les interventions visant à réduire les inégalités de santé tôt dans la vie ont une influence sur la santé immédiate des bébés autochtones vivant en milieu urbain, mais aussi sur leurs perspectives globales de santé (McIsaac et al., 2015). Les relations et la confiance, la reconnaissance culturelle, les manifestations d'empathie et de compréhension et les soins adaptés au contexte sont autant de caractéristiques essentielles à des soins prénataux efficaces destinés aux populations autochtones en milieu urbain (Oster et al., 2016). Il est reconnu que les soins et les traitements prodigués par des fournisseurs qui préconisent des interactions sincères, exemptes de jugement et agréables avec les patients autochtones en milieu urbain sont plus efficaces, surtout durant la grossesse (Oster et al., 2016). Ces aspects de soins de santé efficaces doivent tous être pris en compte si l'on souhaite améliorer la mortalité infantile et les issues défavorables de la grossesse au sein des populations autochtones en milieu urbain.

Morbidités et maladies chroniques

La morbidité désigne une affection ou une maladie chronique (de longue durée) ou liée à l'âge qui se détériore au fil du temps et qui nuit à la qualité de vie (Basaraba, 2021; OECD, 2019). Chez les Autochtones en milieu urbain, on observe des taux croissants et disproportionnés de morbidité et de maladies chroniques comparativement à la population en général. Beaucoup de maladies chroniques (cancer, infarctus et AVC, problèmes respiratoires, diabète) peuvent être prévenues en modifiant les grands facteurs de risque qui les causent tels que le tabagisme, la consommation d'alcool, l'obésité et l'inactivité physique (OECD, 2019).

Obésité

L'obésité est un facteur de risque considérable et potentiellement modifiable de morbidité et de maladies chroniques (Batal & Decelles, 2019). Elle demeure malheureusement un phénomène inquiétant chez les populations autochtones en milieu urbain. En 2015, 28,1 % de la population en général (de 18 à 79 ans) appartenait à la catégorie de personnes considérées comme obèses (Statistics Canada, 2018e). Chez les adultes autochtones vivant hors réserve, le taux d'obésité était beaucoup plus élevé, à 36,6 %, et la prévalence de l'obésité était plus élevée encore chez les femmes que chez les hommes (40,6 % c. 31,6 %) (Kolahdooz et al., 2017). Les Métis affichaient la prévalence d'obésité la plus élevée (42 %), suivis des membres des Premières Nations vivant hors réserve (41 %) et des Inuits vivant hors de l'Inuit Nunangat (32,3 %).

La majeure partie des études sur l'obésité ont révélé que les femmes autochtones vivant en milieu urbain courent plus de risques que leurs vis-à-vis masculins de souffrir d'obésité, et ce, que l'on utilise des données autodéclarées ou issues de mesures (Batal & Decelles, 2019). La situation est un peu différente pour les enfants et les adolescents autochtones. Bhawra et coll. (2017), par exemple, ont étudié le poids d'un échantillon national représentatif d'enfants et d'adolescents métis et des Premières Nations vivant hors réserve (de 6 à 17 ans). Ils ont constaté que 47,3 % des enfants (de 6 à 11 ans) et 30 % des adolescents (12 à 17 ans) autochtones vivant hors réserve étaient considérés comme obèses ou en surpoids. Les garçons autochtones vivant hors réserve montraient des taux d'obésité et de surpoids plus élevés que les filles autochtones (40,3 % c. 34,5 %). De même, la proportion d'enfants et de jeunes obèses ou en surpoids était plus élevée chez les membres des Premières Nations que chez les Métis (40 % c. 34 %). L'étude a aussi révélé qu'un faible statut socioéconomique est un important facteur de risque de surpoids et d'obésité chez les enfants et les jeunes autochtones hors réserve. Parmi les enfants et les jeunes autochtones considérés comme obèses ou en surpoids, 44 % vivaient dans une famille dont le revenu se situait dans le quartile le plus bas (<9 510 \$); 19,2 % vivaient dans des ménages vivant de l'insécurité alimentaire et, dans 41 % des cas, leur mère n'avait pas obtenu un diplôme d'études secondaires. De plus, les taux de surpoids et d'obésité étaient plus élevés chez les enfants et les jeunes vivant dans une famille monoparentale que dans une famille comptant deux

parents (41,3 % c. 35,6 %), dans un logement surpeuplé au lieu d'un logement plus spacieux (40,0 % c. 37,2 %) et plus élevés aussi chez ceux qui ont été exposés à une langue autochtone que chez ceux qui ne l'ont jamais été (40,5 % c. 34,5 %) (Bhawra et al., 2017).

Avec des taux d'obésité aussi élevés, les Autochtones en milieu urbain font face à des risques plus élevés de mauvais résultats de santé au fil de leur vie. Il est donc important de comprendre les déterminants qui influencent leur poids, surtout quand ils sont jeunes (Bhawra et al., 2017). Il a été démontré, par exemple, que la nutrition, le jardinage, les relations interpersonnelles, la souveraineté alimentaire, la qualité de l'eau et les environnements bâtis situés en nature ont une influence positive sur la perception de la santé qu'ont les enfants autochtones, alors que le stress accumulé, le temps passé devant les écrans, le tabagisme et la violence ont des effets négatifs démontrés sur leur santé perçue (Jennings et al., 2020). Les autres facteurs ayant conduit à l'augmentation des risques d'obésité chez les enfants autochtones sont les obstacles d'accès à des aliments sains et privilégiés pour des raisons culturelles (Richmond et al., 2020; Satterfield et al., 2016), la pauvreté, l'insécurité alimentaire et les problèmes connexes tels que le stockage compulsif de nourriture et la suralimentation (Brockie et al., 2015), ainsi qu'une réduction de la souveraineté alimentaire (Cidro et al., 2015; Cidro et al., 2016; Kamal et al., 2015).

Les Autochtones en milieu urbain sont parmi les groupes les plus désavantagés sur le plan

socioéconomique. Ils sont moins nombreux à avoir terminé leurs études secondaires, ont un revenu annuel moyen plus bas et sont aussi plus nombreux à vivre de l'insécurité alimentaire que la population non autochtone. Ces facteurs influencent leurs habitudes alimentaires et leur niveau d'activité physique et ont eu, pour ce segment de la population, des effets considérables sur la prévalence de l'obésité et les problèmes de santé qui en découlent (Batal & Decelles, 2019; Bhawra et al., 2017; Wicklum et al., 2021). Il est indispensable de prévenir et de réduire la prévalence de l'obésité le plus tôt possible dans la vie pour éviter et combattre les répercussions de l'obésité dans l'enfance sur tout le reste de la vie (Jennings et al., 2020).

Diabète

Le diabète de type 1 et 2 est un grave problème de santé chez les Autochtones, car il touche 12,7 % des membres des Premières Nations hors réserve, 17,2 % des membres des Premières Nations vivant sur les réserves, 4,7 % des Inuits et 9,9 % des Métis, comparativement à 5 % de la population non autochtone (Diabetes Canada, 2022). De façon générale, les Autochtones reçoivent un diagnostic de diabète à un plus jeune âge que les non-Autochtones (Diabetes Canada, 2022). Ils sont aussi confrontés à des symptômes plus graves de la maladie, à des complications plus importantes liées au diabète et à de moins bons résultats à la suite des traitements. Les complications liées au diabète, telles que la cécité, l'amputation d'un membre ou la défaillance d'un organe sont des caractéristiques marquantes de la vie des Autochtones en milieu urbain

(Ghosh, 2012; Howard, 2014). Un dépistage précoce et fréquent du diabète est donc essentiel pour prévenir ou retarder un diagnostic de diabète et assurer une gestion efficace de la maladie chez les Autochtones urbains (Crowshoe et al., 2018). Il est particulièrement important de procéder à un dépistage précoce du diabète durant comme après la grossesse chez les femmes et les filles autochtones en âge de procréer et vivant en milieu urbain, puisque l'incidence de l'obésité maternelle et du diabète de grossesse chez ce segment de la population est plus élevée, tout comme le risque d'obésité et de diabète infantiles de la génération qui les suit (Crowshoe et al., 2018; Oster & Toth, 2015; Shen et al., 2016; Vélez et al., 2020).

La prévalence élevée du diabète chez les Autochtones en milieu urbain a été attribuée à plusieurs facteurs aggravants et complémentaires dont un faible revenu familial, le lieu de la résidence (Genereux et al., 2021; Shen et al., 2016), le manque d'accès à des aliments sains, nutritifs et abordables et les effets néfastes de la colonisation (Crowshoe et al., 2018; Diabetes Canada, 2022). Mosby et Galloway (2017) ont attribué en grande partie le fardeau démesuré des maladies chroniques comme le diabète à la malnutrition durant l'enfance passée dans les pensionnats. En fait, ils soutiennent que des périodes prolongées de sous-alimentation et une exposition soutenue à la faim et à la malnutrition durant l'enfance sont parmi les plus importants facteurs influençant la santé des Autochtones de nos jours, ce qui a des conséquences considérables sur la croissance et le développement des

Autochtones ayant séjourné dans les pensionnats durant l'enfance, mais aussi sur les générations qui les suivent. Une étude réalisée à Toronto sur l'héritage laissé par les relations négatives qu'entretiennent les Autochtones en milieu urbain avec la nourriture, relations qu'ils ont amorcées dans les pensionnats, a aussi démontré que le diabète est une maladie découlant de la colonisation, soit d'aspects particuliers de la socialisation dans les pensionnats autochtones tels que les repas à heure fixe, l'utilisation de la nourriture pour les punitions ou le fait de voler, de cacher et d'accumuler de la nourriture pour survivre. Ces comportements ont tous laissé en héritage des relations négatives avec la nourriture, ce qui est contre-productif pour prévenir et contrôler le diabète chez les populations autochtones en milieu urbain (Howard, 2014). L'étude a également défini « cinq aliments blancs » (sucre, sel, lait, saindoux et farine) comme étant étrangers pour l'organisme des Autochtones urbains et au cœur de la lutte contre le diabète.

Il a également été démontré que des soins de santé inadaptés sur le plan culturel ont une influence sur la prévalence de la maladie et les perceptions qu'en ont les Autochtones en milieu urbain, surtout en ce qui concerne la divulgation de leurs problèmes de santé, les stratégies d'adaptation et la volonté de rechercher un traitement (Beckett et al., 2018). Genereux et coll. (2021) ont examiné ce que vivent les Autochtones en milieu urbain qui subissent des traitements de dialyse et ont constaté que le manque d'éducation lié à la maladie (autant pour les patients

que pour leur famille), les obstacles linguistiques et les différences dans les cultures et les valeurs nuisent à l'état de santé et aux processus de traitement des Autochtones en milieu urbain. Plus précisément, l'isolement culturel, l'éloignement de la famille et des amis, les problèmes somatiques et psychologiques, la perte d'autonomie, tout cela en tentant de composer avec leur maladie, avec les changements importants au mode de vie qu'elle entraîne et les traitements qu'elle exige, avaient des répercussions considérables sur de nombreux aspects de la vie des Autochtones en milieu urbain. Pour ces raisons, les Autochtones en milieu urbain vivant avec le diabète ont moins de chances de recevoir des soins d'un spécialiste vers lequel ils ont été dirigés, et courent plus de risques d'obtenir de mauvais résultats de santé.

Il est important d'accorder de l'attention aux besoins culturels, sociaux et linguistiques des Autochtones en milieu urbain et à la dynamique de pouvoir entre ces patients et les fournisseurs de soins de santé (Genereux et al., 2021). Dans les soins de santé, les relations jouent un rôle central pour atténuer des blessures du passé et prendre en charge les influences coloniales perpétuelles des soins prodigués aux Autochtones. Les relations sont également importantes pour contrer le déséquilibre du pouvoir dans les établissements cliniques et pour renouveler la confiance des Autochtones en milieu urbain à l'égard des systèmes de santé (Crowshoe et al., 2018; Jacklin et al., 2017; Rice et al., 2016; Urban Aboriginal Knowledge Network [UAKN] Secretariat, 2016; Wicklum et al., 2021).

Cancer

Les tendances nationales en matière de cancer et les disparités au sein de la population sont sous-étudiées, en raison principalement du manque d'identificateurs ethniques dans les registres sur le cancer (Mazereeuw et al., 2018). Bien qu'il n'existe aucune donnée à l'échelle nationale sur le cancer chez les Autochtones urbains, on trouve quelques études régionales sur le cancer chez les membres des Premières Nations se rapportant aux tendances et aux différences en matière de cancer entre les Autochtones et les non-Autochtones. En Colombie-Britannique, par exemple, les membres des Premières Nations ont des taux de cancer du sein ou de la prostate plus bas que la population en général, mais des taux plus élevés de cancer du col de l'utérus ou de la vésicule biliaire. Le cancer du poumon et



© Crédit : iStockPhoto.com n.f. 1469624035



le cancer colorectal connaissent également une croissance rapide chez ces populations (McGahan et al., 2017). Au Manitoba, les femmes des Premières Nations montrent des taux croissants de cancer du sein et de cancer colorectal, mais ces cancers semblent en déclin chez tous les autres Manitobains (Decker et al., 2016). Les femmes des Premières Nations sont aussi plus à risque que les autres femmes manitobaines de recevoir un diagnostic de cancer du sein de stade avancé, mais il n'existe aucune différence dans la population pour le diagnostic de cancer colorectal. En Ontario, le taux de survie des membres des Premières Nations s'améliore pour les cancers du sein et de la prostate, alors que pour tous les autres types de cancer, les taux de survie sont en baisse ou demeurent inchangés (Nishri et al., 2014). Les membres des Premières Nations ont aussi un taux de survie des suites du cancer beaucoup plus bas que celui de tous les autres Ontariens. D'autres études ont par ailleurs révélé que certains types de cancer connaissent une croissance rapide au sein des populations des Premières Nations et que les taux de survie se

détériorent (Doering & DeGrasse, 2015; Kewayosh et al., 2015; Withrow et al., 2017).

Les cancers du sein et de la prostate, le cancer colorectal et le cancer du poumon sont répandus chez les membres des Premières Nations (Jull et al., 2018; Nishri et al., 2014). On sait peu de choses sur la prévalence du cancer et les taux de survie chez les Inuits et les Métis, mais des données probantes semblent indiquer que les taux de cancer chez ces populations sont démesurément élevés comparativement à la population non autochtone (Bartlett et al., 2012; Carrière et al., 2012; Jull et al., 2018). Selon l'Organisation mondiale de la santé, au moins le tiers de tous les cas de cancer sont évitables et le tabagisme est le principal facteur de risque évitable de mortalité des suites du cancer (World Health Organization, 2013). L'obésité, le tabagisme et la consommation d'alcool, extrêmement fréquents chez les populations autochtones, sont des causes majeures de cancer et d'autres maladies chroniques (Cancer Care Ontario, 2019). Les

diagnostics à un stade avancé, les taux élevés de comorbidités, les facteurs de risque plus nombreux, les inégalités dans l'accès au traitement et le manque de soutien pour la survie ajoutent aux piètres résultats de santé des Autochtones et au faible taux de survie à la suite d'un cancer (Chan, 2020; Gifford et al., 2018; Kewayosh et al., 2015).

La prévention constitue la stratégie la plus rentable pour le contrôle à long terme du cancer (Kewayosh et al., 2015). Le dépistage du cancer est une stratégie importante pour améliorer les résultats du traitement de la maladie. Certaines provinces, comme le Manitoba et l'Ontario, ont mis en place des programmes de dépistage du cancer du sein, du col de l'utérus et du cancer colorectal afin d'en réduire la prévalence et de faire en sorte que les personnes atteintes obtiennent rapidement des services (Cancer Care Ontario, 2019; Tobias et al., 2020). Malgré cela, les Autochtones sont moins susceptibles que les non-Autochtones de participer à des programmes de dépistage du cancer (Tobias et al., 2020). Les politiques fédérales, provinciales et territoriales, les

ambiguïtés juridictionnelles, une conception déficiente des programmes et le manque de sécurité culturelle sont des obstacles reconnus à la participation des Autochtones au dépistage du cancer (Tobias et al., 2020).

La compréhension limitée des contextes culturels variés et des positions sociohistoriques des Autochtones en milieu urbain a eu des répercussions négatives sur leur participation aux soins du cancer (Jull et al., 2018), mais aussi sur la mise en œuvre de stratégies de survie et de soutien psychologique efficaces qui tiennent compte des forces et des besoins particuliers de ce segment de la population (Gifford et al., 2018; Hammond et al., 2017). Un examen des services de soutien offerts aux Autochtones ayant survécu à un cancer, à la fin de leurs traitements, confirme par exemple que ces personnes ont besoin de soins aux survivants adaptés à leur réalité, notamment de soins spirituels, d'une participation des membres de leur famille et de relations avec d'autres Autochtones ayant survécu eux aussi à la maladie (Cavanagh et al., 2016). Les principaux thèmes dégagés à la suite de cet examen sont l'importance du soutien familial au cours de la période de survie, les effets négatifs des préjugés au sein de la communauté, les attitudes fatalistes à l'égard du cancer et l'importance de la spiritualité pour faire face à la maladie et en comprendre les implications. Cet exercice a également révélé que les Autochtones ayant survécu à un cancer ont très peur de voir la maladie revenir, ce qui pourrait être un frein possible à leur participation à des soins de suivi.

Bien qu'une certaine attention soit accordée dans la recherche au dépistage du cancer, peu d'études ont porté sur le traitement de la maladie. On possède donc peu de données quantifiables sur lesquelles baser les politiques et les pratiques en matière de traitement du cancer, surtout pour les populations autochtones en milieu urbain (Chan, 2020). Les progrès dans les taux de survie au cancer confirment que les approches holistiques tels que les suivis à long terme, les contrôles réguliers pour un dépistage précoce et les interventions personnalisées en fonction des besoins des patients atteints peuvent augmenter les taux de survie et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le cancer (CPAC, 2013). La plupart de ces interventions ont toutefois tendance à cibler les non-Autochtones de la classe moyenne et à accorder peu d'attention aux besoins des Autochtones des agglomérations urbaines ayant survécu à la maladie (Gifford et al., 2018).

Maladies cardiaques

Les maladies cardiaques, ou maladies cardiovasculaires, étaient en 2020 la deuxième plus importante cause de décès au sein de la population en général, responsables de 17,5 % de tous les décès, après les décès des suites du cancer, se chiffrant à 26,4 % (Statistics Canada, 2022d). Aucune donnée ni documentation portant exclusivement sur les maladies cardiaques chez les Autochtones en milieu urbain n'est disponible, mais des éléments probants démontrent que, de façon générale, l'incidence des maladies cardiaques et les taux de mortalité attribuable à une

maladie cardiovasculaire sont plus élevés chez les Autochtones que chez les non-Autochtones (Anand et al., 2019; Hutchinson & Shin, 2014; Schultz et al., 2018). Des données probantes indiquent aussi que les maladies cardiaques chez les Autochtones sont en hausse, alors qu'on observe un déclin chez les non-Autochtones (CIHI, 2013; McGibbon et al., 2013) et que les taux de mortalité attribuable à une maladie cardiaque ou à une maladie cardiovasculaire sont plus élevés chez les femmes que chez les hommes autochtones (Anand et al., 2019; Prince et al., 2018). Comparativement à la population non autochtone, le nombre de décès attribuables à une maladie cardiovasculaire est 30 % plus élevé chez les hommes et 76 % plus élevé chez les femmes des Premières Nations (Tjepkema et al., 2012). De plus, les femmes autochtones meurent plus jeunes de maladies cardiovasculaires que les femmes non autochtones (Heart and Stroke Foundation of Canada, 2018) et l'incidence des maladies cardiaques est plus élevée chez les Autochtones vivant avec le diabète (Chu et al., 2019; Gregg et al., 2014; Stark Casagrande et al., 2013).

Des études ont démontré un lien entre les changements au mode de vie (notamment le manque d'activité physique et un régime alimentaire élevé en glucides, en gras, en sel ou en sucre) et l'obésité, l'intolérance au glucose et le diabète, ce qui, en fin de compte, augmente le risque de maladies cardiaques, mais aussi d'infarctus et d'AVC, chez les populations autochtones en milieu urbain (Anand et al., 2019; Chu et al., 2019; Heart and Stroke Foundation of Canada, 2018; Yeates et

al., 2015). Un taux de glycémie élevé est un facteur de risque distinct important de maladie cardiaque, mais les Autochtones en milieu urbain vivant avec le diabète ont souvent des facteurs de risque supplémentaires tels que l'hypertension, la dyslipidémie et le surpoids, ce qui accroît d'autant leur risque de souffrir d'une telle maladie (Chu et al., 2019; Heart and Stroke, 2018). Bien qu'un meilleur contrôle du diabète et de meilleurs soins pour les facteurs de risque concomitants de maladies cardiaques aient contribué à réduire considérablement les taux de maladies cardiaques et les décès qui s'y rattachent au sein de la population en général (Gregg et al., 2014; Stark Casagrande et al., 2013), les taux de maladies cardiaques demeurent quand même plus élevés chez les Autochtones en milieu urbain vivant avec le diabète (Chu et al., 2019; Yeates et al., 2015). Les enfants et les jeunes Autochtones vivant hors réserve (souvent en milieu urbain) sont particulièrement vulnérables aux maladies cardiaques plus tard dans leur vie compte tenu de leur taux élevé d'obésité et d'inactivité physique (Yeates et al., 2015).

Yeates et coll. (2015) signalent que la modification des facteurs de risque tels qu'un taux de cholestérol élevé, le diabète, l'hypertension, le tabagisme, le stress, la qualité de l'alimentation ou un faible taux d'activité physique durant les loisirs pourrait réduire de 80 % le fardeau des maladies cardiaques au sein des populations vulnérables. Anand et coll. (2019) estiment qu'un avantage socioéconomique, une plus grande confiance à l'égard de ses voisins, un niveau d'éducation plus élevé et plus de soutien social favorisent une

meilleure santé cardiaque, mais des obstacles à l'accès aux soins de santé courants et l'incapacité à payer des médicaments d'ordonnance ont été associés à des taux plus élevés de maladies cardiaques chez les membres des Premières Nations. Des preuves solides confirment également que les maladies cardiaques chez les Autochtones sont le reflet d'un contexte socioéconomique défavorable et de leur éloignement du savoir et des pratiques autochtones traditionnelles qui permettent normalement à ces personnes de protéger et de prendre soin de leur santé cardiaque (Anand et al., 2019; Heart and Stroke Foundation of Canada, 2018; McGibbon et al., 2013).

Selon Sekwan Fontaine et coll. (2019), les membres des Premières Nations ont, historiquement, toujours abordé la santé cardiaque d'une manière holistique en l'intégrant à un mode de vie impliquant la prise en charge des besoins psychologiques, physiques, affectifs et spirituels des personnes, des familles et des communautés. Les relations avec la terre étaient tout aussi importantes, et le maintien de relations harmonieuses avec les familles, la communauté et la terre étaient non seulement nécessaires pour assurer leur santé et leur bien-être, mais étaient aussi indispensables pour prendre soin de leur cœur. Toutefois, la transition du mode de vie traditionnel vers un mode de vie et un régime alimentaire occidentaux, les traumatismes découlant des pensionnats autochtones, le racisme dans les milieux de soins, le refus d'accepter ou de permettre l'utilisation de médicaments enracinés dans la culture et le

savoir autochtone de guérison, la marginalisation économique et géographique et la détérioration de la terre et des structures familiales et communautaires ont tous eu des répercussions sur la santé cardiaque des membres des Premières Nations. Les auteurs maintiennent que même s'il est important de guérir des effets de la colonisation et de surmonter les pratiques coloniales permanentes pour retrouver et maintenir une bonne santé cardiaque, il est tout aussi important pour les membres des Premières Nations de trouver des moyens de prendre soin d'eux-mêmes en tant que membres des Premières Nations, sans nécessairement retourner aux façons de faire traditionnelles qui leur permettaient jadis d'avoir une bonne santé globale.

Infections transmissibles sexuellement et par le sang

Il existe de nombreux types d'infections transmissibles sexuellement et par le sang (ITSS). Certaines d'entre elles peuvent causer des maladies de courte durée, alors que d'autres ont des répercussions sur la santé pour le reste de la vie de la personne atteinte. Parmi ces infections, certaines peuvent être prévenues grâce à la vaccination, et d'autres non (Government of British Columbia, 2022). Certaines ITSS se contractent presque exclusivement par contact sexuel, alors que d'autres se propagent par le sang et d'autres encore des deux façons (Manitoba Health, Healthy Living and Seniors [MHHLS], 2015). Les ITSS ont plusieurs points en commun, notamment leurs multiples vecteurs de propagation, les caractéristiques sociodémographiques qui peuvent accroître considérablement les risque

de les contracter et la possibilité qu'une infection asymptomatique (sans symptômes) non traitée entraîne une propagation, des maladies secondaires ou des complications ultérieures. Les infections concomitantes (le fait d'avoir au moins deux infections) peuvent aussi poser des difficultés de contrôle de l'une de ces infections en raison de la présence simultanée d'autres infections (MHHLS, 2015).

Les ITSS sont un problème de santé prioritaire chez les Autochtones urbains. Les tendances montrent que la prévalence des ITSS augmente (Choudhri et al., 2018; PHAC, 2020) et que les populations autochtones en milieu urbain sont surreprésentées dans les diagnostics d'ITSS et leur prévalence (Minichiello et al., 2013; Uhanova et al., 2013). Les Autochtones en milieu urbain sont également infectés à un plus jeune âge que les non-Autochtones (Woodgate et al., 2017a). La syphilis, par exemple, constitue la troisième ITSS la plus signalée après la chlamydia et la gonorrhée, respectivement (Choudhri et al., 2018). En 2015, on signalait 3 321 cas de syphilis infectieuse, soit une augmentation de 85,6 % par rapport à 2010 (Choudhri et al., 2018). Bien que la plupart des cas de syphilis se retrouvent chez les individus de sexe masculin (93,7 %) et principalement chez les jeunes hommes adultes (de 20 à 29 ans), les travailleuses et travailleurs du sexe, les personnes détenues dans des établissements correctionnels et celles résidant dans des agglomérations urbaines (Eickhoff & Decker, 2016), des preuves solides suggèrent que les Autochtones en milieu urbain



forment une large proportion des personnes aux prises avec cette maladie. À Saskatoon, par exemple, les cas de syphilis chez les Autochtones en milieu urbain ont explosé, avec une augmentation de 110 %, pour un total de 242 cas pour les 12 mois de 2020 (McKay, 2021). À Winnipeg, on a assisté à une flambée sans précédent des taux de syphilis, avec plus de cas au cours des six premiers mois de 2018 (120) que dans toute l'agglomération urbaine depuis 2008, et les cas continuent d'augmenter (Froese, 2018). Environ 60 % de ces cas ont touché des personnes se disant autochtones; 30 % consommaient du crystal meth et 20 % se disaient en situation d'itinérance. Des tendances similaires d'augmentation des taux de syphilis ont aussi été observées dans les agglomérations urbaines de l'Alberta et de la Colombie-Britannique (Alberta Health Services, 2022; Benoit et al., 2022; Bernardo & Martins, 2020).

Non traitée, la syphilis peut entraîner des problèmes de santé importants et des complications à long terme, surtout pour les femmes enceintes (Eickhoff & Decker, 2016). La syphilis congénitale, qui survient lorsque l'infection est transmise d'une femme enceinte à son fœtus durant la grossesse (Benoit et al., 2022), peut causer une infection asymptomatique, un avortement spontané, une mortinatalité ou avoir d'autres conséquences graves sur la santé des nourrissons, telles que des malformations congénitales, des incapacités partielles ou permanentes et des handicaps (Arnold & Ford-Jones, 2000; Benoit et al., 2022). Les infections à la syphilis ont aussi été liées à une augmentation de la charge virale du virus de l'immunodéficience humaine (VIH) et à un risque accru de transmission du VIH. En fait, l'infection du VIH serait de deux à cinq fois plus élevée chez les personnes infectées par la syphilis que chez celles qui ne

le sont pas (Choudhri et al., 2018; Eickhoff & Decker, 2016). De plus, les personnes séropositives au VIH sont plus vulnérables à une infection concomitante au virus de l'hépatite C (VHC) (Moqueet et al., 2021). Environ 20 % des personnes séropositives au VIH ont aussi contracté le VHC (Moqueet et al., 2021).

