

LA SANTÉ DES AUTOCHTONES VIVANT EN MILIEU URBAIN

Jessica Place, MA



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

© 2012 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Le CCNSA appuie le renouvellement du réseau de santé publique du Canada, afin qu'il soit inclusif et respectueux des diverses populations des Premières Nations, inuites et métisses. Hébergé par l'Université du nord de la Colombie-Britannique à Prince George (Colombie-Britannique), le CCNSA est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. La production de ce rapport a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ou du CCNSA.

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 documentaires ou une synthèse de connaissances, ou qui comportent une évaluation des lacunes au chapitre des connaissances. Nous tenons à remercier nos analystes qui ont généreusement donné de leur temps et fourni leur expertise dans le cadre de ce travail. La présente publication a été financée par le CCNSA et le droit d'auteur lui appartient. Il est possible de télécharger cette publication à l'adresse suivante : www.cnsa.ca



TABLE DES MATIÈRES



1. Introduction	5
2. Termes et définitions clés	6
3. Urbanisation, mobilité et composition	7
3.1 Urbanisation de la population autochtone	7
3.2 Tendances de la mobilité rurale-urbaine dans la population autochtone	8
3.3 Composition de la population autochtone urbaine	9
3.4 Résumé	10
4. État de santé	11
4.1 Documentation sur les déterminants de la santé	11
4.2 Résultats en matière de santé	13
4.2.1 Déterminants sociaux de la santé	13
4.2.2 Mortalité et espérance de vie	14
4.2.3 Habitudes sanitaires et autre facteurs de risque	14
4.2.4 Morbidité et maladie chronique	14
4.2.5 Perception de sa propre santé	16
4.2.6 Femmes et enfants	16
4.2.7 Santé mentale	17
4.3 Résumé	17
5. Effets de l'urbanisation sur la prestation des services de santé	19
5.1 L'accès aux soins de santé et leur utilisation	19
5.2 Compétence administrative en matière de services de santé	21
5.3 Prestation efficace des services de santé : établir les liens	21
5.3.1 Effets démographiques sur la prestation des services de santé	22
5.3.2 Effets liés à la compétence sur la prestation des services de santé	23
5.4 Résumé	24
6. Programmes et initiatives	25
6.1 Initiatives et programmes nationaux choisis	25
6.2 Vancouver : initiatives et programmes choisis	27
6.2.1 Garde d'enfants et soutien aux familles	27
6.2.2 Éducation et emploi	27
6.2.3 Soins de santé	28
6.2.4 Nutrition, sécurité alimentaire et activités physique	29
6.2.5 Santé mentale et toxicomanies	29
6.2.6 Femmes	30
6.2.7 Jeunes	30
6.3 Winnipeg	30
6.3.1 Garde d'enfants et soutien à la famille	30
6.3.2 Éducation et emploi	31
6.3.3 Soins de santé	31
6.3.4 Revitalisation de la culture	32
6.3.5 Autre services	32
6.4 Résumé	32
7. Considérations relatives à l'élaboration des politiques et des programmes et concernant les pratiques	33
7.1 Lacunes de la documentation et recommandations pour les recherches futures	33
7.2 Lacunes en matière de santé et de soins de santé	34
8. Conclusion	35
9. Travaux cités	36

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Nombre et pourcentage de personnes ayant une identité autochtone dans certaines villes (2006)	8
Tableau 2 : Pourcentage de personnes ayant une identité autochtone qui sont des femmes dans cinq villes (2006)	10
Tableau 3 : Âge médian des personnes ayant une identité autochtone dans cinq villes	10
Tableau 4 : Déterminants sociaux de la santé : comparaison des populations urbaines et rurales et des populations autochtones et non autochtones	13
Tableau 5 : Habitudes sanitaires et facteurs de risque pour les populations autochtones urbaine et rurale et pour la population non autochtone urbaine	14
Tableau 6 : Morbidité et maladie chronique pour les populations autochtones urbaine et rurale et pour la population non autochtone urbaine	15
Tableau 7 : Morbidité et maladie chronique pour les populations des Premières Nations hors réserve et des réserves	15
Tableau 8 : Programmes ciblant les enfants et les familles à Vancouver	26
Tableau 9 : Services d'emploi à Vancouver	28
Tableau 10 : Programmes de l'Urban Native Youth Association	31





INTRODUCTION

Les Autochtones du Canada sont de plus en plus urbanisés, particulièrement dans l'ouest du pays (Peters, 2004). De fait, plus de la moitié vivent dans les villes. Malgré cette tendance connue et croissante, la santé des Autochtones vivant en milieu urbain n'est pas bien comprise. Cette population démographiquement et culturellement diversifiée est aussi relativement mobile, mais cette mobilité ne correspond pas aux modèles de migration dominants. En outre, les données qui décrivent la population des Autochtones vivant en milieu urbain sont rares. Dans le contexte des tendances actuelles de l'urbanisation et de la mobilité, le présent rapport examine les données et la documentation disponibles pour décrire de façon générale l'état de santé global de cette population. L'objectif est de donner un aperçu des questions qui touchent la prestation des services de santé à cette population et de proposer des orientations concernant la prestation de services de soins de santé aux Autochtones vivant en milieu urbain.

En résumé, le présent rapport aborde trois grands domaines : premièrement, il traite de l'urbanisation de la population autochtone et établit ses caractéristiques et ses tendances; deuxièmement, il donne un aperçu des questions de santé touchant particulièrement la population autochtone urbaine; troisièmement, il examine les services de santé. Le rapport commence par définir les principaux termes. Il

analyse ensuite les tendances actuelles de l'urbanisation et donne un aperçu de la composition de la population autochtone urbaine. Puis, une revue de littérature sur les indicateurs de santé qui s'appliquent aux populations autochtones urbaines accorde une attention particulière aux déterminants sociaux de la santé. Cette revue est suivie des données disponibles sur les résultats en matière de santé des Autochtones vivant en milieu urbain. Le rapport aborde ensuite les services de santé. Cette partie renferme des données sur l'utilisation des soins de santé et examine les effets de l'urbanisation, de l'état de santé et d'autres questions sur la prestation des services de santé. Enfin, le rapport donne un aperçu des services liés à la santé dans deux centres urbains – Vancouver (Colombie-Britannique) et Winnipeg (Manitoba) – afin de donner une idée de la mesure dans laquelle les centres urbains répondent aux besoins en matière de santé des Autochtones vivant en milieu urbain. Plutôt qu'une longue liste de services à l'échelle nationale (qui dépasserait la portée du présent rapport), ces deux exemples servent à indiquer de façon générale les types de services de santé disponibles et à faire ressortir certaines lacunes. Les auteurs concluent en soulignant la complexité de la détermination des résultats en matière de santé et des besoins en matière de services de santé, en indiquant les lacunes sur le plan des connaissances et en suggérant des orientations pour la recherche future.

2. TERMES ET DÉFINITIONS CLÉS

Le présent rapport porte sur les Autochtones vivant en milieu urbain. Le terme Autochtones « désigne les premiers peuples d'Amérique du Nord et leurs descendants » (Affaires indiennes et du Nord Canada [AINC], 2002). Les Autochtones comprennent les Premières Nations, les Inuits et les Métis, peu importe qu'ils vivent ou non dans une réserve et qu'ils aient ou non un statut conféré par la *Loi sur les Indiens* (CCNSA, aucune date). Bien qu'on emploie couramment le terme « peuples autochtones » pour souligner la diversité de la population des Autochtones (c.-à-d. leurs diverses origines et identités), le présent rapport utilise « Autochtones » pour désigner plus d'une personne autochtone tout en reconnaissant la diversité parmi les personnes et les groupes autochtones (AINC, 2002).

Statistique Canada définit « région urbaine » comme une région « ayant une concentration démographique d'au moins 1 000 habitants et une densité de population d'au moins 400 habitants au kilomètre carré » (Statistique Canada, 2002a). Une agglomération de recensement (AR) a un noyau urbain de 10 000 personnes et une région métropolitaine de recensement (RMR) est un grand centre dont le noyau urbain compte au moins 100 000 personnes (Statistique Canada, 2002b).

Une réserve est une terre détenue par la Couronne aux fins et dans l'intérêt d'une

Première Nation (AINC, 2002). Les résidents des réserves sont souvent décrits comme vivant « dans une réserve », tandis que les Autochtones qui ne vivent pas dans une réserve sont décrits comme vivant « hors réserve ». Il y a un lien entre le fait de vivre dans une réserve et la ruralité, et entre le fait de vivre hors réserve et l'urbanité, quoique ces termes ne s'équivaillent pas parfaitement. Environ 76 % des Autochtones vivant hors réserve vivent en milieu urbain (Statistique Canada, 2008a), et il y a aussi une petite population d'Autochtones résidant dans des réserves situées en milieu urbain. Les données concernant les populations autochtones tendent à suivre la distinction réserve/hors réserve plutôt que la distinction rural/urbain. Par conséquent, même si les chercheurs admettent que « hors réserve » est différent de « urbain », ils utilisent souvent ce terme pour désigner la population urbaine; le présent rapport tient compte des limites associées à cette pratique.

Les données et la documentation sur lesquelles le présent rapport se fonde varient dans leurs définitions des populations et des régions géographiques. Toutefois, les données à jour concernant les Autochtones vivant en milieu urbain restent rares; il a donc fallu synthétiser les renseignements provenant de diverses sources afin d'établir les tendances générales en matière de santé et de soins de santé à l'égard de cette population.





3. URBANISATION, MOBILITÉ ET COMPOSITION



L'urbanisation des Autochtones implique leur déplacement à partir de communautés plus rurales (souvent situées dans des réserves) vers des centres urbains (généralement hors réserve). La présente section commence par une introduction sur l'urbanisation des Autochtones et la croissance de la population autochtone urbaine du Canada. Nous abordons ensuite les tendances de la mobilité rurale-urbaine et ses divers facteurs. Enfin, on décrit la composition de la population autochtone urbaine.

3.1 Urbanisation de la population autochtone

Selon le recensement de 2006, 1 172 790 Canadiens et Canadiennes (près de 4 % de la population totale du pays) s'identifient comme Autochtones. Parmi cette population, 54 % vit dans des centres urbains (par comparaison à 81 % de la population non autochtone), une augmentation par rapport au 50 % de 1996 (Statistique Canada, 2008a). La population des Autochtones vivant en milieu urbain a commencé à croître dans les années 1950. Auparavant, la proportion d'Autochtones vivant en milieu urbain était relativement faible (Norris et Clatworthy, 2011). Selon le recensement de 1951, par exemple, seulement quelques centaines d'Autochtones, soit environ 7 % de la population autochtone totale

du Canada, vivaient dans une zone métropolitaine (Norris et Clatworthy, 2011; Peters, 2004). Dans les décennies qui ont suivi, toutefois, on a signalé une croissance constante de la population autochtone en milieu urbain (Norris et Clatworthy, 2011) et, au cours des dernières années, la proportion des Autochtones vivant dans les villes a augmenté en flèche (Browne et al., 2009).

Par comparaison à la population non autochtone, les Autochtones vivant en milieu urbain vivent généralement dans de plus petites villes, ou « des centres urbains plus petits que les régions métropolitaines de recensement » (Statistique Canada, 2008a, p. 13). Par exemple, en 2006, 53 % de la population autochtone urbaine vivait dans des régions métropolitaines de recensement par comparaison à 80 % des citoyens non autochtones. Quant à la population autochtone hors réserve, les recensements de 1996 et de 2006 révélaient qu'environ 76 % des membres hors réserve des Premières Nations vivaient en milieu urbain (Statistique Canada, 2008a). Sur les 22 % d'Inuits qui vivent hors des quatre régions comprises dans l'Inuit Nunangat, 17 % vivent en milieu urbain (idem). Près de 70 % des personnes d'origine Métis vivaient dans des centres urbains dont la taille allait de petite à grande (idem).

L'urbanisation de la population autochtone est considérée comme un

phénomène de l'Ouest canadien (Browne et al., 2009; voir aussi Peters, 2004; Graham et Peters, 2002; Tjepkema, 2002). Les villes du Canada comptant le plus d'Autochtones sont Winnipeg, Edmonton et Vancouver; toutefois, ces chiffres ne représentent pas nécessairement une proportion importante de la population totale de ces villes (Statistique Canada, 2008a). Dans certaines villes plus petites, la proportion de la population qui s'identifie comme Autochtone est beaucoup plus élevée. Par exemple, 36 % de la population de Thompson (Manitoba) s'identifie comme Autochtone, et à Prince Rupert (C.-B.), les Autochtones représentent 35 % de la population. Le tableau 1 indique le nombre et le pourcentage d'Autochtones dans 10 villes du Canada.

3.2 Tendances de la mobilité rurale-urbaine dans la population autochtone

L'analyse de la mobilité des régions rurales et des réserves aux régions urbaines ou hors réserve se fonde souvent sur des cadres de travail théoriques visant à décrire les expériences des migrants non autochtones (Peters, 2004). Peters (2004) avance que cela a mené à une série d'idées fausses sur les Autochtones vivant en milieu urbain : « qu'ils quittent les réserves et les communautés métisses rurales pour s'installer dans les villes; qu'ils forment des ghettos pauvres dans les noyaux urbains et qu'ils sont confrontés à des problèmes insurmontables pour ce qui est de recréer une culture et une communauté en milieu urbain » (p. 2). Peters (2004) ajoute qu'il faut une approche plus nuancée de l'urbanisation des Autochtones pour comprendre les expériences (et l'état de santé) des Autochtones vivant en milieu urbain.

L'urbanisation des Autochtones découle en grande partie des conditions historiques et, par conséquent, « les tendances de l'urbanisation des

Autochtones diffèrent de celles de l'urbanisation des autres migrants dans les villes du Canada » (Browne et al., 2009, p. 3). Beaucoup de villes canadiennes sont situées à des endroits où les Autochtones s'étaient autrefois établis et réunis, mais le processus colonial de déterritorialisation a souvent eu pour effet de les éloigner des milieux urbains naissants (Peters, 2004). Ces stratégies coloniales allaient de l'établissement de réserves loin des centres urbains à l'adoption de règlements et de systèmes de contrôle d'identité qui tenaient les Autochtones à l'extérieur des villes. Par conséquent, « les tendances de l'urbanisation sont liées aux mesures qui ont éloigné les Autochtones des nouveaux milieux urbains » et, contrairement aux autres migrants, de nombreux Autochtones vivant en milieu urbain vivent en fait dans leur territoire traditionnel (idem, p. 3).

Graham et Peters (2002) affirment que « les Autochtones sont considérablement plus mobiles que les non-Autochtones » (p. 13); toutefois, les tendances de la migration ne sont ni

simples, ni unidirectionnelles. Comme le fait remarquer Peters (2004), « les mouvements migratoires sont complexes. La migration nette (la différence entre les arrivées et les départs de migrants) varie selon l'endroit (les réserves, les régions rurales, les villes plus petites ou plus grandes) et selon le groupe autochtone (Indien inscrit, Indien non inscrit, Métis et Inuit) » (p. 4). Les réserves ont connu une *immigration* nette; les régions rurales et les petites villes, une *émigration* nette; les grandes villes, l'une et l'autre selon l'année. Par conséquent, on ne peut pas attribuer la croissance de la population autochtone urbaine entièrement à un exode des réserves et des communautés rurales vers les villes, car les Autochtones quittent également les villes en faveur des réserves ou des communautés inuites traditionnelles; « il y a plutôt une circulation entre les réserves et les régions rurales d'une part et le milieu urbain d'autre part » (Graham et Peters, 2002, p. 13). Graham et Peters (2002) ont avancé en outre qu'il ne faut pas déduire des taux élevés de mobilité que la migration des réserves et des régions rurales est le facteur

Tableau 1 : Nombre et pourcentage de personnes ayant une identité autochtone dans certaines villes (2006)

Ville	Population autochtone	Pourcentage de la population
Winnipeg	68 380	10
Edmonton	52 100	5
Vancouver	40 310	2
Toronto	26 575	0,5
Calgary	26 575	2
Saskatoon	21 535	9
Ottawa-Gatineau	20 590	2
Montréal	17 865	0,5
Regina	17 105	9
Prince Albert	13 565	34

Source : Statistique Canada, 2008a

principal de la croissance de la population autochtone urbaine (p. 13). Les taux de fertilité plus élevés des Autochtones peuvent expliquer une partie de l'augmentation du nombre d'Autochtones vivant en milieu urbain, mais il est plus probable que les modifications législatives (comme le projet de loi C-31 qui a rétabli le statut des personnes qui l'avaient perdu) ainsi qu'une augmentation de l'auto-identification entraînent principalement la hausse du nombre d'Autochtones dans les recensements (Peters, 2004; Graham et Peters, 2002; Guimond, 2003; Siggner, 2003).

La population autochtone urbaine est relativement mobile; un aspect important de cette mobilité est que le déplacement se produit à la fois entre les régions rurales et urbaines et au sein des milieux urbains. On peut appeler ce phénomène « roulement » (Norris et Clatworthy, 2003; Longfield et Godfrey, 2003). Par exemple, entre 1991 et 1996, 70 % des Autochtones vivant dans de grands centres urbains ont déménagé et 45 % de ceux-ci ont déménagé dans la même communauté (par comparaison à 50 % et à 20 % respectivement pour leurs pairs non autochtones) (Graham et Peters, 2002, p. 14). On remarque que « les taux de mobilité résidentielle

étaient plus élevés pour les femmes et les familles monoparentales, et les questions de logement étaient les motifs les plus courants du déménagement » (idem, p. 14). La mobilité rurale-urbaine, toutefois, est souvent motivée par le désir de maintenir des liens étroits avec les réserves et les communautés rurales; elle ne découle pas nécessairement d'un échec de l'épanouissement en milieu urbain (Browne et al., 2009).

Quant aux Autochtones qui choisissent de déménager en milieu urbain, plusieurs facteurs motivent leur décision. Il s'agit notamment de l'éducation, de l'emploi, des conditions de vie, du statut socioéconomique, du logement, de la violence familiale, de la proximité des services de santé et de la perception que la vie urbaine est plus stimulante (Levesque, 2003; Newhouse et Peters, 2003; Peters, 2004; Commission royale sur les peuples autochtones [CRPA], 1993, 1996; Nuffield, 1998). Les villes peuvent représenter un meilleur accès aux possibilités d'éducation et d'emploi, ainsi que la promesse de meilleures conditions de vie et un statut socioéconomique supérieur. Dans certaines réserves, l'accès à un logement adéquat est problématique et le déplacement vers les centres urbains peut

découler de cette pénurie de logements. Dans les cas de violence familiale, les femmes et les enfants sont souvent obligés de quitter leur logement, voire leur communauté pour trouver un logement et la sécurité. Enfin, les services de santé – surtout les services de santé spécialisés – se trouvent normalement dans les centres urbains; certaines personnes doivent déménager dans ces centres pour se rapprocher de ces services.

