



National Association
of Friendship Centres
Association nationale
des centres d'amitié

Notre santé, notre voix

DÉFENDRE LES INTÉRÊTS DES POPULATIONS AUTOCHTONES
URBAINES DANS LE CADRE D'UNE LÉGISLATION SUR LES
SOINS DE SANTÉ FONDÉE SUR LES DISTINCTIONS

En amitié.

Association nationale des centres d'amitié

nafc.ca



PRÉPARÉ PAR
**Association nationale des
centres d'amitié**



AVEC SOUTIEN À LA RECHERCHE ET
FACILITATION DE TABLES RONDES PAR
Coeuraj Canada

CE RAPPORT NE CONSTITUE PAS UN AVIS JURIDIQUE OU FINANCIER.

PUBLIÉ EN JANVIER 2022

Contents

RÉSUMÉ	5
APPROCHE	9
RÉSUMÉ DES SÉANCES DE CONSULTATION	10
Séance 1	10
Séance 2	11
1 COMPRENDRE LE CONTEXTE URBAIN AUTOCHTONE	12
1.1 Complexité de l'autochtonie urbaine	13
1.2 Définition de l'autochtonie urbaine	15
1.3 L'autochtonie urbaine en chiffres	17
1.4 L'expérience autochtone urbaine du racisme	18
1.5 Les défis des données autochtones urbaines	19
1.6 Conclusion	19
2 LES POLITIQUES DU CANADA EN MATIÈRE DE SANTÉ AUTOCHTONE ONT GÉNÉRALEMENT EXCLU LES ZONES URBAINES	21
2.1 Introduction	22
2.2 Le principe de Jordan et les problèmes de querelles de compétences dans la prestation de services aux Autochtones	22
2.3 Le rôle du gouvernement fédéral dans la santé des Autochtones	24
2.4 Financement fédéral de la santé des Autochtones en milieu urbain	25
2.5 Conclusion	28

3	COMBLER LES LACUNES EN MATIÈRE D'ACCÈS À LA SANTÉ DES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN	29
3.1	Introduction	30
3.2	Les lacunes des politiques et des services créent des obstacles à l'accès aux soins de santé pour les Autochtones vivant en milieu urbain	30
3.2.1	Le coût élevé des services de soins de santé a des conséquences négatives pour les populations autochtones urbaines	31
3.2.2	La disponibilité d'un service de santé n'est pas toujours synonyme d'accessibilité	33
3.2.3	S'orienter dans les services de soins de santé pour les Autochtones vivant en milieu urbain est complexe	34
3.2.3	Le racisme conduit à la prestation de soins inacceptables et inadaptés pour les populations autochtones urbaines	35
3.3	Recommandations de stratégies et de solutions pour combler les lacunes politiques	37
3.3.1	Espaces de santé dirigés par des Autochtones	39
3.3.2	Intégration des peuples et des visions du monde autochtones dans les soins de santé	39
3.3.3	Sensibilisation et éducation culturelles	40
3.3.4	Les stratégies et approches existantes dirigées par les Centres d'amitié contribuent à améliorer l'accès aux soins de santé pour les Autochtones en milieu urbain	41
3.4	Conclusion	42
4	REMARQUES FINALES	44
	BIBLIOGRAPHIE	48



Résumé


Le gouvernement du Canada s'est engagé à élaborer conjointement une loi sur la santé des Autochtones fondée sur les distinctions avec ses partenaires des Premières Nations, des Inuit et des Métis.

Il a demandé l'apport de l'Association nationale des centres d'amitié, afin que celle-ci fournisse un point de vue non représentatif, inclusif et autochtone de la société civile. Bien que nous ne représentions pas, politiquement, un groupe particulier fondé sur des distinctions, nous fournissons des ressources dirigées et mises en œuvre par des Autochtones, y compris des ressources en matière de santé, à plus d'un million de personnes, dont des membres des Premières Nations, des Inuit et des Métis, par l'intermédiaire de notre vaste réseau.

Bien que l'on présume généralement que la **disponibilité** de soins de santé adéquats et appropriés est meilleure pour les Autochtones vivant en milieu urbain, ces derniers sont toujours confrontés à des difficultés d'**accès** à des soins de haute qualité, culturellement pertinents et adaptés. D'après notre expérience collective, les Autochtones vivant en milieu urbain se retrouvent coincés : d'un côté, il y a un manque constant de soutien provincial adéquat, abordable et approprié en matière de soins de santé, et de l'autre, les entités fédérales hésitent à fournir des fonds ou des services en raison du lieu de résidence des Autochtones. Selon nous, les constantes querelles de compétences entre les provinces et le gouvernement fédéral créent des lacunes dans les services de santé et dressent plus d'obstacles qu'ils n'en éliminent.

L'Association nationale des centres d'amitié (ANCA) croit que ce qu'il faut, c'est une approche stratifiée et intersectionnelle des soins de santé pour les Autochtones qui repose sur la participation des différents ordres de gouvernement et qui tient compte à la fois du lieu et du mode de vie des Autochtones, parmi les nombreux déterminants de leurs divers besoins en matière de soins de santé. Une telle approche tiendrait compte des besoins distincts des Premières Nations, des Inuit et des Métis, ainsi que de leur lieu de résidence, de leur situation géographique, de leur identité sexuelle et de genre, et de leur âge, entre autres considérations, mais ne serait pas limitée par celles-ci et ne définirait pas l'accès aux soins de santé ou leur qualité sur la base de ces identités.

Au lieu d'aborder les soins de santé uniquement en matière de droits et d'intérêts fondés sur des distinctions, nous soutenons qu'une approche plus nuancée et stratifiée garantirait de meilleurs résultats pour tous les peuples autochtones, indépendamment de leur lieu de résidence. Nous proposons que les politiques en matière de soins de santé se concentrent avant tout sur les besoins et les réalités des Autochtones, à qui les approches politiques et pratiques actuelles ne sont souvent pas adaptées.




Depuis plus de 50 ans, les Centres d'amitié fournissent des services vitaux, adaptés à la culture et axés sur la communauté, notamment des services de santé. Nous sommes une partie prenante clé dans l'élaboration et la mise en œuvre de toute loi en matière de santé. Quelle que soit la législation adoptée, les Centres d'amitié seront sollicités par les membres de la communauté pour les aider à comprendre leurs droits, à accéder à des soutiens culturellement pertinents et à s'orienter dans les systèmes de soins de santé toujours compliqués.

Le contenu du présent rapport a été compilé à partir de sources multiples. Nous avons effectué une revue de synthèse de la documentation universitaire et politique concernant le paysage législatif des soins de santé pour les Autochtones au Canada et les barrières systémiques auxquelles doivent faire face les Autochtones vivant en milieu urbain pour accéder aux soins de santé. Nous avons également tiré des idées de tables rondes avec des membres des Centres d'amitié qui nous ont fait part de leurs expériences vécues et de leur expertise pour s'orienter (et aider les autres à s'orienter) dans les systèmes de santé du pays. Nous avons également mené une analyse juridique, dont les résultats détaillés sont présentés dans un document séparé. En 2021, l'ANCA a commandé un examen systémique de l'accès aux services de santé en ce qui concerne les populations autochtones urbaines. Nous avons inclus ce document ainsi que l'analyse juridique dans nos mémoires. Nous demandons que l'analyse juridique et l'examen systémique ne soient pas communiqués au public sans notre autorisation et notre consentement préalable.

Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) a également élaboré son propre mémoire concernant les Centres d'amitié et les réalités au Québec. Nous connaissons et soutenons les constatations du RCAAQ en plus des conclusions présentées ici.

Le présent rapport est divisé en quatre sections:

- 1) **Comprendre le contexte urbain autochtone:** Les Autochtones vivant en milieu urbain sont des membres des Premières Nations (inscrits et non inscrits), des Inuit et des Métis qui se réunissent dans des communautés rurales et métropolitaines dynamiques, dans les grandes comme les petites villes, pour de nombreuses raisons. Ces communautés autochtones urbaines sont établies depuis plusieurs générations; elles sont chez elles en ville. Les membres de ces communautés urbaines ne s'identifient ou n'appartiennent pas toujours nettement à l'un des trois groupes distincts.
- 2) **Les politiques du Canada en matière de santé des Autochtones:** Jusqu'à maintenant, les politiques fédérales en matière de services de santé pour les Autochtones n'ont pas entièrement tenu compte des réalités des Autochtones vivant en milieu urbain. Par l'adoption du principe de Jordan, le gouvernement fédéral a reconnu que les inégalités entraînées par le lieu de résidence étaient inacceptables et que la compétence territoriale ne devait pas entraver l'accès des enfants autochtones à des soins de santé de qualité. Les décisions du Tribunal canadien des droits de la personne, de la Cour fédérale et de la Cour d'appel fédérale concernant la plainte relative aux droits de la personne des Premières Nations en matière de protection de l'enfance démontrent que même lorsqu'il est jugé discriminatoire, le gouvernement du Canada cherche à restreindre les interprétations et les compétences, souvent au détriment de l'égalité.




3) **Comblent les lacunes dans l'accès à la santé des Autochtones en milieu urbain:** Les résultats de la synthèse de la documentation sont rassemblés avec les idées recueillies lors des tables rondes tenues en novembre et décembre 2021. Les Autochtones vivant en milieu urbain sont confrontés à plusieurs difficultés d'accès à des services de santé sûrs, lesquelles proviennent de deux sources principales :

- + **Politique fédérale en matière de santé :** Les participants à la table ronde considèrent que le soutien des gouvernements fédéral et provinciaux en matière de santé autochtone est rendu plus compliqué en fonction de leur lieu de résidence et de leur emplacement géographique. Les Autochtones vivant en milieu urbain ne pouvaient pas bénéficier du même niveau de couverture pour les dépenses médicales non assurées ou accéder à des services de santé culturellement adaptés par le biais des services proposés par le gouvernement fédéral ou provincial. En outre, la complexité des compétences fédérales et provinciales en matière de services de santé fait qu'il est extrêmement difficile de s'y retrouver, tant pour les personnes souhaitant utiliser ces services que pour les personnes offrant les services censés les aider.
- + **Racisme systémique :** Le racisme est vécu par de nombreux peuples autochtones dans les espaces de soins de santé traditionnels et se manifeste souvent par des stéréotypes, des soins de moindre qualité ou retardés, ou le rejet des pratiques culturelles et de la guérison traditionnelle autochtones. Ces expériences entraînent une profonde méfiance à l'égard des espaces de soins, ce qui fait en sorte que de nombreux Autochtones ne cherchent pas à obtenir les soins et les services dont ils ont besoin.

Dans chacun de ces volets, les Centres d'amitié ont cerné ces problèmes et, dans de nombreux cas, ont élaboré des stratégies pour aider les Autochtones vivant en milieu urbain à accéder aux services de santé dont ils ont besoin, quel que soit leur statut (Premières Nations, Inuit ou Métis). Les participants à la table ronde ont décrit certaines de ces stratégies afin de donner des idées aux décideurs politiques et aux autres organisations travaillant avec les communautés autochtones urbaines.

4) **Considérations clés:** Afin d'aller de l'avant d'une manière inclusive, stratifiée et intersectionnelle en ce qui concerne la législation sur la santé autochtone et tous les règlements et politiques d'accompagnement pertinents, nous proposons ce qui suit :

- + Faire participer les Centres d'amitié, les fournisseurs de services de santé autochtones en milieu urbain et les autres organisations autochtones en milieu urbain en tant que partenaires de prestation de services à part entière, et ce, dès le départ, réduira les lacunes dans les politiques de soins de santé et évitera le recours à des solutions de contournement.
- + Agir de façon directe et faire l'effort conscient d'inclure les parties prenantes concernées, par exemple les Centres d'amitié, dans l'élaboration de politiques de soins de santé inclusives et intersectionnelles qui prennent en compte les divers besoins des Autochtones et de leurs communautés et y répondent, indépendamment de leur lieu de résidence.



La majorité des Autochtones vivent dans des communautés urbaines, y compris dans des municipalités rurales ou éloignées, et pourtant, les approches fédérales en matière de soins de santé pour les Autochtones ne reflètent pas cette réalité. Pour que le gouvernement du Canada respecte son engagement d'éliminer le fossé qui sépare les Autochtones des allochtones en matière de soins de santé, toute législation élaborée dans ce domaine doit soutenir pleinement les priorités des Autochtones en matière de santé, être inclusive en ce qui a trait au statut et soutenir les Autochtones, indépendamment de leur lieu de résidence, en plus d'être ancrée dans les multiples réalités des Autochtones.