Le taux d'infection au VHC chez les Autochtones est au moins cinq fois plus élevé que chez les non-Autochtones (Fayed et al., 2018). On note aussi chez les Autochtones des disparités dans l'incidence, la prévalence et les résultats tels que la charge virale, la progression de la maladie et la mortalité (Minuk et al., 2013; Parmar et al., 2016; Sadler & Lee, 2013). Le nombre de cas signalés de VHC a augmenté pour passer de 10 553 en 2010 à 12 447 en 2018, soit une augmentation du taux d'infection de 31 à 33,6 par 100 000 personnes (PHAC, 2020). Les jeunes femmes et les jeunes Autochtones qui consomment des drogues injectables forment de plus en plus le visage des infections au VHC (Fayed et al., 2018, Uhanova et al., 2013). Une étude a démontré que les membres des Premières Nations étaient surreprésentés dans les nouveaux diagnostics de VHC et sa prévalence, mais aussi que la plupart des membres des Premières Nations infectés par le VHC étaient jeunes, de sexe féminin et vivaient dans une agglomération urbaine (Uhanova et al., 2013).

Il est important de souligner que l'incidence du VHC ne semble pas diminuer. C'est le cas également pour d'autres ITSS comme le VIH. On note qu'en 2018, 14 % de toutes les nouvelles infections au VIH touchaient des Autochtones, une

hausse par rapport à 2016, où cette proportion se chiffrait à 12,3 % (PHAC, 2020). La transmission du VIH continue de toucher certains segments de la population de manière disproportionnée. C'est le cas des hommes homosexuels ou bisexuels et des hommes qui ont des relations sexuelles avec d'autres hommes (HSH), des travailleuses et travailleurs du sexe, des personnes qui consomment des drogues injectables et des Autochtones (CATIE, 2016, 2017a; PHAC, 2020). Toutefois, on constate un glissement dans la répartition des nouvelles infections au VIH. La proportion de personnes séropositives au VIH parmi les hommes gais ou bisexuels et les HSH diminue, alors qu'elle augmente chez les Autochtones, les personnes hétérosexuelles et les femmes (PHAC, 2020). Des tendances similaires ont été observées pour les cas signalés de syphilis, alors qu'en 2018, la proportion de cas chez les femmes et les personnes hétérosexuelles a augmenté, et que la proportion de cas chez les femmes a doublé depuis 2014 (PHAC, 2019).

Ces données suggèrent qu'un chevauchement entre les infections au VIH et les autres ITSS pourrait contribuer à une augmentation du fardeau pour la santé des Autochtones en milieu urbain, puisque les mêmes comportements et les mêmes contextes les ayant mis à risque de contracter une ITSS augmentent aussi leurs risques de contracter le VIH (PHAC, 2020). De nombreuses études ont lié la vulnérabilité accrue au VIH et au VHC chez les Autochtones en milieu urbain à des contacts sexuels précoces, à des pratiques sexuelles non protégées, à la prostitution,

aux logements éphémères, à la consommation de drogues par voie intraveineuse et au partage des accessoires d'injection de ces substances (Bingham et al., 2014; Duff et al., 2013; Pearce et al., 2015; Woodgate et al., 2017a). Negin et coll. (2015) se sont penchés sur les comportements liés au VIH au sein des populations autochtones et ont constaté que l'exposition accrue au VIH était influencée par les mauvais traitements (tant affectifs que sexuels) subis durant l'enfance, par l'instabilité familiale, les foyers d'accueil fréquentés durant la jeunesse, la violence des partenaires intimes, la consommation de drogues ou d'autres substances, la méfiance à l'égard des systèmes de santé et les inégalités sociales, notamment des taux de chômage élevés, de faibles taux de réussite scolaire, des problèmes de logement et de l'insécurité alimentaire, un accès difficile à des ressources de santé (condoms) et un accès limité à des services de soins de santé pour la prévention du VIH et en cas de séropositivité. Plusieurs de ces inégalités peuvent être liées à des enjeux sociaux plus larges tels que les préjugés, l'homophobie, le racisme et le colonialisme, l'exclusion sociale et la répression de l'autodétermination (CATIE, 2016, 2017b; Lydon-Hassen et al., 2022; Negin et al., 2015).

Malgré une meilleure compréhension des enjeux qui augmentent les risques d'ITSS et les progrès pour aider à freiner la propagation des infections au sein des populations autochtones en milieu urbain, des obstacles structurels et sociaux continuent d'empêcher les populations autochtones en milieu urbain d'accéder aux soins et d'amorcer un

traitement pour une ITSS (Murthi et al., 2019; PHAC, 2020). Les thérapies à l'aide d'antirétroviraux (ARV) sont parvenues à abaisser la quantité de VIH dans le sang à des niveaux si faibles que le VIH ne peut être mesuré par des tests de routine (CATIE, 2017a). Les ARV améliorent grandement la santé globale, augmentent l'espérance de vie et réduisent considérablement le risque de transmission du VIH. Or, les personnes qui se soumettent à une thérapie par antirétroviraux ne sont pas toutes en mesure de parvenir à une charge virale indétectable ou de la maintenir, surtout s'il leur est difficile de poursuivre leur traitement contre le VIH et de prendre régulièrement leurs médicaments (CATIE, 2017a). Comparativement à la population non autochtone, les Autochtones en milieu urbain ont des taux plus faibles de suppression virale (Benoit et al., 2017; Lefebvre et al., 2014).

Préciser les paramètres de prévision et les groupes courant plus de risque de ne pas parvenir à la suppression virale pourrait aider à cibler les efforts d'intervention (PHAC, 2020). Une étude réalisée à Vancouver a par exemple révélé qu'établir une routine aidait les personnes séropositives au VIH utilisant des drogues injectables à atteindre une charge virale indétectable, et ce, qu'elles continuent ou non de consommer de telles drogues, mais que des facteurs externes perturbant leur routine habituelle, comme un changement de logement, des difficultés à contrôler des problèmes de santé concomitants tels que des troubles de santé mentale ou une augmentation de leur consommation de drogue ou une implication dans le milieu de la drogue entraînaient des épisodes de rebond de la maladie,

où la charge virale cessait d'être indétectable (Small et al., 2016). Une autre étude a démontré que 94 % des Autochtones détenus vivant avec le VIH étaient en traitement et qu'au sein de ces personnes, 92 % avaient une charge virale supprimée (PHAC, 2020), ce qui vient renforcer la pertinence de routines établies pour le traitement et les soins des personnes porteuses du VIH.

Un diagnostic tardif d'infection au VIH chez les Autochtones en milieu urbain suggère que leur accès à des tests de dépistage des ITSS constitue un besoin non satisfait important (Ontario HIV Treatment Network [OHTN], 2019). Pour les Autochtones urbains séropositifs au VIH, les préjugés et la discrimination sont des obstacles considérables au test de dépistage et aux autres services associés aux ITSS (Gilbert et al., 2019; PHAC, 2020; Woodgate, 2017b). Parmi les autres obstacles connus, citons la crainte d'un résultat positif, les difficultés d'accès à des soins en santé sexuelle de façon générale, la perception des fournisseurs de soins quant au faible risque, le manque de connaissances des fournisseurs de soins en matière de comportements des personnes trans et les capacités limitées des cliniques pour répondre aux besoins en tests de dépistage des ITSS séparés selon le sexe (Scheim & Travers, 2017). Une étude a même révélé que les effets néfastes de l'embourgeoisement (déplacement des populations marginalisées) avaient une influence sur les obstacles à l'accès à des services de soins de santé (Goldenberg et al., 2020).

Le manque de coordination entre les approches médicales classiques et les perceptions du monde propres aux Autochtones a été reconnu comme facteur contribuant aux ITSS chez les Autochtones urbains (OHTN, 2019). Pour avoir la meilleure chance de réussite, les stratégies d'intervention et de prévention des ITSS destinées aux populations autochtones en milieu urbain doivent donc demeurer suffisamment souples pour s'adapter aux besoins d'ensemble (spirituels, affectifs, psychologiques et physiques) et à la dynamique changeante des populations autochtones en milieu urbain. Il a été bien établi que les fondements culturels continuent de servir de protection aux Autochtones en milieu urbain contre de graves perspectives de santé, notamment contre la vulnérabilité aux infections par le VIH ou le VHC (Fayed et al., 2018; Flicker et al., 2013; Lambert, 2017; Pearce et al., 2015). Il est important d'offrir aux Autochtones en milieu urbain vivant avec le VIH ou d'autres ITSS des soins adaptés sur le plan culturel, sensibles et inspirés par leur culture afin de soutenir leur identité culturelle, de stimuler leur fierté d'être Autochtones et de favoriser leur résilience, mais aussi pour les rendre aptes à participer davantage à la réduction des ITSS et de la mortalité qui en découle (Klakowicz et al., 2016; Pearce et al., 2015).



Santé mentale

La santé mentale désigne un état de bien-être qui permet aux personnes de ressentir les choses, de réfléchir et d'agir de façon à améliorer leur capacité à profiter de la vie et à composer avec les difficultés auxquelles elles sont confrontées (Varin et al., 2019). La santé mentale suppose un bien-être sur le plan émotionnel, des compétences sociales saines et un bon fonctionnement cognitif (Lane, 2020). Elle est aussi le reflet du bien-être qui prévaut sur les plans communautaire et social (Anderson, 2015). À l'inverse, la maladie mentale a un effet néfaste sur la manière de penser, de se sentir, de se comporter et d'interagir avec les autres (Canadian Mental Health Association [CMHA] BC, 2015). Tout le monde ne vivra pas nécessairement une maladie mentale, mais tous seront confrontés, un jour ou l'autre, à des difficultés ou à des revers qui feront en sorte qu'il leur sera difficile de maintenir une bonne santé mentale (CMHA BC, 2015). Certaines personnes vivent avec des troubles de santé mentale tels que la dépression, l'anxiété ou d'autres troubles de l'humeur et traversent des périodes où elles se sentent bien et d'autres où leur santé mentale est moins bonne. D'autres peuvent ne pas vivre de problèmes de santé mentale, mais traverseront des périodes où leur santé mentale sera bonne ou parfois moins bonne (CMHA, 2022). En 2017, plus des deux tiers de la population en général disait avoir une bonne ou une excellente santé mentale (Varin et al., 2019). Les membres des Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits et les Métis ont

signalé des taux de piètre santé mentale de 1,3 à 1,9 fois supérieurs à ceux de la population non autochtone (PHAC, 2018), mais la plupart ont dit être en bonne ou en excellente santé mentale (Cruddas, 2019).

Certains Autochtones en milieu urbain sont confrontés à des degrés élevés de mauvais résultats de santé mentale, notamment à la dépression et aux pensées suicidaires (Cruddas, 2019). Ces mauvais résultats de santé mentale ne sont pas attribuables à une cause unique, mais découlent plutôt d'un ensemble complexe d'éléments de nature biologique, environnementale et sociale, de comportements et de relations associées au bien-être psychologique (Anderson, 2015). Les piètres résultats de santé mentale au sein des populations autochtones en milieu urbain ont par exemple été liés à des déterminants sociaux tels que la violence, la pauvreté, un logement inadéquat, des dépendances, de la difficulté à trouver un emploi ou à faire des études, le manque de soutien social et d'appartenance à une communauté (Bingham et al., 2019; Cruddas, 2019; PHAC, 2018), les répercussions à long terme des pensionnats autochtones, les structures coloniales en place et le racisme systémique (Cruddas, 2019; Kirmayer et al., 2016; PHAC, 2018), de même qu'au déracinement et à la rupture avec la terre, aux perturbations du mode de vie traditionnel, à l'oppression culturelle, à la perte d'autonomie et à la dégradation systématique du savoir et de l'identité autochtones (Loppie et al., 2014; PHAC, 2018; Tait et al., 2013; Wilk et al., 2017). De piètres résultats de santé mentale ont aussi été associés à des affections

physiques chroniques, à un degré de stress élevé et à des réactions psychologiques indésirables (Anderson, 2015; Hackett et al., 2016; Jacklin et al., 2017).

Puri et coll. (2017) se sont penchés sur la santé mentale de travailleuses et travailleurs du sexe à Vancouver et ont constaté que la dépression, l'anxiété, les troubles de stress post-traumatique (TSPT) et le trouble bipolaire étaient des problèmes courants chez les femmes autochtones travailleuses du sexe vivant en milieu urbain. L'étude a confirmé les liens entre un taux élevé d'épuisement professionnel, des conditions de travail défavorables et un diagnostic de problème de santé mentale. L'étude a aussi confirmé une interaction complexe entre le fait d'être une personne de genre non conforme, les difficultés structurelles (préjugés, discrimination, violence) et un diagnostic de santé mentale. Dans une autre étude, Currie et coll. (2013) ont constaté des liens entre la discrimination fondée sur la race, le jeu compulsif et la symptomatologie du TSPT (évitement et anesthésie émotionnelle) qui ne pouvaient s'expliquer par des facteurs hypothétiques tels que la séparation des parents biologiques, la maltraitance durant l'enfance ou la pauvreté au cours de la vie. Plus de 80 % des participants à cette étude – des Autochtones urbains – ont dit avoir subi des degrés élevés de discrimination fondée sur la race au cours de la dernière année et des symptômes élevés de TSPT. L'utilisation du jeu pour fuir les émotions négatives associées à la discrimination fondée sur la race a été étroitement associée à des problèmes de jeu compulsif,

indépendamment du niveau de participation au jeu. L'étude a aussi permis de constater que les tentatives de suicide chez les joueurs compulsifs avaient triplé au cours de l'année antérieure, ce qui vient souligner les effets dévastateurs du jeu compulsif sur les résultats de santé mentale des Autochtones en milieu urbain.

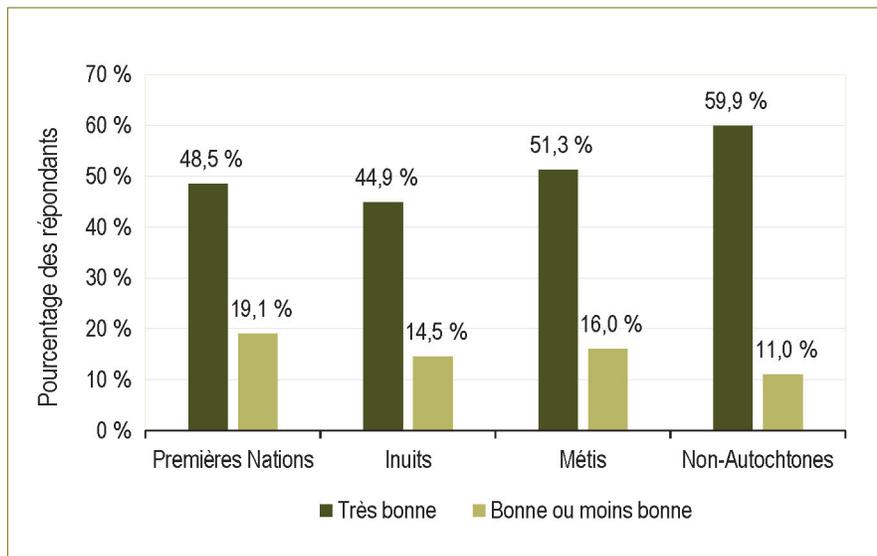
De piètres résultats de santé mentale entraînent tout un éventail de problèmes pour les populations autochtones en milieu urbain. Une mauvaise santé mentale joue un rôle considérable dans les cas de suicide, mais il ne s'agit pas du seul facteur pertinent dans le cas de pensées suicidaires ou de tentatives de suicide (Anderson, 2015; PHAC, 2018). De nombreuses personnes s'étant enlevé la vie souffraient d'une maladie mentale, mais la plupart des personnes souffrant d'une maladie mentale ne s'enlèveront pas la vie (PHAC, 2018). La consommation de drogues et les dépendances, l'identité sociale (sexe/genre), les antécédents culturels, les inégalités socioéconomiques (éducation, emploi, revenu), l'exposition à un traumatisme et le manque de liens avec sa culture sont connus comme des facteurs de risque de suicide (Hajizadeh et al., 2019; PHAC, 2018). Une étude a révélé que la détresse psychologique chez les Inuits urbains était associée à la présence d'une affection physique chronique, à l'insécurité alimentaire, aux difficultés d'accéder à des soins de santé et à des liens familiaux ténus (Anderson, 2015). Une autre étude a permis d'établir plusieurs déterminants uniques ayant une incidence sur la santé mentale des aînés autochtones (55 ans

et plus) vivant en milieu urbain, notamment les possibilités limitées de transport vers des activités culturelles ayant lieu à l'extérieur de l'agglomération urbaine, le peu de possibilités de socialisation et de soutien social et les obstacles à l'accès associés au racisme, à la discrimination et à des soins de santé inéquitables. En outre, l'étude a signalé que l'accès à des activités sur le territoire, telles que la cueillette de plantes médicinales, était essentiel à la santé mentale des aînés autochtones, tout comme le respect de leurs pratiques culturelles et spirituelles particulières et variées et la possibilité de les pratiquer (Schill et al., 2019).

Les résultats de santé mentale varient considérablement au sein des populations autochtones en milieu urbain et entre celles-ci (Auger, 2019; Cruddas, 2019). La volonté d'obtenir de l'aide et la capacité de le faire sont essentielles pour réduire les mauvais résultats de santé mentale tels que les idées suicidaires (Cruddas, 2019). La promotion de la santé mentale et la prévention de la maladie mentale sont des priorités essentielles au bien-être global des populations autochtones en milieu urbain (Varin et al., 2019). Bien qu'on ait accordé beaucoup d'attention aux résultats de santé mentale négatifs (Nelson & Wilson, 2017), peu d'attention a été accordée aux aspects positifs de la santé mentale des Autochtones en milieu urbain (Hill & Cooke, 2014), tels que les facteurs de protection ou la résilience, qui ont une influence positive sur la capacité de contrôle et de prise en charge des situations stressantes (Cruddas, 2019; Petrusek Macdonald et al., 2015).

Les taux de suicide, par exemple, varient grandement au sein des populations inuites et des Premières Nations en raison de degrés différents de continuité culturelle (Chandler & Lalonde, 1998, 2008; Hicks, 2015). La continuité culturelle englobe l'engagement personnel, la manière dont chacun s'identifie, la reconnaissance sociale et culturelle et le sentiment d'appartenance (Auger, 2016; Greenwood & Jones, 2015). Les autres facteurs de protection sont notamment la spiritualité, l'interdépendance et le soutien social (Burnette & Figley, 2016; Chartier et al., 2020). L'engagement culturel autochtone par le biais d'activités comme la chasse, la pêche et la cueillette, l'expression artistique et la visite d'organismes autochtones dans la communauté, l'usage et la pratique des langues autochtones et le temps passé avec les aînés a aussi démontré des effets positifs sur la santé mentale des populations autochtones en milieu urbain (Cruddas, 2019). Une étude qui s'est penchée sur le pouvoir de l'inclusion des aînés dans la prestation de soins de santé primaires de routine a ouvert une avenue intéressante pour les Autochtones en milieu urbain en leur permettant de participer à des pratiques culturelles, de s'engager davantage auprès des fournisseurs de soins et de réduire les idées suicidaires (Hadjipavlou et al., 2018). Une étude similaire a révélé que l'interaction avec les aînés dans le cadre de soins primaires de routine réduisait considérablement les symptômes de dépression et les risques de suicide chez les Autochtones en milieu urbain et leur utilisation des services de santé d'urgence (Tu et al., 2019).

FIGURE 2 : AUTO-ÉVALUATION DE LA SANTÉ DES PERSONNES DE 12 ANS ET PLUS NON AUTOCHTONES OU AUTOCHTONES VIVANT HORS RÉSERVE, 2011-2014



Source : Statistique Canada, (2016b), Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes.

Les Autochtones en milieu urbain sont reconnus pour éviter les services de santé mentale qui sont considérés comme non sécuritaires, surtout dans le cas de services qui ébranlent leur identité culturelle, engendrent des peurs et ne les traitent pas avec dignité ou avec respect, sont hautement discriminatoires et sont un reflet des institutions coloniales (pensionnats autochtones) dans une plus large mesure. Ces services sont à la fois une cause de piètre santé mentale et un obstacle au bien-être psychologique (Schill et al., 2019). La santé mentale des Autochtones en milieu urbain peut être grandement améliorée à l'aide d'interventions fondées sur des éléments probants qui reconnaissent la diversité au sein des populations autochtones en milieu urbain et entre celles-ci (Auger, 2019; Schill et al., 2019), qui adoptent des perspectives axées sur la résilience pour stimuler la fierté et l'autodétermination, améliorer

le sens de l'identité et l'estime de soi et transmettre les traditions autochtones, et qui ont recours à des pratiques de santé mentale adaptées sur le plan culturel en tant qu'approches constructives, aptes à remplacer les services de santé mentale conventionnels (Tu et al., 2019).

Auto-évaluation de la santé

L'auto-évaluation de la santé est une mesure de la perception qu'ont les personnes de leur propre état de santé. Habituellement, on demande aux personnes d'évaluer leur propre santé sur une échelle comprenant les termes « excellente », « très bonne », « bonne », « adéquate » ou « mauvaise ». La mesure de la santé constitue habituellement un bon indicateur de l'état de santé réel, car elle reflète l'absence de maladie ou de blessure et offre une mesure plus globale de la santé qui englobe des dimensions physiques, psychologiques et sociales (Bonner

et al., 2017; OECD, 2021). On doit toutefois faire preuve de prudence en faisant des comparaisons des auto-évaluations de l'état de santé des populations, puisqu'il s'agit d'une mesure subjective pouvant avoir subi des influences culturelles (Ahmed et al., 2021; OECD, 2021).

L'auto-évaluation de la santé ne varie pas tellement parmi les diverses identités autochtones, mais on constate des disparités importantes entre l'auto-évaluation de la santé des populations autochtones en milieu urbain et celle de la population non autochtone. La figure 2 livre un aperçu des diverses évaluations de leur santé par les membres des Premières Nations hors réserve, les Inuits, les Métis et les non-Autochtones.

Si on les compare à la population non autochtone, les Autochtones en milieu urbain sont plus nombreux à déclarer qu'ils sont fumeurs, qu'ils sont exposés à de la fumée secondaire, qu'ils vivent de l'insécurité alimentaire ou qu'ils souffrent d'obésité ou d'une affection de santé chronique, ce qui peut contribuer à une évaluation plus faible de leur propre état de santé (Gionet & Roshanafshar, 2013). Les facteurs qui influencent les inégalités de santé ont été associés à la perception de leur propre état de santé chez les Autochtones en milieu urbain. Une étude portant sur l'auto-évaluation de la santé des membres des Premières Nations et des Métis a par exemple révélé que le fait d'être plus âgé, d'être une femme et de vivre en milieu urbain a une influence négative considérable sur les évaluations de sa propre santé, alors qu'un niveau d'éducation

et un revenu supérieurs ont une forte influence positive sur une telle évaluation (Bethune et al., 2019). Cette étude a aussi révélé que faire du bénévolat dans la communauté était associé à une meilleure évaluation de son propre état de santé, ce qui vient souligner les influences positives de la culture et des liens avec la communauté sur l'état de santé perçue des populations autochtones en milieu urbain.

Une autre étude réalisée en Ontario et portant sur le stress chronique et la santé mentale chez les femmes autochtones en milieu urbain séropositives ou non au VIH a permis de constater une forte corrélation entre le stress perçu et des symptômes élevés de dépression, sans égard à la séropositivité au VIH (Benoit et al., 2016). Les participantes à l'étude ont fait état de niveaux élevés de comorbidités liées au VIH (82,2 %), de stress perçu (57,8 %), de stress lié à la vie urbaine (84,2 %), de symptômes

sévères de dépression (82,2 %) et de TSPT grave (83,2 %). Par ailleurs, une étude réalisée à Vancouver a révélé que le retrait des enfants et la séparation des familles sont liés à de moins bonnes auto-évaluations de la santé. Les auto-évaluations les plus mauvaises étaient celles de femmes autochtones en milieu urbain ayant vécu des retraits des enfants pendant au moins deux générations (Kenny et al., 2019). Comparativement à la population non autochtone, les femmes autochtones en milieu urbain couraient deux fois plus de risques de voir leurs enfants leur être retirés (60,7 % c. 25,6 %) et trois fois plus de risques de vivre une séparation intergénérationnelle au sein de leur famille en raison de l'intervention de la protection de l'enfance (34,7 % c. 10,9 %). Ces femmes étaient également plus susceptibles d'être marginalisées sur les plans structurel et social et, dans les derniers six mois visés par l'étude, d'avoir vécu de l'instabilité en matière de logement, d'avoir

été travailleuse du sexe dans la rue, d'avoir consommé des drogues injectables ou non injectables et d'avoir été victimes de violence physique ou sexuelle de la part de leur partenaire. Tous ces facteurs sont autant d'indicateurs des effets cumulatifs plus importants du retrait intergénérationnel des enfants et de la séparation des familles sur la santé perçue des populations autochtones en milieu urbain.

Chacune de ces études montre que l'auto-évaluation de la santé est un outil efficace pour prédire les problèmes de santé émergents et évaluer les facteurs sous-jacents qui contribuent aux résultats de santé des populations autochtones en milieu urbain. Même s'il ne s'agit pas d'une mesure directe de la santé absolue, l'auto-évaluation de la santé constitue un indicateur efficace et validé de la santé globale des Autochtones en milieu urbain et des résultats de santé qui lui sont associés (PHAC, 2018).



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 1220266854

Les Autochtones en milieu urbain sont reconnus pour éviter les services de santé mentale qui sont considérés comme non sécuritaires, surtout dans le cas de services qui ébranlent leur identité culturelle, engendrent des peurs et ne les traitent pas avec dignité ou avec respect, sont hautement discriminatoires et sont un reflet des institutions coloniales (pensionnats autochtones) dans une plus large mesure. Ces services sont à la fois une cause de piètre santé mentale et un obstacle au bien-être psychologique (Schill et al., 2019).



Il a été établi que les Autochtones en milieu urbain doivent composer avec un fardeau disproportionné de problèmes de santé comparativement à la population non autochtone, et que les inégalités de santé qu'ils subissent sont enracinées dans un ensemble de facteurs interreliés qui ne cessent de les désavantager (Wilk et al., 2018).

CONSÉQUENCES SUR LA PRESTATION DE SERVICES



Il a été établi que les Autochtones en milieu urbain doivent composer avec un fardeau disproportionné de problèmes de santé comparativement à la population non autochtone, et que les inégalités de santé qu'ils subissent sont enracinées dans un ensemble de facteurs interreliés qui ne cessent de les désavantager (Wilk et al., 2018). L'un des grands défis pour améliorer la santé des Autochtones en milieu urbain est la nature complexe des systèmes de santé autochtones et les difficultés qui en découlent pour la coordination des activités et la mobilisation des ressources pour les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis vivant dans des agglomérations urbaines (Wilk et al., 2018; Wrathall et al., 2020). Cette section traite des conséquences de l'urbanisation des Autochtones sur la prestation de services de soins de santé qui leur sont destinés, tant sur le plan démographique que de celui des compétences gouvernementales.

