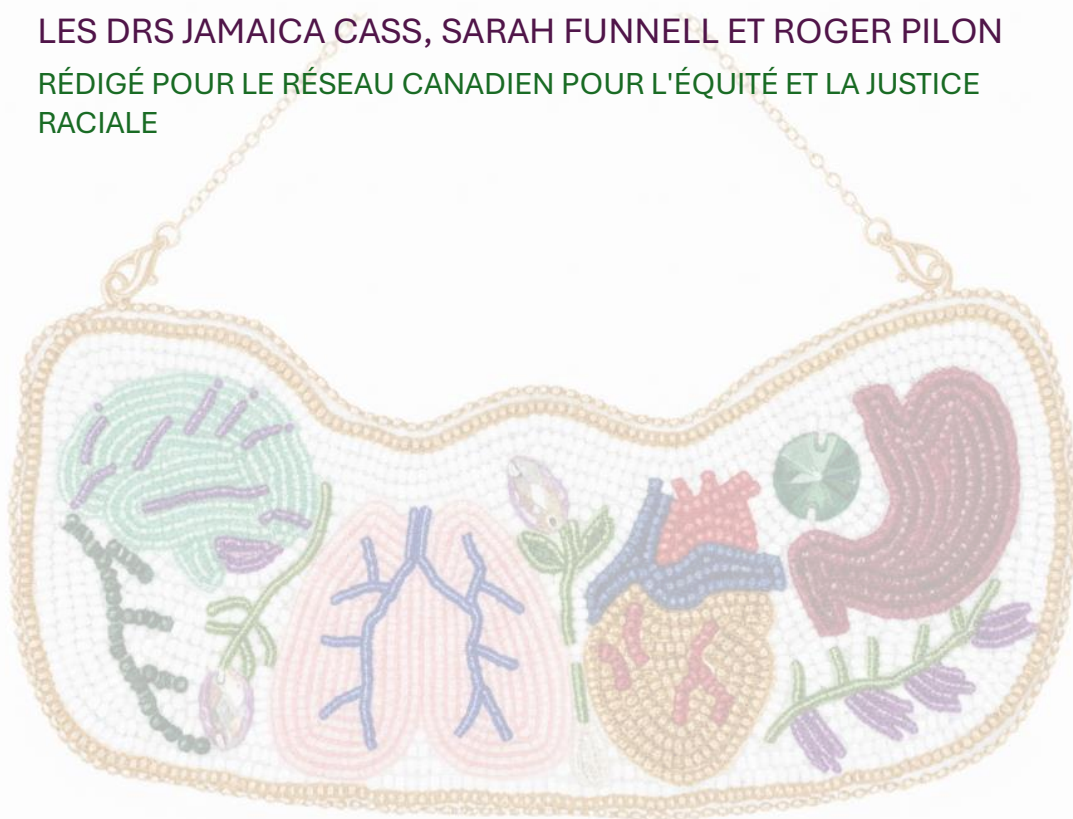


# Document d'orientation : Promouvoir la santé et le bien-être des Autochtones au Canada

LES DRS JAMAICA CASS, SARAH FUNNELL ET ROGER PILON  
RÉDIGÉ POUR LE RÉSEAU CANADIEN POUR L'ÉQUITÉ ET LA JUSTICE  
RACIALE



## **Reconnaissance du territoire**

Les auteurs vivent, travaillent et passent leur temps libre sur les terres autrefois connues sous le nom de *Katarokwi*, aujourd'hui appelées Kingston, en Ontario. Kingston est située sur le territoire traditionnel des Anishinaabe et des Haudenosaunee.

## **Paternité de l'ouvrage et contributions de la communauté**

Les auteurs ont contribué à parts égales à la conception, à la réalisation et à la rédaction du présent rapport.

La D<sup>re</sup> Jamaica Cass est membre de la communauté mohawk de la baie de Quinte et exerce en tant que médecin généraliste sur le territoire mohawk de Tyendinaga. Elle dirige la transformation du système éducatif en tant que directrice du programme d'éducation à la santé Queen's-Weeneebayko et directrice de la santé autochtone au sein du département de médecine familiale de l'université Queen's.

La D<sup>re</sup> Sarah Funnell (elle) est médecin de famille des Premières Nations, spécialiste en santé publique et clinicienne-chercheuse d'ascendance algonquine et tuscarora. Elle a grandi au sein de la Première Nation des Mississaugas d'Alderville et est membre de la Première Nation Kitigan Zibi Anishinabeg. Ses travaux visent à promouvoir la santé des peuples autochtones et à intégrer les perspectives autochtones dans l'éducation en matière de santé, la recherche et la pratique clinique. La D<sup>re</sup> Funnell occupe le poste de doyenne associée et de présidente du département de santé autochtone à la Faculté des sciences de la santé de l'Université Queen's, ainsi que de professeure adjointe au département de médecine familiale de cette même université.

Le D<sup>r</sup> Roger Pilon est un homme blanc issu de la colonisation, d'ascendance européenne mixte, qui reconnaît ses privilèges et s'engage à être un allié actif. Il occupe actuellement les fonctions de vice-doyen des sciences de la santé et de directeur de l'École des sciences infirmières de l'Université Queen's. Il est honoré de collaborer avec ses collègues autochtones et de contribuer avec respect à l'amélioration de la santé des peuples autochtones au Canada.

## Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada Février 2026

Les auteurs remercient Krystal Kehoe Macleod, titulaire d'un doctorat, et Elaine Johnston, directrice des services chez *Nogdawindamin Family and Community Services*, pour leur contrôle par les pairs réfléchi, ainsi que Haley Kombargi, assistante de recherche, pour son aide au formatage et au référencement.

L'illustration de couverture a été réalisée par la D<sup>re</sup> Jamaica Cass; il s'agit d'une représentation en 2D d'une installation primée intitulée « Mind, Body and Spirit », exposée en permanence à la faculté de médecine de l'Université Queen's à Kingston, en Ontario.

### Acronymes et abréviations

2ELGBTQ+ – lesbiennes, gais, bisexuels, transgenres et personnes queers bispirituelles

ENE – Expériences négatives de l'enfance

LCS – Loi canadienne sur la santé

PN – Première Nation

ASPN – (FNHA en anglais) – Autorité sanitaire des Premières Nations

SAC – Services aux Autochtones Canada

FFADA – (MMIWG en anglais) – Femmes et les filles autochtones disparues et assassinées

NNA – Nation Nishnawbe Aski

CCNSA – Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

SSNA – Direction générale de la santé autochtone)

Université EMNO – École de médecine du Nord de l'Ontario

PCAP – Propriété, contrôle, accès et possession

ASPC – Agence de la santé publique du Canada

CRPA – Commission royale sur les peuples autochtones

DSM – Déterminants sociaux de la santé

UMT – Université métropolitaine de Toronto

CVR – Commission de vérité et réconciliation du Canada

DNUDPA – Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones

### Table des matières

RECONNAISSANCE DU TERRITOIRE.....	1
PATERNITÉ DE L'OUVRAGE ET CONTRIBUTIONS DE LA COMMUNAUTÉ .....	1
ACRONYMES ET ABRÉVIATIONS .....	2
CRPA – COMMISSION ROYALE SUR LES PEUPLES AUTOCHTONES.....	2
TABLE DES MATIÈRES.....	2

# Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada

## Février 2026

1. RÉSUMÉ.....	5
2. INTRODUCTION ET CONTEXTE.....	7
3. CADRE CONCEPTUEL ET MÉTHODOLOGIQUE .....	12
3.1 <i>Principes directeurs et fondements éthiques</i> .....	13
3.1.1 <i>Approche à double perspective</i> .....	13
3.1.2 PCAP® et souveraineté des données autochtones.....	13
3.1.3 Autodétermination .....	14
3.1.4 Renoncer au complexe du sauveur blanc et au discours axé sur les déficits .....	14
3.2 <i>Cadres</i> .....	14
3.2.1 Cadre basé sur les déterminants .....	14
3.2.2 Cadres fondamentaux sous-tendant l'analyse.....	15
3.3 <i>Engagements-cadres</i> .....	16
3.4 <i>Approche méthodologique</i> .....	16
4. PROBLÈMES URGENTS ET SYSTÉMIQUES EN MATIÈRE DE SANTÉ AUTOCHTONE.....	17
4.1 <i>Obstacles à l'accès aux soins de santé</i> .....	18
4.1.1 Confusion en matière de compétences.....	18
4.1.2 Géographie et disponibilité des services .....	19
4.1.3 Résumé : Obstacles à l'accès.....	20
4.2 <i>Un fardeau sanitaire disproportionné</i> .....	21
4.3 <i>Lacunés dans les données</i> .....	22
4.4 <i>Racisme systémique</i> .....	23
4.4.1 Racisme systémique et obstacles institutionnels.....	24
5. DÉTERMINANTS DE LA SANTÉ ET DU BIEN-ÊTRE .....	25
5.1 <i>Pauvreté : L'expérience des peuples autochtones face à la pauvreté et ses effets sur la santé et le bien-être</i> .....	26
5.1.1 La pauvreté en tant qu'expérience genrée .....	27
5.1.2 Les liens entre la pauvreté autochtone et la santé .....	27
5.1.3 Aide au revenu et effets sur la santé.....	28
5.2 <i>Emploi : L'emploi et les conditions de travail des autochtones comme déterminants de la santé et du bien-être des peuples autochtones</i> .....	29
5.2.1 Taux d'emploi, obstacles et conditions de travail .....	29
5.2.2 Incidences de l'emploi sur la santé et le bien-être.....	29
5.3 <i>Itinérance : Le logement comme déterminant de la santé et du bien-être des peuples autochtones</i> .....	30
5.3.1 Les douze dimensions de l'itinérance chez les Autochtones .....	31
5.3.2 Effets de l'itinérance et de la surpopulation sur la santé et le bien-être .....	32
5.4 <i>Sécurité alimentaire : La souveraineté alimentaire comme déterminant de la santé et du bien-être autochtones</i> .....	32
5.4.1 Obstacles à l'accès à une alimentation adéquate et culturellement pertinente .....	33
5.4.2 Programmes alimentaires communautaires dirigés par des Autochtones .....	34
5.4.3 La souveraineté alimentaire comme déterminant positif de la santé.....	34
5.5 <i>Langues autochtones : La langue comme déterminant de la santé et du bien-être des peuples autochtones</i> .....	35
5.5.1 La langue, un obstacle à l'atteinte du meilleur état de santé possible .....	36
5.5.2 Les langues autochtones en tant que droit dans la DNUDPA et le droit canadien .....	36
5.5.3 Revitalisation linguistique et effets positifs sur la santé et le bien-être autochtones.....	37
5.6 <i>Éducation : L'éducation comme déterminant de la santé des peuples autochtones</i> .....	38

# Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada

## Février 2026

6. CADRES ET SOLUTIONS PROMETTEURS .....	39
6.1 <i>Cadre fondé sur les droits des Autochtones : Autodétermination et compétence autochtone en matière de santé</i> .....	39
6.2 Conformité avec la DNUDPA et les appels à l'action de la Commission vérité et réconciliation (CVR).....	40
6.3 <i>Soins de santé culturellement sécuritaires et antiracistes</i> .....	42
6.3.1 Formation obligatoire en matière d'antiracisme et de sécurité culturelle .....	42
6.3.2 Respect des systèmes traditionnels de guérison et de connaissance .....	44
6.4 <i>Souveraineté des données et responsabilité partagée</i> .....	45
6.4.1 Souveraineté des données autochtones.....	45
6.4.2 <i>Responsabilité partagée</i> .....	46
7. DÉTERMINANTS TRANSVERSAUX ET ENJEUX ÉMERGENTS .....	47
7.1. <i>Causes profondes des inégalités en matière de santé chez les peuples autochtones</i> .....	47
7.2. <i>Le racisme, un déterminant majeur de la santé des populations autochtones</i> .....	48
7.3 <i>Intersectionnalité, race et genre, et leurs effets sur la santé</i> .....	49
7.3.1 Femmes autochtones en bonne santé, familles et communautés en bonne santé.....	50
7.4 <i>Enjeux émergents</i> .....	51
7.4.1 Changement climatique, racisme environnemental et solastalgie .....	51
7.4.2 Évolution démographique .....	53
8. SYNTHÈSE DES POLITIQUES ET RECOMMANDATIONS .....	55
8.1 <i>Synthèse des politiques</i> .....	55
8.2 <i>Lacunes politiques et enjeux structurels</i> .....	57
8.3 <i>Recommandations générales</i> .....	58
8.4 <i>Recommandations au niveau des systèmes : de l'engagement à l'action</i> .....	62
8.5 <i>Mécanismes de mise en œuvre et de suivi</i> .....	62
8.6 <i>Cadres de co-élaboration et de responsabilité partagée</i> .....	63
9. VOIES VERS UN CHANGEMENT DE POLITIQUE .....	64
9.1 <i>Intégrer les priorités de santé autochtone dans les stratégies nationales et provinciales</i> .....	64
9.2 <i>Réformes législatives et financières pour permettre la gouvernance autochtone</i> ..	65
9.3 <i>Nouveaux modèles de partenariat : milieux universitaires, établissements de santé et leadership autochtone</i> .....	66
9.4 <i>Feuille de route pour une mise en œuvre progressive</i> .....	67
9.5 <i>En faveur de la justice en matière de santé et de la réconciliation dans la pratique</i> .....	68
10. EN CONCLUSION.....	68
11. RÉFÉRENCES.....	70
12. ANNEXES .....	86
<i>Annexe A: Tableaux de données par déterminant</i> .....	86
<i>Annexe B : Exemples de programmes dirigés par les Autochtones</i> .....	88
<i>Annexe C : L'analyse des politiques par compétence</i> .....	90
<i>Annexe D : Matrice d'alignement entre la CVR et la DNUDPA</i> .....	91

## 1. Résumé

Le présent document examine la situation en matière de santé et de bien-être des peuples autochtones au Canada dans une perspective fondée sur les droits et dirigée par les Autochtones. Il soutient que les inégalités persistantes en matière de santé dont sont victimes les Premières Nations, les Inuits et les Métis ne résultent pas de déficits individuels ou culturels, mais constituent les conséquences prévisibles de structures de gouvernance coloniales qui n'ont pas respecté les obligations découlant des traités, les droits constitutionnels et les engagements internationaux en matière de droits de la personne.

S'appuyant sur la recherche autochtone, l'analyse des politiques et les systèmes de connaissances ancrés dans les communautés, le rapport considère la santé comme un concept relationnel et holistique, façonné par la spiritualité, le territoire, la langue, la gouvernance, la culture et les conditions sociales. L'autodétermination des peuples autochtones est reconnue comme un facteur déterminant de la santé, conformément à des cadres tels que ceux de la Commission royale sur les peuples autochtones, les appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones.

L'analyse détermine quatre facteurs structurels interreliés à l'origine des inégalités :

- Une gouvernance fragmentée et une ambiguïté de compétence qui entraînent des retards, des refus de soins et un manque de cohérence en matière de responsabilité entre les systèmes fédéraux, provinciaux et territoriaux.
- Le racisme systémique et les soins non adaptés à la culture, qui sapent la confiance, découragent le recours aux soins et contribuent à des préjudices qui pourraient être évités.
- Les déterminants sociaux inéquitables de la santé, notamment le logement, les revenus, l'accès linguistique et l'isolement géographique, qui trouvent leur origine dans les politiques coloniales.

- Les inégalités en matière de données et l'absence de souveraineté des Autochtones sur leurs données, qui limitent l'efficacité de la planification et la responsabilisation.

L'article souligne que les systèmes de santé dirigés par les Autochtones démontrent déjà un meilleur accès, une plus grande confiance et de meilleurs résultats. Des modèles tels que les autorités sanitaires autochtones, les soins gérés par les communautés et les programmes de bien-être fondés sur la terre montrent que lorsque les structures de gouvernance s'alignent sur les droits des Autochtones, les systèmes de santé gagnent en efficacité et en équité.

Sur la base de ces données probantes, le rapport propose de passer d'un modèle de consultation à un modèle de partage des compétences. Les principales orientations politiques sont les suivantes :

- Reconnaissance de la compétence des Autochtones en matière de gouvernance et de législation sanitaires
- Intégration des priorités autochtones dans les stratégies nationales et provinciales en matière de santé
- Intégration des normes obligatoires en matière de sécurité culturelle et de lutte contre le racisme dans la législation et la réglementation
- Soutien du développement de la main-d'œuvre autochtone et des systèmes de guérison traditionnels
- Mise en place des cadres de données et de responsabilité gérés par les Autochtones
- Fourniture d'un financement prévisible et à long terme, conforme aux obligations en matière de droits
- Mise en œuvre d'un transfert progressif des responsabilités de gouvernance et d'un renforcement des capacités

Le rapport conclut que la promotion de l'équité en matière de santé pour les Autochtones n'est pas avant tout un défi technique, mais plutôt un défi de gouvernance. Le Canada dispose de données probantes et de lignes directrices suffisantes pour mettre en œuvre des changements significatifs; le principal obstacle réside dans la volonté politique durable de réorienter le pouvoir décisionnel, les ressources et les structures de responsabilité d'une manière conforme aux droits des Autochtones.

## 2. Introduction et contexte

La situation actuelle de la santé des Autochtones au Canada reflète à la fois les préjudices coloniaux persistants et de puissants exemples de la force, du leadership et du renouveau autochtones. Les inégalités persistantes en matière d'espérance de vie, de fardeau des maladies chroniques, de résultats en santé mentale et d'accès à des soins culturellement plus adaptés sont bien documentées; toutefois, ces inégalités ne sont ni inévitables ni imputables à des déficits individuels ou communautaires. Il s'agit plutôt des conséquences prévisibles des manquements historiques et persistants au respect des droits des Autochtones, des traités et des obligations constitutionnelles en matière de santé, de territoire et d'autodétermination.