Approche

L'Association nationale des centres d'amitié (ANCA) a rédigé ce document pour qu'il soit pris en compte dans l'élaboration de la législation sur la santé autochtone :

- 1) **Synthèse de la recherche:** Nous avons effectué un examen de la documentation universitaire et politique sur le thème de l'accès aux soins de santé, du caractère abordable de ceux-ci et du fait qu'ils sont adaptés ou non aux populations autochtones urbaines.
- 2) **Séances de consultation:** Des tables rondes virtuelles ont été organisées pour recueillir des commentaires sur les expériences vécues par ceux qui travaillent « sur le terrain » pour favoriser l'accès aux services de santé pour les populations autochtones urbaines.

Pour réaliser la synthèse de recherche et concevoir les séances de consultation, l'ANCA a fait appel à Coeuraj, un cabinet de transformation qui fournit des recherches stratégiques et facilite la collaboration de différents groupes d'intérêt pour relever les défis systémiques.

L'ANCA a organisé deux événements virtuels avec des participants des Centres d'amitié de tout le Canada. Lors de ces séances virtuelles se sont tenues des tables rondes où l'on explorait les expériences des Autochtones vivant en milieu urbain en ce qui concerne l'accès aux services de santé. Les résultats de ces discussions ainsi que les contextes de la synthèse de recherche sont exposés dans la section 3 du présent rapport. Toutefois, un aperçu général est présenté dans le tableau ci-dessous.

Résumé des séances de consultation

SÉANCE 1

DATE: 10 novembre 2021

Les participants des Centres d'amitié de tout le Canada ont discuté de ce qui suit:

Vision

- + À quoi ressemblerait pour vous un changement transformateur dans les services de santé pour les communautés autochtones urbaines?
- + Comment l'esprit du *principe de Joyce* peut-il éclairer la législation sur la santé du gouvernement du Canada fondée sur des distinctions?

Stratégie

- + Quelles sont les ressources nécessaires pour mieux soutenir la prestation de soins de santé de haute qualité, accessibles et culturellement pertinents?
- + Que peut faire le gouvernement du Canada pour favoriser un changement positif dans la santé des Autochtones vivant en milieu urbain?

THÈMES CLÉS

Vision

- + Services gérés par la communauté.
- + Soins culturellement pertinents.
- + Services d'accompagnement complets.
- + Accès aux services sans discontinuité entre les espaces communautaires et urbains.
- + Financement durable et prévisible.

Stratégie

- + Investissements dans l'éducation, le recrutement et la rétention de plus de personnel de santé autochtone.
- + Approches holistiques uniformes offertes dans la communauté et en milieu urbain.
- + Financement du renforcement des capacités des communautés.
- + Solutions aux lacunes en matière de compétences territoriales.

Résumé des séances de consultation

SÉANCE 2

DATE: 1er décembre 2021

Les participants des Centres d'amitié de tout le Canada ont discuté de ce qui suit:

Barrières

- + Quelles sont les difficultés rencontrées par les Autochtones vivant en milieu urbain pour accéder aux soins de santé dans le cadre des politiques actuelles?

Occasions

- + Quelles solutions de contournement avez-vous trouvées efficaces pour aider les Autochtones vivant en milieu urbain à accéder aux soins dont ils ont besoin?

THÈMES CLÉS

Barrières

- + Absence de couverture médicale et de services essentiels en raison d'une approche des soins de santé fondée sur les distinctions.
- + Incertitude quant à l'endroit où accéder aux services ou à la sûreté de ceux-ci.
- + Racisme systémique.
- + Soins mal adaptés à la culture.
- + Obstacles aux soins tels que le transport et la langue.

Occasions

- + Les Centres d'amitié en tant que prestataires de soins et centres d'information.
- + Les Centres d'amitié intègrent les services de santé à l'éducation, à la prévention, etc.
- + Établissement de partenariats pour la prestation de services globaux et de suivi.
- + Des Aînés et des navigateurs de santé pour soutenir le système.
- + Soutien en matière de logistique, comme le transport et l'hébergement.



PARTIE UN

Comprendre le contexte urbain autochtone

1 Comprendre le contexte urbain autochtone

L'ANCA s'appuiera en très grande partie sur les travaux du sous-groupe de travail sur le milieu urbain (SGTU) du comité du Plan d'action national pour les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones disparues et assassinées (FFADA2S) et sur son résultat, la *Voie urbaine vers la récupération du pouvoir et du lieu, indépendamment de la résidence: Plan d'action national pour les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones disparues et assassinées (Urban Path to Reclaiming Power and Place, Regardless of Residency: Missing and Murdered Indigenous Women, Girls and 2SLGTBQQIA+ National Action Plan)* (Voie urbaine) [SGTU, 2021]. La Voie urbaine est la réflexion la plus récente et la plus complète sur les expériences et les réalités des Autochtones en milieu urbain. Tout au long de l'année 2020-2021, l'ANCA a été un membre actif du SGTU du comité du Plan d'action national pour les FFADA2E+. Le SGTU, un collectif de représentants d'organisations autochtones urbaines, a passé un temps considérable à discuter des expériences urbaines des peuples autochtones et à les articuler, ainsi qu'à explorer les possibles définitions.

Bien qu'effectué pour la Voie urbaine, ce travail transcende de nombreux domaines et devrait être considéré et adopté dans l'élaboration de la législation sanitaire.

1.1 COMPLEXITÉ DE L'AUTOCHTONIE URBAINE

L'ANCA adopte et promeut l'idée que les Autochtones ont leur place dans les centres urbains. Toutes les terres du Canada, y compris les zones urbaines, sont les territoires ancestraux traditionnels des Premières Nations, des Inuit ou des Métis, malgré les efforts déployés pour en déloger nos peuples (SGTU, 2021).

L'urbanisation des peuples autochtones ne doit jamais être confondue avec l'assimilation. En fait, les communautés autochtones urbaines prospèrent souvent grâce à la coexistence de cultures, de langues et de pratiques multiples.

Le SGTU sur les FFADA2E+ a souligné la complexité de la définition du terme « Autochtone urbain » :

Les centres urbains peuvent être incroyablement diversifiés. On peut s'identifier aux catégories suivantes : **Premières Nations, Inuit ou Métis (sur la base de distinctions), ce qui est conforme à la *Loi constitutionnelle canadienne de 1982*. Chacun de ces groupes est incroyablement unique, avec ses propres besoins et solutions, et il peut également y avoir une grande diversité au sein de chacun des groupes basés sur les distinctions. La Constitution utilise également le terme « autochtone » (qui inclut les **Premières Nations, les Inuit et les Métis) et le terme *autochtone peut être utilisé de manière interchangeable avec «autochtone».

Cependant, certains peuvent avoir le sentiment de ne pas correspondre exactement aux catégories fondées sur les distinctions et s'identifier plus facilement au terme *Autochtone. Ce terme peut également être utilisé pour renvoyer à des expériences ou à des concepts juridiques internationaux (comme les expériences communes en matière de colonialisme). Nous notons que le terme *Autochtone comprend également les personnes qui ont des identités complexes et qui peuvent ne pas correspondre à l'approche basée sur les distinctions pour une ou plusieurs raisons. Par exemple, s'ils ont été enlevés ou chassés de leur communauté, s'ils ont été adoptés, s'ils ont un patrimoine mixte à la suite de mariages mixtes, s'ils ont fait l'objet d'un déni de droits, ou selon des facteurs supplémentaires tels que l'identité sexuelle et de genre, l'expression de genre, l'orientation sexuelle, la résidence, la géographie, les capacités et l'âge.

Nous notons également que les personnes peuvent se sentir à l'aise d'utiliser différents termes pour se décrire selon la situation, la personne à qui elles parlent ou l'endroit où elles se trouvent (dans leur communauté d'origine, ailleurs au Canada ou à l'extérieur du pays). Par exemple, certains n'utiliseront jamais le terme **Première Nation pour se décrire, mais pourront le faire en utilisant leurs langues traditionnelles, ou en décrivant leur famille ou d'autres relations de parenté, une communauté donnée, une zone de traité, un clan ou un groupe de peuples, comme une confédération.

Nous reconnaissons que certains membres des **Premières Nations, Inuit et Métis ne sont pas à l'aise avec l'idée d'être identifiés comme étant *autochtones et peuvent avoir le sentiment que ce terme général (ou une approche pan-*autochtone) entraîne leur exclusion (de la même manière que certains peuvent se sentir exclus de l'approche fondée sur les distinctions). Par exemple, pour les **Inuit, il est important d'utiliser ce terme parce qu'il provient de leur langue et qu'il y a un sentiment que celui-ci leur appartient. Nous avons l'intention de reconnaître et de célébrer toutes les formes de nos diverses identités, qu'il s'agisse des **Premières Nations, des Inuit ou des Métis, ainsi que de ceux qui n'entrent pas parfaitement dans ces catégories.

L'extrait du rapport ci-dessus démontre un défi collectif dans la manière dont les peuples autochtones s'identifient et aussi dans la manière dont ils se décrivent et s'identifient vis-à-vis les autres, que ce soit au sein d'autres communautés autochtones ou auprès de personnes allochtones.

1.2 DÉFINITION DE L'AUTOCHTONIE URBAINE

Le SGTU sur les FFADA a élaboré une définition utile, que nous adopterons ici :

Autochtonie urbaine: Les Premières Nations, les Inuit et les Métis vivant dans des collectivités de petite, moyenne et grande taille, y compris les collectivités rurales, isolées et éloignées, qui sont : hors réserve; en dehors de leur communauté d'origine ou de leur établissement; ou en dehors de l'Inuit Nunangat (territoires inuit).

Cette définition prend en compte et reflète des éléments interconnectés:

- + **L'évolution démographique.** Malgré d'importantes lacunes et préoccupations en matière de données, les informations dont nous disposons montrent que les populations autochtones vivant dans les zones urbaines et rurales sont nombreuses et en augmentation. De nombreux Autochtones, indépendamment de leur affiliation et de leurs liens avec leurs Nations respectives, vivent dans des zones urbaines par choix ou en raison de circonstances depuis plusieurs générations.
- + **Migration volontaire et involontaire.** De multiples facteurs d'incitation au départ et d'attraction vers une autre destination amènent les populations autochtones à s'installer dans les zones urbaines et rurales. Les facteurs d'attraction comprennent des éléments tels que l'emploi, l'éducation, les considérations familiales et les occasions qui se présentent. Les facteurs d'incitation au départ comprennent des éléments tels que le manque de soins de santé et de possibilités d'éducation primaire ou secondaire, la disponibilité d'un logement, le retrait forcé en raison du système de protection de l'enfance ou du système judiciaire, la violence, l'homophobie ou la transphobie, ou le manque d'autres services spécialisés et nécessaires.
- + **Reconnaissance.** De nombreuses personnes ont été privées de leurs liens avec leur communauté en raison des politiques gouvernementales et des lois, ou manquent de reconnaissance de la part de leur communauté ou de reconnaissance de leur identité en raison des politiques ou des lois fédérales. Par exemple, les héritages néfastes et les problèmes actuels de la *Loi sur les Indiens*, y compris les pensionnats, la rafle des années 1960, la rafle actuelle du millénaire, etc.
- + **Identités complexes.** Il faut résister aux approches pan-autochtones. Bien qu'une approche fondée sur les distinctions aide à comprendre les réalités uniques des Premières Nations, des Inuit et des Métis, les peuples autochtones vivant en milieu urbain, les femmes, les filles, les personnes 2ELGBTQQIA+, les personnes handicapées et les personnes âgées auront également besoin de considérations uniques en matière de soins de santé, qui peuvent transcender leurs expériences dans leurs distinctions respectives, mais qui exigent néanmoins que leurs droits de la personne et leurs droits en tant que peuples autochtones soient maintenus et promus.