Enjeux pour les gouvernements

Les gouvernements débattent depuis un bon moment de la prestation de soins de santé aux Autochtones vivant dans des agglomérations urbaines. L'organisation du système de santé au Canada est déterminée en grande partie par la Constitution canadienne, dans laquelle les rôles et responsabilités en matière de soins sont répartis entre le gouvernement

fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux (ISC, 2021). Essentiellement, l'administration et la prestation de services de soins de santé est une compétence des provinces et des territoires, ce qui suppose qu'ils établissent leurs propres priorités et normes en matière de soins, administrent leurs propres budgets et assurent la gestion de leurs propres ressources. Le rôle du gouvernement fédéral, tel qu'il est défini dans la *Loi canadienne sur la santé* (Canada, 2020b), consiste à assurer la surveillance des normes nationales relatives aux régimes d'assurance maladie provinciaux (ISC, 2021). La Loi exige que tous les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire médicalement nécessaires soient couverts par les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux pour tous les résidents admissibles de cette province ou de ce territoire, y compris les Autochtones. Bien que la Loi définisse les grands principes nationaux qui gouvernent le système de santé de notre pays, elle n'établit pas de normes (rapidité, qualité des soins) pour la prestation de services de soins de santé provinciaux et territoriaux (ISC, 2021).

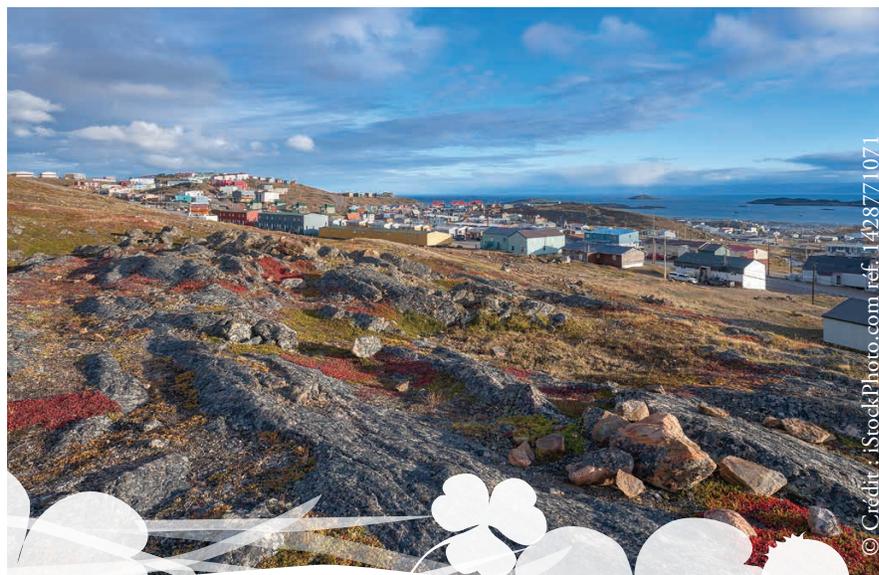
Le système de santé canadien est une mosaïque complexe de politiques, de lois et de relations (ISC, 2021). Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux se partagent un certain degré de compétences en ce qui a trait

aux soins de santé des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis, mais dans l'ensemble, ces services ne sont pas coordonnés et ne sont pas non plus largement disponibles ou accessibles (BCAAFC, 2020, Collier, 2020; Lavoie et al., 2015). Le gouvernement fédéral assure par exemple le financement des services de santé directement offerts dans les communautés des Premières Nations et de certains programmes de santé communautaire pour les Inuits vivant dans l'Inuit Nunangat. Il finance également les services de santé non assurés (programme des services de santé non assurés [SSNA]) pour les membres inscrits des Premières Nations et les Inuits reconnus, sans égard au lieu où ils vivent au Canada, et les programmes ciblant, en partie, les Autochtones vivant dans des agglomérations urbaines ou hors réserve dans des communautés rurales ou du Nord (ISC, 2021).

Pour les membres inscrits des Premières Nations vivant hors réserve, les membres non inscrits des Premières Nations, les Inuits vivant hors de l'Inuit Nunangat et les Métis, la position fédérale veut que les services et les avantages soient sous la responsabilité des provinces et des territoires (ISC, 2021; TRC, 2015). C'est sur ce point que commencent les différends sur les compétences, avec chaque palier de gouvernement estimant que c'est l'autre qui est responsable

d'offrir des services de soins de santé aux Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines (NAFC, 2021). Le Canada considère que le gouvernement fédéral est responsable de financer uniquement les services offerts sur les réserves (TRC, 2015). Les provinces et les territoires, de leur côté, maintiennent que le gouvernement fédéral est responsable, en vertu de la Constitution, de tous les Autochtones, mais qu'il s'est déchargé de cette responsabilité en transférant aux provinces et aux territoires l'obligation d'offrir des services à une population croissante d'Autochtones urbains et hors réserve. Il y a donc souvent des différends quant au palier de gouvernement responsable des coûts associés aux populations autochtones en milieu urbain (Richmond & Cook, 2016; Snyder et al., 2015; TRC, 2015). Les répercussions de ces querelles de compétences peuvent être graves, surtout pour les populations autochtones en milieu urbain aux prises avec des affections ou des problèmes complexes de développement, de santé mentale ou de santé physique (TRC, 2015).

En encadrant les responsabilités au chapitre des soins de santé comme des services offerts volontairement au lieu de les considérer comme découlant des droits des Autochtones, on a ouvert la voie à une confusion considérable et à des lacunes dans les services de soins de santé aux populations autochtones en milieu urbain (Senese & Wilson, 2013). Les droits des Autochtones, qui désignent les droits collectifs inhérents qui découlent de l'usage et de l'occupation permanents de certaines régions du territoire par les peuples autochtones (Indigenous Foundations, 2009b),



sont généralement compris par les populations autochtones en milieu urbain comme un droit à des services et à des avantages précis visant à contribuer à leur qualité de vie, et comme un droit au respect des cultures et des identités autochtones (Senese & Wilson, 2013). Largement rattachés aux assises territoriales situées hors des agglomérations urbaines, les droits des Autochtones sont souvent perçus comme associés géographiquement aux territoires des réserves, et pour cette raison, ces droits ne sont pas toujours respectés dans les agglomérations urbaines (Senese & Wilson, 2013).

Il existe peu d'initiatives fédérales et provinciales-territoriales en matière de santé visant précisément les populations autochtones en milieu urbain (BCAAFC, 2020). Les Inuits et les membres inscrits des Premières Nations vivant dans les agglomérations urbaines peuvent peut-être accéder à certains avantages et services liés à la santé, tels que des médicaments d'ordonnance, par le biais du

programme fédéral des SSNA. Mais ils peuvent ne pas être admissibles à d'autres services comme le transport lors de rendez-vous médicaux (Lavoie et al., 2015; Snyder et al., 2015). Les membres inscrits des Premières Nations et les Inuits vivant dans des agglomérations urbaines estiment donc qu'ils n'ont pas accès au même ensemble de services ni à la même qualité de soins que ce qui est offert par le fédéral sur les réserves et dans l'Inuit Nunangat (Richmond & Cook, 2016; TRC, 2015). Avec moins d'options de services, les Autochtones en milieu urbain ont tendance à se tourner vers les soins de santé destinés au grand public (Collier, 2020). Or, ces services ne sont peut-être pas toujours adaptés sur le plan culturel, ce qui crée des obstacles à l'accès. Les Autochtones en milieu urbain peuvent aussi être confrontés au racisme et à la discrimination en accédant à ces services, ce qui peut avoir des répercussions négatives sur leur santé (Collier, 2020; Senese & Wilson, 2013).

L'enjeu du financement inéquitable vaut aussi d'être souligné. Le financement fédéral pour les peuples autochtones tend à être consacré aux réserves (Snyder et al., 2015). Avec l'ambiguïté qui prévaut quant aux compétences gouvernementales, les populations autochtones en milieu urbain reçoivent généralement un financement plus bas pour la santé et le soutien social, dont la majeure partie consiste en un financement à court terme, versé annuellement en fonction de propositions de projets (Collier, 2020; Snyder et al., 2015). Cela signifie que les organismes offrant des services aux populations autochtones en milieu urbain consacrent une importante partie de leur temps à produire des rapports et à tenter d'obtenir du financement, alors qu'ils devraient se concentrer sur la prestation de services (Collier, 2020). En 2020, par exemple, le gouvernement fédéral a lancé le Fonds de soutien aux communautés autochtones pour venir en aide aux membres des Premières Nations, aux Inuits et aux Métis durant la pandémie mondiale de COVID-19 (ISC, 2022). Bien qu'il soit reconnu que la plupart des Autochtones vivent dans des agglomérations urbaines (Arriagada et al., 2020), plus de 80 % du financement fédéral de soutien durant la pandémie destiné aux Autochtones a été versé directement aux communautés de Premières Nations, d'Inuits et de Métis de régions rurales ou du Nord, et le reste a été attribué aux Autochtones vivant hors réserve ou dans des agglomérations urbaines (ISC, 2022). De plus, aucune portion de ce financement n'a été remise directement à des organismes autochtones au service des populations autochtones en

milieu urbain. Les organismes autochtones en milieu urbain ont plutôt été admissibles à déposer des demandes de financement ponctuel en fonction de leurs besoins (Collier, 2020).

Les progrès vers l'autodétermination ont été conceptualisés comme un possible moyen de remédier au mauvais alignement des compétences des gouvernements fédéral provinciaux et territoriaux, mais le processus pour y parvenir est lent, surtout puisque l'autodétermination est largement associée à l'assise territoriale et aux langues, aux cultures, aux croyances et aux pratiques distinctes des Autochtones qui sont inhérentes à ces territoires (BCAAFC, 2020; Henderson, 2021; Senese & Wilson, 2013). Grâce à diverses ententes d'autonomie gouvernementale et de revendication territoriale, les membres des Premières Nations et les Inuits sont parvenus à un meilleur contrôle des services de soins de santé, ce qui a ouvert la voie à plusieurs tendances émergentes pour la transformation de la santé autochtone, la coordination des compétences et les processus de collaboration qui aident à la cohérence au sein du système de santé complexe du Canada (ISC, 2021). Améliorer la prestation de services de soins de santé pour les populations autochtones en milieu urbain demeure un enjeu pressant et une priorité absolue dans les plans de travail en matière de santé des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones (BCAAFC, 2020; Collier, 2020; Congress of Aboriginal Peoples, 2019).

Conséquences démographiques

Les fournisseurs de services ont un rôle important à jouer dans la prise en charge des besoins et des priorités de santé des populations autochtones en milieu urbain. La croissance rapide de la population autochtone en milieu urbain a toutefois eu des répercussions importantes sur les agglomérations urbaines, surtout en ce qui concerne la prestation de services (NAFC, 2021; Nejad et al., 2019; Nelson & Rosenberg, 2021). Pour une prestation de services utile et efficace, qui pourra faire une différence positive sur les plans de la qualité de vie et du mieux-être, il importe d'accorder une attention particulière aux caractéristiques démographiques des populations autochtones en milieu urbain, mais aussi de comprendre ce que signifient ces attributs pour la prestation de services. Reconnaître les droits et les besoins des populations autochtones en milieu urbain, ainsi que les obstacles et les défis auxquels elles sont confrontées, est essentiel pour améliorer leurs résultats de santé (Cidro & Siddiqui, 2016).

Une grande diversité, des caractéristiques culturelles distinctes, des histoires et des expériences uniques, des droits et avantages différents et des degrés variés de résilience sont des aspects prépondérants des populations autochtones en milieu urbain (Kirmayer et al., 2011). Collectivement, ces populations ont fait de grands pas vers la réduction des inégalités avec les non-Autochtones, ont un meilleur taux de réussite scolaire

et font des progrès en matière d'emploi. Un nombre croissant des ménages autochtones ont aussi désormais un revenu supérieur à la moyenne (Parriag & Chaulk, 2013; Statistics Canada, 2018a, 2018b, 2018c, 2018d). Au même moment, les Autochtones en milieu urbain sont confrontés à des inégalités considérables sur les plans socioéconomique et de la santé, caractérisées par la pauvreté, l'insécurité alimentaire et les problèmes de logement, les comportements à haut risque, le racisme et la discrimination, l'exclusion sociale et d'autres facettes de relations sociales oppressives (Arriagada et al, 2020; Belanger et al., 2013; Tang et al., 2015). Les enfants autochtones vivant en milieu urbain, plus particulièrement, courent plus de risques que les enfants non autochtones de vivre dans une famille monoparentale ou d'être placé en foyer d'accueil (Chartier et al., 2020; Ontario Human Rights Commission [OHRC], 2018) et d'être confrontés à des obstacles importants pour accéder à des services usuels, notamment à de la discrimination fondée sur la race, le genre ou l'orientation sexuelle, l'âge ou les croyances spirituelles (Indigenous and Northern Affairs Canada [INAC], 2017; NAFC, 2021). Souvent, ces expériences de la discrimination ne sont pas dénoncées, par peur de représailles ou d'autres incidents du genre (NAFC, 2020).

Les populations autochtones en milieu urbain sont également très mobiles et déménagent souvent pour aller vivre dans des communautés rurales ou éloignées et dans des agglomérations urbaines, ou à l'intérieur d'un même quartier

(Congress of Aboriginal Peoples, 2019; Senese & Wilson, 2013). Les mouvements au sein des agglomérations urbaines font en sorte qu'il est nécessaire d'offrir des programmes et des services visant à réduire les taux de mobilité résidentielle, comme ceux qui ont trait, par exemple, aux conditions de logement (Snyder et al., 2015). Les déplacements entre les communautés rurales et du Nord et les agglomérations urbaines, d'un autre côté, exigent des services pour favoriser le maintien des liens entre les Autochtones en milieu urbain et leur famille, leurs communautés et leur culture. Dans ce cas, des initiatives axées uniquement sur les agglomérations urbaines risquent de ne pas remédier aux influences d'attraction et de répulsion à l'égard des agglomérations urbaines. Il a par exemple été démontré que la séparation d'avec la famille et la communauté a des répercussions considérables sur la santé des Autochtones qui vont s'installer dans les agglomérations urbaines pour des raisons médicales. Or, quand on leur offre la chance de conserver des liens étroits avec famille et amis, par exemple lors de visites coordonnées dans la communauté d'où ils viennent ou dans leur agglomération urbaine, le fardeau associé aux traitements médicaux s'allège et leur qualité de vie s'améliore (Genereux et al., 2021). Cela implique que les services de soin de santé doivent être suffisamment souples pour s'adapter et répondre aux besoins diversifiés et aux dynamiques changeantes des populations autochtones en milieu urbain.

Les femmes et les jeunes sont surreprésentés au sein des populations autochtones en milieu urbain, mais on constate aussi une

présence croissante des aînés (surtout des femmes) dans les agglomérations urbaines (O'Donnell et al., 2017). Les femmes autochtones en milieu urbain vivent généralement plus longtemps que les hommes autochtones, mais doivent composer avec une prévalence accrue de morbidités et de maladies chroniques et ont recours au système de santé plus fréquemment que les hommes (Allan & Smylie, 2015; Bingham et al., 2019). De plus, ces femmes courent plus de risques que les autres groupes de populations d'être cheffes de familles monoparentales et de vivre dans la pauvreté et sont plus nombreuses à avoir été victime de violence. Ces facteurs constituent d'importants déterminants de la santé (Arriagada et al., 2020; NIMMIWG, 2019; Palmater, 2016). Elles courent aussi plus de risques que les femmes qui ne vivent pas dans la pauvreté de se retrouver dans des situations qui auront des effets néfastes sur leur santé physique, mentale, affective et spirituelle (NIMMIWG, 2019). En outre, les contacts des femmes autochtones en milieu urbain avec le système de santé sont influencés par des facteurs socioéconomiques comme l'emploi, l'éducation, le logement, le revenu, l'alimentation et les ressources durables. Toutes ces variables doivent être prises en compte au moment d'établir les axes prioritaires de la prestation de services (populations vulnérables c. populations riches) ainsi que la couverture géographique et la portée des programmes et des services, pour décider si les services viseront les individus, l'ensemble de la communauté ou les deux et voir comment offrir des services sécuritaires et appropriés sur le plan culturel à des populations autochtones diversifiées vivant en milieu urbain. Ces variables

influenceront aussi la façon dont les organismes et les services pourront interagir efficacement pour refléter les besoins de populations autochtones urbaines très mobiles et souvent marginalisées et aideront à déterminer s'il est opportun de créer des programmes et des services concentrés dans certains quartiers ou des initiatives à portée plus large en milieu urbain (Place, 2012).

L'urbanisation des Autochtones a aussi des implications démographiques sur l'exactitude des données. Des données précises sont en effet indispensables à l'attribution d'un financement équitable pour le soutien de programmes et de services essentiels, mais aussi pour bien cerner les besoins existants, les lacunes et les priorités en matière de services (Collier, 2020). Souvent, les populations autochtones en milieu urbain sont occultées dans les données sur le dénombrement de la population, surtout si ces personnes sont en situation d'itinérance, qu'elles vivent dans un logement temporaire ou un logement de groupe. Ces personnes sont donc sous-représentées dans les tendances en matière sociale et de santé (Collier, 2020; Howard-Bobiwash et al., 2021). Dans le recensement de 2016, par exemple, on fait état de 1 280 Inuits vivant la région d'Ottawa-Gatineau, mais les organismes offrant des services aux Inuits dans la même agglomération urbaine recensaient de 3 700 à 6 000 Inuits parmi les utilisateurs de leur services (Collier, 2020). De même, Smylie et coll. (2018) recensaient 3 361 Inuits vivant à Ottawa, confirmant ainsi que plusieurs Inuits n'avaient pas été comptés dans le recensement. Dans une autre étude, Rotondi et coll. (2017) ont eu recours à

un échantillonnage en fonction des répondants pour réaliser une enquête sur les Autochtones vivant à Toronto. Cette enquête a révélé, lors du recensement, des omissions dans le dénombrement des populations autochtones en milieu urbain selon un facteur de 2 à 4. Plus précisément, l'enquête a permis de dénombrier environ 55 000 Autochtones en milieu urbain, soit plus du double des estimations du recensement, qui se chiffraient à 19 270 personnes.

Compte tenu du grand nombre d'Inuits vivant à Ottawa, une autre conséquence pour la prestation de services de santé concerne la question des programmes ciblés comparativement à des

programmes destinés à l'ensemble des Autochtones. Les services sans égard au statut sont rentables, non discriminatoires et peuvent contribuer à créer un sentiment d'appartenance à une communauté dans les environnements urbains (Place, 2012). Toutefois, des services plus directs, plus personnalisés et plus significatifs sur le plan culturel pourraient jouer un rôle important de soutien pour les identités culturelles distinctes, les inégalités de santé variées et les besoins particuliers en matière de services à des groupes précis de la population autochtone en milieu urbain (Ghosh & Spitzer, 2014; Schill et al., 2019), comme les Inuits, qui sont en croissance à Ottawa.



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 1301430958



PROGRAMMES ET SERVICES



Les agglomérations urbaines offrent une vaste gamme de programmes et de services d'aide aux Autochtones. Il peut s'agir de programmes propres à une maladie en particulier, comme le diabète ou le VIH-sida, ou qui visent un segment précis de la population autochtone en milieu urbain comme les enfants ou les familles, les jeunes ou les femmes. Ce peut être également une initiative de plus vaste envergure comme la revitalisation culturelle, l'inclusion autochtone, la lutte contre l'itinérance chez les Autochtones en milieu urbain ou la réduction du nombre d'enfants autochtones en foyer d'accueil (Place, 2012). Les services aux Autochtones en milieu urbain peuvent être financés par divers paliers ou secteurs des gouvernements, par des organismes communautaires et même par des intervenants privés. Ils peuvent aussi être offerts dans les communautés, être conçus et offerts par les Autochtones eux-mêmes ou être offerts dans le cadre d'efforts d'envergure nationale. Cette section livre quelques exemples d'initiatives régionales et nationales visant à soutenir les Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines.

Quelques initiatives nationales

Dès les années 1950, on reconnaissait la nécessité de mettre sur pied des organismes spécialisés voués au soutien de la croissance continue des populations autochtones (Manitoba Association of Friendship Centres [MAFC], 2022). Plusieurs initiatives fédérales ont été mises en place pour répondre aux besoins variés et distincts des Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines, notamment des organismes de services nationaux et du soutien fédéral pour des organismes politiques dirigés par des Autochtones, des associations ciblées et des organismes communautaires locaux. Les centres d'amitié autochtones et métis ont par exemple été créés au milieu des années 1950 pour offrir des services d'orientation, de l'art et de la culture autochtones aux Autochtones en vue de faciliter leur transition des communautés rurales et éloignées vers les agglomérations urbaines (Congress of Aboriginal Peoples, 2019; MAFC, 2022). Au départ, les

centres d'amitié avaient été conçus pour aider les populations autochtones à faire une transition sécuritaire et empreinte de compassion et atténuer les effets de la discrimination. Ces centres ont d'abord été des organismes bénévoles, avec trois premiers centres ayant vu le jour à Winnipeg, Vancouver et Toronto (MAFC, 2022). Les centres d'amitié ont par la suite continué à évoluer et à prendre de l'expansion avec le nombre croissant d'Autochtones en milieu urbain à travers le pays. Aujourd'hui, l'Association nationale des centres d'amitié autochtones est l'organisme autochtone national (non gouvernemental) représentant un réseau de plus de 100 centres d'amitié autochtones locaux et d'associations provinciales et territoriales venant en aide aux membres des Premières Nations, aux Inuits, aux Métis et aux membres non autochtones de leurs communautés respectives, sans égard à leur statut juridique en tant que personne autochtone (NAFC, 2021).

Il est reconnu que les centres d'amitié autochtones sont la plus importante infrastructure locale de prestation de services aux Autochtones de tout le pays (NAFC, 2021). Tous les centres d'amitié autochtones offrent un large éventail de programmes et de services adaptés sur le plan culturel pour soutenir les Autochtones urbains dont des refuges, des banques alimentaires, des services de garde d'enfants, des programmes linguistiques et culturels, du soutien à l'éducation et à la formation, des activités sportives et récréatives et des programmes de santé publique. Certains de ces centres comptent même des entreprises d'économie sociale. C'est le cas par exemple du First Light St. John's Friendship Centre, à Terre-Neuve-et-Labrador, qui offre des logements abordables, une garderie exploitée par des Autochtones et un centre d'arts dirigé par des Autochtones (Collier, 2020). Pour de nombreux Autochtones en milieu urbain, les programmes et les services offerts par les centres d'amitié autochtones sont une bouée de sauvetage et une porte ouverte vers des structures de soutien grandement nécessaires dans les domaines de la santé, du logement, de l'éducation, des loisirs, de la langue et de la culture, de la justice, de l'emploi, du développement économique et du mieux-être communautaire (NAFC, 2021).

En 1997, le gouvernement fédéral a lancé la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain (SAMU) afin d'accroître la participation économique et sociale à l'économie canadienne des peuples autochtones urbains et hors réserve. En 2012, la SAMU a été élargie et ajoutée à trois autres

programmes nationaux pour les Autochtones (programme des centres d'amitié autochtones, Connexions culturelles pour la jeunesse autochtone et Jeunesse Canada au travail pour les jeunes Autochtones en milieu urbain) afin de mieux concentrer et coordonner les efforts fédéraux de soutien aux Autochtones en milieu urbain et hors réserve (Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC], 2012). En 2014, les programmes fédéraux pour les Autochtones en milieu urbain ont été regroupés dans la SAMU afin que le gouvernement fédéral puisse conserver un degré de visibilité digne de ce nom relativement aux enjeux autochtones en milieu urbain et pour favoriser une plus grande collaboration entre les partenaires et les parties prenantes (INAC, 2017). Une part de cette restructuration impliquait une réorientation des fonds et une supervision de la SAMU par l'Association nationale des centres d'amitié.

Une évaluation de la SAMU a été réalisée en 2016 afin de vérifier si la consolidation des programmes destinés aux Autochtones en milieu urbain avait donné des résultats positifs. L'évaluation a révélé qu'un rôle du gouvernement fédéral, des partenariats communautaires et un financement pluriannuel étaient essentiels pour améliorer l'efficacité de la prestation de programme destinés aux Autochtones en milieu urbain (INAC, 2017). L'évaluation a aussi établi la nécessité de programmes et de services plus sensibles sur le plan culturel. Les jeunes Autochtones en milieu urbain demeurent une priorité absolue pour les programmes qui doivent être mis sur pied.

Les Programmes urbains pour les peuples autochtones (PUPA) ont été créés en 2017 pour remplacer la SAMU et aider les Autochtones à faire la transition vers les agglomérations urbaines et à y habiter (ISC, 2018). Avec un budget annuel de 53 millions de dollars (Collier, 2020), plus de 120 organismes, programmes et projets partout au pays ont reçu un financement d'une durée pouvant aller jusqu'à cinq ans pour soutenir les capacités organisationnelles axées sur les Autochtones en milieu urbain, les programmes et les services de transition pour les femmes, les jeunes, les aînés et les personnes handicapées, l'intervention et le mieux-être communautaires, les efforts de coalition, la recherche et l'innovation (ISC, 2018).

Les services aux Autochtones qui se distinguent par leur grande qualité sont ceux qui sont adaptés culturellement et répondent aux besoins particuliers et aux priorités de groupes autochtones précis tels que ceux qui vivent dans des agglomérations urbaines (Collier, 2020). De nombreux organismes doivent redoubler d'efforts pour relever le défi de fournir des programmes et des services adaptés culturellement à des populations autochtones très diversifiées en milieu urbain (Congress of Aboriginal Peoples, 2019). Dans cette optique, le Réseau de connaissances des Autochtones en milieu urbain (RCAU) a été créé, en 2007, dans le but de combler les lacunes existantes et émergentes de la recherche sur les Autochtones en milieu urbain et de fournir aux décideurs de l'information pertinente et de qualité pour l'élaboration de politiques afin



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 1197158605

de répondre adéquatement aux préoccupations des Autochtones en milieu urbain et d'aider à améliorer leur qualité de vie (NAFC, 2022).

En tant que réseau national multidisciplinaire, le RCAU réconcilie les perspectives des universitaires, des gouvernements et des communautés autochtones en milieu urbain aux fins de recherche, d'apprentissage et de mobilisation du savoir (NAFC, 2022). Sur le plan communautaire, les centres d'amitié et d'autres organismes autochtones jouent un rôle essentiel dans les processus du RCAU pour l'élaboration de projets de recherche et l'amélioration des politiques, surtout pour faciliter l'adaptation aux bouleversements sociaux, aider dans les cas de séparation des familles et lutter contre la discrimination fondée sur la race que vivent les Autochtones en milieu urbain. En outre, grâce à des éléments probants recueillis par les communautés autochtones en milieu urbain pour ces mêmes communautés, le Réseau de connaissances aide à faire en sorte qu'un financement suffisant

soit accordé aux programmes et aux services visant à répondre aux besoins particuliers des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans les agglomérations urbaines (Collier, 2020).

En 2018, le Conseil national des coalitions autochtones en milieu urbain (National Urban Indigenous Coalition Council, ou NUICC) a été formé en vue d'ouvrir un dialogue national entre les coalitions autochtones des milieux urbains de presque toutes les provinces et tous les territoires à travers le pays. L'objectif de cette initiative était de rehausser l'image des enjeux et des perspectives propres aux Autochtones en milieu urbain et de favoriser une meilleure santé chez les populations autochtones – et la société canadienne en général (NUICC, 2024). Par le biais du NUICC, des réunions du conseil des représentants de coalitions ont eu lieu et visaient à mieux comprendre et sensibiliser les participants aux besoins et priorités des organisations autochtones en milieu

urbain pour remplir leurs mandats à l'échelle locale. Ces réunions ont aussi contribué à créer des liens entre les coalitions et leurs membres et à fournir des orientations pour les consultations du NUICC, la mobilisation des connaissances, le développement des capacités et les initiatives de défense des droits telles que l'Indigenous Knowledge Mobilization Hub (le carrefour de mobilisation du savoir autochtone) (NUICC, 2024). Cet organisme, dirigé par des Autochtones, est utilisé comme plateforme de communication ouverte et d'établissement de relations entre les membres de coalitions. Il effectue aussi un travail de sensibilisation et d'acquisition de connaissances par la collecte de données et leur analyse avec la participation de la communauté, par le récit, les arts et d'autres initiatives dirigées par des Autochtones et visant à mieux comprendre les pratiques et stratégies actuelles pour relever les défis auxquels sont confrontés les populations autochtones en milieu urbain.