Les peuples autochtones du Canada, à savoir les Premières Nations, les Inuits et les Métis, sont confrontés à de profondes inégalités en matière de santé par rapport aux populations non autochtones (Greenwood et coll., 2018). Ces disparités sont profondément enracinées dans l'histoire coloniale du pays, notamment dans l'héritage de la *Loi sur les Indiens*, des pensionnats pour Autochtones et de la discrimination systémique persistante. Le traumatisme intergénérationnel qui en résulte et la perte de continuité culturelle ont façonné les désavantages sociaux, économiques et politiques qui persistent aujourd'hui, se traduisant par des taux plus élevés de maladies chroniques, de crises de santé mentale et une espérance de vie réduite au sein des communautés autochtones (Kim, 2019a).

Les cadres de réconciliation nationale ont affirmé à maintes reprises que les inégalités en matière de santé chez les autochtones trouvent leur origine dans les politiques coloniales et nécessitent des réponses structurelles fondées sur les droits. La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a estimé que la santé était indissociable de l'autonomie gouvernementale, du territoire, de la culture et de la sécurité économique, concluant que toute amélioration significative de la santé des Autochtones dépendait du rétablissement de leur contrôle sur les institutions qui régissent leur vie quotidienne. La CRPA a souligné que les approches fédérales axées sur la prestation de services sans réforme de la gouvernance seraient insuffisantes pour combler les écarts en matière de santé, une conclusion qui reste tout à fait pertinente plusieurs décennies plus tard (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

Les politiques coloniales visant à assimiler les peuples autochtones ont eu des répercussions durables sur la santé et le bien-être (Matheson et coll., 2022a). Le système des pensionnats et la *Loi sur les Indiens* ont bouleversé les structures familiales, érodé les pratiques culturelles et imposé un traumatisme intergénérationnel, autant de facteurs qui continuent d'influencer les résultats en matière de santé. La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) a documenté ces préjudices et appelé à un changement systémique, en soulignant la nécessité de soins de santé culturellement sécuritaires et équitables (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a).

S'appuyant sur la CRPA, la CVR a explicitement présenté les inégalités en matière de santé chez les Autochtones comme un héritage des pensionnats pour Autochtones et des systèmes plus larges de dépossession coloniale. Les appels à l'action de la CVR (en particulier les appels 18 à 24) affirment que l'État a la responsabilité de reconnaître, de respecter et de répondre aux besoins distincts des peuples autochtones en matière de santé, au nom de la réconciliation et de la justice. Ces appels situent la santé non seulement comme une préoccupation programmatique, mais aussi comme un indicateur essentiel permettant de déterminer si la réconciliation progresse de manière significative (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015b).

Au niveau international, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) renforce cette approche fondée sur les droits en affirmant le droit des peuples autochtones au meilleur état de santé physique et mentale possible (articles 23 et 24), ainsi que leur droit à l'autodétermination et à concevoir et mettre en œuvre des programmes de santé conformes à leurs priorités (Assemblée générale des Nations Unies, 2007). L'engagement du Canada en faveur de la mise en œuvre de la DNUDPA marque un tournant vers l'harmonisation entre la politique de santé nationale et les normes internationales en matière de droits de la personne, bien que d'importants écarts subsistent entre cet engagement et sa concrétisation.

*Loi sur les Indiens* a profondément façonné le contexte juridique et politique de la santé des autochtones au Canada, bien qu'elle ne reconnaisse pas explicitement le droit à la santé ou aux soins de santé (Gouvernement du Canada, 1985). Adoptée en 1876 en tant que loi sur la gouvernance coloniale, cette loi régit certains aspects de la vie des Premières Nations et des terres de réserve, mais n'aborde la santé qu'indirectement, par le biais de pouvoirs administratifs limités liés à l'assainissement, à la quarantaine et à la gestion des maladies transmissibles. Ces dispositions ont historiquement été utilisées pour permettre la surveillance et des interventions coercitives en matière de santé publique plutôt que pour soutenir des systèmes de soins dirigés par les communautés ou le bien-être des Autochtones.

La *Loi sur les Indiens* n'établissant pas de droits en matière de santé opposables, l'implication du gouvernement fédéral dans le domaine de la santé autochtone s'est développée par le biais de mesures discrétionnaires plutôt que par la voie législative. Il en résulte un système fragmenté, caractérisé par un financement axé sur les programmes, des responsabilités mal définies et un sous-investissement chronique. Cette architecture juridique a renforcé l'ambiguïté des compétences entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, créant des lacunes dans les soins et contribuant à des préjudices qui auraient pu être évités, notamment un accès retardé ou refusé aux services essentiels. Les inégalités en matière de santé dont sont victimes les peuples autochtones ne sont donc pas le fruit du hasard, mais résultent d'un cadre législatif qui privilégie le contrôle administratif au détriment des droits, des relations et des responsabilités.

La *Loi sur les Indiens* occulte également les véritables sources des droits des Autochtones en matière de santé. Les engagements issus des traités relatifs à la santé et au bien-être découlent d'accords entre nations, et les droits des Autochtones ainsi que les droits issus des traités sont constitutionnellement reconnus en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, indépendamment de la loi elle-même (*Loi constitutionnelle de 1982*). Du point de vue de la santé et du droit autochtones, la *Loi sur les Indiens* ne sert pas de fondement à des systèmes de santé équitables, mais constitue une contrainte coloniale qui continue de limiter l'autodétermination des Autochtones en matière de gouvernance de la santé. La réforme politique actuelle doit donc aller au-delà de la *Loi sur les Indiens* afin d'ancrer les systèmes de santé autochtones dans les droits inhérents et issus des traités, le droit autochtone et des modèles de soins fondés sur l'autodétermination, conformément à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (Lavoie, 2013a). La santé et le bien-être des peuples autochtones reposent sur des systèmes durables de savoir, de parenté, de spiritualité, de relations avec la terre et de responsabilité collective qui soutiennent les communautés depuis des temps immémoriaux. Les communautés autochtones continuent de faire preuve de résilience, d'adaptabilité et d'innovation face à des conditions structurelles façonnées par des politiques coloniales qui ont restreint l'accès aux revenus, à l'éducation, à l'emploi, au logement et aux services de santé (Kolahdooz et coll., 2015a). Que ce soit en milieu rural, isolé ou urbain, les communautés mettent activement en œuvre des approches autodéterminées en matière de logement, de développement économique, d'éducation et de soins de santé ancrés dans la culture, qui s'appuient sur les visions du monde et les priorités autochtones. Lorsque des inégalités en matière de santé physique et mentale persistent, elles reflètent des obstacles systémiques persistants plutôt qu'un déficit communautaire. Parallèlement, les modèles de soins dirigés par les Autochtones, les

programmes communautaires de santé maternelle et infantile, les initiatives de prévention des maladies chroniques et les stratégies de bien-être mental fondées sur la terre et la culture continuent d'améliorer les résultats en matière de santé, réaffirmant ainsi que la santé des peuples autochtones s'appréhende au mieux sous l'angle de la force, de la souveraineté et du mieux-être relationnel (C. A. M. Richmond & Cook, 2016a).

Les obligations découlant des traités et de la Constitution ancrent davantage la santé autochtone dans un cadre juridique qui précède et prévaut sur les politiques contemporaines. Les traités historiques et modernes contiennent des engagements relatifs à la santé, à l'aide en cas de besoin et à la protection des moyens de subsistance, reflétant ainsi les conceptions holistiques du bien-être propres aux peuples autochtones. Ces relations fondées sur des traités sont consacrées par la Constitution en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, qui établit que la santé des Autochtones ne relève pas d'une bienveillance discrétionnaire, mais constitue une obligation juridique et morale découlant d'accords entre nations.

Malgré ces solides fondements normatifs et juridiques, les systèmes de santé autochtones au Canada continuent d'être marqués par une gouvernance fragmentée, une ambiguïté du partage des compétences et un financement inéquitable. Dans le même temps, les autorités sanitaires dirigées par les Autochtones, les modèles de soins primaires contrôlés par les communautés et les initiatives en matière de main-d'œuvre autochtone dans le domaine de la santé démontrent ce qu'il est possible de réaliser lorsque la gouvernance, les connaissances et la responsabilité autochtones sont placées au centre. Ces modèles démontrent systématiquement des améliorations en matière d'accès aux soins, de respect des spécificités culturelles, de continuité des soins et de confiance de la communauté, confirmant ainsi que l'autodétermination n'est pas seulement un impératif en matière de droits, mais aussi une voie concrète vers de meilleurs résultats de santé pour les peuples autochtones.

Pris dans leur ensemble, la CRPA, les appels à l'action de la CVR, la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) ainsi que les obligations découlant des traités et de la Constitution fournissent un cadre cohérent pour comprendre l'état actuel de la santé des Autochtones au Canada. Ils appellent collectivement à s'éloigner des discours axés sur les déficits pour s'orienter vers des approches axées sur la justice et les forces, qui reconnaissent les peuples autochtones comme titulaires de droits, concepteurs de systèmes et leaders de la transformation du système de santé. Pour faire progresser l'équité en matière de santé chez les Autochtones, il n'est donc pas nécessaire de disposer de nouvelles données probantes de disparités, mais bien d'une volonté politique soutenue de mettre en œuvre les droits et les responsabilités qui ont déjà été clairement énoncés.

## Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada Février 2026

Partout au Canada, les nations et les organisations autochtones mènent des stratégies en matière de santé et de mieux-être qui démontrent à la fois la faisabilité et l'efficacité d'approches de soins autodéterminées et fondées sur les droits. Ces initiatives apportent la preuve irréfutable que lorsque la gouvernance, les systèmes de connaissances et les structures de responsabilisation autochtones sont placés au centre, les systèmes de santé deviennent plus réceptifs, plus équitables et plus efficaces. Plutôt que de constituer des réussites isolées, ces exemples reflètent une tendance plus générale : le leadership autochtone en matière de santé est une voie éprouvée vers de meilleurs résultats, la sécurité culturelle et la réconciliation dans la pratique.

Un exemple d'importance nationale est l'Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN), la première autorité sanitaire autochtone à l'échelle d'une province au Canada. Créée dans le cadre d'accords tripartites entre les Premières Nations, la Colombie-Britannique et le Canada, l'ASPN a pris en charge les programmes et services de santé auparavant assurés par le gouvernement fédéral. En s'appuyant sur la gouvernance des Premières Nations, la sécurité culturelle et l'engagement communautaire, l'ASPN a renforcé la continuité des soins, amélioré la coordination avec les systèmes provinciaux et intégré des approches axées sur le bien-être et ancrées dans la culture à tous les niveaux de la prestation des services. Les évaluations soulignent systématiquement un regain de confiance, de meilleures relations avec les prestataires de soins de santé et des gains d'efficacité au niveau du système, ce qui fait de l'ASPN un exemple phare de réconciliation par le biais de réformes structurelles plutôt que d'actions symboliques (Autorité sanitaire des Premières Nations, 2026).

De même, la Nation Nishnawbe Aski (NNA), représentant 49 Premières Nations du nord de l'Ontario, a fait progresser des approches en matière de santé et de bien-être mental dirigées par les Autochtones, qui répondent directement aux réalités des communautés isolées et accessibles uniquement par avion. Les communautés affiliées à la NNA ont mis en place des programmes de guérison axés sur la terre, des équipes autochtones de bien-être mental et des stratégies communautaires d'intervention en cas de crise fondées sur les systèmes de connaissances autochtones. Ces approches ont permis d'améliorer l'engagement communautaire, de renforcer la sécurité culturelle et d'accroître la confiance dans les services de santé, en particulier dans les soins de santé mentale et de traitement des dépendances. Il est important de noter que le travail de la NNA recadre le mieux-être en le présentant comme indissociable de la terre, de la langue, de la gouvernance et du leadership des jeunes (Nation Nishnawbe Aski, s.d.).

Enfin, le partenariat Tui'kn est une collaboration entre cinq Premières Nations Mi'kmaq de Nouvelle-Écosse qui a transformé la prestation des soins de santé primaires grâce à une gouvernance partagée, à la souveraineté des données et à une planification de la santé publique ancrée dans la culture. En reprenant le contrôle des données de santé et en les utilisant pour orienter la prévention, le dépistage et la prise en charge des maladies chroniques, Tui'kn a obtenu des améliorations mesurables dans les soins du diabète, les taux de dépistage du cancer et l'accès aux soins primaires (Réseau canadien des personnels de santé, 2009). Tui'kn est souvent cité comme un exemple de pratique exemplaire montrant comment la gouvernance autochtone, la planification fondée sur des données probantes et la collaboration régionale peuvent améliorer considérablement les résultats en matière de santé tout en renforçant l'autodétermination.

Dans leur ensemble, ces exemples de réussite démontrent que les systèmes de santé dirigés par les Autochtones ne constituent pas des options expérimentales, mais des approches évolutives fondées sur des données probantes, conformes aux droits des Autochtones, aux relations découlant des traités et aux normes internationales telles que la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Ils placent les peuples autochtones au cœur du système de santé, en tant que concepteurs et dirigeants dont la gouvernance se traduit par des améliorations concrètes de la santé et du bien-être des individus, des communautés et de l'ensemble de la population. Pour les décideurs politiques, le message est clair : pour faire progresser l'équité en matière de santé des Autochtones, il faut investir durablement dans l'autonomie des Autochtones, garantir un financement stable et mettre en place des accords de partage des compétences permettant aux nations autochtones de jouer un rôle de premier plan. Ces exemples montrent que lorsque la réconciliation se concrétise par le biais de la gouvernance et de la confiance, il en résulte des communautés en meilleure santé.

### **3. Cadre conceptuel et méthodologique**

Le présent rapport s'appuie sur des principes éthiques et s'inscrit dans un cadre conceptuel élaboré par les Autochtones, qui reconnaît que les inégalités en matière de santé chez les peuples autochtones résultent d'une discrimination historique et persistante, et non de déficits individuels ou culturels. Ce cadre intègre plusieurs formes de données probantes et de systèmes de connaissances afin de permettre une évaluation rigoureuse, respectueuse et pertinente sur le plan politique de l'état de santé des peuples autochtones au Canada.

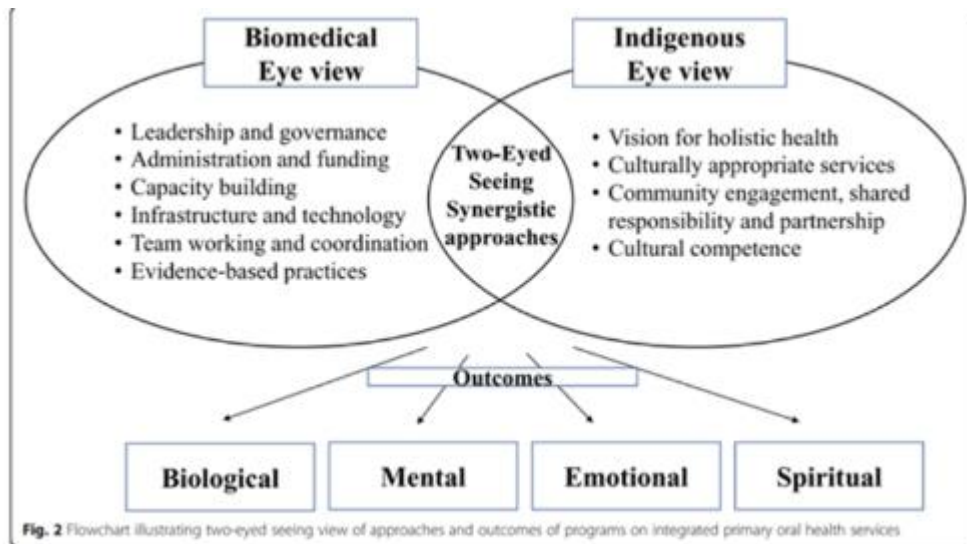
### 3.1 Principes directeurs et fondements éthiques

#### 3.1.1 Approche à double perspective

L'approche à double perspective (Etuaptmumk), telle que présentée par l'aîné mi'kmaq Albert Marshall, a été adoptée comme principe directeur afin de concilier les modes de connaissance autochtones et occidentaux tout en respectant leurs origines et forces distinctes (Bartlett et coll., 2012). Dans ce rapport, l'approche à double perspective n'est pas considérée comme un simple geste symbolique, mais comme un engagement éthique visant à :

- éviter la dominance épistémique
- respecter les savoirs autochtones en tant que systèmes complets et valides, et
- adopter une approche critique vis-à-vis des données probantes occidentales plutôt que de présumer d'une neutralité.

Figure 1 : L'approche à double perspective – représentation graphique d'un cadre conceptuel



Bartlett, C., Marshall, M. & Marshall, A. Two-Eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing (en anglais seulement) *J Environ Stud Sci* 2, 331–340 (2012). <https://doi.org/10.1007/s13412-012-0086-8>

#### 3.1.2 PCAP® et souveraineté des données autochtones

Les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (PCAP®) ont guidé nos décisions concernant l'utilisation, l'interprétation et la communication des données, en particulier en ce qui concerne les données des Premières Nations (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2014).

Plus généralement, le rapport s’aligne sur les principes de souveraineté des données autochtones qui affirment le droit des peuples autochtones à régir la manière dont leurs données sont collectées, utilisées et interprétées (Centre de gouvernance de l’information des Premières Nations, 2014). Les limitations liées à la disponibilité et à la qualité des données sont considérées comme les conséquences d’une exclusion et d’un sous-investissement historiques, plutôt que comme des lacunes méthodologiques.

### *3.1.3 Autodétermination*

L’autodétermination est considérée comme un déterminant fondamental de la santé, conformément aux travaux universitaires autochtones et aux cadres internationaux relatifs aux droits de la personne (C. Reading & Wein, 2009) (Nations Unies, 2007b). Ce principe a guidé un changement explicite, passant de discours axés sur les déficits à la reconnaissance de l’autorité autochtone dans la définition des priorités en matière de santé, de la réussite et des solutions.