- + **Inclusion géographique.** Les peuples autochtones sont partout. Peut-être y a-t-il eu un temps où il y avait un endroit désigné et un lieu où ils « devraient » être. Notre concept d'avancement des droits des Autochtones doit inclure les peuples autochtones indépendamment de leur lieu de résidence, y compris les communautés métropolitaines, urbaines, rurales, isolées et éloignées, qui ont leurs propres défis et besoins uniques.
- + **Portabilité des droits.** Les droits des peuples autochtones existent. Les peuples autochtones doivent pouvoir jouir pleinement de leurs droits, quel que soit l'endroit où ils se trouvent physiquement au Canada. Une approche de la conception et de la prestation des services fondée sur les droits doit être considérée comme un moyen pratique de combler les lacunes en matière de services et de ressources.
- + **Les querelles de compétences.** Il existe depuis longtemps un phénomène de querelles de compétences dans le contexte urbain. On pense souvent aux populations autochtones urbaines après coup, ou comme un ajout lors de l'élaboration de politiques et de législations autochtones. Le gouvernement fédéral doit travailler avec les provinces et les territoires pour s'assurer que les conflits de compétences ne perturbent pas la réalisation des droits et l'offre de soutien approprié aux peuples autochtones.

1.3 L'AUTOCHTONIE URBAINE EN CHIFFRES

En se basant sur les données du recensement de 2016 et en suivant la définition d'« autochtonie urbaine » ci-dessus, on estime à 1 285 165 le nombre de Métis (indépendamment de leur lieu de résidence), de membres des Premières Nations vivant hors réserve¹ et d'Inuit vivant hors de l'Inuit Nunangat en 2016. Cela représente près de 77 % de la population autochtone totale du Canada². Selon les sources de données disponibles, la population autochtone urbaine comprend :

- + 66 % des personnes des Premières Nations au Canada, dont :
 - + 56 % des populations des Premières Nations inscrites et 98 % des populations des Premières Nations non inscrites au Canada;
- + 27 % de la population inuite du Canada;
- + 99 % de la population métisse;
- + 98 % des personnes qui revendiquent des identités autochtones multiples.

Selon le recensement de 2016, Statistique Canada (Statistique Canada, 2017b) a estimé que 867 415 Autochtones résidaient dans des villes de plus de 30 000 habitants, ce qui correspond à environ 51,8 % de la population autochtone totale. Cette estimation laisse encore environ 35 % de la population autochtone urbaine qui peut résider dans des régions moins peuplées, ou plus rurales ou éloignées³.

Les communautés autochtones urbaines sont culturellement diverses et hétérogènes. De nombreuses familles autochtones vivent dans des espaces urbains depuis des générations et ressentent des liens étroits, voire plus étroits, avec leur communauté urbaine, tout en maintenant un éventail de relations (de fortes à inexistantes) avec leurs Nations respectives. Les Autochtones vivant en milieu urbain ont parfois plusieurs ascendances et identités autochtones simultanément, et partagent des expériences à travers leurs identités.

1 Le terme « hors réserve » est utilisé par souci de cohérence avec les données et les termes utilisés dans le recensement au Canada.

2 Calculs de l'auteur basés sur les données du recensement de 2016 (Statistique Canada, 2017a).

3 Calculs de l'auteur basés sur les données du recensement de 2016 (Statistique Canada, 2017c).

1.4 L'EXPÉRIENCE AUTOCHTONE URBAINE DU RACISME

Pour être efficaces, les politiques de lutte contre le racisme, que ce soit dans le contexte des soins de santé ou de ses effets indirects sur la santé des Autochtones, *doivent* tenir compte des réalités contextuelles du lieu et du mode de vie de ceux-ci.

Les environnements urbains sont des espaces où les Autochtones constituent généralement une minorité culturelle au sein de la population. Étant donné que le racisme systémique est présent dans l'ensemble de la société canadienne générale, l'expérience du racisme chez les Autochtones vivant en milieu urbain est susceptible d'être une caractéristique « omniprésente » de leur vécu, comme l'a souligné la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) [CRPA, 1993].

« Les participants [à la table ronde] ont dit du racisme et de la discrimination envers les Autochtones qu'ils étaient "omniprésents" dans les centres urbains. Selon eux, les Autochtones sont victimes de discrimination raciale tous les jours, dans tous les centres urbains, dans la rue, au travail et parfois même à la maison. Ils ont affirmé que des Autochtones étaient chaque jour victimes, partout au pays, de violentes attaques de nature raciste. Selon eux, le racisme est tellement répandu que beaucoup d'Autochtones en viennent à accepter le racisme violent et la discrimination raciale comme des choses simplement "normales" dans leur vie. »

— *Table ronde nationale sur les questions autochtones urbaines. (CRPA, 1993)*

Selon l'Étude de 2010 sur les Autochtones vivant en milieu urbain (Environics Institute, 2010), 71 % des personnes interrogées pensent que les Canadiens non autochtones ont une image généralement négative des peuples autochtones. En outre, près de 90 % des personnes interrogées pensent que les Autochtones sont souvent traités de manière injuste, 70 % d'entre elles déclarant avoir été personnellement taquinées ou insultées en raison de leur origine autochtone. Les personnes interrogées qui ont déclaré avoir eu des expériences négatives avec des allochtones ont également dit avoir ressenti de la honte, une baisse de confiance en elles et une faible estime d'elles-mêmes en conséquence.

En plus de subir des incidents scandaleux de racisme direct dans le domaine des soins de santé (Turpel-Lafond, 2020), les Autochtones sont souvent victimes d'un racisme « occasionnel » ou « quotidien » dans de nombreux aspects de la vie urbaine, par exemple dans les universités (Canel-Çınarbaş et Yohani, 2019; Clark et collab., 2014) dans les programmes d'activité physique pour les jeunes (Mason et collab., 2018) ou dans les magasins (Benoit et collab., 2019). La recherche a démontré un lien important entre les expériences de racisme interpersonnel et la dépression au sein des populations autochtones urbaines (Paradies et Cunningham, 2012), liée au sentiment de stress, au manque de contrôle et à la honte qui ont contribué aux répercussions sur la santé mentale.

1.5 LES DÉFIS DES DONNÉES AUTOCHTONES URBAINES

Le manque de données sur les populations autochtones urbaines rend particulièrement difficile la compréhension des divers facteurs qui influent sur les expériences de soins de santé de ces populations. Des informations exactes et cohérentes sont indispensables pour élaborer des solutions adaptées aux besoins des populations autochtones urbaines (Collier, B., 2020; Rotondi et collab., 2017).

Par exemple, l'Enquête auprès des peuples autochtones (EAPA) de Statistique Canada ne tient compte que des Premières Nations vivant hors réserve⁴, des Inuit et des Métis. Les Premières Nations qui vivent dans les réserves reçoivent des enquêtes administrées par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (SAC, 2011). Bien que ces enquêtes puissent porter sur des variables similaires, la différence de méthodologies empêche une analyse rigoureuse des réalités des Autochtones vivant en milieu urbain et permet de comparer les Autochtones en milieu urbain aux populations non autochtones à l'échelle locale, régionale/provinciale et nationale.

La grande mobilité et l'importante migration (depuis et vers les zones urbaines ou depuis et vers l'Inuit Nunangat) des populations autochtones, les taux de pauvreté plus élevés et la méfiance à l'égard des chercheurs et des gouvernements après de nombreuses années d'études et de politiques axées sur l'exploitation, présentent des préoccupations supplémentaires concernant l'exactitude des données de recensement. Selon une étude (Rotondi et collab., 2017) du projet « Our Health Counts » qui a adopté une méthode communautaire axée sur les répondants, la population autochtone de Toronto serait de deux à quatre fois plus importante que les estimations du recensement.

La collecte et l'analyse de données exactes concernant les besoins en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé des populations autochtones urbaines sont essentielles à l'élaboration de politiques efficaces. Les provinces n'ont pas recueilli de manière adéquate des données désagrégées concernant l'origine autochtone. Le gouvernement fédéral collecte des données principalement à partir de la réserve uniquement. L'ANCA a commencé à travailler sur son initiative de base de données nationale complète, mais les ressources de collecte et d'analyse des données ne sont pas systématiquement disponibles pour les entités autochtones urbaines, telles que les Centres d'amitié.

4 Le terme « hors réserve » est utilisé par souci de cohérence avec la terminologie de Statistique Canada.

1.6 CONCLUSION

Notre appel à l'inclusion et à l'intersectionnalité ne doit pas être confondu avec un appel à une approche « pan-autochtone », qui suppose qu'une même approche convient à tous ou que tous les peuples autochtones doivent être regroupés sous une seule approche autochtone des soins de santé. Nous réitérons plutôt qu'en plus d'envisager des approches fondées sur les distinctions entre les Premières Nations, les Inuit et les Métis, les identités intersectionnelles doivent également être prises en considération, par exemple en veillant à ce que les approches adoptées tiennent compte des capacités, des identités sexuelles et de genre et de l'âge des Autochtones, quel que soit leur lieu de résidence.

Depuis des décennies, les Centres d'amitié offrent aux Autochtones vivant en milieu urbain des services essentiels et des programmes culturels. En outre, ils y sont parvenus en utilisant une approche axée sur la communauté. Ils sont au service des Autochtones de leurs communautés, indépendamment de leur « identité autochtone reconnue » ou de leur statut d'inscription. Les Centres d'amitié fonctionnent de cette manière parce que leur expérience vécue a montré que les approches fondées sur les distinctions sont trop synonymes d'exclusion pour répondre aux divers besoins des populations autochtones urbaines. Cette expérience est également conforme à la recommandation 4.7.9 de la CRPA, énonçant que « les services destinés aux autochtones citadins ne soient pas différenciés en fonction de leur statut juridique ou de leur adhésion à un traité » (CRPA, 1996).

Bien que les Premières Nations, les Métis et les Inuit aient des cultures et des besoins différents, ils sont confrontés à de nombreux défis similaires dans un contexte urbain. Tout soutien efficace aux soins de santé des Autochtones doit refléter ce contexte partagé et se fonder sur le principe politique selon lequel les Autochtones méritent d'avoir accès à des soins de qualité et culturellement adaptés indépendamment de leur lieu de résidence, en plus de leurs droits distincts.



PARTIE DEUX

Les politiques du Canada en matière de santé autochtone ont généralement exclu les zones urbaines

2 Les politiques du Canada en matière de santé autochtone ont généralement exclu les zones urbaines

« En tant qu'Autochtone, je sais que le système [de santé] n'est pas brisé, mais planifié. Le système a été conçu pour ne pas respecter les valeurs autochtones. »

— Participant à la table ronde de décembre.

2.1 INTRODUCTION

L'objectif de cette section est de montrer comment la législation fédérale existante en matière de soins de santé empêche de nombreux groupes autochtones, y compris les Autochtones vivant en milieu urbain, de bénéficier de soins de santé équitables. Les querelles de compétences continuent d'être un problème pour les populations autochtones urbaines.

Ce qui devrait être un point de chevauchement des compétences entre les gouvernements devient au contraire une faille dans les services essentiels pour de nombreux peuples autochtones. C'est particulièrement vrai pour les membres non inscrits des Premières Nations, les Métis, les Inuit et les Autochtones vivant en milieu urbain, qui ont besoin d'un soutien supplémentaire pour savoir s'ils peuvent bénéficier d'une aide fédérale pour leurs besoins en matière de soins de santé; si oui, comment y accéder et, si non, si les services provinciaux peuvent les aider.

2.2 LE PRINCIPE DE JORDAN ET LES PROBLÈMES DE QUERELLES DE COMPÉTENCES DANS LA PRESTATION DE SERVICES AUX AUTOCHTONES

La mort de Jordan River Anderson (Lavallee, 2005; SAC, 2020b) est un rappel tragique que les querelles de compétences ont un effet réel sur la vie des Autochtones.

Jordan River Anderson était un enfant des Premières Nations né avec une maladie neuromusculaire rare nécessitant une hospitalisation (Lavallee, 2005; Sinha et collab., 2021). Jordan et sa famille résidaient dans la réserve, dans leur communauté d'origine de la Nation crie de Norway House. Afin de recevoir les soins médicaux appropriés, les parents de Jordan ont dû le placer dans le système provincial de protection de l'enfance. Au bout de deux ans, les médecins de Winnipeg ont

recommandé que Jordan soit transféré dans un établissement spécialisé près de sa communauté d'origine. Sa famille et ses médecins ont convenu que ce serait dans l'intérêt fondamental de Jordan. Malheureusement, le gouvernement du Canada et celui du Manitoba n'étaient pas d'accord sur la responsabilité du coût des soins à domicile de Jordan. En 2005, Jordan est mort des suites de sa maladie à l'hôpital, alors que les représentants du gouvernement étaient encore en train de négocier (Lavallee, 2005; Sinha et collab., 2021).