Quelques initiatives régionales

Tous les gouvernements provinciaux et territoriaux ont un ministère, un secrétariat ou un bureau dédié aux affaires autochtones, mais tous n'offrent pas un financement pour les populations autochtones en milieu urbain (Collier, 2020). Toutefois, ces gouvernements sont de plus en plus engagés dans la prestation de programmes et de services pour ces populations. Certains de ces programmes et services ciblent précisément les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis, alors que d'autres offrent un soutien plus global, qui s'étend à tous les Autochtones. Plusieurs de ces initiatives sont offertes en partenariat avec des organismes autochtones (Cidro & Siddiqui, 2016). Vancouver et Winnipeg, qui sont parmi les trois agglomérations urbaines comptant les plus importantes populations d'Autochtones, sont d'excellents

exemples des diverses formes de soutien offertes et prises en charge par les Autochtones eux-mêmes.

Vancouver

Vancouver abrite plusieurs organismes communautaires qui viennent en aide aux Autochtones en milieu urbain. La Vancouver Aboriginal Friendship Centre Society (VAFCS) est l'un de ceux-là. Depuis plus de 50 ans, la VAFCS offre des programmes et des services aux Autochtones vivant dans le district régional du Grand Vancouver (VAFCS, 2022). Avec une clientèle établie de plus de 40 000 Autochtones urbains de tous les groupes d'âge, la VAFCS assure la gestion de l'aide communautaire dans des domaines tels que la santé et le bien-être, le développement de la petite enfance, l'aide à la réunification des familles et la prévention par les Services à l'enfant et à la famille (SEF), l'éducation et l'emploi, les sports et les loisirs, le logement et d'autres

services sociaux, les droits de la personne, la culture et l'égalité des genres. Tous les programmes et services offerts par la VAFCS sont fondés sur les philosophies et les valeurs propres à diverses cultures et traditions autochtones et visent à aider les enfants, les jeunes, les personnes et les familles à maintenir des liens avec leur culture et leurs traditions.

L'accès aux soins de santé constitue un aspect essentiel des résultats de santé. À Vancouver, on trouve un large éventail de services de soins de santé destinés aux Autochtones pour la prise en charge d'une multitude de priorités de santé propres aux Autochtones en milieu urbain, telles que les soins dentaires et médicaux, la prévention du diabète, la santé mentale et les dépendances et le soutien aux personnes vivant avec le VIH-sida ou l'hépatite C. La Hey-way'-noqu' Healing Circle for Addictions Society offre des services en consultation externe



© Crédit : iStockPhoto.com réf. 1326198643

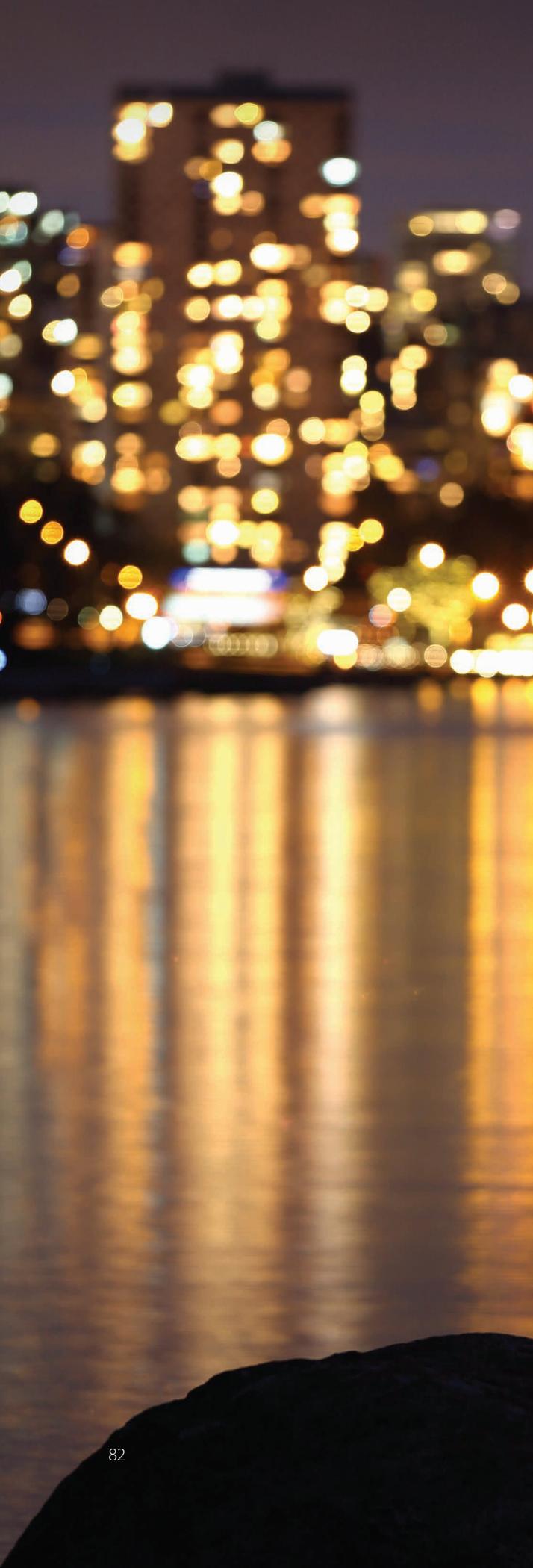
pour le traitement des dépendances, du counseling thérapeutique, des interventions en cas d'abus sexuel et un service d'orientation en santé mentale pour les membres des Premières Nations et les Métis en milieu urbain (Chooper's Guide, 2012). L'Aboriginal Front Door Society (AFDS) propose également un lieu sécuritaire sur le plan culturel où les Autochtones en milieu urbain vivant dans le quartier du Downtown Eastside de Vancouver peuvent obtenir de l'aide (AFDS, 2022). Au près de cet organisme, les Autochtones en milieu urbain peuvent bénéficier d'enseignements autochtones traditionnels, participer à des pratiques culturelles et à des cérémonies et se renseigner à leur sujet dans le cadre de leur démarche de guérison pour sortir de la pauvreté, de l'itinérance, de l'industrie du sexe et des dépendances.

La Helping Spirit Lodge Society (HSLs) est une importante

organisation pour femmes autochtones du Lower Mainland de Vancouver. La mission de cet organisme est de remédier à la violence familiale et d'améliorer le mieux-être dans la communauté grâce à une démarche holistique traditionnelle (HSLs, 2019). La HSLs offre des services intégrés, dont de l'hébergement sécuritaire et de protection, des programmes éducatifs, du soutien social et lié à la santé, des services de défense des intérêts des femmes et des enfants autochtones ayant fui un contexte de violence familiale et des services aux personnes et aux familles vivant en situation d'itinérance. La Pacific Association of First Nations Women (PAFNW) offre des programmes pour la santé des aînées autochtones et diverses autres initiatives dirigées par des Autochtones telles que le cercle de tambours, des soins à domicile, des cours d'arts et de langue, du soutien par les pairs et des programmes de mentorat, de même que l'Urban Butterflies Initiative,

un projet original et amusant offrant aux filles autochtones de 7 à 14 des possibilités de faire des activités artistiques et de la danse, d'en apprendre un peu plus sur leur spiritualité et d'acquérir des habiletés pour survivre à la douleur affective associée à la vie en foyer d'accueil (PAFNW, 2022).

La Vancouver Aboriginal Health Society (VAHS) est une autre initiative dirigée et mise sur pied par des Autochtones dans le but de remédier au manque de soins de santé sécuritaires sur le plan culturel offerts aux Autochtones vivant dans le district régional du Grand Vancouver (VAHS, 2022). Installée dans le quartier Downtown Eastside de Vancouver, la Société cherche à améliorer la santé physique, affective et spirituelle des Autochtones en milieu urbain grâce à des programmes sensibles aux traumatismes et à la violence subis et à une prise en charge proactive des déterminants sociaux de la



santé au lieu de traiter simplement les maladies qu'ils causent. Combinant des approches autochtones et occidentales de la santé et du bien-être, la VAHS a créé un environnement de soin sécuritaire, axé sur la communauté, qui se distingue par une culture empreinte de compassion et exempte de jugement. La Société offre une gamme de programmes et de services holistiques visant le bien-être et fondés sur le respect, la sécurité, le savoir et les cultures autochtones. Parmi les services dignes de mention, on note le programme parent-enfant en développement de la petite enfance, l'intervention précoce sous forme de visites à domicile pour les nouveaux parents, l'intervention en violence familiale et la prévention de celle-ci, le développement des compétences parentales, la défense des droits et le soutien par des pairs pour les familles aux prises avec le trouble du spectre de l'alcoolisation fœtale (TSAF), l'aide à la réunification des familles et la prévention par les Services à l'enfant et à la famille (SEF), les activités culturelle et de guérison sur le territoire, l'éducation, le counseling, le contrôle des dépendances, le logement et le soutien parental pour les femmes enceintes ou les mamans vivant avec des problèmes de toxicomanie. La VAHS comporte aussi un centre de guérison offrant des soins médicaux et dentaires, une pharmacie et du soutien spirituel et en santé mentale.

Les philosophies et les valeurs autochtones sont intégrées à tous les programmes, les services et les installations de la VAHS. Les aînés jouent un rôle essentiel pour la transposition des traditions culturelles dans les programmes et les services offerts, souvent en partenariat avec d'autres organismes communautaires et gouvernementaux. Grâce à la culture et à une compréhension des contextes et des expériences particulières de chacun, les aînés guident et soutiennent les Autochtones en milieu urbain afin de les aider à acquérir un solide sentiment d'identité et à trouver un espace où ils s'épanouiront.

Vancouver offre plusieurs autres programmes et services dirigés par des Autochtones, qui visent à rendre les enfants, les jeunes et les familles autochtones en milieu urbain plus autonomes et plus forts. C'est le cas par exemple de la Spirit of the Children's Society (SOTCS), qui dessert les familles des Premières Nations, inuites et métisses de Burnaby, New Westminster et du secteur connu sous le nom de « Tri-Cities Area » (Coquitlam, Port Coquitlam, Port Moody), à l'est de Vancouver (SOTCS, 2019). Avec

sa vision pour la santé de la famille, le bien-être de la communauté et la prospérité culturelle, la SOTCS offre du soutien sécuritaire sur le plan culturel dans les domaines du développement des nourrissons et de la petite enfance, des compétences parentales, de la vie avec le TSAF, de la revitalisation spirituelle et culturelle et du logement.

L'Urban Native Youth Association (UNYA) est un centre d'excellence pour la jeunesse autochtone qui se consacre à l'acquisition d'autonomie par les jeunes autochtones de 12 à 29 ans vivant en milieu urbain et à leur soutien, par le biais de programmes et de services axés sur l'éducation et la formation, la santé et le bien-être, le logement et les transitions, la communauté et les relations (UNYA, 2022). Consciente que les défis auxquels sont confrontés les jeunes autochtones en milieu urbain sont multiples et imposants et qu'une approche universelle ne constitue pas le meilleur moyen de les soutenir efficacement, l'UNYA met de l'avant une philosophie axée sur la personne et intégrant la culture comme thérapie, les soins sensibles aux traumatismes et une aide à la réduction des méfaits afin que les jeunes autochtones en milieu urbain disposent de possibilités concrètes de se réaliser pleinement.

Aussi à Vancouver, l'Aboriginal Mother Centre Society (AMCS) est un important organisme offrant des activités axées sur la création de liens, la culture et la guérison à l'intention des femmes autochtones et de leurs enfants vivant ou à risque de vivre en situation d'itinérance, ou dont les enfants risquent d'être arrêtés ou l'ont déjà été (AMCS, 2021). L'AMCS aide les femmes à devenir autosuffisantes afin de récupérer leurs enfants et d'en conserver la garde en les remettant en contact avec leur culture et en les aidant à acquérir de la résilience, tant individuellement qu'en tant que communauté. La gamme de services offerts par l'AMCS comprend des logements transformationnels, des services de garde certifiés et des programmes pour le bien-être de la famille, dont des ateliers sur les compétences parentales et la préparation à l'autonomie fonctionnelle, des ressources pour le logement et une cuisine communautaire pour les membres des Premières Nations afin qu'ils acquièrent un sentiment d'appartenance dans l'environnement urbain où ils vivent.



Winnipeg

Winnipeg abrite la plus importante population autochtone de toutes les villes canadiennes. On y trouve plusieurs organismes réputés dont le seul objectif est de servir les populations autochtones en milieu urbain. Un grand nombre de ces organismes sont installés dans les quartiers centraux défavorisés ou aux alentours, où la densité de la population autochtone est la plus élevée (University of Manitoba, 2019). La plupart des organismes de Winnipeg offrent des programmes et des services pour l'ensemble des Autochtones, et quelques-uns offrent un soutien adapté à une culture précise. L'organisme Tunngasugit, par exemple, a été créé pour que les Inuits vivant à Winnipeg puissent profiter d'un lieu sécuritaire sur le plan culturel, accueillant et convivial vers lequel se tourner pour obtenir de l'aide afin de surmonter les obstacles multiples et particuliers auxquels ils sont confrontés lors de leur transition vers la vie urbaine (Tunngasugit, 2021). Le centre de ressources dédié aux Inuits leur vient en aide pour obtenir des soins médicaux et dentaires, de l'éducation et de la formation, un emploi et un revenu, dans les cas d'intervention par les SEF et pour l'obtention de pièces d'identité. Le centre offre aussi des installations de buanderie, de l'aide au logement et de l'orientation vers d'autres services. Tunngasugit offre de nombreuses occasions pour les Inuits de maintenir des liens avec les aînés et d'autres membres de la communauté inuite en milieu urbain grâce à des activités culturelles telles que des ateliers de broderie perlée, de couture et de sculpture sur pierre à savon, des cours d'inuktitut, des banquets et des danses communautaires, des présentations culturelles et des activités d'art du conte.

L'Eagle Urban Transition Centre (EUTC) est une passerelle à guichet unique adaptée sur le plan culturel et non discriminatoire pour les membres des Premières Nations en milieu urbain. Ils peuvent y trouver du soutien, des services de défense des droits et les programmes nécessaires pour atteindre l'autonomie économique (EUTC, 2022). Dirigée par des membres des Premières Nations, l'EUTC est une ressource précieuse et reconnue qui aide les membres des Premières Nations qui ont déménagé à réussir leur transition vers la vie urbaine à Winnipeg. Les domaines dans lesquels l'organisme offre des services sont l'emploi et le revenu, l'éducation et la formation, le logement, la santé mentale et les dépendances et le counseling. L'EUTC a recours à une approche par équipes et à des partenariats communautaires pour combler les lacunes en matière de programmes à l'intention des membres des Premières Nations en milieu urbain et a recours à des pratiques holistiques pour répondre aux besoins physiques, affectifs, mentaux et spirituels de sa clientèle.

Bien qu'il ne s'adresse pas exclusivement aux populations autochtones en milieu urbain, le Red River Métis Community Resource Department (MCRD) de la Fédération des Métis du Manitoba offre des services destinés aux Métis de Winnipeg (Manitoba Metis Federation [MMF], 2022). Comme Tunngasugit et l'EUTC, le MCRD offre un large éventail de services de soutien sensibles à la culture de sa clientèle, notamment de l'aide à l'emploi et au revenu, des services de proximité, de l'orientation vers les services et de la défense des droits, de l'aide pour la réunification des familles, des services assurés par des

aînés, du soutien lors de deuils et du développement communautaire. Le MCRD offre aussi un programme de soins de la vue à l'intention des aînés Métis, un programme de médicaments d'ordonnance et plusieurs programmes de développement de la petite enfance et de formation en compétences parentales qui mettent de l'avant la culture et l'histoire des Métis, la littératie familiale et d'autres compétences essentielles d'autonomie fonctionnelle.

Plusieurs organismes autochtones de Winnipeg travaillent essentiellement à aider les Autochtones à parfaire leur éducation et à trouver un emploi, tout en répondant à leurs besoins d'ensemble en santé et mieux-être. Ka Ni Kanichihk offre par exemple des programmes et des services pertinents de prévention et d'intervention visant à les aider à guérir des suites d'un traumatisme, à réussir et à devenir des chefs de file (Ka Ni Kanichihk, 2022). Tous les programmes et services sont fondés sur le savoir autochtone, et misent sur les forces et la résilience de cette clientèle. Ils sont axés sur la globalité et le bien-être et aident les enfants, les jeunes et les familles à acquérir plus d'autonomie. Ka Ni Kanichihk est un chef de file reconnu des programmes authentiques sur le plan culturel, surtout pour les filles autochtones vivant en milieu urbain, les personnes de genres divers et les femmes vivant de la violence ou de l'exploitation sexuelle, ou à risque d'en subir. Les principaux domaines où Ka Ni Kanichihk offre des services sont l'éducation et la formation préparatoire à l'emploi, le soutien et la défense des droits des femmes et des familles, et le mentorat.

Le Neeginan Centre est un carrefour de services vital pour l'éducation, la formation, le développement économique et les services sociaux

destinés aux Autochtones en milieu urbain (Neeginan Centre, 2018). Parmi les divers services offerts au Centre, mentionnons l'Aboriginal Council of Winnipeg (ACW), une voix politique de la défense des communautés autochtones en milieu urbain (ACW, 2019), l'imprimerie Shinnecock Native Printers et la Canadian Plains Gallery, auxquels s'ajoutent des programmes d'éducation et de formation, dont ceux du Centre for Aboriginal Human Resource Development, l'Aboriginal Community Campus, le Neeginan College of Applied Technology et le Neeginan Learning & Literacy Centre. L'organisme offre aussi des services de garde d'enfants au Kookum's Place Daycare et à son Kookum's Infant Centre à l'intention des parents inscrits aux programmes d'études offerts au Neeginan Centre. Le centre abrite enfin l'Aboriginal Health & Wellness Centre (AHWC) de Winnipeg, où les individus et les familles autochtones en milieu urbain peuvent recevoir une vaste gamme de services de santé globale fondés sur la tradition autochtone, dont des programmes en développement de la petite enfance, de l'aide à la réunification des familles et de la prévention par les SEF, du soutien dans les cas de TSAF, de la guérison pour les hommes et de l'aide au logement pour les jeunes et les autres personnes aux prises avec des difficultés multiples (AHWC, 2018).

Ensemble, le Makoosag Intergenerational Children's Centre (Makoosag), le centre de ressources et complexe résidentiel pour étudiants Merchant's Corner et l'Urban Circle Training Centre (UCTC) constituent un autre carrefour de ressources essentiel pour les Autochtones de Winnipeg (ISC, 2014; UCTC, 2022). L'UCTC offre une gamme de programmes certifiés dirigés par des

Autochtones en plus de nombreux services pour favoriser la réussite des étudiants autochtones, notamment du soutien offert par les aînés, l'admission au centre de ressources pour étudiants Merchant's Corner et à son complexe résidentiel de 30 logements pour les familles, avec une, deux ou trois chambres (University of Winnipeg, 2015). S'y ajoute Makoosag, un centre offrant 52 places en services de garde pour les nourrissons et les enfants d'âge préscolaire des étudiants de l'UCTC. Créé à partir d'une vision pour l'apprentissage intergénérationnel et la réunification des familles autochtones en milieu urbain, Makoosag repose sur les cultures et le savoir autochtones, et sur les pratiques exemplaires en développement de la petite enfance et formation des travailleurs autochtones en services de garde d'enfants. En plus d'offrir du travail communautaire bénévole et des possibilités de stages de formation, Makoosag fait une place bien particulière aux étudiants autochtones urbains afin qu'ils puissent rester près de leurs enfants pendant leurs études et que ceux-ci soient en contact quotidien avec des aînés, leurs parents et leurs grands-parents et d'autres membres de leur famille (ISC, 2014).

Le Ma Mawi Wi Chi Itata Centre (Ma Mawi) est un chef de file important, connu et respecté œuvrant en prestation de programmes et services conçus et offerts par des Autochtones en milieu urbain à l'intention des Autochtones vivant à Winnipeg (Ma Mawi, 2022). Grâce à des partenariats avec de multiples paliers et secteurs du gouvernement, des organismes communautaires, des entreprises donatrices et des intervenants privés, Ma Mawi est

un carrefour multiservices proposant des initiatives pertinentes sur le plan culturel visant à aider les enfants et les familles autochtones en milieu urbain à se réaliser et à prospérer. Partant du fait que l'ensemble de la communauté est responsable du développement sain des générations futures et avec l'appui des communautés autochtones en milieu urbain pour tous les aspects de son travail, Ma Mawi travaille à aider les individus et les familles autochtones à acquérir plus d'autonomie et à mieux prendre soin d'eux-mêmes, de leurs enfants et des autres. Tous les programmes et services offerts par Ma Mawi sont à caractère communautaire, pertinents et sécuritaires sur le plan culturel et fondés sur les forces de chacun. La plupart sont aussi accompagnés d'un soutien global. Parmi les programmes et les services offerts de longue date par l'organisme, mentionnons les foyers d'accueil d'urgence, à court terme et à long terme, l'aide à la réunification des familles et la prévention par les SEF, la prévention et l'intervention en cas de violence familiale, les programmes parents-enfants et de développement de la petite enfance, l'aide pour la sexualité chez les adolescents et la santé de la reproduction, les initiatives de revitalisation culturelle, l'éducation, l'emploi et l'aide aux loisirs, en plus de programmes d'aide à la vie autonome et de logement pour les jeunes. Les services de Ma Mawi sont offerts à partir de plusieurs sites dans l'ensemble de l'agglomération urbaine où vivent les Autochtones.



RECHERCHE ET ÉLABORATION DE POLITIQUES ET DE PROGRAMMES



Il est important de définir les lacunes et les obstacles, les objectifs et les possibilités pour évaluer la structure actuelle et la capacité des fournisseurs de services à répondre aux besoins actuels en matière de santé des Autochtones en milieu urbain, mais aussi pour vérifier si l'approche en matière de prestation de services et de programmes est efficace, adaptée culturellement et sensible aux réalités culturelles et aux besoins, aux priorités et aux caractéristiques démographiques en constante évolution des Autochtones en milieu urbain. Cette section aborde certaines des lacunes en matière de recherche, d'élaboration de politiques et de programmes relatifs aux Autochtones en milieu urbain.

Lacunes en matière de services

La continuité culturelle forme une part essentielle de la santé globale et du bien-être des populations et des communautés autochtones (Auger, 2016; ICT, 2018; Landry et al., 2019). C'est là un domaine où des politiques et des programmes pourraient être élaborés afin de mieux soutenir et de mettre à profit le savoir autochtone et les forces particulières des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans des agglomérations urbaines.

La sécurité culturelle est un autre domaine où plus de programmes et de politiques sont nécessaires. De plus grands efforts sont indispensables pour aller au-delà du postulat voulant que les Autochtones soient des personnes de milieu rural ou du Nord et qui vivent dans des réserves, et non en milieu urbain. Le travail devrait se poursuivre pour une meilleure sensibilisation et plus de compréhension dans le contexte des soins de santé et des domaines connexes en ce qui concerne la longue histoire de la souveraineté européenne et les processus coloniaux d'oppression et de dépossession (Nejad et al., 2019; Senese & Wilson, 2013; Snyder & Wilson, 2015), non seulement à l'égard des peuples autochtones collectivement, mais aussi des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis en tant que personnes uniques. Des preuves solides confirment que les stéréotypes fondés sur la race, les préjugés et la discrimination ont conduit à des retards dans les traitements en soins de santé ou, carrément, à l'absence de traitement pour les Autochtones en milieu urbain (Allan & Smylie, 2015; Turpel-Lafond, 2020; Varcoe et al., 2022a; Wylie & McConkey, 2019). L'éducation et les efforts de sensibilisation devraient comprendre une formation en sensibilisation culturelle pour les fournisseurs

de soins de santé, afin qu'ils comprennent mieux les influences sociales, politiques et historiques sur l'accès aux services de soins de santé pour les Autochtones en milieu urbain et constatent à quel point cette clientèle est, de manière disproportionnée, en mauvaise santé. Une telle formation permettrait aussi de mieux comprendre le rôle et les effets de la dynamique de pouvoir entre le fournisseur et le patient et ses répercussions sur les inégalités dans les résultats de santé (Allan & Smylie, 2015; Beckett et al., 2018). Elle pourrait comporter un volet pour mieux comprendre les droits et avantages des Autochtones et leur influence particulière sur la couverture des soins et la prestation de services, et sur les résultats de santé pour les Autochtones en milieu urbain.

La dynamique changeante des Autochtones en milieu urbain exige des programmes et des ressources plus ciblés pour répondre aux besoins socioéconomiques et de santé particuliers de segments en croissance de la population d'Autochtones en milieu urbain, tels que les aînés et les Inuits. Une augmentation des programmes et des services est aussi nécessaire pour remédier aux problèmes de santé et répondre au besoin de sécurité et en santé des Autochtones en milieu urbain, notamment en ce qui concerne l'itinérance, l'insécurité

alimentaire, le manque de logements accessibles et abordables et les dépendances.

Enfin, des investissements plus importants pour la surveillance en santé publique, de même que pour les politiques et les pratiques entourant la collecte et la diffusion de données démographiques exactes, complètes et culturellement appropriées sont nécessaires pour garantir qu'un financement équitable et une juste répartition des fonds pour des programmes et des services essentiels destinés aux Autochtones, pour bien établir les besoins existants et pour définir les lacunes en matière de services et les priorités pour des segments précis de la population autochtone en milieu urbain tels que les Inuits et les Métis vivant dans des agglomérations urbaines, qui pourraient avoir besoin d'une approche plus ciblée en matière de programmes et de services (au lieu d'une approche visant l'ensemble des Autochtones) pour répondre à leurs besoins particuliers.

Recommandations pour de futurs travaux de recherche

Plus de travaux de recherche seront nécessaires pour mieux comprendre l'évolution des tendances dans le fait de s'identifier comme Autochtone. Ces travaux sont particulièrement importants pour définir et aborder les besoins existants et émergents en matière de santé des Autochtones en milieu urbain et leurs priorités, surtout dans le cas des membres non inscrits des Premières Nations et des Métis dont les besoins pourraient se voir oubliés lors de l'élaboration de politiques et de la planification de programmes, en raison de la

recrudescence du nombre de personnes s'identifiant comme Autochtones. Comprendre la réalité propre au fait de s'identifier comme Autochtone pourrait aussi aider à élargir les connaissances sur les tendances en matière de mobilité des Autochtones en milieu urbain, tant entre les communautés rurales et du Nord et les agglomérations urbaines qu'à même les quartiers des villes. Il manque généralement de données précises sur les tendances en matière de mobilité des Autochtones en milieu urbain, car les données disponibles reposent souvent sur les données du recensement (Trovato & Price, 2015). Plus de recherche ciblant les communautés sur la mobilité des membres reconnus des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans les agglomérations urbaines, surtout à l'échelle nationale, permettrait de réaliser des comparaisons et de comprendre ce que signifient ces tendances pour la prestation de services de soins de santé pertinents et efficaces pour les populations autochtones en milieu urbain.