Peters (2004) affirme que « les villes ont attiré les migrants autochtones parce qu'elles offrent plus de services et de possibilités d'éducation et d'emploi, mais elles représentent aussi des milieux où certains Autochtones affrontent le racisme, la pauvreté et les problèmes de logement » (p. 5). De son côté, Silver (2006) avance que les Autochtones urbains se sentent tout aussi isolés de la société canadienne générale que ceux des réserves. Il ajoute qu'à Winnipeg, par exemple, on voit rarement des Autochtones travailler dans des commerces de la banlieue ou dans le secteur des services (p. 17). Ce type d'exclusion sociale se retrouve également dans d'autres contextes (p. ex., l'école, le logement). Même s'ils ne sont pas considérés comme ghettoïsés, on trouve les Autochtones dans les quartiers à faible revenu des villes, et ils sont surreprésentés dans les systèmes pénaux et les centres de traitement (La Prairie et Stenning, 2003). Autrement dit, les facteurs de la mobilité sont complexes et on ne peut pas présumer que l'urbanisation améliore toujours les résultats en matière de santé des Autochtones. Malgré l'insuffisance des services et des possibilités dans les communautés des réserves rurales, elles sont un lieu d'échange social et culturel essentiel au bien-être.

3.3 Composition de la population autochtone urbaine

La population autochtone urbaine est diversifiée sur le plan culturel et



« fragmentée par les distinctions législatives » (Graham et Peters, 2002, p. 14). En 2006, les Premières Nations représentaient 50 % de la population autochtone urbaine, les Métis, 43 % et les Inuits, 17 % (Statistique Canada, 2008a). Au sein de ces trois grandes catégories, on trouve aussi des personnes qui peuvent ou non être inscrites en vertu de la *Loi sur les Indiens* (« statut ») et qui peuvent ou non être membres d'une bande particulière (Graham et Peters, 2002).

Il faut admettre que les Autochtones sont touchés de façon disproportionnée par la pauvreté et donc plus susceptibles de vivre dans les quartiers à faible revenu, mais il importe de souligner que les populations autochtones urbaines ne sont pas homogènes et que leur statut socioéconomique varie considérablement (Peters, 2004). Contrairement à la croyance populaire, la population autochtone urbaine « n'est ni ghettoïsée, ni uniformément défavorisée » (Graham et Peters, 2002, p. iii). Bien qu'on trouve des concentrations d'Autochtones dans certains quartiers des noyaux urbains (p. ex., le « Downtown Eastside » de Vancouver [DTES]), la plupart habitent dans divers quartiers des villes (Peters, 2004) et « les niveaux de ségrégation vont de faible à modéré » (Graham et Peters, 2002, p. 13, renvoi à une étude de Clatworthy, 1996).

Les femmes représentent une plus grande proportion de la population autochtone urbaine que de la population non autochtone (Graham et Peters, 2002). Le tableau 2 indique que dans les cinq RMR canadiennes comprenant le plus d'Autochtones, les femmes représentent plus de 50 % de la population ayant une identité autochtone. Les femmes de 25 à 44 ans constituent plus élevée de la population ayant une identité autochtone dans la plupart des villes du Canada. Les taux de familles monoparentales sont plus élevés dans la population autochtone que dans la population non autochtone, et la plupart des parents célibataires autochtones sont des femmes (Siggner, 2001, tiré de Graham et Peters, 2002). De plus, comme le fait remarquer l'Association des femmes autochtones du Canada (2007), les femmes autochtones peuvent s'installer en ville pour échapper à la violence et aux situations d'abus au foyer. Ces femmes sont plus susceptibles d'avoir un faible revenu et d'être mères célibataires.

Bien que les données concernant particulièrement les tendances relatives à la population autochtone urbaine selon l'âge soient rares, on sait que les Autochtones vivant en milieu urbain sont plutôt jeunes (Browne et al., 2009; Graham et Peters,

2002; Tjepkema, 2002). Par exemple, Browne et al. (2009) rapportent que « plus de la moitié des Autochtones vivant à Regina, à Saskatoon et à Prince Albert avaient 24 ans ou moins » (p. 7). Le tableau 3 indique l'âge médian de la population ayant une identité autochtone dans cinq RMR du Canada.

3.4 Résumé

La proportion des Autochtones vivant en milieu urbain continue à croître. Les facteurs de la mobilité rurale-urbaine diffèrent de ceux qui influent sur les autres groupes de migrants du Canada et ne peuvent pas être dissociés de l'histoire coloniale du pays. Même si les Autochtones sont plus mobiles que leurs pairs non autochtones (à la fois dans les centres urbains et entre les milieux ruraux et urbains), la mobilité ne doit pas toujours être interprétée de la même façon ou comme un échec de l'épanouissement. La population autochtone urbaine est diversifiée de plusieurs façons; toutefois, on peut relever certaines tendances générales. Par exemple, il y a plus de femmes autochtones que d'hommes autochtones en milieu urbain, et la population autochtone urbaine est relativement jeune. La section suivante donne des renseignements sur l'état de santé des Autochtones vivant en milieu urbain.

Tableau 2 : Pourcentage de personnes ayant une identité autochtone qui sont des femmes dans cinq villes (2006)

Ville (RMR)	Pourcentage de femmes
Winnipeg	53 %
Edmonton	53 %
Vancouver	53 %
Toronto	54 %
Calgary	53 %

Source : Statistique Canada, 2007a, 2007b, 2007c, 2007d, 2007e

Tableau 3 : Âge médian des personnes ayant une identité autochtone dans cinq villes

Ville (RMR)	Âge médian
Winnipeg	25,7
Edmonton	25,1
Vancouver	30,6
Toronto	32,3
Calgary	27,1

Source : Statistique Canada, 2007a, 2007b, 2007c, 2007d, 2007e

4. ÉTAT DE SANTÉ

Bien que la population des Autochtones vivant en milieu urbain soit considérable et en croissance, « on en sait relativement peu sur leurs expériences et leurs perspectives » (Environics Institute, 2010, p. 6). Les données sur la santé des Autochtones vivant en milieu urbain sont rares, sont souvent désuètes et ne reflètent pas adéquatement la mobilité entre les milieux ruraux et urbains (Browne et al., 2009). En outre, les données sont plutôt fondées sur la population hors réserve (par opposition à la population urbaine), ce qui signifie que les comparaisons entre les populations autochtones rurales et urbaines sont difficiles. Les données sur la population hors réserve ne tiennent pas compte des Autochtones urbains vivant dans les réserves (environ 2 %) et comprennent les 24 % d'Autochtones qui vivent hors réserve en région rurale (idem). Toutefois, puisque 76 % des Autochtones vivant hors réserve se trouvent en milieu urbain, nous utilisons les données concernant la population hors réserve comme données de remplacement pour déterminer les indicateurs et les résultats en matière de santé des Autochtones vivant en milieu urbain. Nous utilisons aussi des recherches sur la population autochtone urbaine. Comme le font remarquer Browne et al. (2009), « il ne faut pas se fier uniquement aux

statistiques concernant les Autochtones hors réserve et aux recherches sur la population urbaine » (p. 15).

La section suivante aborde la documentation sur les déterminants de la santé des Autochtones vivant en milieu urbain et les indicateurs de santé pertinents. Elle traite ensuite les données sur les résultats en matière de santé. Les données sur la population autochtone urbaine sont difficiles à désagréger, mais lorsque c'est possible, les recherches et les données focalisant sur certains groupes sont mises en évidence.

4.1 Documentation sur les déterminants de la santé

Au Canada, les Autochtones dans leur ensemble sont en plus mauvaise santé que les non-Autochtones (Tjepkema, 2002). Les travaux universitaires et la documentation sur la santé des Autochtones portent généralement sur « les Autochtones vivant dans les réserves, les Indiens inscrits et les Inuits [...et...] on en sait relativement peu sur la population autochtone (y compris les Indiens inscrits et non inscrits) vivant hors réserve dans les villes du Canada » (idem, p. 2). Toutefois, on a développé ces dernières

années un corpus de recherche raisonnable examinant les facteurs déterminants de la santé des Autochtones vivant en milieu urbain. Par exemple, Browne et al. (2009) ont traité de la santé des membres des Premières Nations vivant en milieu urbain. Leur rapport renferme des renseignements sur la démographie, l'état de santé, les déterminants de la santé et les questions juridiques liées à la santé des Premières Nations et aux tendances de la recherche sur les Autochtones urbains et hors réserve. On peut, dans une certaine mesure, appliquer l'information offerte par l'étude de Browne et al. (2009) à tous les Autochtones vivant en milieu urbain. Tjepkema (2002) a analysé l'Enquête sur la santé dans les collectivités de 2000-2001 de Statistique Canada et a comparé « la population autochtone hors réserve avec le reste de la population canadienne en ce qui concerne l'état de santé, les habitudes sanitaires et l'utilisation des soins de santé » (p. 1). Bien que cette étude soit maintenant désuète et tienne compte des populations rurales hors réserve, ses conclusions font toujours ressortir les tendances de la santé des Autochtones vivant en milieu urbain. L'Étude sur les Autochtones vivant en milieu urbain (EAMU) (Environics Institute, 2010), fondée sur plus de 2 614 entrevues et 2 501 sondages téléphoniques, a porté sur plusieurs sujets. Même si la santé n'était pas le principal de ces sujets, l'Étude abordait les perceptions relatives à la santé et plusieurs autres déterminants de la santé et du bien-être. Divers travaux de Peters, Graham et Newhouse (voir Peters, 2004; Newhouse et Peters, 2003; Graham et Peters, 2002), bien qu'ils ne portent pas uniquement sur la santé, traitent des sujets liés au bien-être des Autochtones vivant en milieu urbain. Par exemple, ces auteurs examinent des déterminants de la santé comme le territoire, l'éducation et le revenu. McShane et al. (2006) et Hanrahan (2002) traitent les questions de santé touchant les Inuits vivant en milieu urbain. Des documents provenant de l'extérieur du Canada sont aussi disponibles :

Ivanitz (2000) s'est penché sur la santé des Autochtones australiens vivant en milieu urbain et Forquera (2001) a produit un rapport sur la santé des Indiens d'Amérique vivant en milieu urbain aux États-Unis.

Ces recherches ont en commun le fait qu'elles se fondent en grande partie sur le cadre de travail des déterminants sociaux de la santé pour faire une analyse et un compte rendu de la santé des Autochtones vivant hors réserve ou en milieu urbain. Les déterminants sociaux de la santé « tiennent compte en particulier des principaux facteurs sociaux, historiques, politiques et économiques qui favorisent la santé et le bien-être dans le sens le plus large de ces termes » et tendent à focaliser sur « les facteurs systémiques à long terme de la santé (comme l'éducation, l'emploi, le revenu, l'exclusion sociale) plutôt que sur les déterminants comportementaux de la santé qui peuvent être examinés plus souvent (comme le tabagisme, l'exercice, les soins personnels, etc.) » (Browne et al., 2009, p. 25). Bien que les facteurs physiques de la santé demeurent importants, on pense généralement que la santé et le bien-être dépendent d'un ensemble diversifié de facteurs interdépendants.

Les modèles de santé occidentaux actuels ne suffisent pas lorsqu'il s'agit de la santé des Autochtones. En fin de compte, ils reflètent les conceptions occidentales des aspects sociaux et politiques qui influent sur la santé globale (Commission sur les déterminants sociaux de la santé, 2007; Dyck, aucune date). De Leeuw et al. (2010) ont souligné cette inadéquation :

« La documentation sur les déterminants sociaux tend à ne pas tenir compte des façons dont les institutions, les idées et les pratiques coloniales se combinent pour entraver l'accès et le contrôle des peuples autochtones à l'égard d'un éventail de déterminants sociaux comme la culture, le milieu physique et le développement sain » (p. 283).

Par conséquent, pour déterminer la meilleure façon d'aborder les préoccupations et les questions liées à la santé, il faut absolument tenir compte des expériences et des disparités sociales, politiques, économiques et culturelles des Autochtones vivant en milieu urbain. Cette approche « holistique » de la santé tient compte de l'interaction dynamique entre les aspects sociaux, culturels, économiques, historiques, politiques et physiques de la vie des gens.

En ce qui concerne la santé des Autochtones du Canada, l'histoire du colonialisme joue un rôle central. De fait, Browne et al. (2009) avancent que la santé des Autochtones « ne peut pas être analysée séparément du contexte des relations coloniales qui influent toujours sur l'accès aux soins de santé, sur les expériences liées aux soins de santé et sur les résultats en matière de santé » (p. 25; voir aussi de Leeuw et al., 2010; Browne et al., 2005; Browne et al., 2007; Browne et Varcoe, 2006; Kelm, 1998). Le colonialisme – « l'établissement et le maintien du pouvoir pour une longue période, par une puissance souveraine, sur un peuple soumis » (Watts, 2000, p. 93) – est la cause primaire des iniquités sociales vécues par un si grand nombre d'Autochtones du Canada. Comme l'expliquent Browne et al. (2009):

« La régulation continue de [...] la vie des Autochtones par les politiques sociales enchâssées dans la Loi sur les Indiens ainsi que les restrictions toujours imposées à l'autonomie gouvernementale, aux revendications territoriales et au développement économique autochtones dans beaucoup de communautés [autochtones] façonnent la santé, la qualité de vie et le bien-être globaux dans ces collectivités. Ceux-ci déterminent à leur tour les possibilités, les conditions économiques ainsi que la santé et le statut social généraux des individus, des familles et des communautés [autochtones] en milieu urbain » (p. 25).

Autrement dit, le colonialisme a eu un effet direct et négatif sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones – p. ex., taux de pauvreté et de chômage plus élevés, niveaux de scolarité plus faibles et logements inadéquats – et entraîne des taux supérieurs de mortalité et de morbidité.

4.2 Résultats en matière de santé

La présente section traite des résultats en matière de santé, notamment : les déterminants sociaux de la santé, les taux de mortalité et l'espérance de vie, les habitudes sanitaires et les autres facteurs de risque, la morbidité et les maladies chroniques, la perception de sa propre santé, la santé

des femmes et des enfants, ainsi que la santé mentale. Ces données devraient donner une idée générale de la santé et du bien-être des Autochtones vivant en milieu urbain. Les renseignements présentés ci-dessous sont tirés de données concernant la population autochtone urbaine, la population autochtone hors réserve, les populations urbaines et hors réserve des Premières Nations et la population autochtone générale.

4.2.1 Déterminants sociaux de la santé

Le lien entre le statut socioéconomique et les résultats en matière de santé est bien établi (Tjepkema, 2002). L'éducation, l'emploi et le niveau de revenu sont tous des indicateurs importants du

statut socioéconomique. La scolarité est un élément important du statut socioéconomique et, à ce titre, est associé à l'état de santé et aux habitudes sanitaires. La recherche montre clairement que l'éducation est étroitement liée au revenu et à la sécurité matérielle des personnes et des familles : le niveau de revenu augmente avec le niveau de scolarité (AFAC, 2007). En général, les niveaux de scolarité élevés sont associés à une meilleure santé globale. Le tableau 4 énumère certains déterminants sociaux de la santé selon les données du recensement de 2006. En résumé, les Autochtones vivant en milieu urbain ont un taux de chômage supérieur et un niveau de scolarité inférieur à ceux de leurs pairs non autochtones.

Tableau 4 : Déterminants sociaux de la santé : comparaison des populations urbaines et rurales et des populations autochtones et non autochtones

Déterminants sociaux de la santé	Population urbaine totale ayant une identité autochtone	Population rurale totale ayant une identité autochtone	Population urbaine totale n'ayant pas une identité autochtone	Population rurale totale n'ayant pas une identité autochtone
Activité de la main-d'œuvre – 15 ans et plus :				
Taux de chômage	11,5	14,4	6,2	6,7
Scolarité – 15 ans et plus :				
Pas de certificat ni de diplôme	162 515 (36,27%)	75 830 (44,15%)	4 344 730 (21,6%)	1 386 375 (29,55%)
Certificat d'études secondaires	112 280 (25,06%)	36 935 (21,5%)	5 183 255 (25,76%)	1 182 445 (25,20%)
Collège, cégep ou autre certificat ou diplôme non universitaire	74 130 (16,54%)	24 680 (14,37%)	3 506 300 (17,43%)	803 745 (17,13%)
Baccalauréat	24 650 (5,5%)	5 165 (3%)	2 619 955 (13,02%)	324 605 (6,92%)
Population totale (15 ans et plus) selon le revenu total :				
Sans revenu	32 050 (7,15%)	13 295 (7,74%)	943 905 (4,69%)	233 120 (4,97%)
Revenu moyen	26 670 \$	25 680 \$	36 546 \$	33 007 \$
Prévalence du faible revenu après impôt en 2005 pour les membres des familles économiques	22,2%	8,9%	9,4%	4,0%

Source : Statistique Canada (2008b)

De plus, leur revenu est plus faible. Les Autochtones vivant en milieu urbain tendent à connaître des taux de chômage plus faibles et des niveaux de scolarité et de revenu supérieurs à ceux des Autochtones vivant en région rurale.

4.2.2 Mortalité et espérance de vie

Il n'y a pas de statistiques de l'état civil sur les taux de mortalité des populations autochtones hors réserve et urbaines. En ce qui concerne la population autochtone générale, les taux de mortalité, toutes causes confondues, sont plutôt supérieurs à ceux de la population non autochtone. L'espérance de vie des hommes et des femmes autochtones vivant hors réserve est d'environ 72 et 77 ans respectivement (Frohlich et al., 2006, cité dans Browne et al., 2009 – aucune année n'était indiquée pour ces données). Ces chiffres sont supérieurs à ceux des Autochtones vivant dans les réserves, ce qui semble indiquer que la santé tend à être meilleure hors réserve (Browne et al., 2009).