L'histoire de Jordan illustre les conséquences d'un système de santé fondé sur des lois qui ne tiennent pas compte des réalités des peuples autochtones. La répartition des pouvoirs découlant de la *Loi constitutionnelle* s'est traduite par une politique insuffisante et un détournement constant des responsabilités entre les différents gouvernements et parfois au sein d'un même gouvernement.

À la suite de l'indignation du public, le principe de Jordan a été élaboré par des organisations et des groupes de défense des Premières Nations. Il visait à l'origine à garantir que tous les enfants des Premières Nations bénéficient d'un accès équitable aux services essentiels (Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada, 2014; SAC, 2017). En 2007, le Parlement a adopté le principe de Jordan comme directive aux agences fédérales selon laquelle aucun enfant des Premières Nations ne devrait se voir refuser des soins prescrits en raison de conflits de compétences.

Au cours des 14 dernières années, l'interprétation et la mise en œuvre du principe de Jordan par le gouvernement du Canada ont fait l'objet de nombreuses critiques. En 2016, le Tribunal canadien des droits de la personne a jugé que le gouvernement du Canada avait échoué dans sa mise en œuvre du principe de Jordan (*Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et collab. c. Procureur général du Canada [représentant le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien]*, 2016). Cette décision a été suivie de plusieurs ordonnances de non-conformité et d'autres décisions contre le gouvernement fédéral concernant le principe de Jordan.

L'interprétation étroite du principe et de l'admissibilité des patients autochtones par le gouvernement du Canada a été fortement critiquée. Le principe de Jordan précise en effet qu'il s'applique à « tous les enfants des Premières Nations ». Cependant, en 2007, la mise en œuvre du gouvernement fédéral s'est concentrée sur des cas impliquant des conflits de compétences sur les soins des enfants des Premières Nations vivant dans des réserves, ayant des handicaps multiples et nécessitant des services de plusieurs prestataires, soit des circonstances presque exactement comparables à celles de Jordan (Sinha et collab., 2021). La jurisprudence récente s'est efforcée d'élargir l'interprétation du gouvernement fédéral et de démontrer que le refus de financement fondé sur la géographie autochtone, la nature de la maladie, le statut de personne inscrite ou les besoins en matière de services est incompatible avec le principe de l'accès équitable pour « tous ».

Le principe de Jordan ne fait pas non plus mention des enfants métis ou inuit, alors que l'appel à la justice 17.22 de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA) demande explicitement leur inclusion dans les politiques (ENFFADA, 2019). Même après les décisions du Tribunal des droits de la personne, les normes actuelles du SAC concernant l'admissibilité des demandes selon le principe de Jordan exigent toujours que : l'enfant ou ses parents soient inscrits ou admissibles conformément à la Loi sur les Indiens, qu'ils aient été reconnus par leur Nation aux fins du principe de Jordan, ou qu'ils résident dans une réserve (SAC, 2020a)⁵. Bien que le principe de Jordan s'applique à « tous les enfants des Premières Nations », il est clair que les politiques fédérales considèrent toujours l'accès aux soins de santé sous l'angle du statut et de la résidence.

2.3 LE RÔLE DU GOUVERNEMENT FÉDÉRAL DANS LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Les politiques du Canada en matière de soins de santé pour les Premières Nations, les Inuit et les Métis sont énoncées dans trois lois précises : la *Loi constitutionnelle de 1867*, la *Loi sur les Indiens* et ses nombreuses modifications, et la *Loi canadienne sur la santé de 1985*.

En délimitant la division des pouvoirs entre les gouvernements provinciaux et fédéral, la *Loi constitutionnelle* a défini que « les Indiens et les terres réservées pour les Indiens » relevaient de la compétence fédérale (*Loi constitutionnelle, 1867*). La *Loi sur les Indiens* définit ensuite le terme « Indien » comme une « personne qui, conformément à la présente loi, est inscrite à titre d'Indien ou a droit de l'être » (*Loi sur les Indiens, 1876*). En 1939, la Cour suprême du Canada a élargi la définition d'« Indien » pour y inclure les Inuit.

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) est la législation qui constitue le fondement du système de santé public du Canada (*Loi canadienne sur la santé, 1985*). Grâce à la LCS, le gouvernement du Canada tire parti de son pouvoir de dépenser pour établir un ensemble de normes pour la prestation de services de santé essentiels dans tout le pays.

La LCS ne mentionne pas les Premières Nations, les Inuit ou les Métis. La LCS précise seulement que les provinces doivent fournir tous les services de santé médicalement nécessaires aux *résidents de cette province* (*Loi canadienne sur la santé, 1985*).

5 Le terme « réserve » est utilisé pour des raisons de cohérence avec les critères d'admissibilité au principe de Jordan de Services aux Autochtones Canada.

Ces trois lois commencent déjà à générer un conflit de compétences. Les peuples autochtones sont des résidents d'une province et le transfert de fonds aux gouvernements provinciaux, pour les soins de santé dans le cadre de la LCS, est basé sur la population, qui comprend les peuples autochtones. Cependant, la Loi constitutionnelle définit les « Indiens » comme une responsabilité fédérale, et le gouvernement du Canada a historiquement maintenu une interprétation très stricte de ses responsabilités envers les peuples autochtones, basée sur une lecture littérale de cette législation qui, en fin de compte, limite la responsabilité fédérale, à un coût humain.

2.4 FINANCEMENT FÉDÉRAL DE LA SANTÉ DES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN

La Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuit (DGSPNI) est la principale agence responsable du financement et de la gestion des services de santé pour les Premières Nations vivant dans les réserves et les Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat. Les programmes de la DGSPNI concernent trois grands domaines : les soins primaires, le soutien aux infrastructures de santé et les prestations de santé supplémentaires (Behrend et collab., 2021).

Les programmes de soutien aux soins primaires et aux infrastructures de santé ne sont accessibles qu'aux membres des Premières Nations inscrits vivant dans les réserves et aux Inuit vivant dans l'Inuit Nunangat (Halseth et Murdock, 2020). En 2019, plus de 50 % du financement de ces programmes est allé directement aux gouvernements ou aux organisations représentatives des Premières Nations ou des Inuit (Behrend et collab., 2021). La majorité des activités au sein de ces deux volets fournissent un financement « continu » ou « de base » à long terme à leurs bénéficiaires. Un financement stable et à long terme destiné aux différents gouvernements des Premières Nations et des Inuit, ou à des organisations affiliées, permet à ces communautés d'offrir des programmes qui répondent à leurs besoins spécifiques en matière de santé, de bien-être et de culture.

En revanche, les Autochtones vivant en milieu urbain sont censés faire appel aux services provinciaux, qui ne sont pas tenus de respecter de telles considérations culturelles. Les organisations autochtones, telles que les Centres d'amitié, répondent à un besoin urgent en fournissant des services d'orientation et des services de santé appropriés et dirigés par des Autochtones, indépendamment de l'identité ou du statut de personne inscrite de ces derniers. Bien que nombre de ces organisations reçoivent un certain financement des gouvernements fédéral ou provinciaux, celui-ci est généralement lié à des projets précis ou à des appels à propositions et est rarement à long terme ou stable (Urban Aboriginal Task Force, 2007; Réseau de connaissances des Autochtones en milieu urbain, 2012; Collier. B., 2020).

La pandémie de COVID-19 fournit un exemple concret de la disparité d'approche entre les peuples autochtones vivant en ville et ceux vivant dans les réserves ou dans le Nord dans les priorités de financement du gouvernement. En mars 2020, le gouvernement du Canada a annoncé l'octroi de 305 millions de dollars pour fournir un soutien immédiat aux communautés des Premières Nations, des Métis et des Inuit pendant la crise (SAC, 2020c). Ainsi, 290 millions de dollars ont été alloués directement aux groupes des Premières Nations, des Métis et des Inuit, tandis que 15 millions de dollars (5 %) ont été alloués aux Autochtones en milieu urbain, qui représentent 77 %⁶ de la population autochtone du Canada. Les organisations autochtones urbaines ont reçu des fonds sur la base de propositions dans le cadre de plusieurs tours de table au cours de plusieurs mois, tandis que les gouvernements autochtones ont reçu des fonds en fonction de la population, de l'éloignement et de la communauté. En général, le secteur caritatif et sans but lucratif a été laissé de côté dans de nombreuses annonces financières du gouvernement fédéral. Au lieu de cela, les aides financières ont été déployées en grande partie pour les entreprises. Les Centres d'amitié et d'autres organisations autochtones urbaines se sentaient pressés d'offrir du soutien aux populations vulnérables qu'ils aidaient, mais ne parvenaient pas, au départ, à obtenir du financement, que ce soit par l'intermédiaire des Autochtones ou d'organismes de bienfaisance ou sans but lucratif. En fin de compte, les Centres d'amitié ont pu recevoir des fonds pour couvrir le financement flexible de la réponse à la COVID-19 et des fonds pour aider la vaccination, mais nous attribuons cela en grande partie aux grands efforts déployés par l'ANCA pour plaider à la fois pour la nécessité et l'utilité de ce financement.

La préparation d'une réponse appropriée à un appel à propositions/demandes exige beaucoup de temps et d'efforts de la part des organisations autochtones urbaines. Cela détourne le personnel de son travail de prestation de programmes et de défense des droits, ce qui représente un coût considérable pour les organisations qui travaillent déjà sans relâche pour répondre aux besoins d'un grand nombre de personnes avec le peu de ressources dont elles disposent (*Témoignages – HESA [43-1] – no 14 – Chambre des communes du Canada, 2020*).

« Les données actuelles montrent que les populations autochtones continueront à se déplacer vers les centres urbains, où leur nombre continuera à augmenter. Les systèmes, les programmes, la planification en vue des pandémies et les politiques publiques sont encore élaborés dans une perspective qui ne reflète pas de manière appropriée les lieux où vivent les populations autochtones. »

— *Christopher Sheppard, président de l'ANCA.*

6 Calculs de l'auteur basés sur les données du recensement de 2016 (Statistique Canada, 2017a).

Parmi les trois secteurs de programme qu'administre la DGSPNI, le programme des Services de santé non assurés (SSNA) est le seul qui offre du financement et du soutien aux membres des Premières Nations inscrits dans des contextes urbains (Halseth et Murdock, 2020; Behrend et collab., 2021). Le programme des SSNA couvre les frais médicaux non assurables qui ne sont pas couverts par les régimes provinciaux de services de santé. Pour de nombreux membres des Premières Nations qui n'ont pas accès à des régimes d'assurance privés ou par le biais de leur employeur, le programme des SSNA apporte un soutien essentiel à leurs besoins en matière de santé.

Cependant, cette aide n'est pas distribuée de manière juste et équitable, car il existe de nombreuses disparités qui ont des conséquences sur les soins de santé des populations autochtones urbaines. De nombreux membres des Premières Nations qui déménagent dans des espaces urbains constatent que certains services soutenus par les SSNA auxquels ils avaient accès dans les réserves ne sont plus couverts (Senese et Wilson, 2013; Snyder et collab., 2015; Nelson, 2019).

Du point de vue des politiques fédérales en matière de santé autochtone, les membres non inscrits des Premières Nations et les Métis sont considérés comme des résidents non autochtones au Canada. Leurs besoins en soins de santé primaires relèvent de la responsabilité provinciale. Toute dépense supplémentaire non couverte par un régime provincial doit être payée par une assurance privée ou d'employeur, ou de sa poche. Compte tenu des taux de pauvreté plus élevés dans les communautés autochtones par rapport aux Canadiens non autochtones, beaucoup ne sont pas en mesure de faire face à ces coûts.

« Avec la DGSPNI, sans carte de traité, vous êtes juste une autre personne qui accède aux soins de santé. »

— Participant à la séance de consultation de décembre.