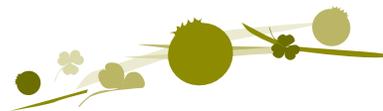
On s'est beaucoup concentré sur les conditions socioéconomiques des Autochtones vivant hors réserve, mais plus de projets de recherche opportuns et ciblés culturellement devraient être réalisés sur les déterminants sociaux de la santé des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans les agglomérations urbaines, surtout en ce qui concerne l'insécurité en matière de logement et l'itinérance, l'insécurité alimentaire et la souveraineté alimentaire autochtone, ainsi que les facteurs socioéconomiques ayant une influence sur la mauvaise alimentation et l'inactivité

physique. Plus de recherches devraient aussi être réalisées pour mieux comprendre la prévalence du tabagisme, du vapotage et de la consommation de cannabis, et les facteurs qui y sont associés, surtout dans le contexte de la santé mentale des populations autochtones en milieu urbain.

D'autres lacunes dans la recherche ont aussi été relevées dans le cadre de la rédaction de ce rapport. On pense notamment aux données sur la mortalité infantile ou sur les issues défavorables de la grossesse pour les populations autochtones en milieu urbain, aux tendances nationales en matière de cancer chez les Autochtones en milieu urbain et aux disparités qui en découlent entre les Autochtones et les non-Autochtones, aux données et à la documentation sur les maladies cardiaques et les AVC au sein des populations autochtones en milieu urbain, aux tests de dépistage des ITSS, à la transmission et au traitement de ces infections, surtout chez les jeunes femmes autochtones et les jeunes Autochtones urbains utilisant des drogues injectables, ou à des questions telles que les facteurs de stress en santé mentale et les facteurs de protection, surtout chez les Autochtones de genres divers et les aînés vivant en milieu urbain. Il manque également, dans les données et la documentation actuelle, des études réalisées en milieu urbain sur la santé buccodentaire et de la vue, sur les maladies respiratoires (tuberculose, asthme, bronchite) et sur les incapacités des Autochtones qui y vivent.



CONCLUSION



Le présent rapport a été préparé pour répondre à un objectif en trois volets, soit :

1. expliquer les tendances actuelles en matière d'urbanisation et de mobilité des Autochtones;
2. résumer les tendances actuelles en matière de santé chez les Autochtones en milieu urbain en fonction des données et de la documentation disponibles;
3. livrer un aperçu des programmes et des services disponibles pour favoriser la santé des Autochtones vivant dans les agglomérations urbaines.

Réunir les données et la documentation pour remplir un tel mandat n'a pas été chose facile. Bien qu'il y ait eu, au cours de la dernière décennie, une augmentation de la recherche et des rapports sur les Autochtones en milieu urbain, la quantité et la qualité de l'information disponible demeurent limitées. La majeure partie de la documentation repose sur une collecte d'éléments probants désuets et les données disponibles se concentrent en grande partie sur les populations des Premières nations hors réserve au lieu de porter sur les

membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis vivant dans des agglomérations urbaines. En fait, on trouve peu d'information sur les Inuits et les Métis urbains. De plus, il n'y a pratiquement pas de données nationales et on ne trouve que quelques études sur les différences culturelles et fondées sur le genre des groupes d'autochtones marginalisés. Malgré cela, il existe des sources de données et de documentation localisées permettant de comprendre de façon générale les tendances actuelles relatives à la santé des Autochtones vivant dans des agglomérations urbaines.

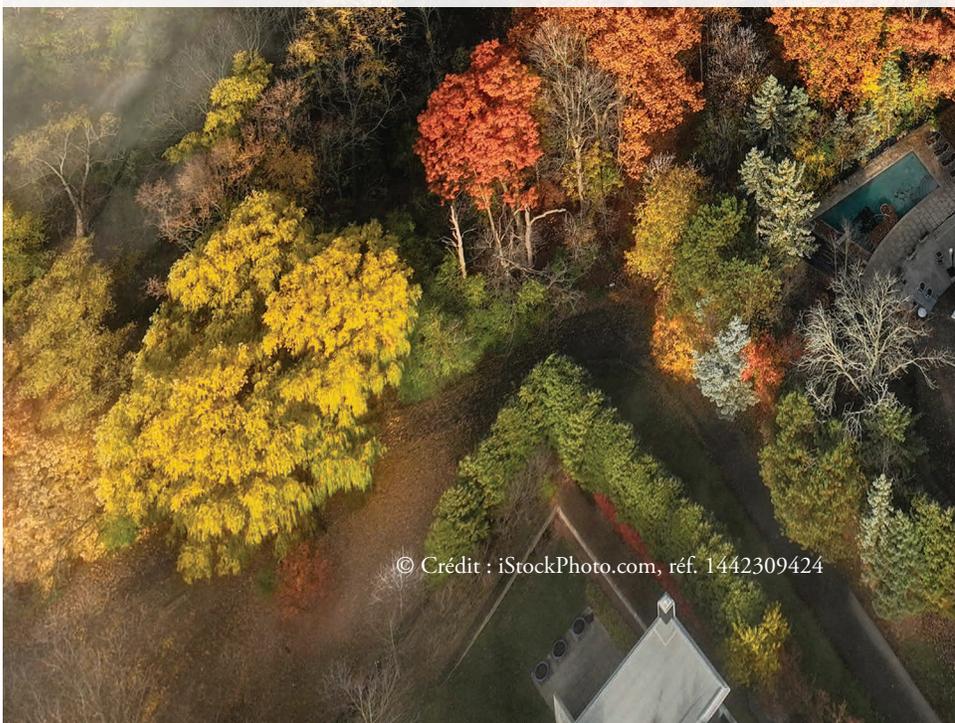
Selon les éléments probants présentés, les tendances actuelles indiquent une augmentation continue de la présence des membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis dans les agglomérations urbaines. Les populations autochtones en milieu urbain demeurent très variées et très mobiles, non seulement pour ce qui est de leur migration entre les communautés rurales et du Nord et les agglomérations urbaines, mais aussi à l'intérieur des quartiers des villes. Les femmes et les jeunes sont surreprésentés au sein des populations autochtones en milieu urbain et on constate aussi

une croissance du nombre d'ainés autochtones dans les villes. Dans l'ensemble, on constate des disparités socioéconomiques et de santé importantes au sein des populations autochtones en milieu urbain. Ces disparités se traduisent souvent par des taux élevés de pauvreté, avec les problèmes que cela suppose – insécurité sur les plans alimentaire et du logement, comportements à haut risque et obstacles à l'accès aux services de soins de santé. L'héritage laissé par la colonisation et les répercussions tragiques des pensionnats autochtones et d'autres structures coloniales constituent des facteurs sous-jacents ayant une grande influence sur l'état de santé et les résultats de santé des Autochtones en milieu urbain. Au même moment, les populations autochtones en milieu urbain font preuve d'une résilience considérable, caractérisée par des liens solides avec la terre, leur langue et leurs pratiques culturelles et par un attachement aux autres et à leur communauté.

Dans l'ensemble, l'état de santé des populations autochtones en milieu urbain s'est amélioré, mais des disparités persistent dans les résultats de santé au sein de ces populations. Des services de soin de santé efficaces, adaptés culturellement et

offerts en temps opportun sont donc impérativement nécessaires. Il est justifié d'examiner attentivement les caractéristiques démographiques des populations autochtones en milieu urbain et les facteurs à l'origine de leurs besoins et priorités actuels et émergents. Les fournisseurs de services jouent un rôle essentiel pour aider à la santé des populations autochtones en milieu urbain, surtout à l'échelle des organisations et des systèmes. Un nombre croissant d'organismes autochtones offrent des services de santé aux Autochtones en milieu urbain, mais le soutien des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour les soins de santé est minimale, tout comme les politiques de santé visant les Autochtones en milieu urbain. Ceux-ci sont devenus très proactifs pour améliorer leur qualité de vie et leurs résultats de santé. Les cultures, le savoir, les langues, les identités et la spiritualité autochtones sont à la base d'une large part de ces travaux. Il reste toutefois du travail à faire, particulièrement en ce qui concerne l'intégration de l'indigénité dans la recherche sur la santé, l'élaboration de politiques et la création de programmes pour les Autochtones en milieu urbain.

L'héritage laissé par la colonisation et les répercussions tragiques des pensionnats autochtones et d'autres structures coloniales constituent des facteurs sous-jacents ayant une grande influence sur l'état de santé et les résultats de santé des Autochtones en milieu urbain. Au même moment, les populations autochtones en milieu urbain font preuve d'une résilience considérable, caractérisée par des liens solides avec la terre, leur langue et leurs pratiques culturelles et par un attachement aux autres et à leur communauté.



BIBLIOGRAPHIE

(en anglais seulement)

- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada (AANDC). (2012). *Urban Aboriginal Strategy*. Government of Canada. <https://www.homelesshub.ca/resource/urban-aboriginal-strategy>.
- Aboriginal Council of Winnipeg (ACW). (2019). *About us*. <http://www.abcouncil.org/about-us/>.
- Aboriginal Front Door Society (AFDS). (2022). *About AFDS*. <https://www.abfrontdoor.org/index.php/about-afds>.
- Aboriginal Health & Wellness Centre (AHWC) of Winnipeg. (2018). *Aboriginal Health and Wellness Centre of Winnipeg*. <http://ahwc.ca/>.
- Aboriginal Mother Centre Society (AMCS). (2021). *Our programs*. <https://www.aboriginalmothercentre.ca/programs>.
- Ahmed, F., Zuk, A. M., & Tsuji, L. J. S. (2021). The impact of land-based physical activity interventions on self-reported health and well-being of Indigenous adults: A systematic review. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18, 7099. DOI: 10.3390/ijerph18137099.
- Akee, R., & Feir, D. (2018). *First people lost: Determining the state of status First Nations mortality in Canada using administrative data*. Discussion Paper. University of Victoria. <https://www.uvic.ca/socialsciences/economics/assets/docs/discussion/DDP1802.pdf>.
- Alaazi, D. A., Masuda, J. R., Evans, J., & Distasio, J. (2015). Therapeutic landscapes of home: Exploring Indigenous peoples experiences of a Housing First intervention in Winnipeg. *Social Science & Medicine*, 147(2015), 30-37. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.10.057.
- Alberta Health Services. (2022). *Syphilis outbreak: Information for Albertans*. <https://www.albertahealthservices.ca/info/Page17087.aspx>.
- Alberton, A. M., Angell, G. B., Gorey, K. M., & Grenier, S. (2020). Homelessness among Indigenous peoples in Canada: The impacts of child welfare involvement and educational achievement. *Children and Youth Services Review*, 111. DOI: 10.1016/j.childyouth.2020.104846.
- Allan, B. (2013). *Rupture, defragmentation and reconciliation: Re-visioning urban Indigenous women's health in Toronto* [Unpublished doctoral dissertation]. University of Toronto.
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, second class treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous Peoples in Canada*. The Wellesley Institute. <https://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2015/02/Summary-First-Peoples-Second-Class-Treatment-Final.pdf>.
- Alzahrani, T., Pena, I., Temesgen, N., & Glantz, S. A. (2018). Association between electronic cigarette use and myocardial infarction. *American Journal of Preventive Medicine*, 55, 455-461. DOI: 10.1016/j.amepre.2018.05.004.
- Amorevieta-Gentil, M., Bourbeau, R., & Robitaille, N. (2015). Migration among the First Nations: Reflections of inequalities. *Population Change and Lifecourse Strategic Knowledge Cluster Discussion Paper Series*, 3(1), 10. <https://ir.lib.uwo.ca/pclc/vol3/iss1/10>.
- Anand, S. S., Abonyi, S., Arbour, L., Balasubramanian, K., Brook, J., Castleden, H., Chrisjohn, V., Cornelius, I., Davis, A. D., Desai, D., de Souza, R. J., Friedrich, M. G., Harris, S., Irvine, J., L'Hommecourt, L., Littlechild, R., Mayotte, L., McIntosh, S., Morrison, J., ... Toth, E. L. (2019). Explaining the variability in cardiovascular risk factors among First Nations communities in Canada: A population-based study. *The Lancet Planetary Health*, 3, 511-520. DOI: 10.1016/S2542-5196(19)30237-2.
- Anderson, A. (n.d.). Urban Indigenous population. *Indigenous Saskatchewan Encyclopedia*. University of Saskatchewan. https://teaching.usask.ca/indigenoussk/import/urban_indigenous_population.php.
- Anderson, J. T., & Collins, D. (2014). Prevalence and causes of urban homelessness among Indigenous peoples: A three-country scoping review. *Housing Studies*, 29(7), 959-976. DOI: 10.1080/02673037.2014.923091.
- Anderson, T. (2015). *The social determinants of higher mental distress among Inuit*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2015007-eng.htm>.



- Anderson, T. (2019a). Results from the 2016 Census: Housing, income and residential dissimilarity among Indigenous people in Canadian cities. *Insights on Canadian Society*, December 10. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/75-006-x/2019001/article/00018-eng.htm>.
- Anderson, T. (2019b). Employment of First Nations men and women living off reserve. *Aboriginal Peoples Survey*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2019004-eng.htm>.
- Ansloos, J. P., Wager, A. C., & Dunn, N. S. (2021). Preventing Indigenous youth homelessness in Canada: A qualitative study on structural challenges and upstream prevention in education. *Journal of Community Psychology*, 50(4), 1918-1934. DOI: 10.1002/jcop.22691.
- Arriagada, P., Hahmann, T., & O'Donnell, V. (2020). Indigenous people in urban areas: Vulnerabilities to the socioeconomic impacts of COVID-19. *Statcan COVID-19: Data to Insights for a Better Canada*, May 26. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2020001/article/00023-eng.htm>.
- Arnold, S. R., & Ford-Jones, E. L. (2000). Congenital syphilis: A guide to diagnosis and management. *Paediatrics & Child Health*, 5(8) 463-9. DOI: 10.1093/pch/5.8.463.
- Assembly of First Nations. (2020). *What is Bill C-31 and Bill C-3?* Fact Sheet. <https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2020/01/16-19-02-06-AFN-Fact-Sheet-Bill-C-31-Bill-C-3-final-revised.pdf>.
- Auger, M. (2016). Cultural continuity as a determinant of Indigenous peoples' health: A metasynthesis of qualitative research in Canada and the United States. *International Indigenous Policy Journal*, 7(4), 3. DOI: 10.18584/iipj.2016.7.4.3.
- Auger, M. D. (2019). 'We need to not be footnotes anymore': Understanding Métis people's experiences with mental health and wellness in British Columbia, Canada. *Public Health*, 176, 92-97. DOI: 10.1016/j.puhe.2018.12.001.
- Baillie, C. P., Galaviz, K. I., Emiry, K., Bruner, M. W., Bruner, B. G., & Lévesque, L. (2017). Physical activity interventions to promote positive youth development among Indigenous youth: A RE-AIM review. *Translational Behavioral Medicine*, 7(1), 43-51. DOI: 10.1007/s13142-016-0428-2.
- Bartlett, J. G., Sanguins, J., Carter, S., Turner, D., Demers, A., Kliever, E., Mehta, P., Hoepfner, N., Musto, G., & Morgan, B. (2012). *Cancer and related health care utilization in the Manitoba Métis population summary report – 2011*. Manitoba Metis Federation. <https://www.mmf.mb.ca/wcm-docs/docs/departments-health-wellness/cancerfullreport.pdf>.
- Basaraba, S. (2021). *Morbidity vs. mortality: What's the difference?* Very Well Health. <https://www.verywellhealth.com/what-is-morbidity-2223380#toc-what-is-morbidity>.
- Batal, M., & Decelles, S. (2019). A scoping review of obesity among Indigenous Peoples in Canada. *Journal of Obesity*, 9741090. DOI: 10.1155/2019/9741090.
- Beckett, M., Firestone, M. A., McKnight, C. D., Smylie, J., & Rotondi, M. A. (2018). A cross-sectional analysis of the relationship between diabetes and health access barriers in an urban First Nations population in Canada. *BMJ Open*, 8. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018272.
- Belanger, Y. D., Awosoga, O., & Weasel Head, G. (2013). Homelessness, urban Aboriginal people, and the need for a national enumeration. *Aboriginal Policy Studies*, 2(2), 4-33. DOI: 10.5663/aps.v2i2.19006.
- Belanger, Y. D. & Weasel Head, G. (2013). *Urban Aboriginal homelessness and migration in southern Alberta. Final Report*. Alberta Homelessness Research Consortium. https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/Belanger_WeaselHead_AHRC.pdf.
- Belbasis, L., Savvidou, M. D., Kanu, C., Evangelou, E., & Tzoulaki, I. (2016). Birth weight in relation to health and disease in later life: An umbrella review of systematic reviews and meta-analyses. *BMC Medicine*, 14, 147. DOI: 10.1186/s12916-016-0692-5.

- Bennett, P. W. (2016). *After the healing: Safeguarding northern Nishnaube First Nations high school education*. Northern Policy Institute, Commentary No. 16. https://www.northernpolicy.ca/upload/documents/publications/commentaries-new/bennett_after-the-healing-en.pdf.
- Benoit, A. C., Cotnam, J., Raboud, J., Greene, S., Beaver, K., Zoccole, A., O'Brien-Teengs, D., Balfour, L., Wu, W., & Loutfy, M. (2016). Experiences of chronic stress and mental health among urban Indigenous women. *Archives of Women's Mental Health, 19*(5), 809-23. DOI: 10.1007/s00737-016-0622-8.
- Benoit, A. C., Younger, J., Beaver, K., Jackson, R., Loutfy, M., Masching, R., Nobis, T., Nowgesic, E., O'Brien-Teengs, D., Whitebird, W., Zoccole, A., Hull, M., Jaworsky, D., Rachlis, A., Rourke, S., Burchell, A. N., Cooper, C., Hogg, R., Klein, M. B., Canadian Observational Cohort Collaboration. (2017). A comparison of virological suppression and rebound between Indigenous and non-Indigenous persons initiating combination antiretroviral therapy in a multisite cohort of individuals living with HIV in Canada. *Antiviral Therapy, 22*, 325-335. DOI: 10.3851/IMP3114.
- Benoit, P., Tennenhouse, L. G., Lapple, A., Hill-Carroll, G., Shaw, S. Y., Bullard, J., & Plourde, P. (2022). Congenital syphilis re-emergence in Winnipeg, Manitoba. *Canada Communicable Disease Report, 48*(2/3), 89-94. DOI: 10.14745/ccdr.v48i23a06.
- Bergeron, O., Richer, F., & Bruneau, S. (2015). *The diet of Quebec First Nations and Inuit Peoples*. Institut national de santé publique du Québec. https://www.inspq.qc.ca/pdf/publications/2065_diet_first_nations_inuits.pdf.
- Bernardo, M. & Martins, N. (2020). Safe STI tests available as B.C. continues to see syphilis outbreak. *Vancouver City News, May 25*. <https://vancouver.citynews.ca/2020/05/25/safe-sti-tests-available/>.
- Bethune, R., Absher, N., Obiagwu, M., Qarmout, T., Steeves, M., Yaghoubi, M., Tikoo, R., Szafron, M., Dell, C., & Farag, M. (2019). Social determinants of self-reported health for Canada's Indigenous peoples: A public health approach. *Public Health, 176*, 172-180. DOI: 10.1016/j.puhe.2018.03.007.
- Bhawra, J., Cooke, M. J., Guo, Y., & Wilk, P. (2017). The association of household food security, household characteristics and school environment with obesity status among off-reserve First Nations and Métis children and youth in Canada: Results from the 2012 Aboriginal Peoples Survey. *Health Promotion & Chronic Disease Prevention Canada, 37*(3), 77-86. DOI: 10.24095/hpcdp.37.3.03.
- Bingham, B., Leo, D., Zhang, R., Montaner, J., & Shannon, K. (2014). Generational sex work and HIV risk among Indigenous women in a street-based urban Canadian setting. *Culture, Health & Sexuality, 16*(4), 440-452. DOI: 10.1080/13691058.2014.888480.
- Bingham, B., Moniruzzaman, A., Patterson, M., Distasio, J., Sareen, J., O'Neil, J., & Somers, J.M. (2018). Indigenous and non-Indigenous people experiencing homelessness and mental illness in two Canadian cities: A retrospective analysis and implications for culturally informed action. *BMJ Open, 19*(9). DOI: 10.1136/bmjopen-2018-024748.
- Bingham, B., Moniruzzaman, A., Patterson, M., Sareen, J., Distasio, J., O'Neil, J., & Somers, J. M. (2019). Gender differences among Indigenous Canadians experiencing homelessness and mental illness. *BMC Psychology, 7*, 57. DOI: 10.1186/s40359-019-0331-y.
- Bonesteel, S. (2006). *Canada's relationship with Inuit: A history of policy and program development*. Indian and Northern Affairs Canada. https://publications.gc.ca/collections/collection_2010/ainc-inac/R3-82-2008-eng.pdf.
- Bonner, W. I. A., Weiler, R., Orisatoki, R., Lu, X., Andkhoie, M., Ramsay, D., Yaghoubi, M., Steeves, M., Szafron, M., & Farag, M. (2017). Determinants of self-perceived health for Canadians aged 40 and older and policy implications. *International Journal for Equity in Health, 16*(94). DOI: 10.1186/s12939-017-0595-x.
- Brandon, J., & Peters, E. (2014). *Moving to the city: Housing and Aboriginal migration to Winnipeg*. Canadian Centre for Policy Alternatives Manitoba Office. https://policyalternatives.ca/sites/default/files/uploads/publications/Manitoba%20Office/2014/12/Aboriginal_Migration.pdf.
- British Columbia Association of Aboriginal Friendship Centres (BCAAFC). (2020). *Urban Indigenous wellness report: A BC friendship centre perspective*. <https://bcaafc.com/wp-content/uploads/2020/11/BCAAFC-Urban-Indigenous-Wellness-Report.pdf>.
- Brockie, T. N., Dana-Sacco, G., Wallen, G. R., Wilcox, H. C., & Campbell, J. C. (2015). The relationship of adverse childhood experiences to PTSD, depression, poly-drug use and suicide attempt in reservation-based Native American adolescents and young adults. *American Journal of Community Psychology, 55*, 411-421. DOI: 10.1007/s10464-015-9721-3.
- Brooks-Cleator, L. A., Giles, A. R., & Flaherty, M. (2019). Community-level factors that contribute to First Nations and Inuit older adults feeling supported to age well in a Canadian city. *Journal of Aging Studies, 48*, 50-59. DOI: 10.1016/j.jaging.2019.01.001.

- Browne, A. J., Smye, V. L., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B., & O'Neil, J. D. (2011). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*, 21(3), 333-48. DOI: 10.1177/1049732310385824.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Ford, G. M., & Wathen, C. N., on behalf of the EQUIP Research Team. (2015). EQUIP Healthcare: An overview of a multi-component intervention to enhance equity-oriented care in primary health care settings. *International Journal of Equity Health*, 14(152). DOI: 10.1186/s12939-015-0271-y.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Ford-Gilboe, M., Wathen, C. N., Smye, V., Jackson, B. E., Wallace, B., Pauly, B., Herbert, C. P., Lavoie, J. G., Wong, S. T., & Garneau, A. B. (2018). Disruption as opportunity: Impacts of an organizational health equity intervention in primary care clinics. *International Journal of Equity Health*, 17(1), 154. DOI: 10.1186/s12939-018-0820-2.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16, 1-17. DOI: 10.1186/s12913-016-1707-9.
- Browne, A., Varcoe, C., & Ward, C. (2021). San'yas Indigenous Cultural Safety Training as an educational intervention: Promoting anti-racism and equity in health systems, policies, and practices. *The International Indigenous Policy Journal* 12, 3. DOI: 10.18584/iipj.2021.12.3.8204.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Wong, S. T., Smye, V. L., Lavoie, J. G., Littlejohn, D., Tu, D., Godwin, O., Krause, M., Khan, K. B., Fridkin, A., Rodney, P., O'Neil, J., & Lennox, S. (2012). Closing the health equity gap: Evidence-based strategies for primary health care organizations. *International Journal of Equity Health*, 11(59): 1-15. DOI: 10.1186/1475-9276-11-59.
- Burnette, C., & Figley, C. (2016). Risk and protective factors related to the wellness of American Indian and Alaska Native youth: A systematic review. *International Public Health Journal*, 8(2), 137-154. https://www.researchgate.net/publication/303785876_Risk_and_protective_factors_related_to_the_wellness_of_American_Indian_and_Alaska_Native_youth_A_systematic_review.
- Bushnik, T., Yang, S., Kramer, M. S., Kaufman, J. S., Sheppard, A. J., & Wilkins, R. (2016). The 2006 Canadian Birth-Census Cohort. *Health Reports*, 27(1), 11-19. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26788721/>.
- Canada. (2016). *A backgrounder on poverty in Canada*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/programs/poverty-reduction/backgrounder/backgrounder-toward-poverty-reduction-EN.pdf>.
- Canada. (2020a). *Social determinants of health and health inequalities*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/health-promotion/population-health/what-determines-health.html>.
- Canada. (2020b). *Canada Health Act*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/canada-health-care-system-medicare/canada-health-act.html>.
- Canadian Geographic. (2018a). Road allowance people. *Indigenous Peoples Atlas of Canada*. <https://indigenouspeoplesatlasofcanada.ca/article/road-allowance-people/>.
- Canadian Geographic. (2018b). Urban Inuit. *Indigenous Peoples Atlas of Canada*. <https://indigenouspeoplesatlasofcanada.ca/article/urban-inuit/>.
- Canadian Geographic. (2018c). Aftermath of 1885. *Indigenous Peoples Atlas of Canada*. <https://indigenouspeoplesatlasofcanada.ca/article/aftermath-of-1885/>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2013). *Hospital care for heart attacks among First Nations, Inuit and Métis*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2013/icis-cihi/H118-83-2013-eng.pdf.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2016). *Trends in income-related health inequalities in Canada*. <https://www.cihi.ca/en/trends-in-income-related-health-inequalities-in-canada>.
- Canadian Institute for Health Information (CIHI). (2022). *Health outcomes*. <https://yourhealthsystem.cihi.ca/hsp/inbrief#!/themes/004/health-outcomes>.
- Canadian Institute of Child Health (CICH). (2022). *The health of Canada's children and youth: A CICH profile*. <https://cichprofile.ca/module/7/section/5/page/rates-of-low-and-high-birth-weight-by-indigenous-identity-compared-to-the-canadian-population-canada-2006/>.
- Canadian Mental Health Association (CMHA). (2022). *Mental health and wellness services for Indigenous children and youth*. <https://ontario.cmha.ca/documents/mental-health-and-wellness-services-for-indigenous-children-and-youth/>.