### *3.1.4 Renoncer au complexe du sauveur blanc et au discours axé sur les déficits*

Au Canada, la recherche et les politiques en matière de santé autochtone ont, historiquement, privilégié l’expertise non autochtone, présenté les communautés autochtones comme des problèmes à résoudre et occulté le leadership et l’innovation autochtones (Allan & Smylie, 2015; Kenny et coll., 2004; Ortiz et coll., 2025a). De telles approches ont sapé la confiance, perpétué des déséquilibres de pouvoir et contribué à des interventions inefficaces ou préjudiciables. Contrairement aux rapports précédents, le présent rapport reconnaît délibérément et remet en question les déséquilibres de pouvoir préjudiciables existants plutôt que de les renforcer. S’attaquer explicitement au complexe du sauveur blanc renforce la crédibilité, l’intégrité éthique et la pertinence politique du rapport, et s’aligne sur les engagements fondés sur la réconciliation et le respect des droits pris par l’ensemble des systèmes de santé canadiens (Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR), 2015).

## *3.2 Cadres*

### *3.2.1 Cadre basé sur les déterminants*

L’analyse s’est également appuyée sur une perspective axée sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones, qui va au-delà des cadres conventionnels des déterminants sociaux en identifiant explicitement la colonisation, l’autodétermination et les visions du monde autochtones comme des déterminants fondamentaux de la santé (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), 2013). Ce cadre a fourni une

perspective et reconnaît que les inégalités dans les résultats en santé sont d'origine structurelle et évitables, plutôt que naturelles ou inévitables comme on le présente si souvent dans la littérature (C. Loppie & Wien, 2022).

### *3.2.2 Cadres fondamentaux sous-tendant l'analyse*

Plusieurs cadres autochtones ont été utilisés pour orienter et étayer l'analyse. Ensemble, ces cadres ont guidé la sélection des données probantes et des indicateurs; l'interprétation des disparités comme étant d'origine structurelle; et ont centré l'attention sur la résilience, les facteurs de protection et les solutions menées par les Autochtones, parallèlement aux inégalités.

Autorité sanitaire des Premières Nations (Autorité sanitaire des Premières Nations, 2026)

Le cadre de référence de l'ASPN sur le bien-être et ses déterminants met l'accent sur :

- l'interdépendance entre la santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle.
- le rôle central de la terre, de la langue, de la culture et de la gouvernance
- les conceptions du bien-être et de l'équilibre telles que définies par les communautés

Ce cadre de référence réoriente notre analyse, la faisant passer d'indicateurs axés sur la maladie à des conceptions holistiques de la santé et du bien-être.

### *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)*

Le cadre du CCNSA définit la colonisation comme un déterminant distal qui façonne les déterminants intermédiaires et proximaux tels que le revenu, l'éducation, le logement, l'accès aux soins et les expériences de racisme (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [CCNSA]), 2013). En outre, le CCNSA désigne explicitement l'accès aux soins de santé, la fragmentation des compétences et le racisme systémique comme des déterminants de la santé.

### *Roue de médecine et modèles de bien-être holistique*

S'appuyant sur les enseignements de la roue de médecine, notre analyse considère la santé comme relationnelle et holistique, s'opposant aux interprétations réductionnistes et privilégiant une approche fondée sur les forces. (C. Reading & Wien, 2009a)

### 3.3 Engagements-cadres

- Privilégier l'expertise autochtone

Les universitaires, dirigeants, cliniciens et organisations autochtones sont considérés comme des détenteurs de connaissances faisant autorité. Les sources rédigées par des auteurs autochtones ont été privilégiées dans la mesure du possible.

- Responsabilité relationnelle

Le rapport met l'accent sur la responsabilité envers les relations, les communautés, les organisations et les implications politiques futures, plutôt que sur des prétentions d'objectivité neutre sur le plan des valeurs.

- Analyse axée sur les points forts et centrée sur les systèmes

Les inégalités en matière de santé trouvent leur origine dans les systèmes, les structures et les politiques plutôt que chez les individus ou dans les cultures. Des exemples de gouvernance, d'innovation et de modèles de soins autochtones sont mis en avant, parallèlement aux défis rencontrés.

- Reconnaissance de la différence et du caractère unique :

Il est important de noter que les peuples autochtones constituent un ensemble distinct et unique, représenté par les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Bien que chacun de ces groupes ait tendance à envisager la santé et le mieux-être de manière holistique en intégrant des indicateurs culturels, spirituels, sociaux, environnementaux et économiques, leurs priorités peuvent différer en raison de leurs antécédents et identités propres, ainsi que des contextes dans lesquels ils évoluent aujourd'hui. Il est essentiel de bien comprendre ces points de convergence et de divergence pour élaborer des stratégies en matière de santé et de mieux-être qui respectent le contexte culturel de chaque groupe et y répondent (Nightingale et coll., 2016).

### 3.4 Approche méthodologique

Le rapport a utilisé une approche multiméthodologique combinant une synthèse ciblée de la littérature, une analyse des politiques et des systèmes, ainsi qu'une collaboration avec les systèmes de connaissances dirigés par les Autochtones afin de saisir la complexité des réalités sanitaires autochtones au-delà d'une perspective méthodologique unique ou de données probantes strictement biomédicales (Allan & Smylie, 2015; (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [CCNSA]), 2013). Cette synthèse de la littérature a donné la priorité aux travaux universitaires rédigés et dirigés par des auteurs autochtones, à la recherche participative communautaire et aux analyses critiques portant sur la santé des Autochtones, l'équité et les systèmes coloniaux. Une synthèse thématique a intégré des données

probantes qualitatives, conceptuelles et pertinentes sur le plan des politiques, tout en reconnaissant que les lacunes dans les données reflètent des inégalités systémiques dans la collecte et la gouvernance des données (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, Inuit Tapiriit Kanatami, s.d.; (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone [CCNSA]), 2013).

L'analyse des politiques et des systèmes a porté sur les politiques de santé fédérales, provinciales, territoriales et autochtones, les rapports des commissions ainsi que les engagements en matière de réconciliation, en évaluant leur intention, leur faisabilité et leur gouvernance, tout en reconnaissant que les difficultés de mise en œuvre découlent souvent de la complexité systémique et non d'un manque de données probantes (Lavoie, 2013b; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a). Les systèmes de connaissances dirigés par les Autochtones ont été considérés comme des données probantes fondamentales, façonnant la définition et l'interprétation des problèmes à travers des approches qui considèrent le savoir comme vivant, relationnel et ancré dans l'autorité et la responsabilité communautaires (Kovach, 2010; L. Tuhiwai. Smith, 2024). Cela a assuré que les voix et les épistémologies autochtones ont guidé l'examen et l'analyse tout au long du processus.

Dans la section suivante, les résultats de ces trois méthodes d'analyse ont été regroupés afin d'offrir une vision globale de la question très complexe de la santé des Autochtones au Canada.

#### **4. Problèmes urgents et systémiques en matière de santé autochtone**

Cette section explore les principaux défis qui affectent l'accès des peuples autochtones aux soins de santé et leurs résultats globaux en matière de santé au Canada. Elle commence par examiner les obstacles aux soins, notamment la confusion des compétences entre les responsabilités fédérales et provinciales, l'isolement géographique et la disponibilité limitée des services, ainsi que les obstacles financiers, systémiques et culturels qui en découlent et auxquels sont confrontées les communautés autochtones. Le texte aborde ensuite le fardeau sanitaire disproportionné qui pèse sur les peuples autochtones, en mettant en évidence les déterminants sociaux, économiques et coloniaux profondément enracinés qui contribuent aux inégalités persistantes en matière de santé. Cette section aborde ensuite les lacunes critiques en matière de données qui entravent l'élaboration efficace des politiques et la planification du système de santé, en soulignant la

nécessité d'une gouvernance des données pilotée par les autochtones et adaptée à leur culture.

Enfin, elle examine le racisme systémique et les obstacles institutionnels au sein des soins de santé, en soulignant comment la discrimination et l'absence de soins culturellement sécuritaires exacerbent les disparités en matière de santé et sapent la confiance dans le système de santé.

Ensemble, ces thèmes offrent un aperçu complet des facteurs structurels qui influencent la santé des Autochtones et de la nécessité urgente de mettre en œuvre des réformes équitables et ancrées dans la culture.

#### *4.1 Obstacles à l'accès aux soins de santé*

##### *4.1.1 Confusion en matière de compétences*

La *Loi canadienne sur la santé*, dans sa forme actuelle, a contribué aux obstacles persistants à l'accès aux soins de santé pour les peuples autochtones en ne définissant pas clairement les responsabilités en matière de prestation de services (Lavoie, 2013). Ce manque de clarté a renforcé les inégalités en favorisant des conflits persistants entre les gouvernements fédéral et provinciaux concernant la responsabilité fiduciaire des soins de santé autochtones (Shirazi, 2025; Wylie et coll., 2020).