4.2.3 Habitudes sanitaires et autres facteurs de risque

Les habitudes sanitaires sont associées aux résultats en matière de santé (positifs et négatifs). Par exemple, le tabagisme augmente le risque de maladie cardiaque et l'activité physique réduit ce risque (Tjepkema, 2002). Les Autochtones du Canada sont également plus exposés aux facteurs de risque de maladie cardiovasculaire, qui comprennent la pauvreté, le tabagisme, l'obésité, le diabète et l'hypertension. Le tableau 5 énumère certains indicateurs de santé fondés sur les données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes de 2000-2001. À la lumière de ces données sur les habitudes sanitaires et d'autres facteurs de risque qui influent sur la santé, Tjepkema (2002) a conclu que « dans toutes les régions géographiques, les Autochtones hors réserve étaient plus susceptibles d'être fumeurs que la population non autochtone » et que « les taux de tabagisme des Autochtones ne diminuent

pas » (p. 7). Comme l'indique le tableau 5, les Autochtones vivant en milieu urbain sont plus susceptibles que les non-Autochtones vivant en milieu urbain et moins susceptibles que les Autochtones vivant dans les régions rurales d'être de gros fumeurs quotidiens. Les populations autochtones en milieu urbain et des régions rurales ont des taux de consommation abusive d'alcool similaires, et ces taux sont supérieurs à ceux de la population urbaine non autochtone. Quant à l'activité physique, Tjepkema (2002) rapporte peu de différence entre les niveaux d'activité de la population autochtone hors réserve et de la population non autochtone. Toutefois, les taux d'obésité sont les plus élevés chez les Autochtones vivant en milieu urbain par comparaison aux Autochtones vivant dans les régions rurales et aux non-Autochtones vivant en milieu urbain.

La consommation de substances et la toxicomanie affectent un certain nombre d'Autochtones urbains au Canada. La consommation de substances (parmi d'autres facteurs comme l'itinérance et le manque de logements abordables) peut contribuer aux taux élevés de maladie mentale chez les Autochtones urbains – ce problème doit être traité. Les statistiques indiquent une prévalence de la consommation d'alcool parmi les populations autochtones du Canada, mais il n'existe pas de données sur les taux

de consommation de substances chez les Autochtones urbains. Kirmayer et al. (2007) ont conclu que la documentation et les recherches concernant l'abus de substances abordaient le plus souvent la question d'un point de vue qualitatif (plutôt que quantitatif) et ne faisaient en général que souligner la nécessité d'adopter des stratégies et des programmes communautaires pour réduire la consommation de substances dans les populations autochtones au lieu de fournir des statistiques sur l'utilisation ou une analyse quantitative des données.

4.2.4 Morbidité et maladie chronique

Les travaux de Tjepkema (2002) sur la santé des Autochtones hors réserve mentionnent divers indicateurs de morbidité. Le tableau 6 résume plusieurs indicateurs de morbidité pour les Autochtones urbains, les populations non autochtones et la population autochtone rurale. La santé des populations autochtones urbaines et rurales semble être similaire; toutefois, les non-Autochtones vivant en milieu urbain présentent des taux inférieurs en ce qui concerne tous les indicateurs de morbidité par rapport à leurs pairs autochtones. La différence entre les Autochtones hors réserve et les non-Autochtones était plus remarquable pour ce qui est du diabète : son incidence dans la population autochtone hors réserve était presque doublée par rapport aux non-Autochtones. Les taux étaient

Tableau 5 : Habitudes sanitaires et facteurs de risque pour les populations autochtones urbaine et rurale et pour la population non autochtone urbaine

Habitude sanitaire / facteur de risque	Population autochtone urbaine (%)	Population autochtone rurale (%)	Population non autochtone urbaine (%)
Gros fumeur quotidien	14,1	16,0	8,8
Grand buveur	22,5	22,9	15,5
Inactif	53,8	53,2	54,5
Obèse	25,6	23,5	13,2

Source : Tjepkema, 2002

aussi supérieurs pour l'hypertension et l'arthrite (Tjepkema, 2002). Le diabète est un problème de santé grave dans la population autochtone. Les taux de diabète chez les Autochtones sont trois à cinq fois plus élevés que la moyenne nationale; cependant, les taux semblent plus élevés dans les réserves qu'à l'extérieur, et on en sait peu sur l'incidence du diabète chez les Métis (Santé Canada, 2000).

Contrairement aux travaux de Tjepkema (2002), un rapport du Centre des Premières Nations (2007) portant sur les populations des Premières Nations indique qu'il existe une différence dans

la morbidité entre les populations hors réserve et celles des réserves. Le tableau 7 résume certains indicateurs de morbidité pour les populations des Premières Nations mentionnés dans le document intitulé *Snapshot of Off-Reserve First Nations Health* (2007). En ce qui concerne l'hypertension et le diabète, les Premières Nations hors réserve ont des taux inférieurs; toutefois, elles présentent des taux supérieurs d'asthme et de troubles cardiaques.

L'incidence du VIH/sida dans la population autochtone fait l'objet d'études depuis plus de 20 ans. Dans

les années 1980, on a utilisé le terme « épidémie » pour décrire l'augmentation rapide du nombre de cas de VIH/sida au Canada, dont la plupart touchaient des Autochtones. Pendant les premières années de l'épidémie, la majorité des Autochtones atteints du VIH/sida vivaient dans les plus grands centres urbains du Canada : Vancouver, Toronto et Montréal (Groupe de travail spécial sur les questions autochtones [GTSQA] du Conseil ministériel sur le VIH/sida, 2001). De 1990 à 1999, la proportion de tous les cas de sida signalés au Canada qui touchaient des Autochtones est passée de 1 % à 15 % (idem). Une hausse similaire a été observée pour le nombre d'infections au VIH. En 1996, on avait signalé 1 430 Autochtones infectés au VIH; en 1999, ce chiffre avait augmenté de 91 %, passant à 2 740. En 1998, les Autochtones représentaient 18,8 % de tous les tests de VIH positifs au Canada; en 2003, ils représentaient 25,3 % (ASPC, 2004).

La majorité des cas de VIH/sida concernent des citoyens et des consommateurs de drogues injectables. Selon le Réseau canadien autochtone du sida (CAAN) (aucune date), les Autochtones sont surreprésentés parmi les Canadiens qui consomment ces drogues. Dans le quartier DTES de Vancouver, les Autochtones ont une prévalence élevée de VIH/sida (Culhane, 2003). Les taux y sont beaucoup plus élevés chez les femmes autochtones (ce n'est pas le cas dans la population autochtone globale) et « deux fois plus élevés parmi les hommes et les femmes autochtones que chez les non-Autochtones » (Browne et al., 2009, p. 24, tiré de Spittal et al., 2002). Selon Culhane (2003), le groupe le plus susceptible d'attraper le VIH/sida est celui des jeunes autochtones de 17 à 25 ans.

Le VIH/sida ne se limite pas aux « ghettos » et ne doit pas être considéré comme un problème associé aux noyaux urbains (Browne et al., 2009). Étant donné les niveaux élevés de mobilité entre

Tableau 6 : Morbidité et maladie chronique pour les populations autochtones urbaine et rurale et pour la population non autochtone urbaine

Indicateur de morbidité	Population autochtone urbaine (%)	Population autochtones rurale (%)	Population non autochtone urbaine (%)
Une ou plusieurs maladies chroniques	62,6	59,6	49,4
Hypertension	15,7	15,8	13,2
Diabète	8,8	9,2	4,2
Arthrite	28,7	24,7	15,6
Restriction à long terme des activités	15,5	18,1	10,2
Épisode majeur de dépression dans les 12 derniers mois	13,8	13,1	7,4

Source : Tjepkema, 2002

Tableau 7 : Morbidité et maladie chronique pour les populations des Premières Nations hors réserve et des réserves

Indicateur de morbidité	Population autochtone hors réserve (%)	Population autochtone des réserves (%)
Hypertension	12	20,4
Diabète	8,3	19,7
Asthme	12,5	9,7
Troubles cardiaques	10,3	7,6

Source : Centre des Premières Nations, 2007

les noyaux urbains et les communautés rurales ou les réserves, il y a un risque élevé de transmission du VIH/sida même aux communautés autochtones les plus éloignées (GTSQA du Conseil ministériel sur le VIH/sida, 2001). Les facteurs de risque de cette maladie chronique sont complexes, mais en grande partie attribuables aux déterminants sociaux, y compris la colonisation, le racisme et la pauvreté (CAAN, aucune date). Le GTSQA du Conseil ministériel sur le VIH/sida (2001) a également indiqué que les antécédents d'abus sexuel sont un facteur de risque.

4.2.5 Perception de sa propre santé

Tjepkema (2002) rapporte que 78 % des Autochtones urbains s'estiment en bonne, en très bonne ou en excellente santé, par comparaison à 74,3 % de la population autochtone rurale. Le Centre des Premières Nations (2007) mentionne une tendance similaire dans les populations des Premières Nations : 57 % des membres des Premières Nations vivant hors réserve qualifient leur santé de bonne ou d'excellente, comparativement à seulement 40 % de la population des Premières Nations des réserves. Le rapport de l'EAMU indique aussi que la majorité des Autochtones vivant en milieu urbain (8 sur 10) s'estiment en excellente santé (14 %), en très bonne santé (32 %) ou en bonne santé (33 %) (Environics, 2010).

Selon l'EAMU, la perception de sa propre santé ne varie pas considérablement selon le groupe identitaire; « toutefois, les Autochtones urbains de Halifax (86 %), de Vancouver (86 %), de Calgary (82 %) et de Montréal (82 %) sont plus susceptibles que la moyenne de juger leur santé bonne à excellente » (Environics, 2010, p. 114). En ce qui concerne les perceptions de la santé selon le sexe, le Centre des Premières Nations (2007) indique que les hommes des Premières Nations vivant hors réserve s'estiment en meilleure santé que leurs pairs féminins : 60 % d'entre eux jugent leur santé très bonne ou excellente par

comparaison à 55 % d'entre elles. Cooke et al. (2004) ont rapporté des résultats différents : les femmes autochtones vivant hors réserve jugeaient leur santé meilleure que celle des hommes autochtones. La santé est également perçue de façon plus favorable par les jeunes et par les personnes dont le revenu et la scolarité sont plus élevés (Environics, 2010).

Tjepkema (2002) précise que les Autochtones hors réserve sont 1,9 fois plus susceptibles de se dire en moyenne ou en mauvaise santé que la population non autochtone. Ce pourcentage ne varie pas de façon significative d'une région à l'autre. De plus, la perception de sa propre santé est directement liée au revenu : les personnes à faible revenu se disent en moins bonne santé et, à mesure que le revenu augmente, la perception de sa propre santé s'améliore (Tjepkema, 2002). Toutefois, « l'écart entre les Autochtones et les non-Autochtones persistait pour les trois niveaux de revenu » (idem, p. 3).

4.2.6 Femmes et enfants

L'Association des femmes autochtones du Canada [AFAC] (2007) affirme que la santé des femmes autochtones est en général bien pire que celle des hommes autochtones (tiré de Browne et al., 2009). Les femmes autochtones (y compris celles vivant en milieu urbain) subissent la « double marginalisation » du racisme et du sexisme qui entraîne une discrimination systémique (AFAC, 2007). Levesque (2003) a avancé que des problèmes particuliers touchent l'état de santé des femmes autochtones vivant en milieu urbain. Ces problèmes sont souvent liés aux raisons pour lesquelles les femmes des Premières Nations quittent les réserves en faveur du milieu urbain, notamment la violence familiale et la détérioration de l'union conjugale. De fait, plus de femmes que d'hommes quittent les communautés rurales et les réserves pour s'installer dans une communauté urbaine ou hors réserve (Levesque, 2003), le taux de violence

conjugale contre les femmes autochtones est trois fois plus élevé que celui des femmes non autochtones (AFAC, 2007) et les taux de mobilité et d'instabilité en matière de logement sont les plus élevés pour les jeunes femmes autochtones vivant en milieu urbain (Norris et Clatworthy, 2003).

Nous ne disposons pas des taux de mortalité des enfants en bas âge applicables spécifiquement à la population autochtone hors réserve. Toutefois, une étude complète où l'on comparait les taux de mortalité des enfants en bas âge des Premières Nations en milieu urbain à ceux des régions rurales a conclu que les taux des populations urbaines et rurales des Premières Nations étaient supérieurs à ceux des non-membres des Premières Nations et qu'ils tendaient à être inférieurs dans la population urbaine des Premières Nations (Luo et al., 2004). Le rapport indiquait aussi que plus d'enfants des Premières Nations naissent en milieu urbain, mais « qu'une proportion plus élevée de mères des Premières Nations en milieu urbain vivaient dans le quintile des quartiers les plus pauvres (40 % des mères urbaines par comparaison à 23 % des mères rurales) » (Browne et al., 2009, tiré de Luo et al., 2004, p. 22). Selon l'agent de santé publique de la Colombie-Britannique (2009), « la longue histoire de la colonisation, de la discrimination systémique et des expériences comme les internats a eu des effets néfastes sur la santé des familles et des enfants autochtones. Les résultats de ces expériences sont à la racine des iniquités en ce qui concerne la santé des enfants autochtones en bas âge » (p. 70).

La population des enfants autochtones croît rapidement, mais les données sur cette population restent insuffisantes (Statistique Canada, 2008c). L'Enquête sur les enfants autochtones (EEA) vise à corriger cette situation en présentant « un vaste ensemble de données sur les enfants autochtones (...) de moins de

6 ans vivant en milieu urbain, rural et dans les collectivités du Nord partout au Canada » (idem, p. 8). Bien que l'EEA traite de nombreux sujets, certains renseignements concernant la santé sont disponibles. L'EEA ne porte pas seulement sur les populations urbaines, mais des renseignements sur les enfants des Premières Nations vivant hors réserve sont fournis. Parmi ces enfants, la majorité (78 %) vivent en milieu urbain (dont 46 % dans les régions métropolitaines de recensement et 32 % dans de plus petits centres urbains) (idem, 2008c, p. 10). Plus d'enfants autochtones que d'enfants non autochtones font partie de familles à faible revenu, particulièrement en milieu urbain où plus de la moitié des enfants des Premières Nations (57 %) appartiennent à des familles à faible revenu par comparaison à 21 % des enfants non autochtones (idem). Dix-huit pour cent des enfants des Premières Nations hors réserve vivent aussi dans des logements nécessitant des réparations majeures (idem). En général, la santé des enfants autochtones (y compris ceux vivant hors réserve et en milieu urbain) tend à être moins bonne que celle des enfants non autochtones, quoique les résultats en matière de santé des enfants autochtones vivant hors réserve tendent à être meilleurs que ceux de leurs pairs vivant dans les réserves (Statistique Canada, 2004). En outre, les enfants autochtones en milieu urbain sont presque deux fois plus susceptibles de faire partie d'un ménage monoparental et de vivre dans la pauvreté, et quatre fois plus susceptibles d'avoir des parents adolescents et d'avoir ressenti la faim (Longfield et Godfrey, 2003, p. 9).

Depuis les années 1960, le nombre d'enfants autochtones utilisant le système d'aide sociale a augmenté en flèche : malgré le fait que les Autochtones représentent moins de 5 % de la population, environ 40 % des enfants placés sont autochtones (Gough et al., 2005). Toutefois, les statistiques concernant ces enfants tiennent rarement

compte du fait qu'ils vivent ou non dans une réserve. Selon les fournisseurs de services, non seulement les enfants autochtones en milieu urbain sont surreprésentés dans le système d'aide sociale des enfants, mais ils sont aussi beaucoup plus touchés par des handicaps comme l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale (ETCAF) et sont plus susceptibles de décrocher de l'école (Longfield et Godfrey, 2003). De plus, jusqu'à 70 % des enfants placés à Vancouver sont d'origine autochtone (Culhane, 2003).

4.2.7 Santé mentale

La santé mentale comprend un large éventail de maladies, de troubles et de problèmes. Selon Browne et al. (2009), « les iniquités socioéconomiques persistantes, les traumatismes intergénérationnels et les processus coloniaux et néocoloniaux, y compris la racialisation et la discrimination, ont gravement nui à la santé mentale des Autochtones, comme en témoignent les taux alarmants de suicide, de dépression, de toxicomanie et de violence » (p. 19). Les politiques de santé tendent à faire abstraction des questions de santé mentale des Autochtones vivant en milieu urbain. En outre, les données sur la santé mentale qui visent spécifiquement les populations autochtones en milieu urbain sont rares, quoique certaines données probantes suggèrent que la santé mentale est meilleure dans les populations autochtones vivant hors réserve que dans les réserves (voir, par exemple, Centre des Premières Nations, 2007). Cela peut s'expliquer par le nombre relativement plus élevé de services de santé mentale offerts en milieu urbain. Toutefois, de nombreuses sources constatent chez les Autochtones des taux inquiétants de maladie mentale qui sont probablement attribuables à une combinaison de problèmes tels l'itinérance, la consommation de substances, le logement inadéquat et la désinstitutionalisation des malades mentaux qui persiste en milieu urbain

(agent de santé publique de la Colombie-Britannique, 2002; Romanow, 2002).

Selon l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 21 % des Autochtones hors réserve à faible revenu ont mentionné un épisode de dépression majeur dans l'année précédente (Longfield et Godfrey, 2003). De plus, bien que le suicide dans les réserves ou les communautés inuites traditionnelles tend à être plus prévalent qu'en milieu urbain, les statistiques sur le suicide dans les populations autochtones du Canada sont rares et généralement désuètes (Kirmayer et al., 2007).

4.3 Résumé

Pour déterminer la meilleure façon de traiter les préoccupations et les problèmes liés à la santé, il faut absolument considérer les expériences et les disparités sociales, politiques, économiques et culturelles des Autochtones vivant en milieu urbain. Cette approche « holistique » de la santé tient compte de l'interaction dynamique entre tous les aspects de la vie des gens. Dans cette perspective, les données concernant l'état de santé peuvent fournir des indications sur les types de services de santé nécessaires pour mieux servir la population autochtone urbaine. La section suivante sur les services de santé commence par un aperçu de la manière dont les Autochtones obtiennent et utilisent ces services, puis examine les effets de l'urbanisation des Autochtones sur la prestation des services de santé.