- Canadian Mental Health Association, BC Division (CMHA BC). (2015). *What's the difference between mental health and mental illness?* <https://www.heretohelp.bc.ca/q-and-a/whats-the-difference-between-mental-health-and-mental-illness>.
- Canadian Paediatric Society. (2024). Tobacco use and misuse among Indigenous children and youth in Canada. *Paediatric Child Health*, 22(7), 395-399.
- Canadian Partnership Against Cancer (CPAC). (2013). *First Nations cancer control in Canada baseline report*. <http://nations-talk.ca/wp-content/uploads/2013/12/CPAC-First-Nations-Final-Proof-Low-Res-v1.pdf>.
- Canadian Partnership Against Cancer (CPAC). (2019). *Leading practices in First Nations, Inuit and/or Métis smoking cessation*. <https://www.partnershipagaincancer.ca/topics/leading-practices-first-nations-inuit-metis-smoking-cessation/>.
- Canadian Public Health Association (CPHA). (2021). *Tobacco and vaping use in Canada: Moving forward*. Position Statement. <https://www.cpha.ca/tobacco-and-vaping-use-canada-moving-forward>.
- Cancer Care Ontario. (2016). *High prevalence of smoking in First Nations in Ontario*. <https://www.cancercareontario.ca/en/cancer-facts/high-prevalence-smoking>.
- Cancer Care Ontario. (2019). *First Nations, Inuit, Métis & urban Indigenous cancer strategy: 2019-2023*. https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/PCC_4114_FNIMuI_ExecSummary.pdf
- Caron-Malenfant, E., Coulombe, S., Guimond, E., Grondin, C., & Lebel, A. (2014). Ethnic mobility of Aboriginal peoples in Canada between the 2001 and 2006 censuses. *Population*, 69(1), 29-53. DOI: 10.3917/pope.1401.0029.
- Carrière, G. M., Tjepkema, M., Pennock, J., & Goedhuis, N. (2012). Cancer patterns in Inuit Nunangat: 1998–2007. *International Journal of Circumpolar Health*, 71, 1. DOI: 10.3402/ijch.v71i0.18581.
- Carrière, G., Garner, R., & Sanmartin, C. (2021). Significant factors associated with problematic use of opioid pain relief medications among the household population, Canada, 2018. *Health Reports*, 32(12), 13-29. DOI: 10.25318/82-003-x202101200002-eng.
- Carson, E., Sharmin, S., Maier, A. B., & Meij, J. J. (2018). Comparing Indigenous mortality rates across urban, rural and very remote areas: a systematic review and meta-analysis. *International Health*, 10, 219-227. DOI: 10.1093/inthealth/ihy021.
- CATIE. (2016). *Enhancing HIV prevention: The need to better link and integrate services for individuals at highest risk of HIV infection*. <https://www.catie.ca/prevention-in-focus/enhancing-hiv-prevention-the-need-to-better-link-and-integrate-services-for>.
- CATIE. (2017a). *Getting to undetectable: Population differences in Canada*. <https://www.catie.ca/prevention-in-focus/getting-to-undetectable-population-differences-in-canada>.
- CATIE. (2017b). *Exploring viral suppression rates among some Indigenous people who started ART*. <https://www.catie.ca/catie-news/exploring-viral-suppression-rates-among-some-indigenous-people-who-started-art>.
- Cavanagh, B. M., Wakefield, C. E., McLoone, J. K., Garvey, G., & Cohn, R. J. (2016). Cancer survivorship services for Indigenous peoples: Where we stand, where to improve? A systematic review. *Journal of Cancer Survivorship*, 10, 330-341. DOI: 10.1007/s11764-015-0479-2.
- Centers for Disease Control and Prevention (CDCP) (2019). *What are social determinants of health?* Government of the United States. <https://www.cdc.gov/nchhstp/socialdeterminants/faq.html>.
- Chan, J. P. K. (2020). *Disparities in access to radiotherapy for Indigenous populations in Canada and beyond: A quantitative approach* [PhD dissertation]. Vrije Universiteit Amsterdam. <https://research.vu.nl/en/publications/disparities-in-access-to-radiotherapy-for-indigenous-populations->
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219. DOI: 10.1177/136346159803500202.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2008). Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth. *Horizons*, 10(1), 68-72. https://www.waterboards.ca.gov/waterrights/water_issues/programs/bay_delta/california_waterfix/exhibits/docs/PCFFA&IGFR/part2/pcffa_189.pdf.
- Chartier, M., Brownell, M., Star, L., Murdock, N., Campbell, R., Phillips-Beck, W., Meade, C., Au, W., Schultz, J., Bowes, J. M., & Cochrane, B. (2020). *Our children, our future: The health and well-being of First Nations children in Manitoba*. Manitoba Centre for Health Policy. http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference/FNKids_Report_Web.pdf.
- Chen, L., Xiao, L., Auger, N., Torrie, J., McHugh, N. G- L., Zougrana, H., & Luo, Z- C. (2015). Disparities and trends in birth outcomes, perinatal and infant mortality in Aboriginal vs. non-Aboriginal populations: A population-based study in Quebec, Canada 1996– 2010. *PloS ONE*, 10(9), e0138562. DOI: 10.1371/journal.pone.0138562.

- Chiefs of Ontario & Cancer Care Ontario. (2016). *Cancer in First Nations in Ontario: Risk factors and screening*. Cancer Care Ontario. <https://www.cancercareontario.ca/sites/ccocancercare/files/assets/CCOFNIMRiskFactorsReport2016.pdf>.
- Chooper's Guide. (2012). *Hey-way'noqu' Healing Circle for Addictions Society*. <http://choopersguide.com/find-addiction-treatment/hey-way-noqu-healing-circle-for-addictions-society-5188efdb594b6.html>.
- Choudhri, Y., Miller, J., Sandhu, J., Leon, A., & Aho, J. (2018). Infectious and congenital syphilis in Canada, 2010–2015. *Canada Communicable Disease Report*, 44(2), 43-8. DOI: 10.14745/ccdr.v44i02a02.
- Chu, A., Han, L., Roifman, I., Lee, D. S., Green, M. E., Jacklin, K., Walker, J., Sutherland, R., Khan, S., Frymire, E., & Tu, J. V. (2019). Trends in cardiovascular care and event rates among First Nations and other people with diabetes in Ontario, Canada, 1996–2015. *Canadian Medical Association Journal*, 191(47), E1291-E1298. DOI: 10.1503/cmaj.190899.
- Ciceri, C., & Scott, K. (2006). The determinants of employment among Aboriginal Peoples. *Aboriginal Policy Research Consortium International*, 132. <https://ir.lib.uwo.ca/cgi/viewcontent.cgi?article=1312&context=aprci>.
- Cidro, J., Adekunle, B., Peters, E., & Martens, T. (2015). Beyond food security: Understanding access to cultural food for urban Indigenous people in Winnipeg as Indigenous food sovereignty. *Canadian Journal of Urban Research*, 24(1), 24-43. https://www.researchgate.net/publication/291831351_Beyond_Food_Security_Understanding_Access_to_Cultural_Food_for_Urban_Indigenous_People_in_Winnipeg_as_Indigenous_Food_Sovereignty.
- Cidro, J., Martens, T., & Guilbault, L. (2016). Traditional Indigenous food upskilling as a pathway to urban Indigenous food sovereignty. In F. Deer & T. Falkenberg (Eds.). *Indigenous perspectives on education for well-being in Canada* (pp. 41-57). ESWB Press. https://www.eswb-press.org/uploads/1/2/8/9/12899389/indigeneous_perspectives_2016.pdf.
- Cidro, J., & Siddiqui, S. (2016). *Mapping the urban Aboriginal service delivery terrain: Thematic analysis of organizational structure, programs & services, key partnerships, prospects & challenges*. UAKN Regional Project, University of Winnipeg. https://uakn.org/wp-content/uploads/2016/10/NAFC-UAKN-PHASE-2-National-Report_Prairie-Region_Manitoba-Final-Report.pdf.
- Collier, B. (2020). *Services for Indigenous people living in urban areas - Background paper*. Library of Parliament. https://lop.parl.ca/sites/PublicWebsite/default/en_CA/ResearchPublications/202066E.
- Congress of Aboriginal Peoples. (2019). *Urban Indigenous people: Not just passing through*. 2019 Research Report. <http://www.abo-peoples.org/wp-content/uploads/2019/09/Urban-Indigenous-Report-FINAL.pdf>.
- Conn, H. (2019). Daniels case. *The Canadian Encyclopedia (online)*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/daniels-case>.
- Council of Community Homelessness. (2017). *In my ideal world, you would be my neighbour: Results from the Housing and Homelessness 2H Forum*. <https://www.sparc.bc.ca/wp-content/uploads/2020/11/Homelessness-Policy-Brief.pdf>.
- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada (CIRNAC). (2021). *Indigenous Peoples and communities*. Government of Canada. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1100100013785/1529102490303>.
- Crowshoe, L., Dannenbaum, D., Green, M., Henderson, R., Hayward, N. M., & Toth, E. (2018). Type 2 diabetes and Indigenous Peoples. *Canadian Journal of Diabetes*, 42, 296-306. DOI: 10.1016/j.jcjd.2017.10.022.
- Cruddas, E. (2019). *Urban Indigenous mental wellness: Cities, cultures and belonging* [Master of Arts thesis]. Dalhousie University. <https://dalspace.library.dal.ca/bitstream/handle/10222/75426/Cruddas-Emma-MA-SOSA-April-2019.pdf>.
- Currie, C. L., Copeland, J. L., & Metz, G. A. (2019). Childhood racial discrimination and adult allostatic load: The role of Indigenous cultural continuity in allostatic resiliency. *Social Science & Medicine*, 241, 112564. DOI: 10.1016/j.socscimed.2019.112564.
- Currie, C. L., Wild, T. C., Schopflocher, D. P., Laing, L., Veugelers, P., & Parlee, B. (2013). Racial discrimination, post traumatic stress, and gambling problems among urban Aboriginal adults in Canada. *Journal of Gambling Studies*, 29, 393-415. DOI: 10.1007/s10899-012-9323-z.
- Cyr, M., & Slater, J. (2016). Got bannock? Traditional Indigenous bread in Winnipeg's North End. In F. Deer & T. Falkenberg (Eds.). *Indigenous perspectives on education for well-being in Canada* (pp. 59-73). ESWB Press. https://www.eswb-press.org/uploads/1/2/8/9/12899389/indigeneous_perspectives_2016.pdf.

- Decker, K. M., Kliewer, E. V., Demers, A. A., Fradette, K., Biswanger, N., Musto, G., Elias, B., & Turner, D. (2016). Cancer incidence, mortality, and stage at diagnosis in First Nations living in Manitoba. *Current Oncology*, 23(4), 225-232. DOI: 10.3747/co.23.2906.
- Department of Justice. (2021). Reserves. *Justice Laws Website*. Government of Canada. <https://laws-lois.justice.gc.ca/eng/acts/i-5/page-5.html#h-332074>.
- Desbiens, C., Lévesque, C., & Comat, L. (2016) "Inventing new places": Urban Aboriginal visibility and the co-constitution of citizenship in Val-d'Or (Québec). *City & Society*, 28(1), 75-98. DOI: 10.1111/ciso.12074.
- Diabetes Canada. (2022). *Indigenous communities and diabetes*. <https://diabetes.ca/resources/tools---resources/indigenous-communities-and-diabetes>.
- Distasio, J., Sareen, J., & Isaak, C. (2014). *At Home/Chez Soi Project: Winnipeg site final report*. Mental Health Commission of Canada. https://www.mentalhealthcommission.ca/wp-content/uploads/drupal/At%252520Home%252520Report%252520Winnipeg%252520ENG_0.pdf.
- Doering, P., & DeGrasse, C. (2015). Enhancing access to cancer care for the Inuit. *Current Oncology*, 22(4), 244-245. DOI: 10.3747/co.22.2752.
- Duff, P., Tyndall, M., Buxton, J., Zhang, R., Kerr, T., & Shannon, K. (2013). Sex-for-crack exchanges: Associations with risky sexual and drug use niches in an urban Canadian city. *Harm Reduction Journal*, 10(1), 1-8. DOI: 10.1186/1477-7517-10-29.
- Eagle Urban Transition Centre (EUTC). (2022). *Eagle Urban Transition Centre*. <http://eagleutc.com/>.
- Earle, L. (2011). *Traditional Aboriginal diets and health*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. https://www.nccih.ca/495/Traditional_Aboriginal_diets_and_health_nccah?id=44.
- Eickhoff, C. A., & Decker, C. F. (2016). Syphilis. *Disease-a-month*, 62(8), 280-286. DOI: 10.1016/j.disamonth.2016.03.012.
- Elton-Marshall, T., Leatherdale, S. T., Burkhalter, R., & Brown, K. S. (2013). Changes in tobacco use, susceptibility to future smoking, and quit attempts among Canadian youth over time: A comparison of off-reserve Aboriginal and non-Aboriginal youth. *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 10, 729-741. DOI: 10.3390/ijerph10020729.
- Employment and Social Development Canada (ESDC). (2021). *Addiction, substance use and homelessness – An analysis from the nationally coordinated point-in-time counts*. Government of Canada <https://www.canada.ca/content/dam/canada/employment-social-development/programs/homelessness/publications-bulletins/report-addiction/HPD-Report-AddictionsReport-20210121-VF.pdf>.
- Ermine, R., Engler-Stringer, R., Farnese, P., & Abbott, G. (2020). *Towards improving traditional food access for urban Indigenous people*. Saskatchewan Population Health and Evaluations Research Unit. <https://spheru.ca/publications/files/towards-improving-traditional-food-access-for-urban-indigenous-people-headline.php>.
- Expert Panel on the State of Knowledge of Food Security in Northern Canada. (2014). *Aboriginal food security in northern Canada: An assessment of the state of knowledge*. Council of Canadian Academies. <https://cca-reports.ca/reports/aboriginal-food-security-in-northern-canada-an-assessment-of-the-state-of-knowledge/>.
- Falvo, N. (2019). *The use of homelessness shelters by Indigenous peoples in Canada*. Tamarack Institute. <https://www.tamarackcommunity.ca/latest/the-use-of-homelessness-shelters-by-indigenous-peoples-in-canada>.
- Fast, E., Droulin-Gangé, M. E., Bertrand, N., Bertrand, S., & Allouche, Z. (2017). Incorporating diverse understandings of Indigenous identity: Toward a broader definition of cultural safety for urban Indigenous youth. *AlterNative*, 13(3), 152-160. DOI: 10.1177/1177180117714158.
- Fast, E., Nutton, J., De La Sablonnière-Griffin, M., & Kozlowski, A. (2016). A look at the interaction of urbanization, historical trauma and cultural identity among Indigenous youth in Canada: The interplay between urbanization, "historical trauma" and cultural identity among Indigenous youth in Canada. *Enfances, Familles, Génération*, 25. DOI: 10.7202/1039500ar.
- Fayed, S. T., King, A., King, M., Macklin, C., Demeria, J., Rabbitskin, N., Healy, B., & Gonzales, S. (2018). In the eyes of Indigenous people in Canada: Exposing the underlying colonial etiology of hepatitis C and the imperative for trauma-informed care. *Canadian Liver Journal*, 1(3), 115-129. DOI: 10.3138/canlivj.2018-0009.
- Firestone, M., Smylie, J., Maracle, S., McKnight, C., Spiller, M., & O'Campo, P. (2015). Mental health and substance use in an urban First Nations population in Hamilton, Ontario. *Canadian Journal of Public Health*, 106(6), 375-81. DOI: 10.17269/cjph.106.4923.

- Firestone, M., Smylie, J., Maracle, S., Spiller, M., & O'Campo, P. (2014). Unmasking health determinants and health outcomes for urban First Nations using respondent-driven sampling. *BMJ Open*, 4(7), e004978. DOI: 10.1136/bmjopen-2014-004978.
- First Nations Health Authority (FNHA). (2022). *First Nations pre-contact health*. <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-for-first-nations/our-history-our-health>.
- First Nations Information Governance Centre (FNIGC). (2021). *First Nations youth smoking: Factors associated with resilience*. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2021/05/FNIGC-Research-Series-Youth-Tobacco-2_210504.pdf.
- Flanagan, T. (2017). *Incentives, identity, and the growth of Canada's Indigenous population*. The Fraser Institute. <https://www.fraserinstitute.org/studies/incentives-identity-and-the-growth-of-canadas-indigenous-population>.
- Flicker, S., Danforth, J., Konsmo, E., Wilson, C., Oliver, V., Jackson, R., Prentice, T., Larkin, J., Restoule, J. P., & Mitchel, C. (2013). "Because we are Natives and we stand strong to our pride": Decolonizing HIV prevention with Aboriginal youth in Canada using the arts. *Canadian Journal of Aboriginal Community-Based HIV/AIDS Research*, 5, 4-24. <https://drive.google.com/file/d/1vR3gjC9TgA9on4z1s-ivli6WOYN6pelz/view>.
- Fontaine, P., Craft, A., & Truth and Reconciliation Commission (TRC) of Canada. (2015). *A knock on the door: The essential history of residential schools from the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. University of Manitoba Press.
- Ford, G. M., Wathen, C. N., Varcoe, C., Herbert, C., Jackson, B. E., Lavoie, J. G., Pauly, B., Perrin, N. A., Smye, V., Wallace, B., Wong, S. T., & Browne, for the E. R. P. A. J. (2018). How equity-oriented health care affects health: Key mechanisms and implications for primary health care practice and policy. *Milbank Quarterly*, 96(4), 635–671. DOI: 10.1111/1468-0009.12349.
- Froese, I. (2018). Winnipeg experiencing unparalleled spike in infectious syphilis rates. *CTV News, Manitoba*, August 9. <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/unprecedented-syphilis-outbreak-winnipeg-1.4778282>.
- Gaetz, S. (2014). *Coming of age: Reimagining the response to youth homelessness in Canada*. Canadian Observatory on Homelessness Press. https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/ComingOfAgeHH_0.pdf.
- Gaetz, S., & Dej, E. (2017). *A new direction: A framework for homelessness prevention*. Canadian Observatory on Homelessness Press. https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/COHPreventionFramework_1.pdf.
- Gaetz, S., Dej, E., Richter, T., & Redman, M. (2016). *The state of homelessness in Canada 2016*. Canadian Observatory on Homelessness Press. https://homelesshub.ca/sites/default/files/SOHC16_final_20Oct2016.pdf.
- Gaetz, S., Gulliver, T., & Richter, T. (2014). *The state of homelessness in Canada 2014*. The Homeless Hub Press. <https://www.homelesshub.ca/SOHC2014>.
- Genereux, D., Fan, L., & Brownlee, K. (2021). The psychosocial and somatic effects of relocation from remote Canadian First Nation communities to urban centres on Indigenous Peoples with chronic kidney disease (CKD). *International Journal of Environmental Research & Public Health*, 18, 3838. DOI: 10.3390/ijerph18073838.
- Ghosh H. (2012). Urban reality of type 2 diabetes among First Nations of eastern Ontario: Western science and Indigenous perceptions. *Journal of Global Citizenship & Equity Education*, 2(2), 158–181. <https://journals.sfu.ca/jgcee/index.php/jgcee/article/view/63>.
- Ghosh, H., & Spitzer, D. (2014). Inequities in diabetes outcomes among urban First Nation and Métis communities: Can addressing diversities in preventive services make a difference? *International Indigenous Policy Journal*, 5(1), 2. DOI: 10.18584/iipi.2014.5.1.2.
- Gifford, W., Thomas, R., Barton, G., Grandpierre, V., & Graham, I. D. (2018). "Breaking the silence" to improve cancer survivorship care for First Nations peoples: A study protocol for an Indigenous Knowledge Translation Strategy. *International Journal of Qualitative Methods*, 17, 1-6. DOI: 10.1177/1609406918774133.
- Gilbert, M., Thomson, K., Salway, T., Haag, D., Grennan, T., Fairley, C. K., Buchner, C., Krajden, M., Kendall, P., Shoveller, J., & Ogilvie, G. (2019). Differences in experiences of barriers to STI testing between clients of the internet-based diagnostic testing service GetCheckedOnline.com and an STI clinic in Vancouver, Canada. *Sexually Transmitted Infections*, 95, 151-156. DOI: 10.1136/sextrans-2018-053645.
- Gilmer, C., & Buccieri, K. (2020). Homeless patients associate clinician bias with suboptimal care for mental illness, addictions, and chronic pain. *Journal of Primary Care & Community Health*, 11, 1177. DOI: 10.1177/2150132720910289.

- Gionet, L., & Roshanafshar, S. (2013). *Select health indicators of First Nations people living off reserve, Métis and Inuit*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-624-x/2013001/article/11763-eng.htm>.
- Glynn, B. A., Brulé, M., Kenny, S. L., Khoo, E. L., Shergill, Y., Smyth, C. E., & Poulin, P. A. (2019). Understanding the high frequency use of the emergency department for patients with chronic pain: A mixed-methods study. *Journal of Healthcare Quality, 41*(4), 195-211. DOI: 10.1097/JHQ.000000000000073.
- Goldenberg, S. M., Amram, O., Braschel, M., Moreheart, S., & Shannon, K. (2020). Urban gentrification and declining access to HIV/STI, sexual health, and outreach services amongst women sex workers between 2010–2014: Results of a community-based longitudinal cohort. *Health & Place, 62*, 102288. DOI: 10.1016/j.healthplace.2020.102288.
- Goodman, A., Fleming, K., Markwick, N., Morrison, T., Lagimodiere, L., Kerr, T., & Western Aboriginal Harm Reduction Society. (2017). “They treated me like crap and I know it was because I was Native”: The healthcare experiences of Aboriginal Peoples living in Vancouver’s inner city. *Social Science & Medicine, 178*, 87-94. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.01.053.
- Gouldhawke, M. (2021). *The failure of federal Indigenous healthcare policy in Canada*. Policy Brief, 86. Yellowhead Institute. <https://yellowheadinstitute.org/wp-content/uploads/2021/02/m-goldhawke-health-policy-yi-brief-2.2021.pdf>.
- Government of British Columbia. (2022). *Managing your health: Sexually transmitted and blood borne infections*. <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/health/managing-your-health/sexually-transmitted-blood-borne-infections>.
- Gregg, E. W., Li, Y., Wang, J., Burrows, N. R., Ali, M. K., Rolka, D., Williams, D. E., & Geiss, L. (2014). Changes in diabetes-related complications in the United States, 1990–2010. *New England Journal of Medicine, 370*, 1514-23. DOI: 10.1056/NEJMoa1310799.
- Greenwood, M., & Jones, E. (2015). Being at the interface. In M. Greenwood, S. de Leeuw, N. M. Lindsay, & C. Reading (Eds.), *Determinants of Indigenous peoples’ health in Canada: Beyond the social* (pp. 64-77). Canadian Scholars’ Press.
- Haan, M., Chuatico, G., & Cornetet, J. (2020). Aboriginal earnings in Canada: The importance of gender, education, and industry. *Canadian Ethnic Studies, 52*(2), 1-27. DOI: 10.1353/ces.2020.0011.
- Hackett, C., Feeny, D., & Tompa, E. (2016). Canada’s residential school system: Measuring the intergenerational impact of familial attendance on health and mental health outcomes. *Journal of Epidemiology & Community Health, 70*(11), 1096-105. DOI: 10.1136/jech-2016-207380.
- Hadjipavlou, G., Varcoe, C., Tu, D., Dehoney, J., Price, R., & Browne, A. J. (2018). “All my relations”: Experiences and perceptions of Indigenous patients connecting with Indigenous elders in an inner city primary care partnership for mental health and well-being. *Canadian Medical Association Journal, 190*, 608-615. DOI: 10.1503/cmaj.171390.
- Hajizadeh, M., Bombay, A., & Asada, Y. (2019). Socioeconomic inequalities in psychological distress and suicidal behaviours among Indigenous peoples living off-reserve. *Canadian Medical Association Journal, 191*, 325-326. DOI: 10.1503/cmaj.181374.
- Hajizadeh, M., Hu, M., Bombay, A., & Asada, Y. (2018). Socioeconomic inequalities in health among Indigenous peoples living off-reserve in Canada: Trends and determinants. *Health Policy, 122*(8), 854-865. DOI: 10.1016/j.healthpol.2018.06.011.
- Hamdullahpur, K., Jacobs, K. J., & Gill, K. J. (2017). A comparison of socioeconomic status and mental health among inner-city Aboriginal and non-Aboriginal women. *International Journal of Circumpolar Health, 76*, 1, 1340693. DOI: 10.1080/22423982.2017.1340693.
- Hammond, C., Thomas, R., Gifford, W., Poudrier, J., Hamilton, R., Brooks, C., Morrison, T., Scott, T., & Warner, D. (2017). Cycles of silence: First Nations women overcoming social and historical barriers in supportive cancer care. *PsychoOncology, 26*(2), 191-198. DOI: 10.1002/pon.4335.
- Hanson, E., Gamez, D., & Manuel, A. (2020). *The Residential School System*. Indigenous Foundations. <https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/residential-school-system-2020/>.
- Hayward, A., Cidro, J., & Roulette, C. (2020). Identifying the gaps: A scoping review of urban indigenous health and wellness studies in Manitoba and Saskatchewan. *Canadian Journal of Urban Research, 29*(2), 32-54. <https://cjur.uwinnipeg.ca/index.php/cjur/article/view/292>.
- Health Canada. (2019). *Summary of results for the Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey 2018-19*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/canadian-student-tobacco-alcohol-drugs-survey/2018-2019-summary.html>.

- Heart and Stroke Foundation of Canada. (2018). *Ms. Understood: Women's hearts are victims of a system that is ill-equipped to diagnose, treat and support them*. 2018 Heart Report. https://www.heartandstroke.ca/-/media/pdf-files/canada/2018-heart-month/hs_2018-heart-report_en.ashx.
- Heart and Stroke Foundation of Canada. (2019). *A tobacco endgame for Canada: Creating a future free of commercial tobacco use*. Policy Statement. <https://heartstrokeprod.azureedge.net/-/media/pdf-files/canada/2022-policy-statements/tobaccopolicystatement2022.ashx?la=en&rev=e4b467f9732b4f12bdf45ef7b85277b5>.
- Helping Spirit Lodge Society (HSLs). (2019). *About us*. <https://hsls.ca/about-us/>.
- Henderson, W. B. (2021). Indigenous self-determination in Canada. *The Canadian Encyclopedia [online]*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/aboriginal-self-government>.
- Hicks, J. (2015). *Statistical data on death by suicide by Nunavut Inuit, 1920 to 2014*. Nunavut Tunngavik. <https://www.tunngavik.com/files/2015/09/2015-09-14-Statistical-Historical-Suicide-Date-Eng.pdf>.
- Hill, G., & Cooke, M. (2014). How do you build a community? Developing community capacity and social capital in an urban aboriginal setting. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 11(3), 421-432. <https://www.semanticscholar.org/paper/How-Do-You-Build-A-Community-Developing-Community-Hill-Cooke/786aaa21c5f3a7d403c8245b6c5674610f701bae>.
- Horrill, T., McMillan, D. E., Schultz, A. S. H., & Thompson, G. (2018). Understanding access to healthcare among Indigenous peoples: A comparative analysis of biomedical and postcolonial perspectives. *Nursing Inquiry*, 25, 1-9. February. DOI: 10.1111/nin.12237.
- Howard, H. A. (2014). Canadian residential schools and urban Indigenous knowledge production about diabetes. *Medical Anthropology*, 33(6), 529-545. DOI: 10.1080/01459740.2013.828722.
- Howard-Bobiwash, H. A., & Lobo, S. (2013). Indigenous peoples, rural to urban migration, United States and Canada. *The Encyclopedia of Global Human Migration [online]*. https://www.academia.edu/4373870/Indigenous_peoples_rural_to_urban_migration_United_States_and_Canada.
- Howard-Bobiwash, H. A., Joe, J. R., & Lobo, S. (2021). Concrete lessons: Policies and practices affecting the impact of COVID-19 for urban Indigenous communities in the United States and Canada. *Frontiers in Sociology*, 6, 612029. DOI: 10.3389/fsoc.2021.612029.
- Hsu, Y. S., & Warburton, D. E. R. (2018). A review of physical activity status in Canadian Indigenous populations and current physical activity guidelines and evaluation methods. *The Health & Fitness Journal of Canada*, 11(2), 113-121. DOI: 10.14288/hfj.v11i2.256.
- Hunting, G., & Browne, A. J. (2012). Decolonizing policy discourse: Reframing the "problem" of fetal alcohol spectrum disorder. *Women's Health & Urban Life*, 11(1), 35-53. https://tspace.library.utoronto.ca/bitstream/1807/32417/1/11.1_Hunting_Browne.pdf.
- Hutchinson, R. N., & Shin, S. (2014). Systematic review of health disparities for cardiovascular diseases and associated factors among American Indian and Alaska Native populations. *Plos One*, 9(1), e80973. DOI: 10.1371/journal.pone.0080973.
- Indigenous and Northern Affairs Canada (INAC). (2017). *Evaluation of the Urban Aboriginal Strategy. Final report*. Evaluation, Performance Measurement and Review Branch Audit and Evaluation Sector, Government of Canada. https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/DAM/DAM-CIRNAC-RCAANC/DAM-AEV/STAGING/texte-text/ev_uas17_1520437292422_eng.pdf.
- Indigenous Corporate Training (ICT) Inc. (2018). *Why continuity of Indigenous cultural identity is critical*. <https://www.ictinc.ca/blog/why-is-indigenous-cultural-continuity-critical>.
- Indigenous Corporate Training (ICT) Inc. (2021). *8 First Nation reserve FAQs*. Blog. <https://www.ictinc.ca/blog/8-first-nation-reserve-faqs>.
- Indigenous Food Systems Network. (2022). *Indigenous food sovereignty*. <https://www.indigenousfoodsystems.org/food-sovereignty>.
- Indigenous Foundations. (2009a). *Bill C-31*. University of British Columbia. https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/bill_c-31/.
- Indigenous Foundations. (2009b). *Aboriginal rights*. University of British Columbia. https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/aboriginal_rights/.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2014). *Makoonsag Intergenerational Children's Centre*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1405692912892/1533318639528>.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2017). *Urban reserves*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1100100016331/1611939200241#chp1>.