En conséquence, les peuples autochtones se voient souvent refuser l'accès aux services ou sont contraints d'en assumer les coûts lorsque les organismes provinciaux ou territoriaux refusent de leur prodiguer des soins, invoquant la responsabilité du gouvernement fédéral. Cette ambiguïté du partage des compétences entraîne des retards dans la prestation des services, des interruptions dans les soins et des préjudices qui auraient pu être évités (Shirazi, 2025). Bien que le gouvernement fédéral conserve la responsabilité première des services de santé destinés aux peuples autochtones, les systèmes provinciaux restent souvent le principal point d'accès pour ces derniers, en particulier pour les soins hospitaliers et les soins spécialisés. Ces mécanismes de gouvernance fragmentés interagissent avec des déterminants socio-économiques, environnementaux et politiques plus larges, contribuant ainsi à perpétuer un accès inégal aux services de santé (Greenwood & de Leeuw, 2012).

En vertu de la politique fédérale actuelle au Canada, le programme des services de santé non assurés (SSNA) offre un ensemble défini de prestations liées à la santé, notamment les médicaments sur ordonnance, les soins dentaires et ophtalmologiques, les fournitures médicales et le transport médical, uniquement aux personnes inscrites comme membres des Premières Nations ayant le statut d'Indien (« Indiens inscrits ») en vertu de la *Loi sur les Indiens* et aux bénéficiaires inuits reconnus (Services aux

Autochtones Canada, 2025). Ce cadre d'admissibilité crée une disparité importante : les Métis et les membres des Premières Nations non inscrits (bien qu'ils soient constitutionnellement reconnus comme faisant partie des peuples autochtones du Canada aux côtés des Premières Nations et des Inuits en vertu de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*) se voient privés de l'accès à ces prestations de santé complémentaires gérées par le gouvernement fédéral. L'article 35(2) de *Loi constitutionnelle de 1982* désigne explicitement trois groupes distincts comme « peuples autochtones du Canada » : les Premières Nations (Indiens), les Inuits et les Métis, affirmant ainsi leur existence collective et leurs droits en tant que peuples originels de ce territoire (Loi constitutionnelle de 1982, annexe B). Pourtant, le décalage entre la reconnaissance constitutionnelle et les critères d'admissibilité au programme SSNA met clairement en évidence une lacune dans la conception des politiques. Au cours de la dernière décennie, plusieurs décisions du Tribunal canadien des droits de la personne ont renforcé et élargi la portée du principe de Jordan, exigeant que les litiges en matière de compétence ou de financement soient résolus après que les enfants des Premières Nations aient reçu des soins sans délai, soulignant ainsi son rôle dans la lutte contre les inégalités systémiques persistantes en matière d'accès aux services essentiels (Tribunal canadien des droits de la personne, 2017).

#### *4.1.2 Géographie et disponibilité des services*

De nombreuses communautés autochtones sont situées dans des régions rurales, isolées ou nordiques où les services de santé sont limités, voire inexistants. Les personnes doivent souvent parcourir de longues distances pour accéder à des soins spécialisés, aux traitements contre le cancer, à la dialyse et à d'autres services essentiels (Davy et coll., 2016; Statistique Canada, 2024b). Les mauvaises conditions routières ou saisonnières, la dépendance au transport aérien et les retards liés aux conditions météorologiques peuvent présenter des risques graves, voire mortels. Les coûts associés au transport, aux accommodements et à la restauration sont souvent prohibitifs et font peser un fardeau disproportionné sur les patients et leurs familles. Les données probantes montrent systématiquement que les peuples autochtones sont confrontés à des obstacles financiers disproportionnés en matière de soins de santé, notamment des coûts indirects liés aux déplacements, une couverture d'assurance insuffisante et un sous-financement systémique des services. Ces facteurs s'ajoutent à des taux de pauvreté plus élevés au sein des communautés autochtones, ce qui aggrave encore davantage l'inégalité d'accès aux soins.

Outre les obstacles géographiques, les peuples autochtones sont souvent confrontés à des systèmes bureaucratiques complexes, caractérisés par une charge administrative excessive, des goulots d'étranglement dans les procédures d'orientation, de longs délais d'attente et un soutien limité à l'accompagnement des patients. Lorsqu'ils ont accès au système de santé, beaucoup sont confrontés au racisme et à la discrimination. Des études canadiennes récentes ont mis en évidence l'efficacité des accompagnateurs de patients autochtones et des rôles similaires pour aider les peuples autochtones à accéder aux systèmes de santé fragmentés et à y évoluer, mais ces aides restent inégalement disponibles d'une province ou d'un territoire à l'autre (Canzani et coll., 2025; Rankin et coll., 2025).

Collectivement, l'isolement géographique, la disponibilité limitée des services et les obstacles systémiques rendent le système de santé universel du Canada pratiquement inaccessible à de nombreux peuples autochtones. Pour relever ces défis, il est nécessaire de développer les services locaux, mobiles et virtuels, d'alléger les contraintes liées aux déplacements et de veiller à ce que les soins soient culturellement sécuritaires et dispensés sous la direction des Autochtones (Davy et coll., 2016; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone 2019b; Statistique Canada, 2024b). Les taux élevés de maladies chroniques et de certaines maladies infectieuses, influencés par les déterminants structurels de la santé et un accès insuffisant à la prévention et au traitement précoce, restent une conséquence persistante de ces obstacles à l'accès.

#### *4.1.3 Résumé : Obstacles à l'accès*

Dans toutes les études canadiennes, des données probantes montrent de manière constante que les peuples autochtones sont confrontés à :

- des obstacles financiers disproportionnés, notamment les frais de déplacement et une couverture d'assurance insuffisante (Davy et coll., 2016; Shirazi, 2025)
- un sous-financement et une sous-dotation chroniques des services de santé destinés aux Autochtones (Statistique Canada, 2024b)
- des écarts de compétence entre les responsabilités fédérales et provinciales (Services aux Autochtones Canada, 2026)
- un isolement géographique nécessitant des déplacements de longue distance pour accéder aux soins primaires, aux soins spécialisés, à la dialyse, aux soins dentaires et aux soins oncologiques (Partenariat canadien contre le cancer, s.d.).

- La discrimination, le racisme et les soins non adaptés à la culture au sein des systèmes de santé (McCallum & Perry, 2018; Turpel-Lafond, 2020)
- Les séquelles persistantes des politiques coloniales qui fragmentent la prestation et l'accès aux services (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b)

Ces facteurs interagissent avec la pauvreté et l'exclusion sociale, renforçant ainsi l'inégalité d'accès aux soins de santé et contribuant à une détérioration des résultats en matière de santé chez les peuples autochtones.

#### *4.2 Un fardeau sanitaire disproportionné*

Les inégalités en matière de santé doivent être considérées dans le contexte historique, politique, social et économique plus large qui a façonné et continue de façonner la santé des peuples autochtones (Les principales inégalités en santé au Canada : un portrait national, 2018). Les politiques coloniales, notamment le déplacement forcé vers des communautés isolées et l'érosion des moyens de subsistance liés à la terre, ont limité les occasions économiques et perturbé les relations des communautés autochtones avec la terre, la culture et les pratiques de guérison traditionnelles.

La marginalisation sociale et économique continue, l'assimilation forcée et la discrimination systémique continuent d'avoir des effets néfastes sur les résultats en matière de santé (Matheson et coll., 2022b).

En conséquence directe des politiques coloniales historiques et actuelles ainsi que des inégalités structurelles décrites ci-dessus, les peuples autochtones du Canada subissent un fardeau de morbidité disproportionné, qui se traduit par une santé physique et mentale auto-déclarée plus précaire, une prévalence plus élevée de maladies chroniques telles que l'asthme et le diabète, une consommation accrue de substances psychoactives et des taux d'invalidité plus élevés que ceux des populations non autochtones (Gall et coll., 2021; C. Loppie & Wien, 2022; Statistique Canada, 2022b). Ces disparités sont encore exacerbées par la pauvreté, l'insalubrité des logements, l'insécurité alimentaire et les incidences liées au climat (Groupe d'experts intergouvernemental sur l'évolution du climat (GIEC), 2023; Mikkonen & Raphael, 2010). Les traumatismes intergénérationnels, la surreprésentation dans les systèmes de protection de l'enfance et de justice pénale, la violence et l'accès inégal à des services de santé mentale adaptés à la culture contribuent également à des effets disproportionnés sur la santé (Allan & Smylie, 2015; Matheson et coll., 2022b).

L'espérance de vie des Premières Nations, des Inuits et des Métis reste systématiquement et nettement inférieure à celle de la population non autochtone (Tjepkema et coll., 2019). L'accès réduit aux soins préventifs, les retards de diagnostic et l'inégalité des traitements sont des facteurs clés (Davy et coll., 2016). Ces tendances ou déterminants de la santé reflètent des obstacles structurels, systémiques et culturels qui nuisent à la santé et au bien-être tout au long de la vie.

#### *4.3 Lacunes dans les données*

L'absence de données fiables et exhaustives sur la santé des Autochtones reste un obstacle majeur à l'élaboration de politiques équitables et à une planification efficace du système de santé au Canada, qui pourraient aider les peuples autochtones. Les données sur l'identité autochtone incohérentes et les disparités dans leur communication masquent les besoins de la population, contribuent à un sous-financement et affaiblissent la responsabilisation, en particulier pour les populations inuites et métisses par rapport aux Premières Nations (C. Loppie & Wien, 2022; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b).