2.5 CONCLUSION

L'histoire de l'implication du gouvernement du Canada dans les soins de santé autochtones révèle un modèle d'interprétations restrictives de la responsabilité sur la base de l'identité et de la géographie qui a été presque uniquement déterminé par le gouvernement du Canada sans l'apport des peuples autochtones eux-mêmes.

D'après notre expérience dans la prestation de services, une approche de la législation sur les soins de santé purement fondée sur les distinctions ne fera que creuser l'écart ou créer davantage de lacunes dans les services de santé pour les Premières Nations, les Inuit et les Métis vivant en milieu urbain. En raison de la diversité des populations autochtones urbaines, qui comprennent un grand nombre de membres des Premières Nations non inscrits, d'Inuit et de Métis vivant en milieu urbain, ainsi que des personnes ayant une identité autochtone mixte, ces lacunes et leurs conséquences auront des effets disproportionnés sur les Autochtones vivant en milieu urbain.

Ce qu'il faut et, d'après notre expérience, ce qui fonctionne, ce sont des réseaux de systèmes de soins de santé connectés qui : mettent l'accent sur les résultats en matière de santé et sur l'accessibilité pour les personnes autochtones, en tenant compte de leurs identités multiples; sont fondés sur une compréhension des besoins intersectionnels; fournissent des soins à ceux qui en ont besoin, là où ils en ont besoin; et respectent l'identité d'une personne, mais ne font pas de l'identité une condition préalable aux soins.



PARTIE TROIS

Comblers les lacunes en matière d'accès à la santé des Autochtones en milieu urbain

3 Comblent les lacunes en matière d'accès à la santé des Autochtones en milieu urbain

3.1 INTRODUCTION

Notre examen de la documentation universitaire et politique a confirmé notre expérience selon laquelle les Autochtones vivant en milieu urbain sont confrontés à des difficultés systémiques pour accéder à des services de santé de haute qualité et culturellement adaptés. Bon nombre de ces obstacles ont également été décrits par les participants à nos tables rondes, qui ont apporté un éclairage supplémentaire à partir de leurs expériences vécues en tant qu'Autochtones en milieu urbain ou dans le cadre de leur travail avec les Autochtones vivant en milieu urbain au Canada.

Dans notre analyse, nous avons combiné les idées issues des séances de consultation avec les données correspondantes de notre analyse documentaire. Notre analyse a fait ressortir deux thèmes clés qui illustrent la façon dont les effets combinés du racisme systémique et des lacunes en matière de services découlant de la politique fédérale limitent la capacité des Autochtones vivant en milieu urbain à accéder à des soins appropriés.

La présente section décrit ce système de manière plus détaillée en combinant les idées des participants à la table ronde avec l'information contextuelle recueillie dans le cadre de notre analyse documentaire.

3.2 LES LACUNES DES POLITIQUES ET DES SERVICES CRÉENT DES OBSTACLES À L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES VIVANT EN MILIEU URBAIN

Comme nous l'avons vu dans la section 2, la majeure partie du soutien du gouvernement du Canada aux soins de santé autochtones se limite aux membres inscrits des Premières Nations dans les réserves et aux Inuit vivant dans le Nord, et nombre de ces services ne sont pas offerts ou accessibles aux personnes vivant en milieu urbain, que ce soit par l'intermédiaire de leurs Nations respectives ou de leur province de résidence.

Les participants aux deux séances de consultation ont insisté sur l'effet de cette approche politique sur l'accès des Autochtones vivant en milieu urbain aux services de santé.

« La réalité pour les personnes vivant hors réserve est que nous sommes les plus discriminés et les plus désavantagés : pas d'accès aux services de nos communautés/bandes et, en plus, nous sommes confrontés au racisme systémique qui est inhérent au système de santé public. »

— Participant à la table ronde de novembre.

3.2.1 LE COÛT ÉLEVÉ DES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ A DES CONSÉQUENCES NÉGATIVES POUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES URBAINES

Au Canada, la capacité d'une personne à accéder aux services de santé et la qualité de ces services dépendent de sa capacité à payer les soins nécessaires et des politiques que les gouvernements et les prestataires de services emploient pour rendre les services de santé plus abordables.

Au Canada, l'assurance maladie publique est le principal mécanisme politique permettant de garantir que les soins de santé sont abordables pour la majorité des résidents. En général, ces régimes provinciaux couvrent tous les traitements médicaux nécessaires. Toutefois, toute dépense supplémentaire non couverte par les régimes provinciaux doit être payée par une assurance privée ou d'un employeur, ou de sa poche.

La capacité à payer les soins médicaux et les dépenses associées est l'une des raisons pour lesquelles les paramètres de richesse (comme le revenu) sont un déterminant social de la santé. Les peuples autochtones ont connu des générations d'exclusion économique et sociale à cause du colonialisme et du racisme. Il existe donc un écart de richesse et d'emploi par rapport aux Canadiens non autochtones, ce qui signifie que de nombreux Autochtones ont du mal à payer pour les dépenses de santé non assurées.

	Premières Nations (dans les réserves ⁷)	Premières Nations (hors réserve)	Métis	Inuit	Non-autochtones
Revenu total médian (\$)	16 907	25 134	31 916	27 665	34 604
Taux d'emploi	36,3 %	52,0 %	60,3 %	52,5 %	60,5 %

Tableau 1.1: Données du recensement de 2016 montrant les facteurs socioéconomiques souvent reconnus comme des déterminants de la santé (Statistique Canada, 2017c, 2018)

7 Le terme « hors réserve » est utilisé ici par souci de cohérence avec le vocabulaire utilisé dans le recensement canadien.

Pour régler la question du caractère abordable à la lumière de cette iniquité socioéconomique, le gouvernement fédéral offre le programme des Services de santé non assurés (SSNA) pour couvrir les frais médicaux qui ne sont pas assurés par les régimes de santé provinciaux. Toutefois, cette aide n'est accessible que pour les membres des Premières Nations inscrits et les Inuit admissibles. Les Métis et les membres des Premières Nations non inscrits ne bénéficient pas de ce programme. De plus, de nombreuses dépenses de santé qui sont financées par les SSNA dans les réserves ou dans le Nord ne sont plus couvertes pour les Premières Nations vivant en milieu urbain (Senese et Wilson, 2013; Snyder et collab., 2015; Nelson, 2019).

Du point de vue des politiques fédérales en matière de santé autochtone, les membres non inscrits des Premières Nations et les Métis sont considérés comme équivalents aux résidents non autochtones du Canada, c'est-à-dire que leurs besoins en soins de santé primaires relèvent de la responsabilité des provinces.

« Avec la DGSPNI, sans carte de traité, vous êtes juste une autre personne qui accède aux soins de santé. »

— Participant à la séance de consultation de décembre.

Les participants ont souligné le fait que l'aide aux dépenses médicales offerte aux Autochtones vivant dans les communautés n'est pas offerte aux Autochtones vivant en milieu urbain.

« Le Canada accorde du financement aux conseils de bande pour la prestation d'une gamme de services bonifiés, y compris des services de santé maternelle, de santé infantile, de santé préscolaire et scolaire, de santé des personnes âgées et de santé mentale; de vaccination; de planification des naissances; d'éducation sanitaire et de nutrition; de prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie; de contrôle des maladies infectieuses et d'autres services cliniques généraux, notamment le contrôle des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension et du diabète; les soins infirmiers et les soins personnels à domicile. »

— Participant à la table ronde de décembre.

3.2.2 LA DISPONIBILITÉ D'UN SERVICE DE SANTÉ N'EST PAS TOUJOURS SYNONYME D'ACCESSIBILITÉ

Même lorsqu'ils peuvent assumer les coûts financiers des services de santé, de nombreux Autochtones vivant en milieu urbain rencontrent des difficultés en raison du manque d'installations, de personnel et de soutien *appropriés ou accessibles*.

Les participants aux deux séances de consultation ont parlé de services qui étaient techniquement offerts aux Autochtones vivant en milieu urbain, mais qui, en réalité, étaient inaccessibles en raison d'un certain nombre de facteurs tels que le manque de personnel, des cliniques qui n'étaient pas ouvertes en tout temps, ou des services qui n'étaient pas abordés de manière globale. Parmi les exemples précis de domaines dans lesquels les participants ont estimé que les services destinés aux Autochtones en milieu urbain étaient insuffisants, citons les suivants:

- + Santé mentale
- + Soins aux diabétiques
- + Soins aux personnes âgées
- + Soutien à la maternité (par exemple, doulas autochtones)
- + Aide à la garde d'enfants
- + Difficulté de fournir des ressources sûres pour les personnes deux esprits (en particulier dans les zones rurales ou éloignées)

Nous avons toujours affirmé que le fait que des services de santé existent ne signifie pas toujours qu'il est possible pour les Autochtones d'y accéder. L'absence d'options de transport abordables et réalistes en milieu urbain est un obstacle très réel pour les populations autochtones urbaines. Par exemple, si une personne consulte un professionnel de la santé qui lui recommande de se faire tester dans un établissement spécialisé, il arrive que cet établissement soit à une ou deux heures de route en transport en commun ou qu'il ne soit pas accessible par ce moyen, ce qui nécessite un transport privé. Si la personne a un emploi qui ne lui permet pas de prendre congé pour s'y rendre, si elle a des enfants en bas âge ou un handicap, il se peut qu'elle choisisse de ne pas passer ce test si cela signifie qu'il lui est trop difficile de se rendre dans l'établissement. Le programme des SSNA offre une certaine aide pour les frais de transport des membres des Premières Nations inscrits vivant dans les réserves, qui doivent parfois parcourir de grandes distances à grands frais, mais cette aide n'est pas offerte aux personnes qui doivent se déplacer dans la ville où elles vivent. L'aide au transport n'est pas offerte aux Autochtones vivant en milieu urbain (Santé Canada, 2017), y compris ceux qui vivent dans les zones rurales et qui sont confrontés à d'importants problèmes de transport.

« Il faut des transports pour se rendre à l'hôpital; les personnes hors réserve utilisent les systèmes de transport locaux ou un taxi. Si vous êtes dans la réserve, vous disposez d'un moyen de transport et de l'accès à une maison pour vous permettre de rester pendant la prestation de vos services (aller et retour tous les jours). Ce n'est pas la même chose pour les membres hors réserve, nous n'avons pas d'aide au transport. »

— *Participant à la séance de décembre.*

3.2.3 S'ORIENTER DANS LES SERVICES DE SOINS DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES VIVANT EN MILIEU URBAIN EST COMPLEXE

« Le bien-être comprend le fait de savoir où aller et qui peut fournir du soutien dans le système. »

— *Participant à la séance de décembre.*

La complexité des soins de santé pour les Premières Nations, les Inuit et les Métis est un défi bien connu (J. Lavoie, 2011; J. G. Lavoie, 2018). Des facteurs tels que les compétences gouvernementales, les régimes d'assurance maladie incohérents, la géographie et les barrières linguistiques contribuent à transformer les politiques, les processus et les pratiques en un labyrinthe dans lequel il faut s'orienter pour accéder aux soins.

Le principe de Jordan est un exemple de cette complexité, qui constitue un obstacle supplémentaire à l'accès aux services. À l'heure actuelle, le principe de Jordan est si compliqué que certains Centres d'amitié sont en mesure d'employer des « travailleurs du principe de Jordan » pour aider les familles à s'y retrouver dans le dédale des différentes responsabilités gouvernementales afin d'accéder aux soins pour leurs enfants, mais ce n'est pas une pratique courante dans tous les Centres d'amitié, car la capacité d'employer ces travailleurs dépend du financement mis à disposition (ANCA, 2020b).

Les participants qui travaillent avec les Autochtones vivant en milieu urbain ont décrit le besoin d'un soutien accru pour comprendre les services offerts dans leurs communautés et d'une aide supplémentaire pour accéder à ces services. Un soutien complet des travailleurs du principe de Jordan et des navigateurs de santé dans chaque Centre d'amitié du pays serait un bon début pour apporter un soutien aux communautés autochtones urbaines.