- Indigenous Services Canada (ISC). (2018). *Urban programming for Indigenous Peoples*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1471368138533/1536932634432>.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2020). *Annual report to Parliament 2020*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1602010609492/1602010631711>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2021). *Indigenous health care in Canada*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1626810177053/1626810219482>.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2022). *Indigenous community support fund*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1585189335380/1585189357198>.
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2013). *Inuit-specific tuberculosis (TB) strategy*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2013/03/20130503-EN-FINAL-Inuit-TB-Strategy.pdf>.
- Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). (2018). *Inuit tuberculosis elimination strategy*. <https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2018/12/FINAL-ElectronicEN-Inuit-TB-Elimination-Framework.pdf>.
- Jacklin, K. M., Henderson, R. I., Green, M. E., Walker, L. M., Calam, B., & Crowshoe, L. J. (2017). Health care experiences of Indigenous people living with type 2 diabetes in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(3), 106-112. DOI: 10.1503/cmaj.161098.
- Jardine, C., & Lines, L.A. (2018). Social and structural determinants of Indigenous health. In H. Exner-Pirot, B. Norbye, & L. Butler (eds.), *Northern and Indigenous health and health care* (Chapter 11). University of Saskatchewan. <https://openpress.usask.ca/northernhealthcare/chapter/chapter-11-social-and-structural-determinants-of-indigenous-health/>.
- Jennings, D. R., Paul, K., Little, M. M., Olson, D., & Johnson-Jennings, M. D. (2020). Identifying perspectives about health to orient obesity intervention among urban, transitionally housed Indigenous children. *Qualitative Health Research*, 30(6), 894-905. DOI: 10.1177/1049732319900164.
- Jetty, R. (2017). Tobacco use and misuse among Indigenous children and youth in Canada. Position statement. *Paediatrics & Child Health*, 22(7), 395-399. <https://academic.oup.com/pch/article/22/7/395/4356893?login=false>.
- Johnson, R. & Donkin, K. (2022). Some provinces, territories not tracking race of infants who die in their sleep. *CBC Investigates*, April 30. <https://www.cbc.ca/news/indigenous/safe-sleep-investigation-part-two-1.6410089>.
- Joseph, B. (2018). *21 things you may not know about the Indian Act: Helping Canadians make reconciliation with Indigenous Peoples a reality*. Indigenous Relations Press.
- Jull, J., Mazereeuw, M., Sheppard, A., Kewayosh, A., Steiner, R., & Graham, I. D. (2018). Tailoring and field-testing the use of a knowledge translation peer support shared decision making strategy with First Nations, Inuit and Métis people making decisions about their cancer care: A study protocol. *Research Involvement and Engagement*, 4, 6. DOI: 10.1186/s40900-018-0085-3.
- Kamal, A. G., Linklater, R., Thompson, S., Dipple, J. & Ithinto Mechisowin Committee. (2015). A recipe for change: Reclamation of Indigenous food sovereignty in O-Pipon-Na-Piwin Cree Nation for decolonization, resource sharing, and cultural restoration. *Globalizations*, 12(4), 559-575. DOI: 10.1080/14747731.2015.1039761.
- Ka Ni Kanichihk (2022). *About Ka Ni Kanichihk*. <https://www.kanikanichihk.ca/about/>.
- Kenny, K. S., Ranville, F., Green, S. L., Duff, P., Braschel, M., Abrahams, R., & Shannon, K. (2019). Family separation and maternal self-rated health: Evidence from a prospective cohort of marginalized mothers in a Canadian setting. *Maternal & Child Health Journal*, 23(9), 1232-1239. DOI: 10.1007/s10995-019-02762-z.
- Kentel, J. L., & McHugh, T. L. F. (2015). “Mean mugging”: An exploration of young Aboriginal women’s experiences of bullying in team sports. *Journal of Sport & Exercise Psychology*, 37, 367-378. DOI: 10.1123/jsep.2014-0291.
- Kewayosh, A., Marrett, L., Aslam, U., Steiner, R., Lum-Kwong, M., Imre, J., & Amartey, A. (2015). Improving health equity for First Nations, Inuit and Métis people: Ontario’s Aboriginal Cancer Strategy II. *Law & Governance*, 17, 33-40. DOI: 10.12927/hcq.2014.24007.
- Kidd, S. A., Thistle, J., Beaulieu, T., O’Grady, B., & Gaetz, S. (2019). A national study of Indigenous youth homelessness in Canada. *Public Health*, 176, 163-171. DOI: 10.1016/j.puhe.2018.06.012.
- Kim, P. J. (2019). Social determinants of health inequities in Indigenous Canadians through a life course approach to colonialism and the Residential School System. *Health Equity*, 3(1), 378-381. DOI: 10.1089/heq.2019.0041.
- Kolahdooz, f., Sadeghirad, B., Corriveau, A., & Sharma, S. (2017). Prevalence of overweight and obesity among Indigenous populations in Canada: a systematic review and meta-analysis. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition*, 57(7), 1316-1327. DOI: 10.1080/10408398.2014.913003.
- Kirmayer, L. J., Dandeneau, S., Marshall, E., Phillips, M. K., & Williamson, K. J. (2011). Rethinking resilience from Indigenous perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 56(2), 84-91. DOI: 10.1177/070674371105600203.

- Kirmayer, L. J., Sheiner, E., & Geoffroy, D. (2016). Mental health promotion for Indigenous youth. In M. Hodes & S. Gau (eds.), *Positive mental health: Fighting stigma and promoting resiliency for children and adolescents* (pp. 111-40). Elsevier Academic Press. DOI: 10.1016/B978-0-12-804394-3.00006-1.
- Kitching, G. T., Firestone, M., Schei, B., Wolfe, S., Bourgeois, C., O'Campo, P., Rotondi, M., Nisenbaum, R., Maddox, R., & Smylie, J. (2020). Unmet health needs and discrimination by healthcare providers among and Indigenous population in Toronto, Canada. *Canadian Journal of Public Health, 111*, 40-49. DOI: 10.17269/s41997-019-00242-z.
- Klakowicz, P., Zhang, W., Colley, G., Moore, D., & Tu, D. (2016). Declining mortality among HIV-positive Indigenous people at a Vancouver Indigenous-focused urban-core health care centre. *Canadian Family Physician, 62*, e319-25. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4907576/>.
- Kruz, T., Esrigar, N., Fukuyama, K., Grant, E., Hawkins, L., & Norris, K. (2016). *Inclusion in mainstream spaces, services and programs in Vancouver's inner city: Comparing the experiences and perceptions of Indigenous and non-Indigenous seniors. Final Report*. UAKN Western Research Centre. <https://uakn.org/wp-content/uploads/2019/03/Final-Report-Elders-Inclusion-research-.pdf>.
- Kumar, M. B. (2021). *Mortality and morbidity related to fire, burns and carbon monoxide poisoning among First Nations people, Métis and Inuit: Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort*. Centre for Indigenous Statistics and Partnerships, Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210325/dq210325g-eng.htm>.
- Kumar, M. B., Furgal, C., Hutchinson, P., Roseborough, W., & Kootoo-Chiarelo, S. (2019). Harvesting activities among First Nations people living off reserve, Métis and Inuit: Time trends, barriers and associated factors. *Aboriginal Peoples Survey*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2019001-eng.htm>.
- Lambert, D. T. (2017). *The history of Indigenous HIV-people, policy and process* [Master of Science thesis]. University of Alberta. <https://era.library.ualberta.ca/items/02cc46a4-d18f-41fb-bd5b-d896df170376>.
- Landry, V., Asselin, H., & Lévesque, C. (2019). Link to the land and *mino-pimatisiwin* (Comprehensive health) of Indigenous people living in urban areas of Eastern Canada. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 16*(23), 4782. DOI: 10.3390/ijerph16234782.
- Lane, P. (2020). *Good health is more than just the absence of illness*. National Community Reinvestment Coalition. <https://nccr.org/good-health-is-more-than-just-the-absence-of-illness/>.
- Lavoie, J. G., Kaufert, J., Browne, A.J., Mah, S., O'Neil, J. D., Sinclair, S., & BlueSky, K. (2015). Negotiating barriers, navigating the maze: First Nation peoples' experience of medical relocation. *Canadian Public Administration, 58*(2), 295-314. DOI: 10.1111/capa.12111.
- Lefebvre, M. E., Hughes, C. A., Yasui, Y., Saunders, D. L., & Houston, S. (2014). Antiretroviral treatment outcomes among foreign-born and Aboriginal peoples living with HIV/AIDS in northern Alberta. *Canadian Journal of Public Health, 105*(4), e251-7. DOI: 10.17269/cjph.105.4254.
- Levine, S., Varcoe, C., & Browne, A. J. (2021). "We went as a team closer to the truth": Impacts of interprofessional education on trauma- and violence-informed care for staff in primary care settings. *Journal of Interprofessional Care, 35*(1), 46-54. DOI: 10.1080/13561820.2019.1708871.
- Library and Archives Canada. (2020). *Métis Nation*. Government of Canada. <https://www.bac-lac.gc.ca/eng/discover/aboriginal-heritage/metis/Pages/introduction.aspx>.
- Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw, S. (2014). *Indigenous experiences with racism and its impacts*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. https://www.nccih.ca/495/Aboriginal_Experiences_with_Racism_and_its_Impacts.nccih?id=131.
- Loppie, C., & Wien, F. (2022). *Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants model*. Prince George, BC: National Collaborating Centre for Indigenous Health. https://www.nccih.ca/495/Understanding_Indigenous_Health_Inequalities_through_a_Social_Determinants_Model.nccih?id=10373.
- Lydon-Hassen, K., Jonah, L., Mayotte, L., Hrabowy, A., Graham, B., Missens, B., Nelson, A., Andkhoie, M., Nahachewsky, D., Yalamanchili, D. T., Gupta, S., Ndubuka, N., Khan, I., Yacoub, W., Bryson, M., & Paquette, D. (2022). Summary findings from Tracks surveys implemented by First Nations in Saskatchewan and Alberta, Canada, 2018–2020. *Canada Communicable Disease Report, 48*(4), 146-156. DOI: 10.14745/ccdr.v48i04a05.
- Ma Mawi Wi Chi Itata Centre (Ma Mawi). (2022). *About us*. <https://www.mamawi.com/about-us/>.
- Madwar, S. (2018). Inuit high arctic relocations in Canada. *The Canadian Encyclopedia [online]*. https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/inuit-high-arctic-relocations?gclid=CjwKCAiAv_KMBhAzEiwAs-rX1AX9zGkKp001atTn0Tk39meuuzX4IdUs38LmNSK0ZjrXivFmVkkCvhoCSuUQAvD_BwE.
- Manitoba Association of Friendship Centres (MAFC). (2022). *History*. <https://friendshipcentres.ca/about/history/>.

- Manitoba Health, Healthy Living and Seniors (MHLS). (2015). *Manitoba sexually transmitted and blood-borne infections strategy, 2015-2019*. Government of Manitoba. https://www.gov.mb.ca/health/publichealth/cdc/docs/stbbi_strategy.pdf.
- Manitoba Métis Federation (MMF). (2022). *Métis Community Resource Department*. <https://www.mmf.mb.ca/rrm-community-resource>.
- Marsh, T. N., Coholic, D., Cote-Meek, S., & Najavits, L.M. (2015). Blending Aboriginal and Western healing methods to treat intergenerational trauma with substance use disorder in Aboriginal peoples who live in Northeastern Ontario, Canada. *Harm Reduction Journal*, 12, 14. DOI: 10.1186/s12954-015-0046-1.
- Mason, C. W., McHugh, T. F., Strachan, L., & Boule, K. (2018). Urban indigenous youth perspectives on access to physical activity programmes in Canada. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11, 1-16. DOI: 10.1080/2159676X.2018.1514321.
- Mason, G. (2019). *Understanding urban reserves: Special reference to Kapyong*. Presentation address delivered to the Rady Jewish Community Centre, January 24, 2018. <https://gregorymason.ca/wp-content/uploads/2019/01/Understanding-Urban-Reserves-V1.pdf>.
- Maudrie, T. L., Colón-Ramos, U., Harper, K. M., Jock, B. W., & Gittelsohn, J. (2021). A scoping review of the use of Indigenous food sovereignty principles for intervention and future directions. *Current Developments in Nutrition*, 5(7), nzab093, DOI: 10.1093/cdn/nzab093.
- Mazereeuw, M., Withrow, D. R., Nishri, E. D., Tjepkema, M., & Marrett, L.D. (2018). Cancer incidence among First Nations adults in Canada: Follow-up of the 1991 Census Mortality cohort (1992-2009). *Canadian Journal of Public Health*, 109, 700-709. DOI: 10.17269/s41997-018-0091-0.
- McGahan, C. E., Linn, K., Guno, P., Johnson, H., Coldman, A. J., Spinelli, J. J., & Caron, N. R. (2017). Cancer in First Nations people living in British Columbia, Canada: An analysis of incidence and survival from 1993 to 2010. *Cancer Causes Control*, 28(10), 1105-1116. DOI: 10.1007/s10552-017-0950-7.
- McGibbon, E., Waldron, I., & Jackson, J. (2013). The social determinants of cardiovascular disease: Time for a focus on racism. *Diversity & Equality in Health and Care*, 10(3), 139-142. https://www.researchgate.net/publication/286164257_The_social_determinants_of_cardiovascular_disease_Time_for_a_focus_on_racism.
- McIsaac, K. E., Moineddin, R., & Matheson, F. I. (2015). Breastfeeding as a means to prevent infant morbidity and mortality in Aboriginal Canadians: A population prevented fraction analysis. *Canadian Journal of Public Health*, 106(4), e217-22. DOI: 10.17269/cjph.106.4855.
- McKay, P. (2021). 'Shocking' jump in STI rates among Indigenous people in Sask. is 'an emergency': Indigenous Services top doc. *CTV News, Saskatoon [online]*, March 30. <https://saskatoon.ctvnews.ca/shocking-jump-in-sti-rates-among-indigenous-people-in-sask-is-an-emergency-indigenous-services-top-doc-1.5368552#:~:text=SASKATOON%20%2D%2D%20Cases%20of%20syphilis,complications%2C%20particularly%20in%20pregnant%20women>.
- Métis Nation British Columbia (MNBC) & BC Office of the Provincial Health Officer (OPHO). (2021). *Taanishi kiiya? Miiyayow Métis Saantii Pi Miyooayaan Didaan BC*. Métis Public Health Surveillance Program in BC – Baseline Report, 2021. https://www.mnbc.ca/wp-content/uploads/2022/02/pho_métis_report_2021c_f3.pdf.
- Métis Settlements General Council (MSGC). (2018). *Our land, our culture, our future*. <https://web.archive.org/web/20180329184850/https://metissettlements.com/>.
- Minichiello, V., Rahman, S., & Hussain, R. (2013). Epidemiology of sexually transmitted infections in global indigenous populations: Data availability and gaps. *International Journal of STD & AIDS*, 24(10), 759-768. DOI: 10.1177/0956462413481526.
- Minuk, G. Y., O'Brien, M., Hawkins, K., Emokpare, D., McHattie, J., Harris, P., Worobetz, L., Doucette, K., Kaita, K., Wong, S., Pinette, G., & Uhanova, J. (2013). Treatment of chronic hepatitis C in a Canadian Aboriginal population: Results from the PRAIRIE study. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 27(12), 707-710. DOI: 10.1155/2013/963694.
- Moqueet, N., Grewal, R., Mazzulli, T., Cooper, C., Gardner, S. L., Salit, I. E., Kroch, A., Burchell, A. N., OHTN Cohort Study Team, Kroch, A., & Burchell, A. (2021). Hepatitis C virus testing in a clinical HIV cohort in Ontario, Canada, 2000 to 2015. *Health Science Reports*, 4(3), e358. DOI: 10.1002/hsr2.358.
- Mosby, I., & Galloway, T. (2017). "Hunger was never absent": How residential school diets shaped current patterns of diabetes among Indigenous peoples in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 189(32), E1043-E1045. DOI: 10.1503/cmaj.170448.

- Murti, M., Wong, J., Whelan, M., Renda, C., Hohenadel, K., Macdonald, L., & Parry, D. (2019). The need for integrated public health surveillance to address sexually transmitted and blood-borne syndemics. *Canada Communicable Disease Report*, 45(2/3), 63-66. DOI: 10.14745/ccdr.v45i23a03.
- Musić Milanović, A., Mihel, S., Pristaš, I., Stanić, A., & Stevanović, R. (2006). Life expectancy and mortality differences between populations on Croatian Islands and the Mainland. *Croatian Medical Journal*, 47, 611-618. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2080454/>.
- National Association of Friendship Centres (NAFC). (2020). *Justice and safety for urban Indigenous children and youth in Canada. National Association of FCs – Civil society submission, 5th and 6th review of Canada's implementation of the Convention on the Rights of the Child*. NAFC Alternative Submission. http://rightsofchildren.ca/wp-content/uploads/2020/07/2020_02_27-Report-NAFC-Alternative-Report-for-UNCRC-5-6-final.pdf.
- National Association of Friendship Centres (NAFC). (2021). *Urbanization and Indigenous Peoples in Canada: Responses for the questionnaire from the Special Rapporteur on the Rights of Indigenous Peoples*. <https://nafc.ca/downloads/unquestionnaire-from-the-special-rapporteur-on-the-rights-of-indigenous-peoples-2021.pdf>.
- National Association of Friendship Centres (NAFC). (2022). *Urban Aboriginal Knowledge Network*. <https://nafc.ca/research/urban-aboriginal-knowledge-network>.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2018). *Incredible resiliencies of Indigenous health*. https://www.nccih.ca/28/Social_Determinants_of_Health.nccih?id=354.
- National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (NIMMIWG). (2019). *Reclaiming power and place: The final report of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls*. Department of Justice, Canada. <https://www.mmiwg-ffada.ca/final-report/>.
- National Urban Indigenous Coalition Council (NUICC). (2024). *Stories have always been our governance*. <https://nuicc.ca/about/>.
- Native Women's Association of Canada (NWAC). (2019). *Indigenous housing: Policy and engagement – Final report to Indigenous Services Canada*. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Issues/Housing/IndigenousPeoples/CSO/NWAC_Housing_Engagement_Final_Report_April_2019.pdf.
- Neeginan Centre. (2018). *Our beginning*. <https://neeginancentre.com/>.
- Negin, J., Aspin, C., Gadsden, T., & Reading, C. (2015). HIV among Indigenous peoples: A review of the literature on HIV-related behaviour since the beginning of the epidemic. *AIDS & Behavior*, 19, 1720-1734. DOI: 10.1007/s10461-015-1023-0.
- Nejad, S., Walker, R., Macdougall, B., Belanger, Y., & Newhouse, D. (2019). This is an Indigenous city: Why don't we see it? Indigenous urbanism and spatial production in Winnipeg. *The Canadian Geographer*, 63(3), 413-424. DOI: 10.1111/cag.12520.
- Nelson, S. E., & Rosenberg, M. W. (2021). Age-friendly cities and older Indigenous people: An exploratory study in Prince George, Canada. *Canadian Journal on Aging*, 41(2), 273-82. DOI: 10.1017/S071498082100009X.
- Nelson, S. E., & Wilson, K. (2017). The mental health of Indigenous peoples in Canada: A critical review of research. *Social Science & Medicine*, 176, 93-112. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.01.021.
- Neufeld, H. T., Richmond, C., & Southwest Ontario Aboriginal Health Access Centre (2020). Exploring First Nation elder women's relationships with food from social, ecological, and historical perspectives. *Current Developments in Nutrition*, 4(3), nzaa011. DOI: 10.1093/cdn/nzaa011.
- Nishri, E. D., Sheppard, A. J., Withrow, D. R., & Marrett, L. D. (2014). Cancer survival among First Nations people of Ontario, Canada (1968-2007). *International Journal of Cancer*, 136(3), 639-45. DOI: 10.1002/ijc.29024.
- Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K., & Chan, C. B. (2020). Barriers and mitigating strategies to healthcare access in Indigenous communities of Canada: A narrative review. *Healthcare*, 8(2), 112. DOI: 10.3390/healthcare8020112.
- O'Donnell, V., & LaPointe, R. (2019). Response mobility and the growth of the Aboriginal identity population, 2006-2011 and 2011-2016. *National Household Survey: Aboriginal Peoples*, October 20. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019002-eng.htm>.
- O'Donnell, V., Wendt, M., & the National Association of Friendship Centres. (2017). Aboriginal seniors in population centres in Canada. *Aboriginal Peoples Survey, 2012*, March 21. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2017013-eng.htm>.

- Ontario HIV Treatment Network (OHTN). (2019). *Unmet needs of Indigenous people living with HIV*. Rapid Response Service #141. [https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-unmet-needs-of-indigenous-peoples-living-with-hiv/#:~:text=Therefore%2C%20the%20authors%20conclude%20that,%2C%20or%20behaviours%20\(22\).](https://www.ohtn.on.ca/rapid-response-unmet-needs-of-indigenous-peoples-living-with-hiv/#:~:text=Therefore%2C%20the%20authors%20conclude%20that,%2C%20or%20behaviours%20(22).)
- Ontario Human Rights Commission (OHRC). (2018). *Interrupted childhoods: Over-representation of Indigenous and Black children in Ontario child welfare*. <https://www.ohrc.on.ca/en/interrupted-childhoods>.
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2019). Chronic disease morbidity. *Health at a glance 2019: OECD indicators*. OECD Publishing. DOI: 10.1787/5101558b-en.
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2020). *Profile of Indigenous Canada: Trends and data needs*. OECD Publishing. <https://www.oecd-ilibrary.org/sites/e6cc8722-en/index.html?itemId=/content/component/e6cc8722-en>.
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2021). *Health at a glance 2021: OECD indicators*. OECD Publishing. DOI: 10.1787/ae3016b9-en.
- Organization for Economic Co-Operation and Development (OECD). (2022). *Infant mortality rates*. OECD Publishing. DOI: 10.1787/83dea506-en.
- Orr, P. (2013). Tuberculosis in Nunavut: Looking back, moving forward. *Canadian Medical Association*, 185(4), 287-288. DOI: 10.1503/cmaj.121536.
- Ortiz-Ospina, E. (2017). "Life expectancy": *What does this actually mean?* Our World in Data. <https://ourworldindata.org/life-expectancy-how-is-it-calculated-and-how-should-it-be-interpreted>.
- Oster, R. T., Bruno, G., Montour, M., Roasting, M., Lightning, R., Rain, P. Graham, B., Mayan, M. J., Toth, E. L., & Bell, R. C. (2016). *Kikiskawâwasow* – prenatal healthcare provider perceptions of effective care for First Nations women: An ethnographic community-based participatory research study. *BMC Pregnancy Childbirth*, 16, 216. DOI: 10.1186/s12884-016-1013-x.
- Oster, R. T., Grier, A., Lightning, R., Mayan, M. J., & Toth, E. L. (2014). Cultural continuity, traditional Indigenous language, and diabetes in Alberta First Nations: A mixed methods study. *International Journal for Equity in Health*, 13, 92. DOI: 10.1186/s12939-014-0092-4.
- Oster, R. T., & Toth, E. L. (2015). A retrospective analysis of stillbirth epidemiology and risk factors among First Nations and non-First Nations pregnancies in Alberta from 2000 to 2009. *Journal of Obstetrics and Gynaecology Canada*, 37(2), 117-21. DOI: 10.1016/S1701-2163(15)30332-7.
- Pacific Association of First Nations Women (PAFNW). (2022). *What we do*. <https://pafnw.wordpress.com/what-we-do/>.
- Palmater, P. (2016). Shining light on the dark places: Addressing police racism and sexualized violence against Indigenous women and girls in the National Inquiry. *Canadian Journal of Women and the Law*, 28(2), 253-284. DOI: 10.3138/cjwl.28.2.253.
- Palmater, P.D. (2011). *Beyond blood: Rethinking Indigenous identity*. Purich Publishing Ltd.
- Park, J. (2021). Mortality among First Nations people, 2006 to 2016. *Health Reports*, 32(10), 3-13. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2021010/article/00001-eng.htm>.
- Park, J., Tjepkema, M., Goedhuis, N., & Pennock, J. (2015). Avoidable mortality among First Nations adults in Canada: A cohort analysis. *Health Reports*, 26(8), 10-16. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26288317/>.
- Parker, B., Burnett, K., Hay, T., & Skinner, K. (2018). The community food environment and food insecurity in Sioux Lookout, Ontario: Understanding the relationships between food, health, and place. *Journal of Hunger & Environmental Nutrition*, 14(6), 762-779. DOI: 10.1080/19320248.2018.1537867.
- Parmar, P., Corsi, D. J., & Cooper, C. (2016). Distribution of hepatitis C risk factors and HCV treatment outcomes among central Canadian Aboriginal. *Canadian Journal of Gastroenterology & Hepatology*, 8987976. DOI: 10.1155/2016/8987976.
- Parriag, A., & Chaulk, P. (2013). The urban Aboriginal middle-income group in Canada: A demographic profile. *Aboriginal Policy Studies*, 2(2), 34-63. DOI: 10.5663/aps.v2i2.19005.
- Patrick, C. (2014). *Aboriginal homelessness in Canada: A literature review*. Canadian Homelessness Research Network Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/AboriginalLiteratureReview.pdf>.
- Pearce, M. E., Jongbloed, K. A., Richardson, C. G., Henderson, E. W., Pooyak, S. D., Oviedo-Joekes, E., Christian, W. M., Schechter, M. T., Spittal, P. M., & For the Cedar Project Partnership. (2015). The Cedar Project: Resilience in the face of HIV vulnerability within a cohort study involving young Indigenous people who use drugs in three Canadian cities. *BMC Public Health*, 15, 1095. DOI: 10.1186/s12889-015-2417-7.