Une proportion importante des peuples autochtones vit hors réserve, mais les données sur les Premières Nations résidant en milieu urbain ou hors réserve ne sont pas régulièrement recueillies (Paul, 2023). Les populations hors réserve représentent une proportion importante des peuples autochtones qui ont accès aux systèmes de santé et y évoluent en dehors de leur communauté d'origine, mais leurs besoins sont souvent occultés dans les cadres de données existants.

Les inexacitudes persistantes dans les recensements de population constituent l'un des principaux obstacles structurels à la compréhension des inégalités en matière de santé chez les autochtones, en particulier en milieu urbain. Des études montrent que les peuples autochtones vivant en milieu urbain sont systématiquement sous-estimés dans les données des recensements nationaux, souvent d'un facteur de deux à quatre, ce qui entraîne des estimations faussées de la taille de la population et des besoins en services (Anderson et coll., 2016; Smylie & Firestone, 2015).

Ces distorsions affectent directement l'allocation des fonds, la planification des services et la capacité d'évaluer avec précision les disparités en matière de santé (Paul, 2023; Walter & Suina, 2019). Pendant la pandémie de COVID-19, ces limitations sont devenues particulièrement évidentes lorsque les systèmes de surveillance fédéraux n'ont pas pu générer des données fiables et ventilées à l'échelle nationale concernant les peuples autochtones,

ce qui a compromis la mise en œuvre de mesures axées sur l'équité (Carroll et coll., 2021a; Mashford-Pringle et coll., 2021; Smylie & Firestone, 2015).

Au-delà des dénombrements de population, les chercheurs et les dirigeants autochtones ont depuis longtemps mis en évidence des lacunes dans les données culturellement pertinentes et gérées par les Autochtones.

Une grande partie de la surveillance sanitaire au Canada repose sur des épistémologies et indicateurs occidentaux qui ne correspondent pas aux systèmes de connaissances autochtones ni aux priorités de gouvernance (Kukutai & Taylor, 2016; Stelkia et coll., 2023). Des initiatives nationales telles que les indicateurs de santé et de bien-être des Premières Nations et des Inuits reconnaissent que le manque d'uniformité des sources de données et des méthodologies limite la comparabilité et l'utilité des politiques (Services aux Autochtones Canada, 2023a). Les systèmes d'information sur la santé traditionnels ne respectent souvent pas les principes de souveraineté des données autochtones, notamment les principes de PCAP®, ce qui contribue à la méfiance et entrave une utilisation significative des données menée par les communautés (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2020; Paul, 2023; Walter & Suina, 2019).

#### *4.4 Racisme systémique*

À ces défis s'ajoutent des lacunes persistantes dans les données longitudinales, au niveau communautaire et concernant la performance du système de santé. De nombreuses communautés autochtones ne disposent pas de séries de données continues permettant de suivre les tendances en matière de maladies chroniques, de santé mentale ou d'utilisation des services au fil du temps, les enquêtes existantes fournissant des instantanés ponctuels plutôt que des informations exploitables (Greenwood et coll., 2018). Les données sur l'accès et la performance du système, notamment en matière d'affiliation aux soins primaires, de temps d'attente et de besoins non satisfaits, restent fragmentées malgré des données probantes de disparités importantes, en particulier dans les régions nordiques et éloignées (Statistique Canada, 2024a). Ces lacunes reflètent une fragmentation des compétences plus profonde entre les systèmes de gouvernance fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones, ce qui se traduit par des normes incohérentes, une qualité variable des données et des obstacles à la mise en place d'une infrastructure intégrée de données sur la santé des Autochtones (Carroll et coll., 2021b; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA), 2019).

#### *4.4.1 Racisme systémique et obstacles institutionnels*

Le racisme est profondément ancré dans les systèmes de santé canadiens et cause des préjudices mesurables. Les expériences de racisme et de discrimination dissuadent les peuples autochtones de recourir aux soins, perturbent la continuité des soins et contribuent à retarder la prise en charge des maladies ainsi qu'à aggraver les résultats en matière de santé (Allan & Smylie, 2015; Wilson et coll., 2015). Le racisme se perpétue par le biais de stéréotypes tenaces tels que les préjugés concernant la consommation de substances psychoactives ou la non-conformité, qui influencent notamment les décisions de triage, l'évaluation diagnostique, le traitement de la douleur et la planification de la sortie (Wilson et coll., 2015). Ces dynamiques contribuent à retarder ou à rendre inapproprié le traitement et à détériorer l'expérience des patients, ce qui accroît la morbidité et la mortalité chez les autochtones (Institut canadien d'information sur la santé, 2021, 2025).

Les peuples autochtones continuent de signaler des expériences généralisées de racisme et de discrimination lors de l'accès aux soins de santé, ce qui contribue à la méfiance et à la perception que les prestataires de soins de santé, les politiques et les systèmes ne sont pas sûrs (C. Loppie & Wien, 2022). Les barrières linguistiques, les stéréotypes et les interactions dédaigneuses renforcent encore davantage le refus de recourir aux soins et l'insuffisance du suivi (Nelson & Wilson, 2018).

Une étude canadienne récente a établi un lien entre des soins non adaptés à la culture et le racisme, d'une part, et des préjudices concrets, notamment des événements indésirables et des décès évitables, d'autre part, chez les Premières Nations, les Inuits et les Métis (Pilarinos et coll., 2023). Les décès de Brian Sinclair et Joyce Echaquan, deux cas parmi tant d'autres, illustrent les conséquences mortelles du racisme systémique au sein des systèmes de santé et soulignent l'urgence d'une réforme structurelle.

Les appels à l'action n° 23 et 24 de la Commission de vérité et réconciliation cernent les lacunes critiques en matière de main-d'œuvre et de formation concernant les professionnels de santé autochtones et la formation à la sécurité culturelle (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a). Les cliniciens autochtones restent sous-représentés dans l'ensemble des systèmes de santé, en partie en raison des obstacles à l'admission dans les programmes de sciences de la santé, de l'accès géographique et financier limité, ainsi que de l'insuffisance des programmes d'études culturellement sécuritaires et antiracistes (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b; Enquête nationale sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées, 2019a; Commission de vérité

et réconciliation du Canada, 2015a). Parmi les autres obstacles, on peut citer la présence limitée de structures de gouvernance et de leadership autochtones au sein des systèmes de santé, ainsi que la faiblesse des mécanismes de responsabilisation, le processus de traitement des plaintes étant souvent perçu comme peu sûr ou inefficace (Nightingale et coll., 2016).

Une autre lacune systémique réside dans l'absence de mécanismes complets permettant de mesurer le racisme spécifique aux Autochtones et la sécurité culturelle. Jusqu'à récemment, le Canada ne disposait pas d'indicateurs nationaux normalisés capables de rendre compte de la manière dont le racisme influence les expériences et les résultats de soins de santé (Institut canadien d'information sur la santé, 2021, 2025). Les partenariats émergents menés par les Autochtones avec l'Institut canadien d'information sur la santé ont commencé à combler cette lacune; toutefois, au moment de la publication du présent document, le Canada ne dispose toujours pas d'une norme nationale de qualité en matière de santé autochtone ou de sécurité culturelle.

Les ensembles de données de santé traditionnels ne parviennent pas non plus à rendre compte de manière adéquate les déterminants de la santé autochtones au sens large, notamment les relations avec la terre, la continuité culturelle, les conditions environnementales, les incidences liées au climat et l'accès aux milieux naturels. Malgré une reconnaissance croissante de leur importance, les données relatives à ces déterminants demeurent incomplètes, incohérentes et fragmentées (c. Loppie & Wien, 2022).

## **5. Déterminants de la santé et du bien-être**

**Facteurs déterminants de la santé et du bien-être** Le racisme systémique, la confusion des compétences et les obstacles à l'accès aux soins de santé ont tous une incidence significative sur la santé des peuples autochtones. De plus, comparativement à la population non autochtone, d'importantes disparités socio-économiques entravent davantage leur capacité à atteindre le meilleur état de santé possible. Ces disparités sont manifestes en matière de niveaux de revenus, d'occasions d'emploi, de conditions de logement, de sécurité alimentaire et, en fin de compte, de résultats en matière de santé (C. Reading & Wein, 2009; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a). Une interaction complexe entre le colonialisme historique et actuel, le racisme systémique et l'exclusion sociale a entraîné une

détérioration de l'état de santé de nombreuses communautés autochtones, tant à l'intérieur qu'à l'extérieur des réserves (Allan & Smylie, 2015; Browne, Smye et coll., 2016; Browne, Varcoe et coll., 2016).

Le bien-être autochtone est profondément ancré dans une conception holistique de la santé qui englobe l'équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel, la culture constituant une source essentielle de guérison et de force. Dans une perspective axée sur les forces, les déterminants clés du bien-être autochtone comprennent des liens solides avec la terre, la communauté et les pratiques traditionnelles qui favorisent la résilience et autonomisent les individus et les collectifs (Chandler & Lalonde, 1998; Kirmayer et coll., 2011). Les facteurs de résilience, tels que la continuité culturelle, la préservation de la langue et la transmission intergénérationnelle des savoirs, renforcent l'identité et le bien-être, permettant ainsi aux peuples autochtones de naviguer et de surmonter les défis historiques et actuels (Duran & Duran, 1995; King et coll., 2009). Reconnaître la culture comme fondement de la guérison permet de déplacer l'attention des déficits vers les forces et les capacités inhérentes qui soutiennent la santé et la vitalité des peuples autochtones (Gone 2013; Wexler, 2014).