« On ne sait pas bien où aller ni qui appeler. Il y a souvent des lacunes dans la communication. »

— *Participant à la séance de décembre.*

3.2.3 LE RACISME CONDUIT À LA PRESTATION DE SOINS INACCEPTABLES ET INADAPTÉS POUR LES POPULATIONS AUTOCHTONES URBAINES

Les expériences de racisme vécues par les Autochtones dans les espaces de soins et les effets des traumatismes intergénérationnels se combinent pour créer un profond sentiment de peur et de méfiance à l'égard du système de santé au sein des communautés autochtones. Cela peut amener les Autochtones à considérer que les services offerts sont « inacceptables » et à éviter ou à retarder le recours aux soins, même s'ils reconnaissent avoir besoin de soins, ce qui peut entraîner des retards dans le diagnostic ou le traitement.

L'étude approfondie du gouvernement de la Colombie-Britannique sur le racisme systémique dans les soins de santé provinciaux (Turpel-Lafond, 2020) a décrit trois modèles clés qui ont émergé et qui correspondent aux thèmes d'autres recherches ainsi qu'à ceux des discussions en table ronde, que nous décrivons ci-dessous.

Les stéréotypes: Les Autochtones sont fréquemment exposés à des attitudes et à des stéréotypes négatifs à leur égard de la part du personnel du système de santé. Parmi les préjugés les plus courants, on trouve l'idée que les Autochtones sont :

- + Des buveurs ou des alcooliques;
- + Des toxicomanes à la recherche de drogues;
- + Incapables de prendre en charge leur propre santé ou réticents à le faire;
- + De mauvais parents;
- + Trop favorisés et reçoivent des choses « gratuitement ».

« Lorsqu'une personne autochtone entre dans un hôpital, elle n'est pas prise au sérieux. [On présume qu'elle est] juste à la recherche de drogues. »

— *Participant à la table ronde de décembre.*

Soins inéquitables: Les membres des Premières Nations, les Inuit et les Métis décrivent souvent des incidents au cours desquels ils ont reçu des soins de mauvaise qualité, souvent attribués au fait qu'ils sont autochtones. Voici quelques exemples de ce traitement discriminatoire :

- + Interactions personnelles inappropriées;
- + Longs temps d'attente ou déni de service;
- + Mauvaise communication ou rejet de leurs préoccupations;
- + Traitement médical de qualité inférieure (par exemple, erreurs médicales ou gestion inappropriée de la douleur);
- + Manque de respect des besoins ou des protocoles culturels.

« Des temps d'attente si longs. Les Autochtones sont placés en dernier à cause de l'infirmière de triage. »

— Participant à la table ronde de décembre.

Méfiance et évitement du système de santé: Un autre thème commun des expériences des demandeurs de soins autochtones est la méfiance à l'égard des services de santé traditionnels, en réponse aux expériences de racisme. Cela peut se traduire par les comportements suivants :

- + Le sentiment de devoir « faire ses preuves » auprès du personnel médical;
- + Cacher leur origine autochtone;
- + Quitter les services de soins de santé malgré des conseils à l'effet contraire;
- + Éviter complètement les soins de santé.

Les expériences de racisme ont un effet profond sur la capacité des Autochtones vivant en milieu urbain à accéder aux soins de santé, dans la mesure où elles les poussent à refuser de se faire soigner par les prestataires de soins traditionnels. Cet évitement peut aggraver leur état de santé et diminuer l'efficacité des éventuels traitements futurs, ce qui entraîne d'autres expériences négatives dans le système. Pour les Autochtones vivant en milieu urbain, en particulier, ce cercle vicieux peut être aggravé par des facteurs socio-environnementaux tels qu'une exposition plus fréquente au racisme dans leur vie quotidienne, comme indiqué à la section 1.3.

De nombreux participants aux séances de consultation ont parlé de l'omniprésence du racisme dans les soins de santé et les services complémentaires. Les participants à la table ronde ont évoqué le besoin réel d'espaces de soins culturellement sûrs et accessibles pour les Autochtones vivant en milieu urbain. Ci-dessous sont abordés certains thèmes qui sont ressortis dans la discussion sur la façon de mettre en œuvre des espaces culturellement sûrs.

3.3 RECOMMANDATIONS DE STRATÉGIES ET DE SOLUTIONS POUR COMBLER LES LACUNES POLITIQUES

Il n'est pas surprenant que les expériences des Autochtones soient fortement influencées par des facteurs non médicaux et qu'elles influencent leur décision de revenir ou de continuer à utiliser un service de santé à l'avenir.

Sur la base des commentaires des participants aux séances de consultation et des recherches menées pour produire le présent rapport, nous avons cerné des lacunes, mais aussi des stratégies et des solutions importantes à envisager pour remédier au manque de réelle reconnaissance des communautés autochtones urbaines dans les politiques sanitaires.

En 2021, l'ANCA a commandé une étude sur la recherche sur les populations autochtones urbaines et les soins de santé. Cette étude a révélé de nombreux facteurs facilitant l'accès des Autochtones aux services de santé, notamment:

- + La guérison traditionnelle est très appréciée.
- + Les services de santé dirigés et gérés par les Autochtones améliorent les liens et la confiance.
- + L'accès à la culture, la possibilité de pratiquer la culture et d'utiliser la culture comme traitement de santé sont très appréciés par les Autochtones vivant en milieu urbain.
- + Il est important d'avoir des soins culturellement sûrs pour faciliter l'accès aux soins de santé pour les Autochtones vivant en milieu urbain.

Les Centres d'amitié fournissent de nombreux services et programmes essentiels pour aider les communautés autochtones urbaines à répondre à leurs besoins en matière de santé et de bien-être, mais ils sont souvent limités par un manque de reconnaissance et de fonds stables et prévisibles qui leur permettraient de fournir des services de soins de santé et des services de soutien.

« Il faut que les Centres d'amitié soient reconnus comme des fournisseurs de services de santé, au même titre que les conseils de bande, et que les fonds appropriés soient liés aux services que nous offrons à nos concitoyens dans les zones urbaines. »

— *Participant à la séance de décembre.*

Comme le suggère ce participant, la stratégie la plus efficace pour mettre fin aux préjugés politiques discriminatoires à l'égard des Autochtones vivant en milieu urbain est de reconnaître les organisations communautaires, comme les Centres d'amitié, comme des fournisseurs de services légitimes pour ces Autochtones. Le financement continu de la prestation de services et de programmes aux organisations communautaires augmentera la disponibilité et l'accessibilité des soins urbains culturellement adaptés.

Un participant a parlé d'un exemple où l'intégration des pratiques de guérison traditionnelles autochtones a permis d'alléger le fardeau d'un nombre limité de professionnels de la santé et d'accroître l'offre de soins culturellement appropriés.

« Plus de 100 suicides dans la région, mais seulement 1 travailleur de santé mentale dans la communauté, travaillant de 9 h à 17 h. Une façon de contourner ce problème est d'avoir un groupe d'Aînés qui offre des services de soutien. »

— *Participant à la séance de décembre.*

Les Centres d'amitié comblent déjà les besoins en transport des populations autochtones. Cependant, comme pour beaucoup de leurs programmes, la stabilité du financement est une préoccupation.

« Le financement provincial lié à la COVID en Alberta – l'augmentation des fonds a permis à quelques centres d'acheter des fourgonnettes, mais s'il faut cinq heures pour conduire quelqu'un à un rendez-vous, il y a des dépenses supplémentaires. Il faut s'assurer qu'il y a un financement durable au-delà d'une seule année afin qu'ils aient une certitude à long terme. »

— *Participant à la séance de décembre.*

Bien sûr, au lieu de faire venir les demandeurs de soins aux services, on peut amener les services à ceux qui en ont besoin en utilisant des cliniques mobiles ou des rendez-vous de télésanté.

« Les cliniques mobiles de dépistage sont le fruit de partenariats avec les services de santé de l'Alberta. Ils ne se seraient jamais attendus à ce que ceux-ci les aident à fournir des services culturellement adaptés, mais le fait de pouvoir utiliser les Centres d'amitié comme centres de services, avec un Aîné sur place et un cercle de partage, a été d'une grande aide. Particulièrement pertinent pour le dépistage du cancer. »

— *Participant à la séance de décembre.*

« Le personnel [du Centre d'amitié] aide les gens à se déplacer pour recevoir des soins, d'autant plus que le système d'autobus Greyhound n'est plus en service. Surtout lorsque c'est pour un traitement contre le cancer, il faut plus d'options de télésanté, pour éviter aux patients d'avoir à faire plusieurs heures de déplacement pour une visite de cinq minutes. »

— *Participant à la séance de décembre.*

Les Centres d'amitié sont souvent appelés à aider leurs clients à comprendre les options de services de santé qui leur sont offertes ainsi qu'à prendre des rendez-vous et à s'y rendre. Cependant, au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador, ces services de soutien sont élargis et bénéficient d'une reconnaissance plus formelle en tant que navigateurs en soins de santé (ANCA, 2021).

Les navigateurs soutiennent les demandeurs de soins autochtones en jouant le rôle de guides, de traducteurs, de personnes de soutien et de défenseurs. Ce rôle est particulièrement important pour les personnes qui vivent seules ou loin de leurs proches ou de leur communauté, ou pour les membres des Premières Nations et les Inuit des communautés éloignées qui se rendent en milieu urbain pour accéder aux services de santé.

« [Il y a un] hôpital au Québec qui fait un projet d'intégration, ils l'appellent le poste de navigateur. Cela demande beaucoup de travail et nous n'avons pas les ressources nécessaires, nous devons toujours demander et demander et supplier. Nous [le Centre d'amitié] avons du personnel compétent, mais nous avons besoin d'argent pour payer les gens. »

— *Participant à la séance de novembre.*

3.3.1 ESPACES DE SANTÉ DIRIGÉS PAR DES AUTOCHTONES

« Les Autochtones ont l'impression d'être considérés après coup. Nous devons être maîtres de notre propre santé. »

— *Participant à la séance de novembre.*

De nombreux commentaires visaient à assurer un plus grand leadership sur les questions relatives à la santé des Autochtones. Le thème qui est ressorti le plus souvent concerne la nécessité de fournir des services de santé dans des espaces autochtones, plutôt que dans des espaces traditionnels tels que les hôpitaux, qui peuvent être associés à des expériences de traumatisme personnel et intergénérationnel.

« Le groupe local de jeunes a un travailleur en santé mentale qui vient une fois par semaine. [Il] offre un soutien aux jeunes et une disponibilité, ce qui est différent d'une personne à l'hôpital. »

— *Participant à la séance de décembre.*

3.3.2 INTÉGRATION DES PEUPLES ET DES VISIONS DU MONDE AUTOCHTONES DANS LES SOINS DE SANTÉ

Lorsque les services de santé ne peuvent être fournis dans les espaces autochtones, les participants ont suggéré une plus grande intégration des perspectives autochtones dans la prestation des services. Il s'agit notamment de recruter davantage de personnel autochtone dans les hôpitaux, non seulement dans les fonctions médicales, mais aussi dans les fonctions de navigateur de santé et d'Aîné autochtone.

L'impression que les praticiens de la santé classiques ne reconnaissent pas la contribution de la présence des membres de la famille et de la communauté au processus de guérison autochtone est un sujet de préoccupation particulier.

« Nous avons besoin de soins centrés sur le patient et la famille, de soins connectés, de soins qui intègrent la communauté et la parenté; il faut les faire participer [les proches et les membres de la communauté] au processus de soins et soutenir les gens tout au long de celui-ci. »

— *Participant à la séance de décembre.*

« **C'est dans l'environnement des soins de courte durée que les gens décèdent.** La vision occidentale ne permet pas de faire une cérémonie de purification par la fumée ou d'avoir de la famille ou d'autres groupes présents avec la personne mourante. »

— *Participant à la séance de décembre.*

Bien que les besoins de la communauté en matière de services de guérison autochtones, comme les sacs de médecine (qu'on ne trouve pas dans les hôpitaux classiques), aient été mentionnés, la plupart des participants ont plaidé en faveur d'une approche intégrée qui combine les connaissances autochtones et biomédicales.

« Un consortium de professionnels de la médecine et de détenteurs de connaissances. Cela peut permettre de mettre en place un appareil de soins de santé ancré dans la culture pour les populations autochtones. »

— *Participant à la séance de novembre.*

3.3.3 SENSIBILISATION ET ÉDUCATION CULTURELLES

Les participants ont noté l'importance de l'éducation pour apporter des changements importants au système de santé. Certains participants associaient les manifestations de racisme au manque de connaissance ou de compréhension des coutumes autochtones par les prestataires de soins de santé, ou à une sous-estimation de l'ampleur des différences culturelles.