5. EFFETS DE L'URBANISATION SUR LA PRESTATION DES SERVICES DE SANTÉ



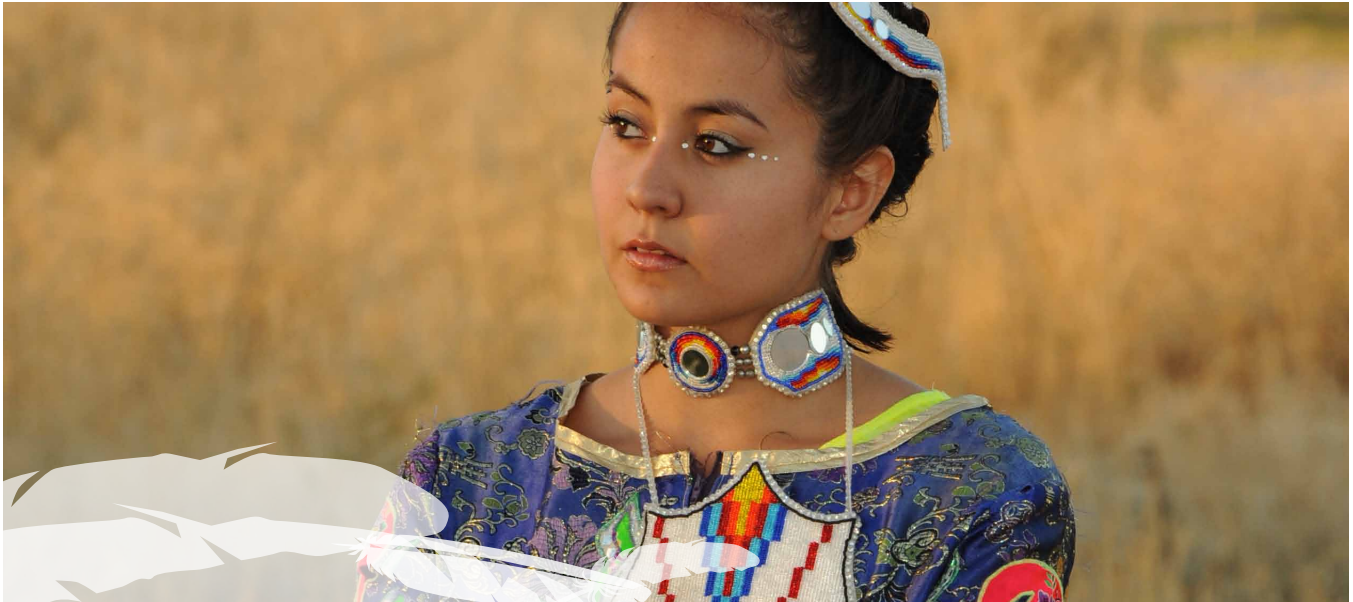
La présente section porte sur les services de santé, plus particulièrement les effets de l'urbanisation de la population autochtone sur les politiques relatives aux services de santé et sur leur prestation. La section offre d'abord un aperçu de l'accès aux soins de santé et de leur utilisation, ce qui donne un contexte important. Suit une explication de la compétence administrative en matière de services de santé, qui est étroitement liée aux lieux et, par conséquent, aux tendances de l'urbanisation. Nous établissons ensuite des liens entre l'urbanisation de la population autochtone, cette compétence, les politiques relatives aux services de santé et la prestation de ces services.

5.1 L'accès aux soins de santé et leur utilisation

Comme nous l'avons mentionné dans une section antérieure, les Autochtones ont beaucoup de raisons pour déménager en milieu urbain; l'une d'entre elles est l'amélioration de l'accès aux services de soins de santé (Newhouse et Peters, 2003). En général, les communautés rurales et les réserves offrent moins de services de soins de santé (notamment les services spécialisés), ce qui rend le déménagement plus près de ces services nécessaire dans

certains cas. Toutefois, le déménagement n'est pas toujours simple. Après leurs recherches sur les déménagements pour motifs médicaux, Lavoie et al. (2008) ont conclu que les Autochtones qui déménagent en ville pour obtenir des services médicaux sont souvent confrontés à une série de problèmes, notamment l'absence de soutien financier et en matière de transport, l'absence de logement convenable près des services médicaux et l'isolation du réseau de soutien social de la communauté d'origine.

Tjepkema (2002) a indiqué que la population autochtone hors réserve ne variait pas de façon significative par rapport à la population non autochtone quant à l'utilisation des soins de santé. Les visites chez les omnipraticiens, les spécialistes des yeux et d'autres médecins étaient similaires, mais une certaine différence a été décelée dans le niveau de contact que la population autochtone hors réserve avait avec les dentistes (qui ne sont pas financés par les deniers publics) par comparaison à la population non autochtone. Tjepkema (2002) a aussi constaté que même si l'on tenait compte des différences dans la perception de sa propre santé, plus d'Autochtones vivant hors réserve que de non-Autochtones avaient des besoins non satisfaits en



matière de soins de santé. On ne répondait pas à ces besoins pour des raisons liées à l'acceptabilité et à la disponibilité : 51,3 % des répondants ont donné comme raison que les services disponibles étaient jugés inacceptables et 47,5 % ont mentionné le manque de disponibilité (Tjepkema, 2002). Une autre question touchant l'utilisation des soins de santé en milieu urbain est l'absence « d'interface » permettant aux Autochtones d'accéder aux services (en particulier les services spécialisés) (Browne et al., 2009). Par exemple, une étude a montré que les membres des Premières Nations vivant dans les réserves utilisaient les services spécialisés relatifs à l'arthrite plus fréquemment que ceux vivant en milieu urbain, même s'ils devaient parcourir de longues distances. Les membres citadins des Premières Nations qui n'utilisaient pas les services même s'ils vivaient relativement près d'eux ne disposaient peut-être pas d'une « interface » ou d'un soutien suffisant pour accéder au service (McDonald, 2007).

L'accès et la disponibilité des services de santé sont importants, mais seulement dans la mesure où les services sont jugés acceptables (Adelson, 2005). Pour les Autochtones vivant en milieu urbain,

la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination réduisent couramment l'accès aux soins de santé, et on admet de plus en plus que les modèles de soins de santé standard n'éliminent pas ces obstacles (idem). Les pratiques et les politiques relatives aux services de soins de santé peuvent être discriminatoires, parfois de façon subtile mais néanmoins dommageable. En plus de tenir compte de la sécurité culturelle, les services de santé doivent être développés en considérant les effets intergénérationnels du système d'internats. Les femmes sont parmi les groupes les plus touchés par le manque de programmes tenant compte de la sécurité culturelle. Benoit et al. (2001) affirment que les femmes sont confrontées « à des obstacles majeurs pour ce qui est d'obtenir des services de santé provinciaux qui soient adaptés à leurs croyances sanitaires et à leurs préoccupations concernant la santé » (p. 1).

Selon l'EAMU (Environics, 2010), un peu plus de la moitié des Autochtones vivant en milieu urbain ont recours aux services et aux organismes autochtones urbains; parmi ceux-ci, 28 % utilisent les services « souvent » et 26 % les utilisent « occasionnellement » (p. 68). Quarante-

vingt-cinq pour cent des répondants ont déclaré utiliser les services ou les organismes autochtones « rarement » (22 %) ou « jamais » (23 %) (idem, p. 68). Si l'on ventile ces données selon les groupes de population, les Inuits urbains sont les plus susceptibles d'utiliser les services ou les organismes autochtones pour obtenir une aide (71 %); ils sont suivis des membres hors réserve des Premières Nations (59 %) et des Métis (48 %). L'utilisation des services est en outre plus courante à Vancouver et à Toronto, ce qui n'est pas surprenant puisque ces villes accueillent la plus grande variété de services et d'activités culturelles autochtones (Environics Institute, 2010). Parmi les grandes villes du Canada ayant les proportions les plus élevées d'Autochtones, la population autochtone de Regina est la moins susceptible (40 %) d'utiliser les services ou les organismes (idem, p. 68). Les services sont aussi plus susceptibles d'être utilisés par les Autochtones de 45 ans ou plus et par les moins aisés (idem, p. 68).

Un des obstacles les plus importants que doivent surmonter beaucoup de citadins autochtones est le type de soins de santé disponibles dans les centres urbains (Ivanitz, 2000). Selon l'EAMU

(Environics, 2010), « l'accès aux pratiques de guérison traditionnelles est au moins aussi important que l'accès aux soins de santé standard pour la majorité des Autochtones urbains, en particulier les Inuits et les membres inscrits des Premières Nations, et pour ceux qui s'identifient fortement comme Autochtones » (p. 116). L'importance perçue de l'accès à ce type de soins de santé augmente avec l'âge et la force de l'identification comme Autochtone. L'EAMU révèle que 72 % des Autochtones en milieu urbain considèrent l'accès aux pratiques de guérison traditionnelles comme important ou plus important que l'accès aux soins standard, mais seulement 30 % peuvent « les obtenir très facilement » (idem, p. 116). Selon Statistique Canada (2003), « environ 31 % des Autochtones hors réserve avaient accès dans leur ville, village ou autre localité aux médecines traditionnelles et aux pratiques de guérison ou de mieux-être des Premières nations, des Métis ou des Inuits. Le pourcentage était le plus élevé dans les régions urbaines où 34 % de la population avaient accès aux médecines traditionnelles, comparativement à 26 % dans les régions rurales et à 14 % dans l'Arctique canadien » (p. 17). Toutefois, la même proportion d'Autochtones ne savaient pas si les soins de santé traditionnels étaient offerts dans leur communauté.

5.2 Compétence administrative en matière de services de santé

Les gouvernements débattent depuis longtemps de la question de savoir quel palier administratif doit assumer la responsabilité des Autochtones vivant hors réserve (Browne et al., 2009; Graham et Peters, 2002). La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) (1996) a conclu ce qui suit :

« Les débats sur la compétence a nuï à l'accès des Autochtones urbains aux services. Les différends intergouvernementaux, la délégation des services

par les gouvernements fédéral et provinciaux, le manque de coordination des programmes, l'exclusion des administrations municipales et des groupes d'Autochtones urbains des discussions et des négociations sur les politiques et les questions de compétence ainsi que la confusion concernant la représentation politique des Autochtones en milieu urbain ont tous contribué à une situation qui a nuï gravement à la capacité des Autochtones d'obtenir des services appropriés en milieu urbain » (p. 551).

En raison des débats de compétence, les Autochtones vivant hors réserve n'ont pas accès à la gamme de services de santé fédéraux que reçoivent les membres des Premières Nations vivant dans les réserves et les Inuits vivant dans leur communauté (Browne et al., 2009; Graham et Peters, 2002). Les gouvernements provinciaux considèrent en général que les Autochtones relèvent du gouvernement fédéral, peu importe où ils vivent et, jusqu'à récemment, n'offraient pas de services ou de programmes qui n'étaient pas déjà fournis à la population générale (Longfield et Godfrey, 2003). En outre, le niveau de financement est inférieur pour les populations autochtones urbaines. Par exemple, l'Interlocuteur fédéral auprès des Métis et des Indiens non inscrits fait remarquer que même si environ la moitié de la population autochtone vit dans les villes, presque 90 % des fonds fédéraux consacrés aux programmes et aux services offerts aux Autochtones sont affectés uniquement aux réserves (idem, p. 6).

L'admissibilité à certains programmes et services du gouvernement fédéral à l'intention des Autochtones n'est pas simple : elle dépend d'une combinaison complexe de facteurs comme le statut, la résidence, les traités et la législation provinciale et fédérale (Browne et al., 2009). L'admissibilité aux programmes et aux services fédéraux diffère pour les Indiens inscrits et non inscrits, les Inuits vivant hors de leur communauté et les

Métis (Longfield et Godfrey, 2003). Par exemple, un Autochtone peut être inscrit mais vivre hors réserve, ou vivre dans une réserve mais ne pas être inscrit; chaque scénario est associé à un ensemble différent de services et d'avantages et, en fin de compte, cette incertitude concernant l'admissibilité a causé des écarts et des incohérences (Lavoie et al., 2008). Les membres hors réserve des Premières Nations qui sont inscrits peuvent obtenir des avantages des Services de santé non assurés du gouvernement fédéral, mais on peut leur refuser d'autres avantages comme l'indemnité de transport pour les rendez-vous médicaux. De plus, les membres hors réserve des Premières Nations qui sont inscrits n'ont pas le même accès aux services fédéraux relatifs aux drogues et à l'alcool. Bien qu'il existe des services et des politiques à l'intention des Autochtones urbains en matière « d'éducation, de formation, d'emploi, de soutien du revenu, de développement économique, de santé, d'itinérance, de logement, de justice, de droits de la personne, de transition urbaine et de soutien culturel (...), il y en a peu dans les domaines de la violence familiale, de la garde d'enfants, des toxicomanies ou du suicide, et on constate des lacunes importantes en ce qui a trait au soutien du revenu, au logement et à la transition urbaine » (Browne et al., 2009, p. 32). En outre, la prestation de ces services n'est pas coordonnée et les services tendent à ne pas être disponibles ou accessibles de façon générale. En fin de compte, les Autochtones vivant en milieu urbain « sont considérablement défavorisés sur le plan des politiques et des programmes de santé et de bien-être » (idem, p. 32).

5.3 Prestation efficace des services de santé : établir les liens

Selon Graham et Peters (2002), il y a deux grandes catégories de problèmes liés à l'élaboration des politiques : les problèmes démographiques et les problèmes de

compétence. La présente section traite d'abord des effets des caractéristiques démographiques de la population autochtone urbaine sur la prestation des services de santé. Suit une analyse des effets liés à la compétence en matière de services de santé.

5.3.1 Effets démographiques sur la prestation des services de santé

Les Autochtones vivant en milieu urbain sont diversifiés de nombreuses façons; toutefois, aux fins de l'examen des effets des modèles et des tendances démographiques sur la prestation adéquate et efficace des services de santé, certaines généralisations sont nécessaires. Les voici : 1) Les Autochtones sont de plus en plus urbanisés et relativement mobiles (à la fois entre les communautés et au sein de leur communauté); 2) les femmes et les jeunes sont surreprésentés dans la population autochtone urbaine; 3) bon nombre (mais pas la totalité) des Autochtones vivant en milieu urbain ont un statut socioéconomique inférieur et subissent une exclusion sociale.

Comme nous l'avons indiqué à la section 3, les Autochtones vivant en milieu urbain constituent une présence considérable dans les centres urbains et la croissance de cette population devrait se poursuivre (Newhouse et Peters, 2003;

Environics Institute, 2010). Ce « fait des Autochtones urbains » est à la fois un problème et une occasion. Comme le fait remarquer Peters (2004), « la population autochtone urbaine a un effet important sur les villes (... et ...) les villes jouent un rôle important dans la vie des Autochtones » (p. 2). Par conséquent, au niveau le plus primaire, les politiques sur la prestation des services de santé en milieu urbain doivent tenir compte de la population croissante des Autochtones citadins afin d'assurer la fourniture de soins de santé adéquats, accessibles et sûrs.

En plus d'être importante et en croissance, la population des Autochtones en milieu urbain est très mobile à la fois entre les régions rurales / réserves et les régions urbaines et au sein des communautés urbaines. En ce qui concerne la prestation des services de santé, ce facteur de roulement rend difficile l'évaluation de l'état de santé des Autochtones vivant en milieu urbain et « peut aussi entraîner une sous-représentation des tendances sanitaires et sociales des Autochtones urbains, particulièrement ceux qui vivent une situation de logement instable » (Browne et al., 2009, p. 4). Selon Chalifoux et Johnson (2003), « le roulement crée des difficultés beaucoup plus importantes dans la prestation des programmes et des services essentiels

offerts aux Autochtones urbains » (p. 11). Le dilemme pour la prestation des services de santé est de créer « des programmes et des institutions qui soient concentrés dans des quartiers particuliers ou qui les visent par leur emplacement, [...] ou] des initiatives ayant une portée urbaine plus large » (Peters, 2004, p. 7). Quant à la mobilité entre les communautés, Graham et Peters (2002) apportent un élément important : « Sur le plan des politiques, nous devons absolument comprendre que la population autochtone urbaine du Canada n'est pas séparée de la population « non urbaine ». Elles sont liées sur les plans de la mobilité, de la culture et de la politique » (p. iii). Autrement dit, la circulation de la population entre les communautés rurales / réserves et les régions urbaines ne doit pas nécessairement être traitée comme une tendance négative; elle indique plutôt un désir de maintenir un lien avec la famille, le territoire et la culture. Par conséquent, « l'importance pérenne des réserves et des communautés Métis suggère que les initiatives visant seulement le milieu urbain pourraient ne pas tenir compte de certains facteurs ayant des incidences importantes dans les communautés autochtones urbaines. Il faudrait peut-être porter une attention particulière à l'adéquation de la portée des divers aspects des programmes et des services, ainsi qu'à l'interface entre les organismes des divers quartiers » (Peters, 2004, p. 5). Par contre, la mobilité au sein des régions urbaines est généralement associée aux conditions de logement; les politiques visant à réduire les taux de mobilité résidentielle sont donc importantes (Graham et Peters, 2002).

Les services de santé doivent tenir compte du fait que les femmes représentent plus de la moitié de la population autochtone urbaine. Le sexe est un déterminant important de la santé. Bien que les femmes vivent en moyenne plus longtemps que les hommes, elles ont plus fréquemment des problèmes de santé et utilisent plus souvent le réseau de soins de santé



(Jennissen, 1992; Association des femmes autochtones du Canada, 2007). Les femmes autochtones vivant en milieu urbain sont plus susceptibles que les hommes autochtones d'avoir un faible revenu et d'être parent célibataire. De plus, elles peuvent avoir été victimes de violence, un déterminant majeur de la santé (Brown et al., 2009). Comme l'indique l'Association des femmes autochtones du Canada (2007) : « parmi les déterminants sociaux de la santé les plus critiques, il en est un qui est associé si étroitement au sexe qu'il commande un traitement distinct : la violence faite aux femmes autochtones. Aucune autre question n'a eu et ne continue d'avoir des effets aussi graves que cette expérience touchant tant de femmes autochtones, leurs enfants et leur famille » (p. 11). Les femmes qui ont migré vers le milieu urbain pour fuir la violence sont particulièrement vulnérables. Par exemple, les femmes autochtones sont surreprésentées dans le DTES de Vancouver, où elles courent un risque plus élevé d'exploitation sexuelle et de violence (Culhane, 2003). Les services de santé doivent absolument répondre aux besoins des femmes confrontées à ces problèmes en étant disponibles, accessibles et sûrs.