- Pelletier, C. A., Smith-Forrester, J., & Klassen-Ross, T. (2017). A systematic review of physical activity interventions to improve physical fitness and health outcomes among Indigenous adults living in Canada. *Preventive Medicine Reports*, 8, 242–249. DOI: 10.1016/j.pmedr.2017.11.002.
- Petrasek Macdonald, J., Cunsolo Willox, A., Ford, J. D., Shiwak, I., & Wood, M. (2015). Protective factors for mental health and well-being in a changing climate: Perspectives from Inuit youth in Nunatsiavut, Labrador. *Social Science & Medicine*, 141, 133-141. DOI: 10.1016/j.socscimed.2015.07.017.
- Phillipps, B. (2021). *Accessing Indigenous foods in urban northwestern Ontario: Women's stories of Indigenous food sovereignty and resistance to policy* [PhD dissertation]. University of Waterloo. https://uwspace.uwaterloo.ca/bitstream/handle/10012/16911/Phillipps_Breanna.pdf?sequence=3.
- Physical Literacy. (2022). *Indigenous Peoples*. <https://physicalliteracy.ca/indigenous-peoples/>.
- Place, J. (2012). *The health of Aboriginal people residing in urban areas*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/emerging/RPT-HealthUrbanAboriginal-Place-EN.pdf>.
- Pound, C. M., & Unger, S. L. (2012). The Baby-Friendly Initiative: Protecting, promoting and supporting breastfeeding. Position Statement. *Paediatrics & Child Health*, 17(6), 317-21. <https://cps.ca/en/documents/position/baby-friendly-initiative-breastfeeding>.
- Primack, B. A., Carroll, M. V., Weiss, P. M., Shihadeh, A. L., Shensa, A., Farley, S. T., Fine, M. J., Eissenberg, T., & Nayak, S. (2016). Systematic review and meta-analysis of inhaled toxicants from waterpipe and cigarette smoking. *Public Health Reports*, 131(1), 76-85. DOI: 10.1177/003335491613100114.
- Prince, S. A., McDonnell, L. A., Turek, M. A., Visintini, S., Nahwegahbow, A., Kandasamy, S., Sun, L. Y., & Coutinho, T. (2018). The state of affairs for cardiovascular health research in Indigenous women in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(4), 437-449. DOI: 10.1016/j.cjca.2017.11.019.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2018). *Key health inequalities in Canada: A national portrait*. Pan-Canadian Health Inequalities Reporting Initiative. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/science-research-data/key-health-inequalities-canada-national-portrait-executive-summary.html>.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2019). Infographic: Infectious syphilis in Canada, 2018. *Canada Communicable Disease Report*, 45(11), 302. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/reports-publications/canada-communicable-disease-report-ccdr/monthly-issue/2019-45/issue-11-november-7-2019/ccdrv45i11a05-eng.pdf>.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2020). *Estimates of HIV incidence, prevalence and Canada's progress on meeting the 90-90-90 HIV targets, 2018*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/public-health/services/publications/diseases-conditions/summary-estimates-hiv-incidence-prevalence-canadas-progress-90-90-90.html>.
- Puri, N., Shannon, K., Nguyen, P., & Goldenberg, S. M. (2017). Burden and correlates of mental health diagnoses among sex workers in an urban setting. *BMC women's health*, 17(1), 1-9. DOI: 10.1186/s12905-017-0491-y.
- Purkey, E., Davison, C., MacKenzie, M., Beckett, T., Korpak, D., Soucie, K., & Bartels, S. (2020). Experience of emergency department use among persons with a history of adverse childhood experiences. *BMC Health Services Research*, 20(455), 1-10. DOI: 10.1186/s12913-020-05291-6.
- Rand, M., Gray, C., & Nysten, K. (2018). *Creating physically active Indigenous communities through path to prevention – report recommendations*. Presentation. Cancer Care Ontario. https://sportforlife.ca/wp-content/uploads/2018/03/D2_-_Path_to_Prevention_MichelleRand.pdf.
- Raphael, D. (2015). Beyond policy analysis: The raw politics behind opposition to healthy public policy. *Health Promotion International*, 30(2), 380–96. DOI: 10.1093/heapro/dau044.
- Ray, L., Burnett, K., Cameron, A., Joseph, S., LeBlanc, J., Parker, B., Recollet, A., & Sergerie, C. (2019). Examining Indigenous food sovereignty as a conceptual framework for health in two urban communities in Northern Ontario. *Global Health Promotion*, 26(3), 54-63. DOI: 10.1177/1757975919831639.
- Reading, C. L. & Wien, F. (2009/2013). *Health inequalities and social determinants of Aboriginal Peoples' health*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/social%20determinates/NCCAH-Loppie-Wien_Report.pdf.

- Rice, K., Te Hiwi, B., Zwarenstein, M., Lavallee, B., Barre, D. E., Harris, S., & FORGE AHEAD Program Team. (2016). Best practices for the prevention and management of diabetes and obesity-related chronic disease among Indigenous peoples in Canada: A review. *Canadian Journal of Diabetes*, 40(3), 216-225. DOI: org/10.1016/j.cjcd.2015.10.007.
- Richmond, C. A. M., & Cook, C. (2016). Creating conditions for Canadian Aboriginal health equity: The promise of healthy public policy. *Public Health Reviews*, 37, 2. DOI: 10.1186/240985-016-0016-5.
- Richmond, C. A. M., & Ross, N. A. (2009). The determinants of First Nation and Inuit health: A critical population health approach. *Health & Place*, 15(2), 403-411. DOI: 10.1016/j.healthplace.2008.07.004.
- Richmond, C. A. M., & Smith, D. (2012). Sense of belonging in the urban school environments of aboriginal youth. *International Indigenous Policy Journal*, 3(1). DOI: 10.18584/ijip.2012.3.1.1.
- Richmond, C., Steckley, M., Neufeld, H., Bezner Kerr, R., Wilson, K., & Dokis, B. (2020). First Nations food environments: Exploring the role of place, income and social connection. *Current Developments in Nutrition*, 4(8), nzaa108. DOI: 10.1093/cdn/nzaa108.
- Robinson, A. (2019). Métis scrip in Canada. *The Canadian Encyclopedia [online]*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/metis-scrip-in-canada>.
- Rotenberg, C. (2016). *Aboriginal Peoples Survey, 2012: Social determinants of health for the off-reserve First Nations population, 15 years of age and older, 2012*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016010-eng.htm>.
- Rotondi, M. A., O'Campo, P., O'Brien, K., Firestone, M., Wolfe, S. H., Bourgeois, C., & Smylie, J. K. (2017). Our Health Counts Toronto: Using respondent-driven sampling to unmask census undercounts of an urban Indigenous population in Toronto, Canada. *BMJ Open*, 7. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-018936.
- Ryan, C. J., Cooke, M., & Leatherdale, S. T. (2016). Factors associated with heavy drinking among off-reserve First Nations and Métis youth and adults: Evidence from the 2012 Canadian Aboriginal Peoples Survey. *Preventive Medicine*, 87, 95-102. DOI: 10.1016/j.ypmed.2016.02.008.
- Sadler M. D., & Lee, S. S. (2013). Hepatitis C virus infection in Canada's First Nations people: A growing problem. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 27(6), 335. DOI: 10.1155/2013/641585.
- Satterfield, D., DeBruyn, L., Santos, M., Alonso, L., & Frank, M. (2016). Health promotion and diabetes prevention in American Indian and Alaska Native communities — Traditional foods project, 2008-2014. *Morbidity and Mortality Weekly Report, Suppl*, 65(1), 4-10. DOI: 10.15585/mmwr.su6501a3.
- Sawchuk, J. (2020). Social conditions of Indigenous peoples in Canada. *The Canadian Encyclopedia, Historical Canada (online)*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/native-people-social-conditions>.
- Schein, A. I., & Travers, R. (2017). Barriers and facilitators to HIV and sexually transmitted infections testing for gay, bisexual, and other transgender men who have sex with men. *AIDS Care*, 29(8), 990-995, DOI: 10.1080/09540121.2016.1271937.
- Schill, K., Terbasket, E., Thurston, W. E., Kurtz, D., Page, S., McLean, F., Jim, R., & Oelke, N. (2019). Everything is related and it all leads up to my mental well-being: A qualitative study of the determinants of mental wellness amongst urban Indigenous elders. *British Journal of Social Work*, 49, 860-879. DOI: 10.1093/bjsw/bcz046.
- Schultz, A., Dahl, L., McGibbon, E., Brownlie, R. J., Cook, C., Elbarouni, B., Katz, A., Nguyen, T., Sawatzky, J. A., Sinclair, M., Thronson, K., & Fransoo, R. (2018). Index coronary angiography use in Manitoba, Canada: A population-level descriptive analysis of First Nations and non-First Nations recipients. *BMJ Open*, 8(3), e020856. DOI: 10.1136/bmjopen-2017-020856.
- Sekwan Fontaine, L., Wood, S., Forbes, L., & Schultz, A. S. H. (2019). Listening to First Nations women's expressions of heart health: Mite achimowin digital storytelling study. *International Journal of Circumpolar Health*, 78(1). DOI: 10.1080/22423982.2019.1630233.
- Senese, L. C., & Wilson, K. (2013). Aboriginal urbanization and rights in Canada: Examining implications for health. *Social Science & Medicine*, 91, 219-228. DOI: 10.1016/j.socscimed.2013.02.016.
- Shen, G. X., Shafer, L. A., Martens, P. J., Sellers, E., Torshizi, A. A., Ludwig, S., Phillips-Beck, W., Heaman, M., Prior, H. J., McGavock, J., Morris, M., Dart, A. B., Campbell, R., & Dean, H. J. (2016). Does First Nations ancestry modify the association between gestational diabetes and subsequent diabetes: A historical prospective cohort study among women in Manitoba, Canada. *Diabetes Medicine*, 33(9), 1245-52. DOI: 10.1111/dme.12962.

- Sheppard, A. J., Shapiro, G. D., Bushnik, T., Wilkins, R., Perry, S., Kaufman, J. S., Kramer, M. S., & Yang, S. (2017). Birth outcomes among First Nations, Inuit and Métis populations. *Health Reports*, 28(11), 11-16. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2017011/article/54886-eng.htm>.
- Skinner, K., Pratley, E., & Burnett, K. (2016). Eating in the city: A review of the literature on food insecurity and Indigenous people living in urban spaces. *Societies*, 6(7). DOI: 10.3390/soc6020007.
- Sikorski, C., Leatherdale, S., & Cooke, M. (2019). Tobacco, alcohol and marijuana use among Indigenous youth attending off-reserve schools in Canada: Cross-sectional results from the Canadian Student Tobacco, Alcohol and Drugs Survey. *Research, Policy and Practice*, 39(6/7). DOI: 10.24095/hpcdp.39.6/7.01.
- Small, W., Milloy, M. J., McNeil, R., Maher, L., & Kerr, T. (2016). Plasma HIV-1 RNA viral load rebound among people who inject drugs receiving antiretroviral therapy (ART) in a Canadian setting: An ethno-epidemiological study. *AIDS Research and Therapy*, 13(26). DOI: 10.1186/s12981-016-0108-9.
- Smith, A., Peled, M., Poon, C., Jones, G., Mahdal, D., & McCreary Centre Society. (2020). *Understanding tobacco use and vaping among BC youth: Findings from the BC Adolescent Health Survey*. McCreary Centre Society. https://www.mcs.bc.ca/pdf/understanding_tobacco_use_and_vaping_among_bc_youth.pdf.
- Smylie, J., Tungasuvvingat Inuit, Firestone, M., & Spiller, M. W. (2018). Our health counts: Population-based measures of urban Inuit health determinants, health status, and health care access. *Canadian Journal of Public Health*, 109, 662-670. DOI: 10.17269/s41997-018-0111-0.
- Snyder, M., & Wilson, K. (2012). Urban Aboriginal mobility in Canada: Examining the association with health care utilization. *Social Science & Medicine*, 75(12), 2420-2424. DOI: 10.1016/j.socscimed.2012.09.020.
- Snyder, M., & Wilson, K. (2015). "Too much moving ... there's always reason": Understanding urban Aboriginal peoples' experiences of mobility and its impact on holistic health. *Health & Place*, 34, 181-189. DOI: 10.1016/j.healthplace.2015.05.009.
- Snyder, M., Wilson, K., & Whitford, J. (2015). Examining the urban Aboriginal policy gap: Impacts on service delivery for mobile Aboriginal peoples in Winnipeg, Canada. *Aboriginal Policy Studies*, 5(1), 3-27. DOI: 10.5663/aps.v5i1.23259.
- Spirit of the Children's Society (SOTCS). (2019). *About us*. <https://sotcs.ca/about/>.
- Stark Casagrande, S., Fradkin, J. E., Saydah, S. H., Rust, K. F., & Cowie, C. C. (2013). The prevalence of meeting A1C, blood pressure, and LDL goals among people with diabetes, 1988-2010. *Diabetes Care*, 6(8), 2271-2279. DOI: 10.2337/dc12-2258.
- Statistics Canada. (2013). *Education and occupation of high-income Canadians*. Government of Canada. https://www12.statcan.gc.ca/nhs-enm/2011/as-sa/99-014-x/99-014-x2011003_2-eng.cfm.
- Statistics Canada. (2015a). *Glossary*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/91-552-x/2011001/gloss-eng.htm>.
- Statistics Canada. (2015b). *Population centre (POPCTR)*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/ref/dict/geo049a-eng.cfm>
- Statistics Canada. (2016a). *Aboriginal population profile, 2016 Census*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/abpopprof/index.cfm?Lang=E>.
- Statistics Canada. (2016b). Table 13-10-0099-01. *Health indicator profile, by Aboriginal identity and sex, age-standardized rate, four year estimates*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310009901>
- Statistics Canada. (2017a). *From urban areas to population centres*. Government of Canada. <https://www.statcan.gc.ca/eng/subjects/standard/sgc/notice/sgc-06>.
- Statistics Canada. (2017b). *Population centres and rural area classification 2016*. Government of Canada. <https://www.statcan.gc.ca/eng/subjects/standard/pcrac/2016/introduction>.
- Statistics Canada. (2017c). Aboriginal peoples in Canada: Key results from the 2016 Census. *The Daily*, October 25. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-eng.htm>.
- Statistics Canada. (2018a). *First Nations People, Métis and Inuit in Canada: Diverse and growing populations*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-659-x/89-659-x2018001-eng.htm>.

- Statistics Canada. (2018b). *Labour market experiences of First Nations people living off reserve: Key findings from the 2017 Aboriginal Peoples Survey*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2018003-eng.htm>.
- Statistics Canada. (2018c). *Labour market experiences of Inuit: Key findings from the 2017 Aboriginal Peoples Survey*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/89-653-X2018004>.
- Statistics Canada. (2018d). *Labour market experiences of Métis: Key findings from the 2017 Aboriginal Peoples Survey*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/89-653-X2018002>.
- Statistics Canada. (2018e). *Table 13-10-0323-01 Adult body mass index – Health Canada classification, inactive*. DOI: 10.25318/1310032301-eng.
- Statistics Canada. (2019). Census metropolitan area (CMA) and census agglomeration (CA). *Dictionary, census of population, 2016*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dict/geo009-eng.cfm>.
- Statistics Canada. (2021). Canadian tobacco and nicotine survey, 2020. *The Daily*, March 17. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/210317/dq210317b-eng.htm>.
- Statistics Canada. (2022a). Indigenous population continues to grow and is much younger than the non-Indigenous population, although the pace of growth has slowed. *The Daily*, September 21. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/daily-quotidien/220921/dq220921a-eng.pdf?st=28AxAjyU>.
- Statistics Canada. (2022b). *Focus on Geography Series, 2021 Census*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/fogs-spg/page.cfm?topic=8&lang=E&dguid=2021A000011124>.
- Statistics Canada. (2022c). *Provisional deaths and excess mortality in Canada*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/71-607-x/71-607-x2021028-eng.htm>.
- Statistics Canada. (2022d). Deaths, 2020. *The Daily*, January 24. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220124/dq220124a-eng.htm>.
- Statistics Canada. (2022e). *Census in brief: disaggregated trends in poverty from the 2021 census of population*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/98-200-X/2021009/98-200-X2021009-eng.cfm>.
- Statistics Canada. (2023). *Indigenous population profile, 2021 census of population: population*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/dp-pd/ipp-ppa/details/page.cfm?Lang=E&DGUID=2021A000011124&SearchText=Canada&HP=0&HH=0&GENDER=1&AGE=1&RESIDENCE=3>.
- Treit, D., & Mason, C. W. (2017). Traversing the terrain of Indigenous land-based education: Connecting theory to program implementation. In M. A. Robidoux & C. W. Mason (Eds.), *A land not forgotten: Indigenous food security and land-based practices in northern Ontario* (pp. 101–147). University of Manitoba Press.
- Tait, C., Henry, R., & Walker, R. L. (2013). Child welfare: A social determinant of health for Canadian First Nations and Métis children. *Pimatisiwin: A Journal for Aboriginal and Indigenous Community Health*, 11(1), 39–53. <https://www.cabdirect.org/globalhealth/abstract/20143302551>.
- Talaga, T. (2017). *Seven fallen feathers: Racism, death, and hard truths in a northern city*. House of Anansi Press Inc.
- Tang, S. Y., Browne, A. J., Mussell, B., Smye, V. L., & Rodney, P. (2015). ‘Underclassism’ and access to healthcare in urban centres. *Sociology of Health & Illness*, 37(5), 698–714. DOI: 10.1111/1467-9566.12236.
- Thistle, J. (2017). *Indigenous definition of homelessness in Canada*. Canadian Observatory on Homelessness Press. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/COHIndigenousHomelessnessDefinition.pdf>.
- Thistle, J., & Smylie, J. (2020). Pekiwewin (coming home): Advancing good relations with Indigenous people experiencing homelessness. *Canadian Medical Association Journal*, 192(10), E257–259. DOI: 10.1503/cmaj.200199.
- Tjepkema, M., Bushnik, T., & Bougie, E. (2019). Life expectancy of First Nations, Métis and Inuit household populations in Canada. *Health Reports*, 30(12), 3–10. DOI: 10.25318/82-003-x201901200001-eng.
- Tjepkema, M., Wilkins, R., Goedhuis, N., & Pennock, J. (2012). Cardiovascular disease mortality among First Nations people in Canada, 1991–2001. *Chronic Diseases and Injuries in Canada*, 32(4), 200–207. DOI: 10.24095/hpcdp.32.4.04.
- Tobias, J. K., Timmouth, J., Senese, L. C., Jumah, N., Llovet, D., Kewayosh, A., Rabeneck, L., & Dobrow, M. (2020). Health policy as a barrier to First Nations peoples’ access to cancer screening. *Healthcare Policy*, 15(3), 28–46. DOI: 10.12927/hcpol.2020.26132.

- Trovato, F., & Price, J. A. (2015). Urban migration of Indigenous peoples in Canada. *The Canadian Encyclopedia [online]*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/aboriginal-people-urban-migration>.
- Truth and Reconciliation Commission (TRC) of Canada. (2015). *Honouring the truth, reconciling for the future: Summary of the final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. <https://nctr.ca/records/reports/>.
- Tu, D., Dehoney, J., & Browne, A. J. (2019). Partnering with Indigenous elders in primary care improves mental health outcomes of inner-city Indigenous patients: Prospective cohort study. *Canadian Family Physician*, 65(4), 274-281. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30979762/>.
- Tungasugit. (2021). *Welcome to Tungasugit*. <http://tungasugit.ca>.
- Turpel-Lafond, M. E. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. Engage BC, Government of British Columbia. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Summary-Report.pdf>.
- University of Manitoba. (2019). *Aboriginal demography*. https://umanitoba.ca/admin/indigenous_connect/3389.html.
- University of Winnipeg. (2015). *Renaissance of Merchants Corner – Creating a north end education hub*. <https://www.uwinnipeg.ca/about/fast-facts/docs/merchants-corner-fast-facts.pdf>.
- University of Wisconsin Population Health Institute (UWPHI). (2022). Health outcomes. *The County Health Rankings & Roadmaps*. <https://www.countyhealthrankings.org/explore-health-rankings/measures-data-sources/county-health-rankings-model/health-outcomes>.
- Urban Aboriginal Knowledge Network (UAKN) Secretariat. (2016). *Urban Aboriginal Knowledge Network's (UAKN) national project: Phase 2. The urban Aboriginal service delivery landscape: Themes, trends, gaps and prospects. Final report. Key findings and regional summaries*. https://uakn.org/wp-content/uploads/2016/10/NAFC-UAKN-National-Project_Phase-2-Final-Report-Regional-Summaries_2016-1-1.pdf.
- Urban Circle Training Centre (UCTC). (2022). *About us*. <https://www.urbancircletraining.com/contact/about-us/who-we-are/>.
- Urban Native Youth Association (UNYA). (2022). *About UNYA*. <https://unya.bc.ca/about/>.
- Uhanova, J., Tate, R. B., Tataryn, D. J., & Minuk, G. Y. (2013). The epidemiology of hepatitis C in a Canadian Indigenous population. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 27(6), 336-340. DOI: 10.1155/2013/380963.
- Vancouver Aboriginal Friendship Centre Society (VAFCS). (2022). *About VAFCS*. <http://www.vafcs.org/about/>.
- Vancouver Aboriginal Health Society (VAHS). (2022). *About us*. <https://www.vahs.life/>.
- Van Herk, K. A., Smith, D., & Tedford Gold, S. (2012). Safe care spaces and places: Exploring urban Aboriginal families' access to preventive care. *Health & Place*, 18(3), 649-656. DOI: 10.1016/j.healthplace.2011.12.004.
- Varcoe, C., Browne, A. J., Bungay, V., Perrin, N., Wilson, E., Wathen, C. N., Byres, D., & Price, E. R. (2022a). Through an equity lens: Illuminating the relationships among social inequities, stigma and discrimination, and patient experiences of emergency health care. *International Journal of Health Services*, 52(2), 246-260. DOI: 10.1177/00207314221075515.
- Varcoe, C., Browne, A. J., Perrin, N., Wilson, E., Bungay, V., Byres, D., Wathen, N., Stones, C., Liao, C., & Price, E. R. (2022b). EQUIP Emergency: Can interventions to reduce racism, discrimination and stigma in EDs improve outcomes? *Research Square*, Preprint. DOI: 10.21203/rs.3.rs-1720657/v1.
- Varcoe, C., Bungay, V., Browne, A. J., Wilson, E., Wathen, C. N., Kolar, K., Perrin, N., Comber, S., Garneau, A. B., Byres, D., Black, A., & Price, R. (2019). EQUIP emergency: Study protocol for an organizational intervention to promote equity in health care. *BMC Health Services Research*, 19, 687. DOI: 10.1186/s12913-019-4494-2.
- Varin, M., Baker, M., Palladino, E., & Lary, T. (2019). At-a-glance – Canadian chronic disease indicators, 2019 – updating the data and taking into account mental health. *Health Promotion & Chronic Disease Prevention Canada*, 39(10), 281-288. DOI: 10.24095/hpcdp.39.10.02.
- Vélez, M. P., Slater, M., Griffiths, R., Shah, B. R., Sutherland, R., Jones, C., Jacklin, K., Walker, J. D., & Green, M. E. (2020). Diabetes during pregnancy and perinatal outcomes among First Nations women in Ontario, 2002/03–2014/15: A population-based cohort study. *Canadian Medical Association Journal Open*, 8(1), E214-E225. DOI: 10.9778/cmajo.20190195.

- Wardman, D., McCormick, R., McKennitt, D., & O'Donaghey, P. (2014). Nontraditional tobacco use among Aboriginal Canadians. In C. Els, D. Kunyik, & P. Selby (Eds.), *Disease interrupted, tobacco reduction and cessation* (Chapter 14). Presses de l'Université Laval.
- Wicklum, S., Sampson, M., Henderson, R., Wiart, S., Perez, G., McGuire, A., Cameron, E. Willis, E., Crowshoe, L., & McBrien, K. (2019). Results of a culturally relevant, physical activity-based wellness program for urban Indigenous women in Alberta, Canada. *International Journal of Indigenous Health*, 14(2), 169-204. DOI: 10.32799/ijih.v14i2.31890.
- Wicklum, S., Willis, E., Amson, A., McGuire, K. A., Crowshoe, L., McBrien, K., & Henderson, K. (2021). A systematic literature review of physical activity-based health programs for Indigenous women: Impacts on physical activity levels, obesity, and community building. *SAGE Open*, 11(2). DOI: 10.1177/21582440211016845.
- Wilk, P., Cooke, M., Stranges, S., & Maltby, A. (2018). Reducing health disparities among Indigenous populations: The role of collaborative approaches to improve public health systems. *International Journal of Public Health*, 63, 1-2. DOI: 10.1007/s00038-017-1028-8.
- Wilk, P., Maltby, A., & Cooke, M. (2017). Residential schools and the effects on Indigenous health and well-being in Canada – a scoping review. *Public Health Reviews*, 38(1), 8. DOI: 10.1186/s40985-017-0055-6.
- Wilson, K. (2018). *Pulling together: A guide for Indigenization of post-secondary institutions. Professional Learning Series, Foundations Guide*. BCcampus. <https://opentextbc.ca/indigenizationfoundations/>.
- Withrow, D., Pole, J., Nishri, D., Tjepkema, M., & Marrett, L. (2017). Cancer survival disparities between First Nation and non-Aboriginal adults in Canada: Follow-up of the 1991 Census Mortality Cohort. *Cancer Epidemiology, Biomarkers & Prevention*, 26(1), 145-51. DOI: 10.1158/1055-9965.EPI-16-0706.
- Wolfe, S., Maddox, R., O'Brien, K., Xavier, C., Wells, C., Blais, G., Kitching, G., & Smylie, J. (2018). Urban Indigenous commercial tobacco use in Canada: Our health counts Toronto. *Tobacco Induced Diseases*, 16(1), 900. DOI: 10.18332/tid/84585.
- Woodgate, R. L., Zurba, M., Tennent, P., Cochrane, C., Payne, M., & Mignone, J. (2017a). A qualitative study on the intersectional social determinants for Indigenous people who become infected with HIV in their youth. *International Journal for Equity in Health*, 16(1), 132. DOI: 10.1186/s12939-017-0625-8.
- Woodgate, R. L., Zurba, M., Tennent, P., Cochrane, C., Payne, M., & Mignone, J. (2017b). "People try and label me as someone I'm not": The social ecology of Indigenous people living with HIV, stigma, and discrimination in Manitoba, Canada. *Social Science & Medicine*, 194, 17-24. DOI: 10.1016/j.socscimed.2017.10.002.



- World Health Organization. (2013). *Cancer prevention*. <http://www.who.int/cancer/prevention/en/>.
- Wrathall, D., Wilson, K., Rosenberg, M.W., Snyder, M., & Barberstock, S. (2020). Long-term trends in health status and determinants of health among the off-reserve Indigenous population in Canada, 1991–2012. *The Canadian Geographer*, 64(2), 199-214. DOI: 10.1111/cag.12592.
- Wright, A. L., Jack, S. M., Ballantyne, M., Gabel, C., Bomberry, R., & Wahoush, O. (2019). Indigenous mothers' experiences of using primary care in Hamilton, Ontario, for their infants. *International Journal of Qualitative Studies on Health & Well-Being*, 14(1), 1-12. DOI: 10.1080/17482631.2019.1600940.
- Wylie, L., & McConkey, S. (2019). Insiders' insight: Discrimination against Indigenous peoples through the eyes of health care professionals. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 6, 37-45. DOI: 10.1007/240615-018-0495-9.
- Wyton, M. (2020). Indigenous people don't feel safe accessing health care. Here's what has to change. *The Tyee*, July 9. <https://thetyee.ca/News/2020/07/09/Indigenous-People-Accessing-Health-Care-Not-Safe/>.
- Yeates, K., Lohfeld, L., Sleeth, J., Morales, F., Rajkotia, Y., & Ogedegbe, O. (2015). A global perspective on cardiovascular disease in vulnerable populations. *Canadian Journal of Cardiology*, 31(9), 1081-1093. DOI: 10.1016/j.cjca.2015.06.035.
- Younging, G. (2018). *Elements of Indigenous style: A guide for writing by and about Indigenous Peoples*. Brush Education Inc.
- Zach, P. (2020). *Indian Act*. *The Canadian Encyclopedia (online)*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/indian-act>.
- Zhao, J., Ferguson, S. J., Dryburgh, H., Rodriguez, C., & Gibson, L. (2017). *Does education pay? A comparison of earnings by level of education in Canada and its provinces and territories*. *Census of Population, 2016*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016024/98-200-x2016024-eng.cfm>.