« Les personnes qui travaillent dans le secteur de la santé ne comprennent pas du tout que la culture autochtone est une culture distincte et qu'elle est différente dans chaque région. Elles semblent croire que les valeurs et la vision du monde des Autochtones ne sont pas différentes. Le milieu de la santé doit être conscientisé au fait qu'il s'agit d'un ensemble distinct de cultures. »

— *Participant à la séance de décembre.*

Les soins de santé ne sont pas une simple transaction entre le prestataire et le client, mais une série d'expériences et de relations. Les Centres d'amitié mettent l'accent sur des services globaux qui couvrent l'ensemble de l'expérience du patient. Ils garantissent un accès sûr aux services complémentaires, tels que le transport vers et depuis les espaces de soins. Les efforts de formation culturelle et antiraciste du personnel de santé sont moins efficaces si une personne autochtone est victime de racisme lors d'un trajet en taxi ou en autobus vers l'hôpital. C'est pourquoi le soutien à l'extension du concept d'« espaces sûrs » aux services complémentaires tels que le transport mérite d'être sérieusement envisagé.

« Il y a des problèmes de racisme systémique dans les services auxiliaires, comme lors des trajets en taxi. Ce n'est pas seulement une question médicale, c'est toute l'expérience. »

— *Participant à la séance de novembre.*

3.3.4 LES STRATÉGIES ET APPROCHES EXISTANTES DIRIGÉES PAR LES CENTRES D'AMITIÉ CONTRIBUENT À AMÉLIORER L'ACCÈS AUX SOINS DE SANTÉ POUR LES AUTOCHTONES EN MILIEU URBAIN

En ce qui concerne les stratégies actuelles visant à promouvoir des espaces sûrs dans les soins de santé, plusieurs personnes ont parlé du rôle des Centres d'amitié en tant que prestataires offrant des services au centre ou par l'intermédiaire de cliniques mobiles.

« Pour remédier au manque de programmes culturellement sûrs, nous collaborons avec la province, ainsi qu'avec d'autres intervenants, pour travailler avec les médecins afin de fournir des services par le biais des Centres d'amitié (avec les Aînés) qui offrent des services internes, dans le but de compléter les services globaux du centre. »

— *Participant à la séance de décembre.*

Un exemple de ce modèle intégré est la clinique Minowé, qui fonctionne par le biais du Centre d'amitié de Val-d'Or, au Québec (ANCA, 2021; Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or, 2014). La clinique offre des services culturellement appropriés, tout en intégrant ceux-ci aux autres programmes et services de soutien du Centre d'amitié. Les participants ont également souligné l'importance de faire reconnaître ces Centres d'amitié comme des prestataires de services de santé, pour qu'ils obtiennent un financement stable, au même titre que les cliniques gérées par les bandes.

Le programme Safespace Networks, conçu afin de fournir aux Autochtones en milieu urbain une solution efficace pour signaler les incidents de racisme, a été mis à l'essai en Colombie-Britannique en partenariat avec les Centres d'amitié de la province (ANCA, 2021; *Safespace Networks – BCAAFC*, 2021). Ce programme comprend une application qui permet aux personnes de signaler de manière anonyme leurs expériences de racisme à un système

qui se situe en dehors du gouvernement ou de l'autorité sanitaire et qui leur demande des comptes. Cette technologie donne aux patients le pouvoir de signaler directement les cas de discrimination, ce qui est particulièrement important pour les Premières Nations et les Métis non inscrits, qui ne peuvent pas compter sur le soutien d'un gouvernement de bande pour obtenir justice. L'ANCA étudie la possibilité d'étendre ce travail à l'échelle nationale.

3.4 CONCLUSION

« Les CA sont eux-mêmes des solutions de rechange, surtout s'ils ont des programmes et des services médicaux. »

— *Participant à la séance de décembre.*

La population autochtone urbaine continuera de croître. Les réalités des peuples autochtones doivent être au centre de l'élaboration et de la mise en œuvre de toute législation les concernant. À tout le moins, la législation ne doit pas accroître les lacunes dans les services et rendre *plus* difficile l'accès à des soins de santé culturellement pertinents et sûrs.

On ne saurait trop insister sur le rôle des Centres d'amitié dans le soutien de la santé physique, sociale, mentale et émotionnelle des membres des Premières Nations, des Inuit et des Métis vivant en milieu urbain. Les Centres d'amitié fournissent des services de santé essentiels, qu'il s'agisse de soins et de traitements directs ou de services de soutien, à des personnes dont les besoins ne seraient autrement pas satisfaits. Ils comblent une importante lacune en matière de prestation de services aux populations autochtones urbaines.

Les Centres d'amitié y parviennent en s'appuyant sur le soutien des communautés qu'ils servent et en adoptant des stratégies et des solutions de rechange novatrices qui leur permettent d'utiliser au mieux les fonds dont ils disposent. Toutefois, comme l'a souligné un participant, les Centres d'amitié sont des solutions de rechange. Car, qu'ils le reconnaissent ou non, les gouvernements fédéral et provinciaux comptent sur les Centres d'amitié pour prendre en charge les personnes oubliées par les politiques fondées sur les distinctions.

Alors que le gouvernement du Canada envisage une nouvelle législation (SAC, 2021a) pour remédier aux lacunes des services et au racisme dans les soins de santé, il est possible d'adopter une stratégie différente.

Et si, au lieu d'être une solution de rechange, les Centres d'amitié étaient **reconnus comme des partenaires à part entière et des chefs de file dans la prestation de soins de santé** dans leurs communautés?

Nous sommes d'avis qu'en faisant participer dès le départ les Centres d'amitié, les fournisseurs de services de santé autochtones en milieu urbain et d'autres organisations autochtones en milieu urbain à titre de partenaires de prestation de services complets, on pourra réduire les lacunes des politiques en matière de soins de santé et éviter le recours à des solutions de rechange.

Et si, au lieu de placer les Autochtones vivant en milieu urbain dans une approche fondée sur les distinctions, les gouvernements **travaillaient avec les Centres d'amitié pour élaborer des politiques et des services** de santé intersectionnels axés sur l'obtention de meilleurs résultats pour les personnes et les communautés autochtones?

Nous soutenons que les gouvernements doivent être directs et s'assurer d'inclure les parties prenantes concernées, telles que les Centres d'amitié, dès le début de l'élaboration de politiques de soins de santé inclusives et intersectionnelles qui tiennent compte des divers besoins des personnes autochtones et de leurs communautés, indépendamment de leur lieu de résidence, et y répondent.



PARTIE QUATRE

Remarques finales

4 Remarques finales

« L'intersectionnalité reconnaît que l'expérience d'une personne sera différente de celle d'une autre en raison de l'interaction particulière entre la race, l'origine ethnique, l'origine autochtone, le genre, la classe, la sexualité, la géographie, l'âge et la capacité, ainsi que de la façon dont ces intersections encouragent les systèmes d'oppression et, en fin de compte, ciblent les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA autochtones. »

— *Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (FFADA, 2019).*

Le gouvernement du Canada s'est engagé à adopter une « approche fondée sur les distinctions » pour l'élaboration conjointe de la législation sur la santé des Autochtones. Il déclare aussi explicitement que son approche est « guidée par les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation [CVR], la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones [DNUDPA] et les appels à la justice du rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [FFADA] ».

Cependant, l'appel à l'action 20 de la CVR demande aux gouvernements de « reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuit et des Autochtones hors réserve » (CVR, 2015). En outre, l'article 24.1 de la DNUDPA demande aux États de veiller à ce que les Autochtones aient « le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale » (Nations Unies [Assemblée générale], 2007). L'interprétation que le gouvernement fédéral a faite par le passé des droits distincts accordés aux Premières Nations, aux Inuit et aux Métis fait que l'accès à certains services de santé dépend du lieu de résidence, ce qui, selon nous, a une incidence sur le droit des populations autochtones urbaines à un accès égal à des normes de santé élevées. Les futures politiques fondées sur les distinctions, qui placent le lieu de résidence d'une personne ou son affiliation à un gouvernement autochtone au-dessus de ses besoins en matière de soins de santé, sont contraires aux principes directeurs représentés par la DNUDPA et la CVR et exacerberont les conditions relatives aux compétences territoriales qui se répercutent sur la santé des Autochtones.

L'Enquête sur la FFADA préconise une approche intersectionnelle pour l'élaboration des politiques qui ont des effets sur les membres des Premières Nations, les Inuit et les Métis au Canada (FFADA, 2019). Une approche intersectionnelle exige que l'on comprenne que le contexte et l'environnement dans lequel vivent les Autochtones sont tout aussi importants que les circonstances et les intérêts distincts des Premières Nations, des Inuit et des Métis. C'est particulièrement vrai en ce qui concerne la lutte contre le racisme. Le racisme est une expérience malheureusement courante pour les Autochtones, et le racisme fréquent et omniprésent est une facette de la vie quotidienne des Autochtones vivant en milieu urbain. Les effets du racisme sur leur santé et leur relation avec le système de santé doivent être abordés dans toute tentative de décolonisation du système de santé.

Le gouvernement du Canada décrit son élaboration conjointe d'une législation sur la santé fondée sur les distinctions (SAC, 2021a) comme une occasion:

- + d'établir des principes généraux comme fondement des services de santé fédéraux pour les peuples autochtones;
- + de soutenir la transformation de la prestation des services de santé en collaborant avec les organisations autochtones à la conception, à la prestation et à l'amélioration des services afin d'accroître la prestation de services de santé dirigés par les Autochtones;
- + de poursuivre les efforts visant à concrétiser l'engagement du gouvernement du Canada en faveur de la réconciliation et d'une relation renouvelée de nation à nation, d'Inuit à Couronne et de gouvernement à gouvernement avec les peuples autochtones, fondée sur la reconnaissance des droits, le respect, la coopération et le partenariat.

Comme plus de la moitié de la population autochtone du Canada vit dans des zones urbaines, tout principe efficace pour guider les services de santé fédéraux doit refléter ce fait et tenir compte des expériences vécues par ces personnes. En synthétisant les idées de ceux qui travaillent à fournir des services de première ligne aux populations autochtones urbaines, nous proposons un exemple de principe général pour guider les services de santé fédéraux :

« L'accès à des services de santé culturellement pertinents, sans discrimination et sans distinction de statut, que ce soit dans les réserves ou à l'extérieur, et indépendamment de la race, de l'identité autochtone ou de l'identité de genre. »

L'Association nationale des centres d'amitié et ses membres, qui ont plus d'un demi-siècle d'existence et des dizaines d'années d'expérience dans la prestation de services aux populations autochtones, constituent un exemple de prestation de services sans discrimination fondée sur l'identité autochtone. Leur approche est volontairement intersectionnelle et respecte les besoins et les cultures des demandeurs de soins de santé des Premières Nations, des Inuit et des Métis, sans être limitée par ces distinctions.

Les Centres d'amitié offrent des services holistiques aux Autochtones vivant en milieu urbain en tissant des relations de collaboration solides au sein de leurs communautés et dans tout le pays. L'ANCA est une figure de proue de l'établissement de partenariats avec des organisations autochtones, non autochtones et gouvernementales.

Bien que les zones urbaines du Canada disposent de certains des meilleurs services de soins médicaux et paramédicaux au monde, les populations autochtones qui y vivent rencontrent des obstacles pour accéder à ces services. La législation en matière de santé qui a des conséquences sur la vie et les droits des peuples autochtones doit prendre en compte et inclure les Autochtones qui vivent en milieu urbain.