La jeunesse relative de la population autochtone urbaine a également des incidences importantes pour les services de santé. Les enfants hors réserve sont plus susceptibles d'avoir une famille monoparentale et une proportion élevée d'enfants autochtones sont placés en milieu urbain (Browne et al., 2009). Les incidences pour les services de santé sont considérables : la garde d'enfants, l'éducation, le logement, l'emploi et les services de toxicomanie comptent parmi les domaines où il faut focaliser sur les jeunes. Actuellement, les jeunes autochtones qui vivent en milieu urbain ou qui ne sont pas inscrits sont confrontés à des restrictions plus strictes à l'égard de certains services. Par exemple, les jeunes des réserves ont la priorité pour ce qui est des services relatifs aux drogues et à

l'alcool, tandis que les enfants inscrits vivant hors réserve ont du mal à accéder au Programme d'aide préscolaire aux Autochtones (idem).

La population autochtone urbaine est souvent erronément associée aux ghettos des noyaux urbains, mais comme le font remarquer Graham et Peters (2002), les données probantes concrètes n'appuient pas cette présomption. En général, les niveaux de ségrégation sont bas et « les concentrations considérables semblaient être typiques dans seulement trois centres : Winnipeg, Regina et Saskatoon » (Graham et Peters, 2002, p. 13, tiré de l'étude de 1996 de Clatworthy). Néanmoins, il est important de mentionner que les Autochtones qui vivent de fait dans les quartiers pauvres « sont moins susceptibles d'exercer des activités liées au marché de la main-d'œuvre que les Autochtones des quartiers plus aisés et ils sont plus susceptibles d'avoir une scolarité limitée » (Graham et Peters, 2002, p. 19). De plus, il est très difficile de déterminer si la ségrégation résidentielle est la cause ou le résultat de la pauvreté. En ce qui concerne les politiques de santé, il faut donc se fier aux données probantes plutôt qu'aux suppositions concernant les tendances en matière d'établissement dans les villes. Enfin, les services de santé de quartier peuvent ne pas être uniformément efficaces en raison de la variabilité considérable du niveau de ségrégation résidentielle constaté dans les villes du Canada.

En général, les Autochtones vivant en milieu urbain restent touchés de façon disproportionnée par la pauvreté, l'exclusion sociale et la discrimination (Newhouse et Peters, 2003; Tang et Browne, 2008). Ce fait a deux conséquences clés : 1) les Autochtones vivant en milieu urbain risquent davantage d'avoir de mauvais résultats en matière de santé en raison de la pauvreté, de l'isolement, des expériences de violence, etc.; 2) les Autochtones vivant en

milieu urbain sont plus susceptibles de rencontrer des obstacles à l'accès aux services de santé en raison des politiques et des pratiques discriminatoires (Adelson, 2005). Toutefois, il faut préciser que les caractéristiques de la population autochtone urbaine varient considérablement; même si la pauvreté et la marginalisation continuent de nuire aux Autochtones vivant en milieu urbain, un nombre croissant d'entre eux ont terminé leur éducation post-secondaire (Cairns et Flanagan, 2001, p. 110) et il y a une classe moyenne en croissance composée de professionnels à revenu élevé (CRPA, 1996). Par conséquent, « on doit faire preuve de flexibilité dans l'élaboration des programmes et des politiques » (Graham et Peters, 2002, p. 16). Les politiques relatives à la prestation des services de santé devront tenir compte de l'échelle et de la portée géographiques et déterminer s'il faut focaliser sur les personnes, les communautés ou les deux, comment assurer la sécurité culturelle des services et comment les organismes et les services peuvent interagir efficacement pour s'adapter aux besoins d'une population urbaine mobile et souvent marginalisée.

5.3.2 Effets liés à la compétence sur la prestation des services de santé

La Commission royale sur les peuples autochtones (1996) a déterminé trois éléments clés liés à la compétence qui doivent être traités : 1) le niveau des services offerts aux Autochtones vivant hors réserve est inférieur à celui des Autochtones des réserves; 2) l'accès aux programmes provinciaux est plus restreint pour les Autochtones que pour les autres citoyens; 3) l'accès aux programmes assurant la sécurité culturelle est inadéquat. L'Interlocuteur fédéral auprès des Métis et des Indiens non inscrits signale aussi que les programmes et les services actuellement offerts à la population autochtone urbaine sont relativement peu coordonnés et sont administrés « de façon indépendante au sein des paliers d'administration

municipal, provincial et fédéral et entre ces paliers » (Longfield et Godfrey, 2003, p. 6-7). Selon les recommandations de la CRPA (1996), les rôles des gouvernements doivent être mieux définis et le gouvernement fédéral doit financer les services fournis dans les territoires autochtones tandis que les gouvernements provinciaux et territoriaux doivent financer ceux offerts aux Autochtones vivant ailleurs (Graham et Peters, 2002). Étant donné le taux de mobilité élevé entre les régions rurales / réserves et les régions urbaines / hors réserve, l'attribution de la compétence fondée sur le lieu de résidence d'un Autochtone peut ne pas convenir à l'élaboration de politiques et de programmes efficaces.

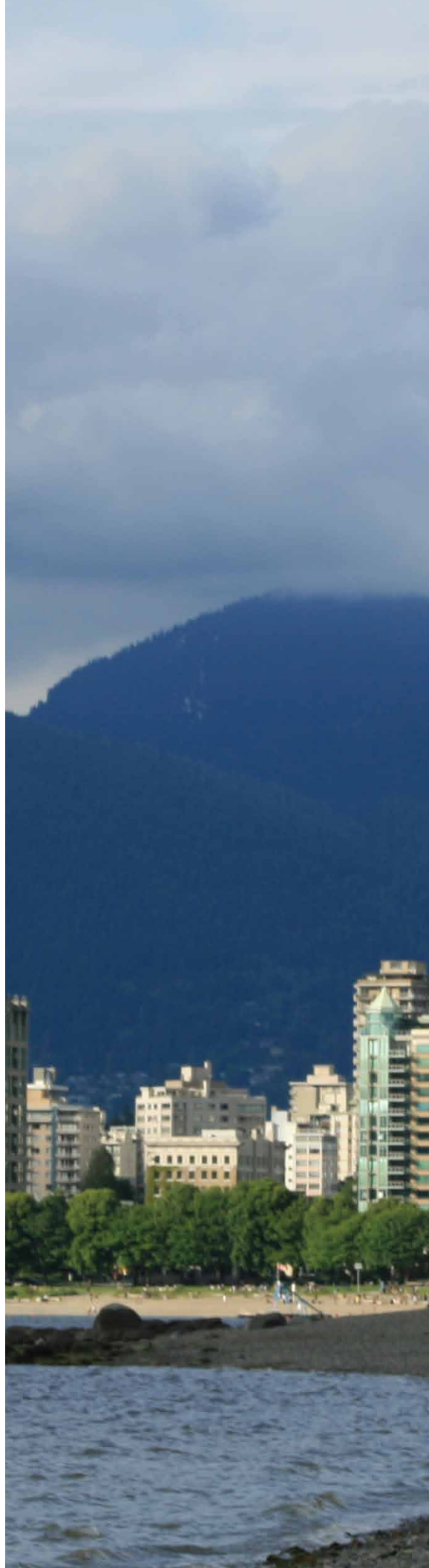
Le statut est un aspect important de la compétence administrative qui touche l'accès aux services de santé. La notion de services « sans égard au statut » – ceux « offerts à tous les groupes autochtones peu importe le statut juridique ou le patrimoine culturel » – est controversée; de nombreux Autochtones s'opposent aux approches sans égard au statut et avancent que « des services plus ciblés pourraient jouer un rôle important dans le soutien des identités culturelles » (Graham et Peters, 2002, p. 22, tiré de CRPA, 1996). Toutefois, les données probantes suggèrent que les approches de ce genre sont économiques et non discriminatoires et qu'elles peuvent permettre de développer un sentiment de communauté parmi les Autochtones vivant en milieu urbain (Hanselmann, 2002; CRPA, 1996; Graham et Peters, 2002).

Browne et al. (2009) font remarquer que la conception du gouvernement fédéral de sa responsabilité fiduciaire à l'égard des Autochtones inscrits peut être inadéquate car elle « défavorise non seulement les Autochtones non inscrits, mais aussi ceux qui sont inscrits et vivent hors réserve en milieu urbain » (p. 34). On a suggéré l'autonomie gouvernementale comme solution possible aux problèmes de compétence, mais il y a encore un

lien conceptuel solide entre l'autonomie gouvernementale et les emplacements des réserves. L'autonomie gouvernementale dans un contexte urbain est « complexe et présente de multiples difficultés associées à l'union de groupes de personnes différents » (Browne et al., 2009, p. 34, tiré de Newhouse et Peters, 2003). Cependant, il vaut la peine de déterminer la valeur possible des modèles d'autonomie gouvernementale dans le cadre de la planification de la prestation des services de santé dans les contextes touchant les Autochtones urbains (Browne et al., 2009).

5.4 Résumé

L'urbanisation de la population autochtone a des incidences importantes pour la prestation des services de santé, particulièrement à la lumière des questions liées à l'utilisation des soins de santé et à la compétence administrative en matière de services de santé. Beaucoup d'Autochtones qui s'installent en milieu urbain pour obtenir des soins de santé rencontrent des obstacles en ce qui concerne les services de santé. Il faut améliorer le niveau et l'accès des services de santé offerts aux Autochtones vivant en milieu urbain, et les questions liées à l'utilisation et à la compétence doivent être réglées. La population autochtone urbaine est diversifiée et ne se concentre pas nécessairement dans les quartiers des noyaux urbains. Les tendances en matière de mobilité suggèrent que l'échelle et l'emplacement géographiques ainsi que la portée des services sont des éléments importants de la prestation des services de santé. Ces services doivent être disponibles, accessibles et assurer la sécurité culturelle, et ils doivent focaliser sur les besoins des femmes et des jeunes, étant donné la proportion plus élevée de ces groupes dans la population. La section suivante analyse plusieurs programmes de santé nationaux, puis utilise deux villes du Canada comme exemples pour examiner la disponibilité des services de santé offerts aux Autochtones qui y vivent.





6. PROGRAMMES ET INITIATIVES



Les villes offrent un grand éventail de programmes et d'initiatives qui fournissent divers services à diverses populations. Par exemple, un programme peut focaliser sur une maladie (comme le diabète ou le VIH/sida) ou une philosophie (comme la revitalisation culturelle), ou il peut cibler certains segments de la population autochtone urbaine, comme les enfants et les familles, les jeunes ou les femmes. Les hôpitaux bien équipés, les services de counseling, les groupes de soutien, la médecine holistique et la guérison traditionnelle ne sont que quelques-uns des services offerts dans les centres urbains. Ces programmes et services sont aussi financés par de nombreuses sources et peuvent ne pas avoir de but lucratif ou recevoir des fonds de tout palier d'administration. Il peut également s'agir d'un organisme communautaire ou autochtone, voire d'une initiative nationale.

La section suivante renferme des renseignements sur plusieurs programmes d'envergure nationale. Elle est suivie de deux sections où nous analysons des programmes et des services offerts dans deux centres urbains – Vancouver (C.-B.) et Winnipeg (Manitoba). Nous visons à donner un aperçu des types de services disponibles et à souligner leur diversité; il ne s'agit pas d'une liste complète de tous

les programmes offerts aux Autochtones vivant dans ces deux milieux urbains. Dans ce contexte, les programmes et les services sont difficiles à catégoriser. Bon nombre d'entre eux ciblent des aspects multiples de la santé; par exemple, un programme peut focaliser sur la guérison traditionnelle, le diabète et les personnes âgées. Par conséquent, même si nous nous sommes efforcés de catégoriser les services offerts dans l'intérêt de la clarté, il faut se rappeler qu'ils se chevauchent en grande partie.

6.1 Initiatives et programmes nationaux choisis

La Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain est « un programme de nature communautaire élaboré par le gouvernement du Canada dans le but d'améliorer les perspectives sociales et économiques des Autochtones vivant dans les centres urbains » (AADN, 2010a, par. 1). Lancée en 1997, elle est appliquée au moyen de partenariats entre le gouvernement fédéral et « les collectivités et les organisations autochtones locales, les gouvernements municipaux, provinciaux et territoriaux, et le secteur privé » (idem, par. 2). La Stratégie cible plusieurs domaines prioritaires, y compris les habiletés fondamentales, la formation professionnelle, l'entrepreneuriat ainsi

que les femmes, les enfants et les familles. En 2007, le gouvernement du Canada a engagé 68,5 M\$ sur cinq ans pour répondre à ces besoins (MVUAS, 2010).

L'Initiative sur le diabète chez les Autochtones est un autre programme de santé d'envergure nationale. Créée en 1999, elle vise à « réduire l'incidence et la prévalence du diabète de type 2 chez les Autochtones en supportant des activités et des services de promotion de la santé et de prévention primaire offerts par des travailleurs communautaires en prévention du diabète et des intervenants en matière de santé ayant été formés » (Santé Canada, 2011, par. 4). L'Initiative fournit des services aux Métis, aux

Autochtones hors réserve et aux Inuits urbains. Elle utilise les connaissances locales et des approches tenant compte des différences culturelles pour assurer la prévention et la gestion du diabète (idem). L'Initiative a pour but de réduire l'incidence du diabète de type 2 chez les Autochtones citadins (idem).

Après la Deuxième Guerre mondiale, un nombre croissant d'Autochtones se sont mis à déménager dans les grands centres urbains du Canada. Cette population en plein essor a exprimé un besoin d'initiatives communautaires et culturelles, ce qui a mené à l'établissement des précurseurs des « Centres d'amitié » (Association nationale des centres d'amitié,

2006). Le premier Centre d'amitié a été ouvert à Toronto (Ontario) en 1951, et un autre a vu le jour à Vancouver (C.-B.) l'année suivante. En 1968, 26 Centres d'amitié étaient établis au Canada (idem). Ces centres étaient principalement autonomes et la plus grande partie de leurs fonds provenaient d'activités de financement, d'églises, de groupes de services et de quelques petites subventions (idem). En 2007, 118 centres étaient répartis dans les régions urbaines du Canada (idem). Étant donné ce nombre élevé, beaucoup de villes peuvent offrir ce service aux Autochtones citadins. Les Centres d'amitié font la promotion de la justice, de l'équité et de l'égalité pour les Autochtones, fournissent une aide à la

Tableau 8 : Programmes ciblant les enfants et les familles à Vancouver

Programme	Groupe cible	Objet du programme	Renseignements additionnels
Aboriginal Child and Family Support Services	Enfants autochtones de 0 à 6 ans	Promotion des compétences parentales et renforcement de la vie familiale	Financé par le ministère des Enfants et du Développement de la famille par l'intermédiaire de la Vancouver Native Health Society
Vancouver Aboriginal Child and Family Services Society	Enfants et familles autochtones urbains	Bien-être de l'enfance	
Vancouver Aboriginal Friendship Centre – Sundance Daycare	Enfants de 3 à 6 ans	Garde d'enfants	
Collingwood Neighbourhood House – Amlat'si	Enfants de 0 à 6 ans et leur famille élargie	Développement de l'enfant	
BC Aboriginal Child Care Society – Eagles Nest Preschool	Enfants d'âge préscolaire	Garde d'enfants	
Kla-how-eya: Aboriginal Centre of SACS	Familles	Aide à la famille et aux parents	Programmes de développement de la famille, mentorat communautaire, groupe de soutien des futurs parents, centre d'accueil familial et programme de compétences parentales pour Autochtones
Spirit of the Children Society	Enfants et familles	Développement de l'enfant; soutien à la famille et aux parents	Exemple de programmes offerts : programme sur l'ensemble des troubles causés par l'alcoolisation fœtale; programme de développement des enfants en bas âge autochtones; cercles de soutien pour hommes et femmes; groupes pour les jeunes; programme de soutien traditionnel pour les parents autochtones; groupe de soutien des aînés

transition du milieu rural au milieu urbain et appuient les activités culturelles et d'autodétermination. Ainsi, même s'ils ne se concentrent pas sur la santé, les Centres d'amitié peuvent contribuer à améliorer le bien-être des Autochtones vivant en milieu urbain par leurs travaux visant à améliorer divers déterminants sociaux de la santé.

Plusieurs programmes fédéraux sont axés sur la santé des enfants et des adolescents autochtones. Le Programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les collectivités urbaines et nordiques est un programme fédéral qui offre, pour les enfants autochtones vivant dans les communautés urbaines et nordiques, des services de garde et des établissements préscolaires contrôlés localement qui favorisent leur développement physique, social et affectif (ASPC, 2011a). Plus de 4 000 enfants fréquentent les 129 établissements du Programme (idem). Le Programme canadien de nutrition prénatale (PCNP) est un programme de santé publique communautaire visant à améliorer la nutrition et la santé des femmes enceintes et de leur bébé (ASPC, 2011b). Selon l'ASPC (2011b), « 330 centres PCNP desservent chaque année près de 50 000 femmes dans plus de 2 000 collectivités à travers le Canada » (par. 3). Un troisième programme national qui se concentre sur la santé des enfants est le Programme d'action communautaire pour les enfants (PACE). Ce programme communautaire lancé en 1993 vise à appuyer le développement de la santé des enfants en situation difficile (ASPC, 2011c). Il sert les populations autochtones

et non autochtones, mais administre dans les centres urbains certains programmes ciblant particulièrement les Autochtones vivant en milieu urbain.

6.2 Vancouver : initiatives et programmes choisis

Vancouver (C.-B.) compte 40 310 Autochtones (2 % de la population totale). Un grand éventail de programmes et de services liés à la santé à l'intention des Autochtones vivant en milieu urbain sont offerts à Vancouver et dans ses banlieues. La présente section donne un aperçu des catégories suivantes de programmes de santé : garde d'enfants et soutien aux familles, éducation et emploi, soins de santé, nutrition et activité physique, toxicomanies et santé mentale, femmes et jeunes. Cette liste ne comprend pas tous les types de services liés à la santé et au bien-être qui sont offerts à Vancouver, mais elle donne une idée de la diversité des programmes offerts à la population ciblée et des types de services fournis.

6.2.1 Garde d'enfants et soutien aux familles

Plusieurs programmes sont offerts aux enfants et aux familles de Vancouver. Le tableau 8 en énumère certains. Ils touchent la garde d'enfants, le développement de l'enfant et le soutien à la famille. La Spirit of Children Society est un organisme autochtone sans but lucratif qui sert plusieurs communautés dans les secteurs de Burnaby, de New Westminster, de Coquitlam, de Port Coquitlam et de Port Moody à Vancouver (site Web de

la Spirit of Children Society). Tous les groupes autochtones peuvent participer aux programmes offerts par l'organisme. En plus du développement de l'enfant, les compétences et la confiance parentales sont favorisées dans le cadre d'activités éducatives. Un soutien spécial est fourni aux familles comprenant des enfants atteints de l'ETCAF, y compris des visites à domicile, des programmes d'éducation et des ressources. Le développement de l'enfant en bas âge est également ciblé au moyen de partenariats établis avec des fournisseurs de soins de santé de la communauté (infirmières, médecins et spécialistes). Le respect et la promotion des cultures et des croyances spirituelles autochtones sont des éléments clés des programmes et des services offerts par l'organisme, qui cible les besoins des enfants en bas âge, des enfants, des jeunes, des hommes et des femmes.

6.2.2 Éducation et emploi

L'éducation et l'emploi sont d'importants déterminants sociaux de la santé. Beaucoup de services et de programmes à l'intention des Autochtones vivant à Vancouver visent à aider les personnes à se scolariser ou à trouver un emploi. La Kla-how-eya: Aboriginal Centre of Surrey Aboriginal Cultural Society (SACS), qui offre un grand éventail de services visant à promouvoir la prospérité économique et à améliorer la santé et le bien-être des Autochtones de Vancouver, comprend un programme d'apprentissage appelé Kla-how-eya Culinary Arts Program (site Web de la Kla-how-eya: Aboriginal Centre of SACS). Le programme d'éducation de l'organisme n'est qu'un de ses nombreux programmes visant à développer la communauté autochtone de Vancouver, et cette approche holistique témoigne des efforts que déploie l'organisme pour s'adapter à la culture des Autochtones vivant à Vancouver. Le Native Education College (NEC), situé à East Vancouver, est un autre programme d'éducation. Cet organisme de charité inscrit vise à « offrir un milieu de soutien aux adultes pour leur permettre de s'épanouir et de prendre



Tableau 9 : Services d'emploi à Vancouver

Programme	Groupe cible	Objet du programme	Renseignements additionnels
First Nations Employment Society	Représente 10 Premières Nations et les Autochtones hors réserve et des réserves vivant dans le secteur « Sunshine Coast » de Vancouver	Emploi	Sans but lucratif
Native Employment Outreach Services	Chercheurs d'emploi autochtones de la région de Vancouver	Emploi	
Aboriginal Community Career Employment Services Society	Autochtones urbains de la région de Vancouver	Programme de services d'emploi et de formation	Gouvernement fédéral par l'intermédiaire de Ressources humaines et Développement des compétences Canada
ACCESS – Essential Skills for Aboriginal Futures Program (ESAF)	Hommes et femmes autochtones	Emploi	Metro Vancouver Urban Aboriginal Strategy
ACCESS – Bladerunner Program	Jeunes autochtones	Stages	Metro Vancouver Urban Aboriginal Strategy
Kla-how-eya: Aboriginal Centre of SACS		Emploi	Services d'emploi; stages d'été pour les étudiants
Pre-Employment Transition Program – VSB	Jeunes autochtones ayant reçu un diagnostic d'ETCAF	Aptitudes à la vie quotidienne et compétences professionnelles	

contact avec la culture autochtone » (site Web du NEC, page d'accueil, par. 1). Le NEC offre divers programmes, y compris le diplôme de fin d'études pour adultes de la C.-B. ainsi que « des certificats et des diplômes collégiaux donnant accès à un emploi ou à l'éducation postsecondaire » (idem, par. 2). L'Aboriginal Education Enhancement Agreement, créé par le Vancouver School Board (VSB), « incarne les visions et les engagements communs de toutes les parties à l'accord à l'égard de la réussite des étudiants autochtones » dans les domaines de l'appartenance, de la maîtrise des compétences, de la culture et de la communauté (VSB, aucune date, par. 2). Les étudiants autochtones peuvent obtenir une aide et des services

supplémentaires qui leur permettent de réussir à l'école.

Le tableau 9 énumère les organismes et les programmes qui favorisent l'emploi à Vancouver. Ces organismes varient selon le type de service fourni, le groupe ciblé et le type de financement. Par exemple, la First Nations Employment Society (FNES) est un organisme sans but lucratif qui représente 10 Premières Nations; il « offre un soutien et des possibilités aux Autochtones vivant dans les territoires des nations membres afin de les aider à trouver un emploi en développant et en promouvant l'autonomie » (site Web de la FNES, par. 2). Les programmes ACCESS, par contre, sont financés dans le cadre de

la Metro Vancouver Urban Aboriginal Strategy (MVUAS) et fournissent une aide au placement et à l'emploi aux hommes et aux femmes autochtones (Essential Skills for Aboriginal Futures Program) et jeunes autochtones (programme Bladerunner). D'autres organismes, comme l'Aboriginal Community Career Employment Services Society, offrent une formation professionnelle.

6.2.3 Soins de santé

L'accès à des soins de santé qui ciblent la population autochtone urbaine est un aspect critique des résultats en matière de santé. À Vancouver, on offre un éventail de services de soins de santé axés sur des besoins comme la dentisterie,

la prévention du diabète et le soutien des personnes atteintes du VIH/sida. La Vancouver Native Health Society administre une clinique médicale, appelée Urban Aboriginal Health Centre et située dans le quartier DTES, à l'intention des membres urbains des Premières Nations. Elle est financée par tous les niveaux d'administration, des organismes sans but lucratif, des organisations privées, l'Université de la Colombie-Britannique et la Vancouver Coastal Health Authority. La clinique a pour but d'améliorer l'accès à des services de soins de santé primaires de qualité; elle offre « un guichet unique et un modèle de soins de santé intégré complet qui assure la sécurité culturelle, la flexibilité et des soins sans jugement » (VNHS, 2012, par. 4). La Vancouver Native Health Society gère aussi une clinique dentaire et le Positive Outlook Program, qui aide les personnes atteintes du VIH/sida. La Pacific Association of First Nations Women Community Health Liaison aide les personnes et les familles autochtones à obtenir des soins de santé et des services sociaux. L'organisme sert « les Autochtones et leur famille de Vancouver et de Richmond en les aidant à déterminer et à régler les problèmes associés à l'accès aux soins de santé et aux services sociaux; l'accent est mis sur le réseau de soins de santé » (VCH, 2011, section des tableaux, par. 7). Le Kla-how-eya: Aboriginal Centre of SACS fournit divers services de soins de santé, y compris des services d'extension en matière de santé mentale des Autochtones, de VIH/sida et d'hépatite C.

Deux initiatives de Vancouver ciblent le diabète : l'East Vancouver Aboriginal Diabetes Coalition (EVADC) et le Diabetes Awareness, Prévention and Teaching Program (ADAPT). L'EVADC « est un groupe de professionnels et de membres de la communauté qui collaborent [...] pour aider les membres de la communauté autochtone qui ont le diabète, qui sont touchés par cette maladie ou qui sont à risque de l'avoir en fournissant des ressources en santé

aux personnes, aux groupes et aux organismes de services » (site Web de l'EVADC, par. 1-2). Cet organisme vise notamment à déterminer les besoins des Autochtones qui ont le diabète ou sont à risque de l'avoir et en y répondant par la prévention, l'éducation et des ressources. L'ADAPT, un programme offert par la Vancouver Native Health Society, sert les Métis et les Autochtones hors réserve, et en particulier les résidents autochtones d'East Vancouver. Le programme est financé par l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones de Santé Canada. Il offre « des ateliers adaptés à la culture qui portent sur la prévention et la gestion du diabète » et l'accent est mis sur la nutrition et les aliments traditionnels (DTES.ca, 2007, section sur l'ADAPT, par. 1). Des ateliers et des séances sur la roue médicinale avec des aînés autochtones comptent parmi les autres aspects de ce programme qui sont adaptés à la culture (DTES.ca, 2007).

6.2.4 Nutrition, sécurité alimentaire et activité physique

La nutrition, la sécurité alimentaire et l'activité physique sont très importantes pour le maintien de la bonne santé; la mauvaise alimentation et l'inactivité sont des facteurs de risque pour plusieurs troubles de santé, y compris le diabète et les maladies du cœur. Le colonialisme et la perte des pratiques culturelles qui y est associée en ce qui concerne les aliments et la nutrition sont blâmés pour l'augmentation de ces maladies (et d'autres) chez les Autochtones; la prise en compte de la culture est donc particulièrement importante lorsqu'il s'agit d'aliments et d'activités. L'Aboriginal Health Initiative Program (AHIP) de Vancouver Coastal Health (VCH) favorise la sécurité alimentaire locale de la communauté en finançant des initiatives locales. Il a été « lancé en 2002 en tant que programme de financement communautaire régional visant à aider et à encourager les communautés autochtones à déterminer les projets de promotion

de la santé qui sont adaptés à leur culture » (VCH, 2010, par. 1). L'Urban Aboriginal Food Enhancement Program, offert par la Vancouver Native Health Society, est un exemple d'initiative de l'AHIP. Il favorise le développement de la capacité, traite de problèmes de sécurité alimentaire et appuie un groupe d'achat d'aliments et un jardin communautaire pour les familles autochtones (idem). Parmi les autres programmes financés par l'AHIP qui concernent la nutrition, la sécurité alimentaire et l'activité physique, mentionnons : Creative Nourishment through Art and Food (Native Education College), Back to the Land (Ustlahn Social Society), les Healthy Nutrition in Residential Facilities and Holistic Wellness Workshops (Circle of Eagles Lodge Society) et l'Aboriginal Intergenerational Landed Learning Project. Il existe également d'autres programmes alimentaires non financés par l'AHIP, notamment : l'Urban Aboriginal Community Garden (financé en partie par VCH), la Vancouver Native Health Society-IUALLP (MVUAS), Bannock on the Run/Elder's Meals on Wheels et le programme de loisirs pour les jeunes du Vancouver Aboriginal Friendship Centre, qui fait la promotion de l'activité physique.

6.2.5 Santé mentale et toxicomanies

Plusieurs programmes de santé mentale et de bien-être sont offerts aux Autochtones vivant à Vancouver; ils sont souvent mis en œuvre au moyen de contrats conclus avec des organismes sans but lucratif de la communauté autochtone (comme VCH, dont 85 % des services de santé autochtones sont fournis de cette façon) (VCH, 2010). VCH offre l'Aboriginal Wellness Program, qui met l'accent sur la prestation de programmes de santé mentale et de toxicomanies culturellement sécuritaires. Ce programme utilise les connaissances et l'expérience des guérisseurs traditionnels et des aînés; il est offert à tous les adultes autochtones de Vancouver et à leur famille (idem).

Le *Kla-how-eya*: Aboriginal Centre of SACS et la Native Court Workers and Counseling Association of BC offrent des services en matière de toxicomanies (y compris le programme *Sheway*). Le *Hey-way'-Noqu'* Healing Circle for Addictions Society fournit des services de counseling en matière de toxicomanies aux patients externes, un programme d'intervention à l'intention des victimes d'agression sexuelle et un programme de liaison en santé mentale. L'organisme est financé par la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits. L'Aboriginal Front Door Society offre aussi des services en matière de toxicomanies (drogues et alcool).

6.2.6 Femmes

Certains programmes et services mettent l'accent sur la santé et le bien-être des femmes autochtones vivant à Vancouver. Par exemple, le BC Women's Hospital and Health Centre de Vancouver offre un programme de santé des Autochtones qui fournit des services sur place et des services d'extension visant à améliorer la santé des femmes autochtones et de leur famille. L'Aboriginal Mother Centre Society offre des services de logement, de garderie, de soutien familial et de formation professionnelle aux femmes. De même, la MVUAS finance la *Helping Spirit Lodge Society*, qui fournit des services aux femmes victimes d'agression physique et psychologique, y compris des services de logement, de formation sur les aptitudes à la vie quotidienne, de formation professionnelle et d'aide parentale (MVUAS, 2011). La MVUAS finance également *WISH*, un programme d'aide, de soutien et de formation par les pairs pour les Autochtones qui travaillent dans le commerce du sexe (idem). L'Aboriginal Elders Support Program offert par la Pacific Association of First Nations Women focalise sur la santé des aînées, et le programme *When Life Hurts Seek Wellness* de VCH cible les femmes qui cherchent des stratégies pour améliorer leur bien-être et se rétablir.

6.2.7 Jeunes

Les programmes à l'intention des jeunes autochtones vivant dans la région de Vancouver ciblent de nombreux besoins liés à la santé et au bien-être, y compris l'éducation, la nutrition, les aptitudes à la vie quotidienne et l'emploi. Certains programmes visent un sexe en particulier et ciblent, par exemple, les besoins des jeunes filles. Autre exemple : l'Aboriginal Health Initiative Program (AHIP) finance plusieurs programmes axés sur les jeunes, comme *Kids in the Kitchen for Better Nutrition* (aptitudes à la vie quotidiennes), le *Saturday Culture Camp for Aboriginal Girls* (identité culturelle, sensibilisation à la santé et soins personnels positifs) et l'Aboriginal Foster Children and Youth Wellness Program-Vancouver Venture for Diversity Society (ateliers culturels pour les enfants et les jeunes autochtones en famille d'accueil). La MVUAS finance également plusieurs programmes comme l'Urban Native Youth Association, un programme parascolaire de musique, d'art et de culture, et le *Mathematics Program for Aboriginal Learners*, offert par le Native Education College.

L'Urban Native Youth Association offre un grand nombre de programmes dans les domaines de l'éducation et de la formation, du soutien personnel et du logement. Le tableau 10 énumère ces programmes et donne une brève description dans la mesure du possible; il illustre clairement la diversité des services fournis par cet organisme.

6.3 Winnipeg

Parmi les villes du Canada, Winnipeg (Manitoba) est celle qui compte le plus d'Autochtones (68 380, soit 10 % de sa population totale). Beaucoup de programmes et de services en matière de santé à l'intention des Autochtones vivant en milieu urbain sont offerts dans cette ville. La présente section donne un aperçu des catégories suivantes de programmes

de santé : garde d'enfants et soutien à la famille, éducation et emploi, soins de santé, revitalisation culturelle et autres services. Cette liste ne comprend pas absolument tous les types de services liés à la santé et au bien-être qui sont offerts à Winnipeg, mais elle donne une idée de la diversité des programmes offerts à la population ciblée et des types de services fournis.

Winnipeg est désignée dans le cadre de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, qui est guidée depuis 2004 par le Comité de partenariat autochtone en collaboration avec la communauté autochtone, d'autres paliers d'administration, des intervenants et des aînés (AADN, 2010b). Appelée aujourd'hui *Aboriginal Strategic Partnership Circle*, l'organisme se concentre sur trois domaines prioritaires liés à la santé et au bien-être en général : la santé des familles, l'éducation et la formation, ainsi que le développement économique (idem).

6.3.1 Garde d'enfants et soutien à la famille

Le *Ma Mawi Wi Chi Itata Centre* de Winnipeg sert tous les groupes d'âge, mais met l'accent sur l'amélioration des services de garde d'enfants et le soutien à la famille (site Web du *Ma Mawi Wi Chi Itata Centre*). Les programmes offerts par l'organisme comprennent le *Rising Sun Pow Wow Club* et le programme des *Louveteaux* et des *Scouts*, qui donne aux jeunes la possibilité de grandir dans un milieu positif axé sur le développement culturel (idem). Le *Kookum's Place Daycare* est un programme pour enfants offert au *Aboriginal Centre of Winnipeg*. Cet organisme sans but lucratif fournit des services de garde pour les enfants âgés de trois mois à six ans. Il insiste sur l'adaptation à la culture; par exemple, les « sept enseignements sacrés et la philosophie de la roue médicinale sont intégrés au programme quotidien » (site Web de *Kookum's Place*, par. 1).

6.3.2 Éducation et emploi

Les services d'éducation et d'emploi peuvent permettre d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones vivant en milieu urbain. À Winnipeg, ces services se trouvent au Centre for Aboriginal Human Resource Development (CAHRD) (site Web du CAHRD). L'Aboriginal Literacy Foundation offre également des services de soutien à l'éducation. Elle sert les familles et les célibataires autochtones urbains et offre des cours individuels et en groupes restreints ou nombreux. Pour faciliter la participation à ses programmes, l'organisme gère également une garderie sur place. Il y a une bibliothèque et un laboratoire informatique, et les services comprennent le tutorat par des pairs, le soutien personnel, la préparation à l'emploi, la rédaction de curriculum vitae, les compétences en recherche d'emploi, la défense des droits et la liaison avec les sources de financement (site Web de l'Aboriginal Literacy Foundation). Le Programme de stages pour les jeunes Autochtones offre des stages aux élèves autochtones du secondaire (gouvernement du Manitoba, aucune date, a), tandis que l'Urban Circle Training Centre offre aux Autochtones adultes de la ville des programmes de formation professionnelle (site Web de l'Urban Circle Training Centre). Les enseignants des Autochtones peuvent trouver des possibilités d'enseignement au Cercle des éducateurs des Autochtones (site Web du Cercle des éducateurs des Autochtones).

6.3.3 Soins de santé

Le Centre autochtone de la santé et du bien-être, situé dans l'Aboriginal Centre of Winnipeg, offre un éventail complet de services de santé aux familles et aux célibataires autochtones de la ville. Il comprend une clinique de soins primaires ainsi que des services de promotion de la santé et de prévention fournis par des médecins, des infirmières et des agents de santé communautaire. Pour les enfants, il y a Abinotci Mino-Awawin (santé des enfants), un Programme d'aide préscolaire

Tableau 10 : Programmes de l'Urban Native Youth Association

Programme	Brève description
Éducation et formation :	
Aries Program	Éducation alternative
Cedar Walk	Éducation alternative – programme de jour
Kinnections	Mentorat
Mentorship Program	
Music, Arts & Culture (MAC) Program	
Native Youth Learning Centre	
Programme de soutien scolaire	Prévention des toxicomanies (alcool et drogues)
Soutien personnel :	
Aboriginal Outreach Team	Services d'extension dans les rues
Aboriginal Transition Team	Soutien individuel pour les jeunes
Aboriginal Wellness Counselor	
Aboriginal Youth Workers	Quartier Downtown Eastside
Alcohol & Drug Counselors	
Alcohol & Drug Counselor at BYRC	
Mediation Program	
Overly Creative Minds	Programmes d'art et de culture
Programmes de logement :	
Aboriginal Youth Safe House	Programme de logement
Ravens Lodge	Jeunes femmes
Young Bears Lodge	Accent sur l'alcool et les drogues
Young Wolves Lodge	Programme de bénévolat pour les jeunes femmes
Programmes de sports et de loisirs :	
Aboriginal Youth First Sports and Recreation Program	
Projet spécial 2011 :	
Programme de radio « Rookie »	
Brochure sur les compétences parentales	
Visionnement de films pour les jeunes	Tenu l'Aboriginal Youth Film Festival
Vidéo contre la violence	
Cours de langue cri	
Education Capacity Cafes	Forum sécurisant sur les façons d'améliorer les expériences éducatives des jeunes au sein du Vancouver School Board

Source : Urban Native Youth Association

aux Autochtones (service de garde) et un programme de prévention du syndrome d'alcoolisation fœtale et de ses effets. Les initiatives communautaires comprennent un programme de développement, d'extension et d'éducation communautaire. Les soins adaptés à la culture sont le sujet traité par le Medicine Wheel Awareness Workshop et les guérisseurs traditionnels disponibles sur place (Aboriginal Centre of Winnipeg, 2008). Parmi les autres services de soins de santé, mentionnons l'Eyaa-Keen Healing Centre pour les adultes autochtones ayant subi un traumatisme et nécessitant un traitement thérapeutique ou des services de réadaptation physiologique (site Web de l'Eyaa-Keen Healing Centre) et le programme de santé des Autochtones de l'Office régional de la santé de Winnipeg, qui offre trois types de programmes liés à la santé : des services de santé, des services d'éducation sanitaire et des services de formation de la main-d'œuvre (Office régional de la santé de Winnipeg, aucune date).