Bibliographie

Bibliographie

- Behrend, R., Forsyth, J. et Giroux, Y. (2021). *Dépenses fédérales pour les soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits*. Bureau du directeur parlementaire du budget. <https://www.pbo-dpb.gc.ca/fr/blog/news/RP-2122-005-S—federal-spending-first-nations-inuit-health-care—depenses-federales-soins-sante-premieres-nations-inuits>
- Benoit, A., Cotnam, J., O'Brien-Teengs, D., Greene, S., Beaver, K., Zoccole, A. et Loutfy, M. (2019). Racism Experiences of Urban Indigenous Women in Ontario, Canada: “We All Have That Story That Will Break Your Heart.” *International Indigenous Policy Journal*, 10(2), 1–27. <https://doi.org/10.18584/iipj.2019.10.2.1>
- Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada et collab. c. Procureur général du Canada (représentant le ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien), (Tribunal canadien des droits de la personne, 26 janvier 2016). https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Documents_deposes_a_la_Commission/P-772-9.pdf
- Canel-Çinarbaş, D. et Yohani, S. (2019). Indigenous Canadian university students' experiences of microaggressions. *International Journal for the Advancement of Counselling*, 41(1), 41–60. <https://doi.org/10.1007/s10447-018-9345-z>
- Clark, D. A., Kleiman, S., Spanierman, L. B., Isaac, P. et Poolokasingham, G. (2014). “Do you live in a teepee?” Aboriginal students' experiences with racial microaggressions in Canada. *Journal of Diversity in Higher Education*, 7(2), 112. <https://doi.org/10.1037/a0036573>
- Collier, B. (2020). *Services destinés aux Autochtones vivant en milieu urbain (Étude générale) (Étude générale de la Bibliothèque du Parlement no 2020-66-F)*. Service d'information et de recherche parlementaires. <https://lop.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/BackgroundPapers/PDF/2020-66-f.pdf>
- Environics Institute. (2010). *Urban Aboriginal Peoples Study: Main Report*. Environics Institute. <https://www.uaps.ca/wp-content/uploads/2010/04/UAPS-FULL-REPORT.pdf>
- First Nations Child and Family Caring Society of Canada. (2014). *Jordan's Principle: A brief history*. [https://fncaringociety.com/sites/default/files/Jordan's %20Principle %20Information %20Sheet.pdf](https://fncaringociety.com/sites/default/files/Jordan's%20Principle%20Information%20Sheet.pdf)
- Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la Loi de 1982 sur le Canada (R-U), § 91 (24) (1982).
En ligne : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/const/index.html>

Loi canadienne sur la santé, ch. C-6 L.R.C. (1985).

En ligne : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/page-1.html>

Loi sur les Indiens, ch. I-5 L.R.C. (1985).

En ligne : <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5/>

Halseth, R. et Murdock, L. (2020). *Appuyer l'autodétermination des peuples autochtones en matière de santé: leçons tirées d'un examen des pratiques exemplaires en matière de gouvernance de la santé au Canada et dans le monde*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://www.ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/317/Ind-Self-Determine-Halseth-Murdoch-FR_NIVA_Web_2021-02-16.pdf

Services aux Autochtones Canada [SAC]. (2011, 15 novembre). *Enquêtes sur les peuples autochtones*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1321384019753/1605196725394#vivanthors1>

Services aux Autochtones Canada [SAC]. (2017, 21 juillet). *Chronologie: Le principe de Jordan et les services à l'enfance et à la famille des Premières Nations*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1500661556435/1533316366163>

Services aux Autochtones Canada [SAC]. (2020a, 25 février). *Présenter une demande en vertu du principe de Jordan*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1568396296543/1582657596387#sec2>

Services aux Autochtones Canada [SAC]. (2020b, 8 mars). *Hommage à Jordan River Anderson*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1583703111205/1583703134432>

Services aux Autochtones Canada [SAC]. (2020c, 25 mars). *Fonds de soutien aux communautés autochtones*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1585189335380/1585189357198>

Services aux Autochtones Canada [SAC]. (2021, 28 janvier). *Élaboration conjointe de dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions*. <https://isc.gc.ca/fra/1611843547229/1611844047055>

Kennedy, B. et Nolen, S. (2021, 23 janvier). Toronto's Indigenous population largely overlooked in COVID-19 vaccine plans, doctors who work with them say. *The Toronto Star*. <https://www.thestar.com/news/gta/2021/01/23/torontos-indigenous-population-largely-overlooked-in-covid-19-vaccine-plans-doctors-who-work-with-them-say.html>

Lavallee, T. L. (2005). Honouring Jordan: Putting First Nations children first and funding fights second. *Paediatrics & Child Health*, 10(9), 527–529. <https://doi.org/10.1093/pch/10.9.527>

- Lavoie, J. (2011). *Le cadre politique et juridique sur la santé autochtone au Canada*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. <https://www.nccih.ca/docs/context/FS-HealthLegislationPolicy-Lavoie-Gervais-Toner-Bergeron-Thomas-FR.pdf>
- Lavoie, J. G. (2018). Medicare and the care of First Nations, Métis and Inuit. *Health Economics, Policy and Law*, 13(3–4), 280–298. <https://doi.org/10.1017/S1744133117000391>
- Maan Alhmidi. (2021, janvier). *Ottawa advocating to prioritize vaccines for Indigenous people: Miller* | CTV News. <https://www.ctvnews.ca/health/coronavirus/ottawa-advocating-to-prioritize-vaccines-for-indigenous-people-miller-1.5275061>
- Mason, C., Mchugh, T.-L., Strachan, L. et Boule, K. (2018). Urban indigenous youth perspectives on access to physical activity programmes in Canada. *Qualitative Research in Sport, Exercise and Health*, 11, 1–16. <https://doi.org/10.1080/2159676X.2018.1514321>
- Association nationale des centres d'amitié [ANCA]. (2020a). *Soumission au Rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones: Association nationale des centres d'amitié*. https://www.ohchr.org/Documents/Issues/IPeoples/SR/COVID-19/IndigenousCSOs/CANADA_NationalAssociation_of_Friendship_Centres_NAFC.pdf
- Association nationale des centres d'amitié [ANCA]. (2020b). *Résumé du forum Lutter contre le racisme systémique dans les soins de santé: Association nationale des centres d'amitié*. <https://nafc.ca/downloads/updated-urban-indigenous-forum-i-report-oct-2021-2.pdf>
- Association nationale des centres d'amitié (ANCA). (2021). *Résumé du forum Agir contre le racisme systémique dans les soins de santé. Association nationale des centres d'amitié*. <https://nafc.ca/downloads/urban-indigenous-forum-ii-taking-action-final-report-2.pdf>
- Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [FFADA] (2019). *Réclamer notre pouvoir et notre place: le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées*, <https://www.mmiwg-ffada.ca/fr/final-report/>
- Nelson, S. E. (2019). *“They Seem to Want to Help Me”: Health, Rights, and Indigenous Community Resurgence in Urban Indigenous Health Organizations* [Thèse de doctorat]. Université de Toronto. <https://hdl.handle.net/1807/95932>

- Bureau de l'audit et de l'évaluation, Santé Canada et Agence de la santé publique du Canada. (2017). Évaluation des prestations supplémentaires en santé pour les membres des Premières Nations et les Inuits (Programme des services de santé non assurés) 2009-2010 à 2014-2015. <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/organisation/a-propos-sante-canada/responsabilisation-rendement-rapports-financiers/rapports-evaluation/2009-2010-2014-2015-prestations-supplementaires-sante-premieres-nations-inuits.html>
- Paradies, Y. C. et Cunningham, J. (2012). The DRUID study: Exploring mediating pathways between racism and depressive symptoms among Indigenous Australians. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 47(2), 165–173. <https://doi.org/10.1007/s00127-010-0332-x>
- Agence de la santé publique du Canada [ASPC]. (2020, 18 décembre). *Plan de vaccination du Canada contre la COVID-19: sauver des vies et protéger les moyens de subsistance*. <https://www.canada.ca/fr/sante-publique/services/maladies/2019-nouveau-coronavirus/reponse-canada/plan-vaccination-canada-contre-covid-19.html>
- Rotondi, M. A., O'Campo, P., O'Brien, K., Firestone, M., Wolfe, S. H., Bourgeois, C. et Smylie, J. K. (2017). Our Health Counts Toronto: Using respondent-driven sampling to unmask census undercounts of an urban indigenous population in Toronto, Canada. *BMJ Open*, 7(12), e018936. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018936>
- Canada, Commission royale sur les peuples autochtones [CRPA]. (1993). *Les peuples autochtones vivant en milieu urbain: Rapport de la Table ronde nationale sur les préoccupations des populations urbaines autochtones*. https://publications.gc.ca/collections/collection_2017/bcp-pco/Z1-1991-1-11-3-fra.pdf
- Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA). (1996). *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones: Vingt ans d'action soutenue pour le renouveau* (vol. 5). <https://www.bac-lac.gc.ca/fra/decouvrez/patrimoine-autochtone/commission-royale-peuples-autochtones/Pages/rapport.aspx>
- Safespace Networks – BCAAFC*. (Janvier 2021). <https://bcaafc.com/safespace-sharing/>
- Senese, L. C. et Wilson, K. (2013). Aboriginal urbanization and rights in Canada: Examining implications for health. *Social Science & Medicine*, 91, 219–228. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.02.016>
- Sinha, V., Sheppard, C. et Gunnarsson, M. (2021). Substantive Equality and Jordan's Principle: Challenges and Complexities. *Journal of Law and Social Policy*, 35, 21-43. <https://digitalcommons.osgoode.yorku.ca/jlsp/vol35/iss1/2>

- Snyder, M., Wilson, K. et Whitford, J. (2015). Examining the urban Aboriginal policy gap: Impacts on service delivery for mobile urban Aboriginal peoples in Winnipeg, Canada. *Aboriginal Policy Studies*, 5(1). <https://doi.org/10.5663/aps.v5i1.23259>
- Témoignages—HESA (43-1)—no 14—Chambre des communes du Canada*, Chambre des communes, 43e législature (2020) (témoignage du Comité permanent de la santé). <https://www.noscommunes.ca/DocumentViewer/fr/43-1/HESA/reunion-14/temoignages>
- Statistique Canada. (2017a, 25 octobre). *Statistique Canada, Recensement de 2016, catalogue de Statistique Canada no 98-400-X2016154*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/index-fra.cfm>
- Statistique Canada. (2017b, 25 octobre). *Le Quotidien — Les peuples autochtones au Canada: faits saillants du Recensement de 2016*. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/171025/dq171025a-fra.htm>
- Statistique Canada. (2017c, 29 novembre). *Statistique Canada, Recensement de 2016, catalogue de Statistique Canada no 98-400-X2016265*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/index-fra.cfm>
- Statistique Canada. (2018, 28 mars). *Statistique Canada, Recensement de 2016, catalogue de Statistique Canada no 98-400-X2016171*. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/dp-pd/dt-td/index-fra.cfm>
- Daniels c. Canada (Affaires indiennes et du Nord canadien), [2016] 1 RCS 99 (Cour suprême du Canada 2016). <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/15858/index.do>
- Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR]. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada: Appels à l'action*. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l-Action_French.pdf
- Turpel-Lafond, M. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in BC health care*. Addressing Racism Review. <https://engage.gov.bc.ca/app/uploads/sites/613/2020/11/In-Plain-Sight-Full-Report.pdf>
- Nations Unies (Assemblée générale). (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. https://www.un.org/esa/socdev/unpfii/documents/DRIPS_fr.pdf

Réseau de connaissances des Autochtones en milieu urbain. (2012). *Literature review on urban Aboriginal peoples* Urban Aboriginal Knowledge Network. <https://uakn.org/literature-review-on-urban-aboriginal-peoples/>

Urban Aboriginal Task Force. (2007). *Urban Aboriginal Task Force: Final Report*. Urban Aboriginal Task Force. <https://ofifc.org/wp-content/uploads/2020/03/2007-Urban-Aboriginal-Task-Force-UATF-Final-Report.pdf>

Sous-groupe de travail sur le milieu urbain. (2021). *Missing and Murdered Indigenous Women, Girls and 2SLGBTQQIA+ National Action Plan, Urban Path to Reclaiming Power and Place, Regardless of Residency*. 108. https://mmiwg2splus-nationalactionplan.ca/wp-content/uploads/2021/06/NAP-Urban-Framework_EN.pdf

Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. (2014, septembre). *Clinique Minowé*. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or. <https://www.caavd.ca/actualite/la-clinique-minowe>



**National Association
of Friendship Centres**
**Association nationale
des centres d'amitié**

Janvier 2022

275, rue MacLaren
Ottawa (Ontario) K2P 0L9
613 563-4844

En amitié.

Association nationale des centres d'amitié

nafc.ca