6.3.4 Revitalisation de la culture

Plusieurs services liés à la santé offerts à Winnipeg insistent sur la revitalisation culturelle. Par exemple, Project Opikihiwawin, qui vise les enfants autochtones adoptés et en famille d'accueil ainsi que leur famille, cherche à favoriser la compréhension et la fierté à l'égard du patrimoine des enfants autochtones (gouvernement du Manitoba, aucune date, b). Ka Ni Kanichihk est un centre communautaire qui offre des programmes axés sur la culture aux Autochtones de tous les groupes d'âge vivant à Winnipeg. Ces programmes comprennent : l'Aboriginal Youth Circle, Aboriginal Women Reclaiming Power, At Our Relatives' Place (service de garde), le Circle of Courage (adolescents de 12 à 17 ans), Empowering Our Little Sisters (modèle du mentorat de groupe), Honouring Gifts (jeunes mères autochtones célibataires), Keeping the Fires Burning, le Medicine Children's Lodge (garderie), Restoring the Sacred (mentorat et leadership pour les

jeunes autochtones), le Self Employment Program for Aboriginal Women et le Butterflies Club (jeunes filles autochtones de 9 à 13 ans) (site Web de Ka Ni Kanichihk). La Circle of Life Thunderbird House est un organisme sans but lucratif qui fournit des espaces de réunion permettant à tous les groupes d'âge de tenir des cérémonies traditionnelles et de guérison (site Web de la Thunderbird House). Le Manitoba Indigenous Cultural Education Centre (MICEC) fait aussi la promotion des cultures autochtones par le biais de sa People's Library et du Community Connection Program. Il s'agit d'un « organisme provincial de bienfaisance sans but lucratif et éducatif qui s'efforce de favoriser la sensibilisation et la compréhension à l'égard de la culture des Premières Nations chez tous les Manitobains » (site Web du MICEC, par. 1). La Manitoba Urban Inuit Association ne se limite pas à Winnipeg, mais elle y est basée et y offre environ 90 % de ses programmes. Elle vise à améliorer la qualité de vie des Inuits vivant au Manitoba. La Régie des services à l'enfant et à la famille des Métis se concentre sur la santé et le bien-être des familles et des communautés métisses. Comme la Manitoba Urban Inuit Association, elle ne limite pas ses activités à Winnipeg, mais la plupart de ses initiatives y sont basées (site Web de la Régie des services à l'enfant et à la famille des Métis).

6.3.5 Autre services

Winnipeg offre également des services à l'intention des femmes et des jeunes ou qui ciblent des besoins comme les sports et les loisirs, le logement et la prévention du crime. Par exemple, la Winnipeg Aboriginal Sport and Recreation Association a pour but de promouvoir l'activité physique à tous les âges (site Web de la WASRA). Les femmes peuvent trouver un logement à long terme par l'intermédiaire du Native Women's Transition Centre (site Web du Native Women's Transition Centre) et les jeunes Autochtones trouveront un large éventail

de services grâce à Ndinawemaaganag Endaawaad et à Oshki Annishinabe Nigaaniwak (ou Young Aboriginal People Leading: Aboriginal Youth Strategy). Ndinawemaaganag Endaawaad offre aux jeunes divers programmes, notamment dans les domaines des sports et des loisirs, de l'art et de la culture et de la prévention du crime (site Web de Ndinawemaaganag Endaawaad). Oshki Annishinabe Nigaaniwak (ou Young Aboriginal People Leading: Aboriginal Youth Strategy), une initiative de la ville de Winnipeg, met l'accent sur l'emploi au sein de la communauté et les projets de création d'emploi communautaires, ainsi que sur les initiatives de services civiques (ville de Winnipeg, 2011).

6.4 Résumé

De toute évidence, bon nombre d'initiatives nationales et municipales ciblent la santé des Autochtones vivant en milieu urbain. Les programmes énumérés dans la présente section sont diversifiés; ils vont des modèles de soins de santé standard aux services traditionnels ancrés dans la communauté. Toutefois, la question se pose toujours : les initiatives et les programmes offerts suffisent-ils à servir pleinement la population autochtone urbaine? La réponse complète à cette question dépasse la portée du présent rapport. Néanmoins, les données probantes indiquent que le niveau de service est inégal dans les diverses régions du pays et que les services de santé demeurent inadéquats quant à la disponibilité et à l'acceptabilité. Par exemple, les initiatives nationales ne sont pas distribuées uniformément, la compétence administrative reste un obstacle important à la prestation des services de santé, et l'accès à des services acceptables (c.-à-d. assurant la sécurité culturelle) est limité.

7. CONSIDÉRATIONS RELATIVES À L'ÉLABORATION DES POLITIQUES ET DES PROGRAMMES ET CONCERNANT LES PRATIQUES



Le présent rapport visait trois objectifs :

- 1) donner un aperçu des tendances actuelles de l'urbanisation et de la mobilité;
- 2) donner un aperçu de certaines tendances générales en matière de santé (compte tenu des limites des données et de la variabilité d'une région à l'autre du pays);
- 3) examiner les services offerts aux Autochtones vivant dans deux milieux urbains afin de souligner la diversité des services fournis, mais également les lacunes à cet égard. Nous pouvons tirer des conclusions relativement à chacune de ces questions.

Premièrement, la population des Autochtones vivant en milieu urbain croît et, présentement, plus de la moitié de la population autochtone du Canada vit en milieu urbain. Les facteurs de cette croissance ne sont pas bien compris, mais la mobilité joue un rôle. La population autochtone est relativement mobile, à la fois entre les réserves / communautés rurales et les régions hors réserve / urbaines et au sein des régions urbaines. La croissance de la population autochtone urbaine ainsi que sa mobilité relative ont des incidences sur la santé et la prestation des services de santé en ce qui concerne la démographie et la compétence administrative.

Deuxièmement, un cadre de travail en matière de déterminants sociaux de la santé est applicable et souhaitable lorsqu'il s'agit d'analyser la santé des Autochtones vivant en milieu urbain. Bien que certains documents disponibles traitent de la santé de cette population, les données à jour sont rares. Par conséquent, le portrait dressé est incomplet et il faudrait plus de recherches. Toutefois, ce portrait, malgré qu'il soit incomplet, révèle que les Autochtones vivant en milieu urbain tendent à être en plus mauvaise santé que leurs pairs non autochtones. Même si l'on admet que beaucoup d'Autochtones vivant en milieu urbain sont plus scolarisés et ont un revenu adéquat, les iniquités sociales doivent demeurer au premier rang de la liste des priorités.

Troisièmement, il existe aux paliers national, régional et local des services de santé à l'intention des Autochtones vivant en milieu urbain. Toutefois, il reste des obstacles à l'utilisation des soins de santé qui sont liés à la disponibilité et à l'acceptabilité des services. Vancouver et Winnipeg offrent un grand éventail de services destinés à divers segments de la population (comme les femmes ou les jeunes) ou ciblant divers aspects des soins de santé (comme une maladie particulière,

la prévention ou les déterminants socioéconomiques). Le financement de ces services peut provenir d'un gouvernement ou d'organismes de charité, et beaucoup de programmes insistent de plus en plus sur la revitalisation culturelle.

Compte tenu des conclusions du présent rapport, plusieurs recommandations sont formulées dans les sections qui suivent. La première série de recommandations souligne les lacunes de la documentation et les domaines que les recherches futures devraient explorer. La deuxième série concerne les lacunes en matière de santé et de soins de santé que les programmes offerts ne comblent pas.

7.1 Lacunes de la documentation et recommandations pour les recherches futures

Il existe une documentation sur la population autochtone urbaine, mais il faudrait la compléter. En particulier, les renseignements quantitatifs sur les Autochtones vivant en milieu urbain sont rares et désuets. La recherche qui traite spécifiquement des résultats en matière de santé des Autochtones vivant en milieu urbain selon diverses échelles est

particulièrement limitée. Le manque de données stables et disponibles à long terme au sujet de l'urbanisation, de la mobilité, du statut socioéconomique, de la santé et de la démographie empêche la réalisation d'études longitudinales et rend difficile la comparaison des populations urbaine et rurale. Il devrait être facile d'obtenir des données selon diverses échelles (c.-à-d. concernant les RMR, les CA, les petites régions urbaines et les réserves urbaines). Cela permettrait de comparer les populations urbaines des réserves et hors réserve.

Peters (2004) mentionne que les cadres de travail et les modèles de migration fondés sur les populations non autochtones ne s'appliquent pas bien aux populations autochtones. Par conséquent, il y a une lacune dans les recherches sur la mobilité des Autochtones. Présentement, on ne comprend pas bien les liens qui persistent entre les communautés des milieux urbains et des réserves, particulièrement à l'égard de la prestation des services. Au lieu de considérer la mobilité relative des Autochtones comme étant négative (c.-à-d. de l'interpréter comme une instabilité et un échec de l'épanouissement en milieu urbain), il faut appliquer une analyse plus nuancée afin de mieux planifier la prestation des soins de santé.

Il y a également une lacune dans la documentation concernant l'utilisation des soins de santé et la prestation des services de soins de santé. On n'en sait pas assez sur les services offerts et l'efficacité de leur utilisation. Par exemple, on sait que les Autochtones vivant en milieu urbain constituent une population diversifiée ayant des besoins tout aussi diversifiés, mais dans quelle mesure répond-on à ces besoins, dans quelle mesure les services sont-ils fournis uniformément ou de façon appropriée et qu'est-ce qui influe sur les taux d'utilisation des services?

7.2 Lacunes en matière de santé et de soins de santé

La santé des Autochtones vivant en milieu urbain n'est pas uniformément mauvaise et, de toute évidence, certains services de santé sont offerts. Toutefois, le message principal demeure : la santé des Autochtones reste moins bonne et les services de santé sont toujours inadéquats en ce qui concerne la disponibilité et l'acceptabilité. Autrement dit, il n'y a toujours pas assez de services facilement accessibles et adaptés à la culture dans les régions urbaines du Canada. En outre, le niveau de service est très inégal : certaines grandes villes comme Vancouver offrent d'innombrables programmes et d'autres centres urbains (souvent plus petits) en offrent très peu.

Les femmes et les enfants sont particulièrement susceptibles d'être en mauvaise santé et les niveaux des services ciblant la violence familiale, la garde d'enfants et la transition urbaine sont inadéquats. Par exemple, il existe peu de programmes adaptés à la culture pour les femmes qui sont victimes de violence et qui tentent de s'installer en sécurité avec leurs enfants dans une région urbaine. De même, il faut davantage de services en matière de soutien du revenu et de santé mentale (p. ex., toxicomanies et prévention du suicide).

La question de la compétence administrative est un obstacle important à la prestation des services de santé. Il faut régler les problèmes de compétence afin que les services à l'intention des Autochtones vivant en milieu urbain soient uniformément accessibles, disponibles et appropriés dans toutes les régions du pays. On devrait donner la priorité à la réduction de la confusion et des obstacles bureaucratiques qui existent actuellement en matière de compétence :

en fin de compte, le fait de vivre hors réserve ou en milieu urbain ne devrait pas être un désavantage. Il faudrait examiner attentivement la question de savoir si ces services devraient faire abstraction du statut; nous favorisons fortement des structures d'autonomie gouvernementale en ce qui concerne la prestation des soins de santé.

Le fait que nombre d'initiatives et de programmes de santé soient gérés par des organismes de bienfaisance prouve que le financement des services de santé à l'intention des Autochtones vivant en milieu urbain est inadéquat. La dépendance excessive envers les structures de financement sans but lucratif peut entraîner l'inégalité de la distribution des services et leur instabilité. Un éventail complet de services de santé appropriés et acceptables devraient être disponibles, accessibles et distribués également dans les régions urbaines du pays.

Les services de santé tendent toujours à focaliser en grande partie sur les habitudes sanitaires et les facteurs de risque physiques. Le cadre de travail des déterminants sociaux de la santé nous montre que l'éducation et l'emploi sont des indicateurs clés de la santé et du bien-être. Par conséquent, il faut donner la priorité aux services axés sur l'augmentation de la scolarisation, des taux d'emploi et des niveaux de revenu. Le logement sûr et abordable est également une préoccupation centrale qui continue d'exiger une attention particulière. Enfin, le colonialisme a eu une incidence importante sur la santé et le bien-être de tous les Autochtones, y compris ceux vivant en milieu urbain. Pour améliorer la santé, il faut donc des services culturellement sécuritaires, mais qui mettent aussi l'accent sur la revitalisation culturelle et l'habilitation accrue des personnes et des communautés.



8. CONCLUSION



La population autochtone du Canada est de plus en plus urbaine et est plus mobile que la population non autochtone. Le présent rapport avait pour but de donner un aperçu des questions qui touchent la prestation des services de santé à l'intention de cette population et de proposer une orientation pour ce qui est des politiques encadrant la prestation des services de santé à l'intention des Autochtones vivant en milieu urbain et leur planification. Bien que la santé de la population autochtone urbaine ne soit pas uniformément mauvaise, les résultats en matière de santé tendent toujours à être moins bons et les déterminants sociaux de la santé demeurent préoccupants. Les services de santé jouent un rôle

important dans le maintien de la santé des Autochtones vivant en milieu urbain, mais le niveau des services varie d'une région à l'autre du pays et des améliorations sont nécessaires quant à la disponibilité et à l'acceptabilité des services de santé. Les politiques et la planification relatives aux services de santé devraient focaliser sur la sécurité culturelle des programmes et la réduction des obstacles liés à la compétence administrative. La population autochtone urbaine est un élément vital et important des villes du Canada et nécessite le maintien et l'expansion d'une prestation des services de santé qui soit complète et fondée sur les données probantes.



TRAVAUX CITÉS



Aboriginal Affairs and Northern Development (AAND). (2010a). *Urban Aboriginal Strategy*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100014277>

Aboriginal Affairs and Northern Development (AAND). (2010b). *Winnipeg*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100014337>

Aboriginal Centre of Winnipeg Inc. (2008). *Aboriginal Health and Wellness Centre*. Winnipeg, MB: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.abcentre.org/health.html>

Aboriginal Circle of Educators (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.aboriginalcircleofeducators.ca/index.php>

Aboriginal Literacy Foundation Inc. (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.abcentre.org/literacy.html>

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

Benoit, C., Carroll, D., Lawr, L. & Chaudhry, M. (2001). Marginalized voices from the downtown eastside: Aboriginal women speak about their health experiences. Toronto, ON: National Network on Environments and Women's Health, A Centre of Excellence on Women's Health, York University. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.cewh-cesf.ca/PDF/nnewh/marginalized-voices.pdf>

British Columbia Provincial Health Officer (2002). *Provincial Health Officer's Annual Report 2001: The Health and Well-Being of Aboriginal People in British Columbia*. Victoria, BC: Ministry of Health Planning. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.health.gov.bc.ca/pho/pdf/phoannual2001.pdf>

British Columbia. Provincial Health Officer (2009). *Pathways to Health and Healing: 2nd Report on the Health and Well-Being of Aboriginal People in British Columbia*. Provincial Health Officer's Annual Report 2007. Victoria, BC: Ministry of Healthy Living and Sport. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.health.gov.bc.ca/pho/pdf/abohlth11-var7.pdf>

Browne, A.J., Smye, V. & Varcoe, C. (2005). The relevance of postcolonial theoretical perspectives to research in Aboriginal health. *Canadian Journal of Nursing Research*, 37(4): 16-37.

Browne, A.J., & Varcoe, C. (2006). Critical cultural perspectives and health care involving Aboriginal peoples. *Contemporary Nurse (special edition): Advances in Indigenous Health Care*, 22(2): 155-167.

Browne, A.J., Smye, V. & Varcoe, C. (2007). Postcolonial-feminist theoretical perspectives and women's health. In M. Morrow, O. Hankivsky & C. Varcoe (Eds.), *Women's Health in Canada* (pp. 124-142). Toronto, ON: University of Toronto Press.

Browne, A.J., McDonald, H. & Elliott, D. (2009). *First Nations Urban Aboriginal Health Research Discussion Paper. A Report for the First Nations Centre, National Aboriginal Health Organization*.

Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.naho.ca/documents/fnc/english/UrbanFirstNationsHealthResearchDiscussionPaper.pdf>

Cairns, A. & Flanagan, T. (2001). An exchange. *Inroads*, 10: 101-122. Retrieved 13 December 2011 from http://www.inroadsjournal.ca/archives/inroads_10/Inroads_10_Cairns_Flanagan.pdf

Canadian Aboriginal AIDS Network (CAAN). (n.d.). *Studies on injection drug use: Aboriginal HIV/AIDS and injection drug use*. Vancouver, BC: Author. Retrieved 14 December 2011 from http://www.niichro.com/hiv/hiv_7.html

Centre for Aboriginal Human Resource Development Inc. (CAHRD) (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.neeginan.org/>

Chalifoux, T. & Johnson, J.G. (2003). *Urban Aboriginal youth: An action plan for change*. Ottawa, ON: Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples. Retrieved 14 December 2011 from <http://www.parl.gc.ca/Content/SEN/Committee/372/abor/rep/repfinoct03-e.pdf>

City of Winnipeg (2011). *Aboriginal youth strategy*. Winnipeg, MB: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://winnipeg.ca/cms/ays/>

Clatworthy, S.J. (1996). *Migration and mobility of Canada's Aboriginal population. Report prepared for the Royal Commission on Aboriginal Peoples*. Ottawa, ON: Canada Mortgage and Housing Corporation and the Royal Commission on Aboriginal Peoples.

- Commission on Social Determinants of Health (2007). *Social determinants and Indigenous health. The international experience and its policy implications*. Adelaide, AU: Author. Retrieved 16 March 2012 from http://www.who.int/social_determinants/resources/indigenous_health_adelaide_report_07.pdf
- Cooke, M., Beavon, D. & McHardy, M. (2004). *Measuring the well-being of Aboriginal people: An application of the United Nations' human development index to registered Indians in Canada, 1981–2001*. Ottawa, ON: Indian and Northern Affairs Canada. Retrieved 14 December 2011 from <http://publications.gc.ca/collections/Collection/R2-345-2001E.pdf>
- Culhane, D. (2003). *Their spirits live within us: Aboriginal women in Downtown Eastside Vancouver emerging into visibility*. *American Indian Quarterly*, 27(3/4): 593-606.
- de Leeuw, S., Greenwood, M. & Cameron, E. (2010). *Deviant constructions: How governments preserve colonial narratives of addictions and poor mental health to intervene into the lives of Indigenous children and families in Canada*. *International Journal of Mental Health and Addictions*, 8(2): 282-295.
- Dyck, M. (n.d.). *Social determinants of Métis health*. Ottawa, ON: Métis Centre, National Aboriginal Health Organization.
- DTEs.ca (2007). *Resources*. Retrieved 14 December 2011 from http://www.dtes.ca/cms/index.cfm?group_id=2989
- East Vancouver Aboriginal Diabetes Coalition (EVADC) (website). Retrieved 14 December 2011 from <http://www.evadc.net/>
- EnviroNics Institute (2010). *Urban Aboriginal Peoples Study*. Toronto, ON: Author.
- Eyaa-Keen Healing Centre (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.eyaa-keen.org/index.htm>
- First Nations Centre (2007). *A snapshot of off-reserve First Nations health: Selected health status and determinant indicators for adults*. Ottawa, ON: National Aboriginal Health Organization.
- First Nations Employment Society (FNES) (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.fnes.ca/about-fnes>
- Forquera, R. (2001). *Urban Indian health*. Washington, DC: The Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Frohlich, K.L., Ross, N. & Richmond, C. (2006). *Health disparities in Canada today: Some evidence and a theoretical framework*. *Health Policy*, 79: 132-143.
- Gough, P., Trocme, N., Brown, I., Knoke, D. & Blackstock, C. (2005). *Pathways to the overrepresentation of Aboriginal children in care*. Toronto, ON: Centre of Excellence for Child Welfare. Retrieved 14 December 2011 from <http://cecw-cepb.ca/publications/424>
- Government of Manitoba (n.d.a) *Aboriginal Youth Internship Program (AYIP)*. Winnipeg, MB: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.gov.mb.ca/healthyliving/youth/employers/aboriginalinternship.html>
- Government of Manitoba (n.d.b). *Project Opikihiwawin*. Winnipeg, MB: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://prdp1.ctt.gov.mb.ca/databases/BRC/Otamiska.NSF/f43d4db6cd8f1ee86256e4700593d7c/9e6cab7f66c725768625767e00763be2?OpenDocument>
- Graham, K.A.H. & Peters, E. (December 2002). *Aboriginal communities and urban sustainability*. Ottawa, ON: Canadian Policy Research Networks Inc. Retrieved 14 December 2011 from <http://www.urbancenter.utoronto.ca/pdfs/elibrary/CPRNURbanAboriginal.pdf>
- Guimond, E. (2003). *Fuzzy definitions and population explosion: Changing identities of Aboriginal groups in Canada*. In D. Newhouse & E. Peters (Eds.), *Not Strangers in These Parts: Urban Aboriginal Peoples* (pp. 35-50). Ottawa, ON: Policy Research Initiative.
- Hanrahan, M.C. (2002). *Identifying the needs of Innu and Inuit patients in urban health settings in Newfoundland and Labrador*. *Canadian Journal of Public Health*, 93(2): 149-152.
- Hanselmann, C. (2002). *Uncommon sense: Promising practices in urban Aboriginal policy-making and programming*. Calgary, AB: Canada West Foundation.
- Health Canada (2000). *Diabetes among Aboriginal (First Nations, Inuit and Métis) people in Canada: The evidence*. Ottawa, ON: First Nations and Inuit Health. Retrieved 14 December 2011 from http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/diseases-maladies/_diabete/2001_evidence_faits/index-eng.php
- Health Canada (2011). *Diabetes*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/diseases-maladies/diabete/index-eng.php>
- Indian and Northern Affairs Canada (INAC) (2002). *Words first – An evolving terminology relating to Aboriginal peoples in Canada*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 13 December 2011 from http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115071229/http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/wf/pdf_e.html
- Inuit Tapiriit Kanatami (2012). *Maps of Inuit Nunangat (Inuit Regions of Canada)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 9 January 2012 from <http://www.itk.ca/publication/maps-inuit-nunangat-inuit-regions-canada>
- Ivanitz, M. (2000). *Achieving improved health outcomes for urban Aboriginal people: Biomedical and ethnomedical models of health*. *Australian Journal of Public Administration*, 59(3): 49-57.
- Jennissen, T. (1992). *Health issues in rural Canada*. Ottawa, ON: Government of Canada. Retrieved 13 December 2011 from <http://publications.gc.ca/collections/Collection-R/LoPBdP/BP/bp325-e.htm>
- Ka Ni Kanichihk (website). Retrieved 15 December 2011 from http://www.kanikanichihk.ca/?page_id=5
- Kelm, M. (1998). *Colonizing bodies: Aboriginal health and healing in British Columbia 1900-50*. Vancouver, BC: University of British Columbia Press.
- Kirmayer, L.J., Brass, G.M., Holton, T., Paul, K., Simpson, C. & Tait, C. (2007). *Suicide among Aboriginal people in Canada*. Ottawa, ON: Aboriginal Healing Foundation. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.ahf.ca/downloads/suicide.pdf>
- Kla-how-eya: Aboriginal Centre of SACS (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.sacsbc.org/>
- Kookum's Place Daycare (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.abcentre.org/kookum.html>
- La Prairie, C. & Stenning, P. (2003). *Exile on Main Street: Some thoughts on Aboriginal overrepresentation in the criminal justice system*. In D. Newhouse & E. Peters (Eds.), *Not Strangers in These Parts: Urban Aboriginal Peoples* (pp. 179-193). Ottawa, ON: Policy Research Initiative.

- Lavoie, J., Forget, E., Rowe, G. & Dahl, M. (2008). *The Leaving for the City Project (Medical Relocation Project Phase 2): Draft report*. Winnipeg, MB: Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research, unpublished paper.
- Lévesque, C. (2003). The presence of Aboriginal peoples in Quebec's cities: Multiple movements, diverse issues. In D. Newhouse & E. Peters (Eds.), *Not strangers in these parts: Urban Aboriginal peoples* (pp. 23-34). Ottawa, ON: Policy Research Initiative.
- Longfield, C. & Godfrey, J. (2003). *Building a brighter future for urban Aboriginal children: Report of the Standing Committee on Human Resources Development and the Status of Persons with Disabilities*. Ottawa, ON: House of Commons. Retrieved 13 December 2011 from <http://cmte.parl.gc.ca/Content/HOC/committee/372/huma/reports/rp1032303/humar04/humar04-e.pdf>
- Luo, Z.C., Kierans, W.J., Wilkins, R., Liston, R.M., Uh, S.H. & Kramer, M.S. (2004). Infant mortality among First Nations versus non-First Nations in British Columbia: Temporal trends in rural versus urban areas, 1981-2000. *International Journal of Epidemiology*, 33: 1252-1259.
- Ma Mawi Wi Chi Itata Centre (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://mamawi.com/>
- Manitoba Indigenous Cultural Education Centre (MICEC) (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.micec.com/programs.php>
- Manitoba Urban Inuit Association (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.manitobainuit.ca/en/>
- McDonald, H. (2007). *The organization and utilization of arthritis health services for First Nations people living in the Southern Mainland of British Columbia*. Vancouver, BC: University of British Columbia, unpublished doctoral research proposal.
- McShane, K.E., Smylie, J.K., Hastings, P.D., Martin, C.M. & Tungasuvvat Inuit family Resource Centre (2006). *Guiding health promotion efforts with urban Inuit: A community-specific perspective on health information sources and dissemination strategies*. *Canadian Journal of Public Health*, 97(4): 296-299.
- Métis Child and Family Services Authority (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.metisauthority.com/faq.php>
- Metro Vancouver Urban Aboriginal Strategy (MVUAS) (2010). *Evolution of UAS and MVUAS*. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.mvuas.ca/The-Strategy/evolution-of-uas-and-mvuas-strategies.html>
- Metro Vancouver Urban Aboriginal (MVUAS) (2011). *Initiatives and projects for 2010- 2011 fiscal year*. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.mvuas.ca/Initiatives/initiatives-and-projects-for-2010-2011-fiscal-year.html>
- Ministerial Council on HIV/AIDS Special Working Group on Aboriginal Issues (SWGAI) (2001). *Situational analysis: A background paper on HIV/AIDS & Aboriginal people*. Ottawa, ON: Public Health Agency of Canada. Retrieved 14 December 2011 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/aids-sida/pdf/situationalanalysis-e.pdf>
- National Association of Friendship Centres (2006). *Our history: The Friendship Centre movement*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.nafc.ca/history.htm>
- National Collaborating Centre on Aboriginal Health (NCCAH) (n.d.). *Guidelines for NCCAH contractors*. Prince George, BC: Author, unpublished document.
- Native Education College NEC (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.necvancouver.org/>
- Native Women's Association of Canada (NWAC) (2007). *Social determinants of health and Canada's Aboriginal women*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 13 December 2011 from http://www.nwac.ca/sites/default/files/reports/NWAC_WHO-CSDH_Submission2007-06-04.pdf
- Native Women's Transition Centre Inc. (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.nativewomens.mb.ca/>
- Ndinawemaaganag Endaawaad (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.ndinawe.ca/>.
- Newhouse, D. & Peters, E. (2003). *Not strangers in these parts: Urban Aboriginal peoples*. Ottawa, ON: Policy Research Initiative.
- Norris, M.J. & Clatworthy, S. (2003). *Aboriginal mobility and migration within urban Canada: Outcomes, factors and implications*. In D. Newhouse & E. Peters (Eds.), *Not strangers in these parts: Urban Aboriginal peoples* (pp. 51-78). Ottawa, ON: Policy Research Initiative.
- Norris, M.J. & Clatworthy, S. (2011). *Urbanization and migration patterns of Aboriginal populations in Canada: A half century in review (1951 to 2006)*. *Aboriginal Policy Studies*, 1(1): 13-77.
- Nuffield, J. (1998). *Issues in urban corrections for Aboriginal people: Report on a focus group and an overview of the literature and experience*. Ottawa, ON: Solicitor General of Canada.
- Peters, E.J. (2004). *Three myths about Aboriginals in cities: Breakfast on the Hill Presentation*, Canadian Federation for the Humanities and Social Sciences. Retrieved 7 December 2011 from <http://www.fedcan.ca/images/File/PDF/BOH/breakfast-peters0304.pdf>
- Public Health Agency of Canada (PHAC) (2004). *Understanding the HIV/AIDS epidemic among Aboriginal peoples in Canada: The community at a glance*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 7 December 2011 from http://www.phac-aspc.gc.ca/publicat/epiu-ae/pi/epi-note/pdf/epi_notes_aboriginal_e.pdf
- Public Health Agency of Canada (PHAC) (2011a). *Aboriginal Head Start in Urban and Northern Communities (AHSUNC)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 5 January 2012 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/ahsunc-papacun/index-eng.php>
- Public Health Agency of Canada (PHAC) (2011b). *Canada Prenatal Nutrition Program (CPNP)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 5 January 2012 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/cpnp-pcnp/index-eng.php>
- Public Health Agency of Canada (PHAC) (2011c). *Community Action Program for Children (CAPC)*. Ottawa, ON: Author. Retrieved 5 January 2012 from <http://www.phac-aspc.gc.ca/hp-ps/dca-dea/prog-ini/capc-pace/index-eng.php>
- Romanow, R.J. (2002). *Shape the future of health care*. Ottawa, ON: Commission on the Future of Health Care in Canada. Retrieved 14 December 2011 from <http://publications.gc.ca/collections/Collection/CP32-76-2002E.pdf>
- Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP) (1993). *Aboriginal peoples in urban centres: Report of the National Round Table on Aboriginal Urban Issues*. Ottawa, ON: Author.

- Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP) (1996). Report of the Royal Commission on Aboriginal peoples: Volume 4 Perspectives and Realities. Ottawa ON: Canada Communication Group Publishing. Retrieved 7 December 2011 from http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071124125120/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sj1_e.html
- Siggner, A.J. (2001). Profile of the urban Aboriginal population, Canada, 1996. Prepared for the Urban Aboriginal Strategy.
- Siggner, A.J. (2003). Urban Aboriginal populations: An update using 2001 Census results. In D. Newhouse & E. Peters (Eds.), *Not strangers in these parts: Urban Aboriginal peoples (15-19)*. Ottawa, ON: Policy Research Initiative.
- Silver, J. (2006). *In their own voices: Building urban Aboriginal communities*. Halifax, NS: Fernwood Publishing.
- Spirit of Children Society (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://sotcs.ca/>
- Spittal, P.M., Craib, K.J.P., Wood, E., Laliberte, N., Li, K., Tyndall, M.W., et al. (2002). Risk factors for elevated HIV incidence rates among female injection drug users in Vancouver. *CMAJ*, 166: 894-899.
- Statistics Canada (2002a). Geographic units: Urban Area (UA). Ottawa, ON: Authors. Retrieved 14 December 2011 from <http://www12.statcan.ca/english/census01/products/reference/dict/geo049.htm>
- Statistics Canada (2002b). Geographic units: Census Metropolitan Area (CMA) and Census Agglomeration (CA). Ottawa, ON: Author. Retrieved 14 December 2011 from <http://www12.statcan.ca/english/census01/products/reference/dict/geo009.htm>
- Statistics Canada (2003). *Aboriginal Peoples Survey 2001. Initial findings: Well-being of the non-reserve Aboriginal population*. Ottawa, ON: Minister of Industry.
- Statistics Canada (2004). *A portrait of Aboriginal children living in non-reserve areas: Results from the 2001 Aboriginal Peoples Survey*. Ottawa, ON: Minister of Industry. Retrieved 14 December 2011 from <http://publications.gc.ca/collections/Collection/Statcan/89-597-X/89-597-XIE2001001.pdf>
- Statistics Canada (2007a). Winnipeg, Manitoba (Code602) (table). *Aboriginal Population Profile. 2006 Census*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 92-594-XWE. Released January 15, 2008. Retrieved 8 December 2011 from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=E>
- Statistics Canada (2007b). Edmonton, Alberta (Code835) (table). *Aboriginal Population Profile. 2006 Census*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 92-594-XWE. Released January 15, 2008. Retrieved 8 December 2011 from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=E>
- Statistics Canada (2007c). Vancouver, British Columbia (Code933) (table). *Aboriginal Population Profile. 2006 Census*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 92-594-XWE. Released January 15, 2008. Retrieved 8 December 2011 from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=E>
- Statistics Canada (2007d). Toronto, Ontario (Code535) (table). *Aboriginal Population Profile. 2006 Census*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 92-594-XWE. Released January 15, 2008. Retrieved 8 December 2011 from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=E>
- Statistics Canada (2007e). Calgary, Alberta (Code825) (table). *Aboriginal Population Profile. 2006 Census*. Ottawa, ON: Statistics Canada, Catalogue no. 92-594-XWE. Released January 15, 2008. Retrieved 8 December 2011 from <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/index.cfm?Lang=E>
- Statistics Canada (2008a). *Aboriginal Peoples in Canada in 2006: Inuit, Métis and First Nations, 2006 Census*. Ottawa, ON: Minister of Industry.
- Statistics Canada (2008b). *Census 2006, Topic-based tabulations, Aboriginal Peoples*. Ottawa, ON: Statistics Canada Cat. No. 97-564-XCB2006002. Retrieved 5 January 2012 from <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/St-eng.cfm?LANG=E&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=0&GID=0&GK=0&GRP=1&PID=0&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=>
- Statistics Canada (2008c). *Aboriginal Children's Survey, 2006: Family, Community and Child Care*. Ottawa, ON: Minister of Industry.
- Tang, S.Y. & Browne, A.J. (2008). 'Race' matters: Racialization and egalitarian discourses involving Aboriginal people in the Canadian health care context. *Ethnicity & Health*, 13: 109-127.
- Thunderbird House (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.thunderbirdhouse.com/>
- Tjepkema, M. (2002). The health of the off-reserve Aboriginal population. *Supplements to Health Reports*, 3: 1-17.
- Urban Circle Training Centre Inc. (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.urbancircletraining.com/>
- Urban Native Youth Association (website). Retrieved 15 December 2011 from <http://www.unya.bc.ca/programs>
- Vancouver Coastal Health (VCH) (2010). *Aboriginal health: Programs and services*. Vancouver, BC: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://aboriginalhealthinitiative.vch.ca/>
- Vancouver Coastal Health (VCH) (2011). *Aboriginal health: Programs and services, contracted services*. Vancouver, BC: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://aboriginalhealth.vch.ca/contracted.htm>
- Vancouver Native Health Society (VNHS) (2012). *Medical clinic background*. Vancouver, BC: Author. Retrieved 21 March 2012 from <http://www.vnhs.net/programs-services/medical-clinic/background>
- Vancouver School Board (VSB) (n.d.). *Aboriginal education*. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.vsb.bc.ca/aboriginal-education>
- Watts, M. (2000). Colonialism. In R.J. Johnston, D. Gregory, G. Pratt & M. Watts (Eds.), *The dictionary of human geography*, 4th Edition (pp. 93-95). Malden, Massachusetts: Blackwell Publishers Ltd.
- Winnipeg Regional Health Authority (n.d.). *What is Aboriginal Health Programs*. Winnipeg, MB: Author. Retrieved 13 December 2011 from <http://www.wrha.mb.ca/aboriginalhealth/about.php>
- Winnipeg Aboriginal Sport and Recreation Association (WASRA) (website). Retrieved 15 December 2011 from http://www.wasra.ca/index_wasra.html