Il est essentiel de comprendre comment ces déterminants de santé bien connus sont vécus par les communautés autochtones pour lutter contre ces inégalités et promouvoir la réconciliation, la justice sociale et le meilleur état de santé possible.

### *5.1 Pauvreté : L'expérience des peuples autochtones face à la pauvreté et ses effets sur la santé et le bien-être*

D'après les données de 2021, environ 25 % des peuples autochtones du Canada vivaient dans la pauvreté, contre environ 9 % de la population non autochtone. Cela signifie que les peuples autochtones étaient touchés par la pauvreté à un taux près de trois fois supérieur à celui des Canadiens non autochtones. Le fait de vivre dans la pauvreté est clairement lié à l'accès à un emploi stable et adéquat. Selon le rapport de Services aux Autochtones Canada, qui s'appuie sur des statistiques de 2021, le taux d'emploi des peuples autochtones s'élevait à environ 56 %, contre environ 75 % pour les non-Autochtones, ce qui met en évidence un écart significatif en matière d'emploi entre ces deux groupes (Services aux Autochtones Canada, 2023b). Les peuples autochtones font constamment face à des taux de chômage et de sous-emploi plus élevés, à un accès limité à des logements de qualité et à des inégalités en matière de santé plus marquées que la population générale (Greenwood et coll., 2018).

La pauvreté persistante dont souffrent les peuples autochtones trouve son origine dans les séquelles de l'exclusion sociale liée à la colonisation. Les stéréotypes rejettent injustement la faute sur les individus tout en masquant les inégalités structurelles (Turpel-Lafond, 2020). Les obstacles structurels présents dans les réserves, tels que les occasions d'emploi limitées, le sous-financement des infrastructures et l'insuffisance des services sociaux, contribuent à la marginalisation économique (Greenwood et coll., 2018). Les autochtones qui quittent les réserves sont souvent confrontés à des difficultés systémiques, notamment le racisme, le chômage, l'instabilité du logement et une santé plus précaire, en raison de la discrimination, des stéréotypes négatifs, des investissements insuffisants dans le logement et des obstacles à l'accès à des services de santé équitables (Cooke & Bélanger, 2006; Samantha. Loppie et coll., 2020).

#### *5.1.1 La pauvreté en tant qu'expérience genrée*

Les femmes autochtones subissent des oppressions croisées liées à la fois à leur genre et à leur identité autochtone. Les femmes autochtones sont touchées par la pauvreté à un taux plus élevé que les hommes autochtones et les femmes non autochtones (Services aux autochtones Canada, 2023). Les femmes autochtones sont également confrontées de manière disproportionnée à des conséquences liées à la pauvreté, telles que la précarité du logement, le chômage et les effets de la discrimination systémique sur le marché du travail (Bourassa et coll., 2016).

#### *5.1.2 Les liens entre la pauvreté autochtone et la santé*

La pauvreté a une incidence considérable sur la santé des peuples autochtones au Canada, contribuant à toute une série de problèmes de santé qui sont souvent plus graves que ceux observés chez la population non autochtone. Les communautés autochtones sont souvent confrontées à des taux de pauvreté plus élevés, ce qui aggrave les inégalités en matière de santé déjà existantes, sous l'influence d'une interaction complexe entre divers déterminants sociaux de la santé, notamment le logement inadéquat, l'accès limité à une alimentation nutritive et l'accès restreint aux services de santé.

L'un des principaux effets de la pauvreté sur la santé des peuples autochtones est une prévalence accrue de maladies chroniques telles que le diabète, les maladies cardiovasculaires et les maladies respiratoires. Des études ont démontré que la pauvreté limite l'accès à une alimentation saine, ce qui entraîne des carences nutritionnelles et des taux plus élevés d'obésité et de diabète (C. Reading & Wein, 2009). La santé mentale est également affectée négativement par la pauvreté au sein des communautés

autochtones. On signale souvent des niveaux élevés de stress, de dépression et d'anxiété, liés aux expériences de marginalisation économique et d'exclusion sociale (Mikkonen & Raphael, 2010). L'héritage de la colonisation, les traumatismes intergénérationnels et la discrimination systémique aggravent ces facteurs, entraînant des taux de suicide disproportionnellement élevés chez les jeunes autochtones (Kirmayer et coll., 2011).

L'accès aux services de santé est souvent limité pour les populations autochtones vivant dans la pauvreté, en particulier celles qui résident dans des zones isolées ou rurales. L'isolement géographique, associé à des soins de santé inadaptés sur le plan culturel et à des obstacles financiers supplémentaires, réduit la capacité à bénéficier d'un traitement médical rapide et efficace (Lavoie et coll., 2015). Ce manque d'accès entraîne des retards dans le diagnostic et le traitement, ce qui aggrave l'état de santé.

Dans l'ensemble, la pauvreté constitue un déterminant social essentiel qui a une influence profonde sur la santé physique, mentale et sociale des peuples autochtones au Canada, ce qui nécessite des politiques et des interventions ciblées qui tiennent compte à la fois des conditions économiques et de la prestation de soins de santé culturellement sécuritaires.

#### *5.1.3 Aide au revenu et effets sur la santé*

Le revenu minimum garanti (RMG) a le potentiel de réduire considérablement la pauvreté au sein des communautés autochtones en leur offrant une base financière stable et inconditionnelle qui permet de remédier aux désavantages économiques systémiques auxquels elles sont confrontées. En garantissant un revenu de base, les programmes de revenu minimum garanti (RMG) peuvent améliorer la sécurité financière, réduire le stress lié à l'instabilité économique et favoriser une plus grande participation à l'éducation et aux activités communautaires (Forget, 2011). Le RMG peut permettre aux personnes autochtones de faire des choix en accord avec leurs valeurs culturelles et leurs objectifs autodéterminés, favorisant ainsi l'inclusion sociale et le bien-être (Cornell & Kalt, 2007). Des études menées dans le cadre de projets pilotes de RMG ont mis en évidence des améliorations en matière de santé, de bien-être mental et de résultats scolaires, qui constituent des facteurs essentiels pour briser le cycle de la pauvreté dans les contextes autochtones (Forget, 2011; Standing, 2017).

Pour lutter contre la pauvreté chez les peuples autochtones, il faut reconnaître ses causes complexes, qui trouvent leur origine dans le racisme systémique, l'oppression liée au genre, les insuffisances en matière de logement et d'emploi, ainsi que les séquelles persistantes du colonialisme. Pour être efficaces, les politiques et les changements sociaux doivent

placer l'autodétermination des peuples autochtones au cœur de leurs préoccupations, respecter la diversité des identités et garantir à tous les peuples autochtones un accès équitable aux ressources et au pouvoir de décision.

## *5.2 Emploi : L'emploi et les conditions de travail des autochtones comme déterminants de la santé et du bien-être des peuples autochtones*

### *5.2.1. Taux d'emploi, obstacles et conditions de travail*

Les peuples autochtones sont systématiquement confrontés à des taux de chômage et de sous-emploi plus élevés, à un accès limité à un logement de qualité et à des inégalités de santé plus marquées que la population générale (Greenwood et coll., 2018). Selon le rapport de Services aux Autochtones Canada basé sur les statistiques de 2021, le taux d'emploi des peuples autochtones s'élevait à environ 56 %, contre environ 75 % pour les non-autochtones, ce qui met en évidence un écart significatif en matière d'emploi entre ces deux groupes (Services aux Autochtones Canada, 2023b). Les travailleurs autochtones perçoivent systématiquement des salaires inférieurs, avec un écart salarial horaire moyen de 2,50 dollars canadiens par rapport aux travailleurs non autochtones. Les Autochtones sont sous-représentés dans les professions et les industries du savoir, et surreprésentés dans les secteurs peu qualifiés tels que la construction et le commerce de détail. Parmi les principaux obstacles figurent un niveau d'éducation plus faible, des difficultés socio-économiques, un manque d'accès à des services adaptés à leur culture, ainsi que des taux d'incarcération disproportionnés (OCDE, 2018).

Les jeunes autochtones affichent des taux d'emploi nettement inférieurs à ceux des adultes autochtones et des jeunes non autochtones, probablement en raison d'un niveau d'instruction moins élevé, d'un manque d'occasions d'emploi dans leurs communautés et d'obstacles systémiques (Services aux Autochtones Canada, 2023b).

### *5.2.2. Incidences de l'emploi sur la santé et le bien-être*

Il existe un lien évident entre le manque d'emploi, le manque de revenus et leurs répercussions sur la santé physique et le bien-être mental. À l'inverse, l'emploi est associé à une amélioration des conditions socio-économiques et de santé des peuples autochtones. Il a été démontré qu'un emploi stable améliore considérablement la santé physique et mentale des peuples autochtones au Canada en leur offrant une sécurité financière, un accès aux soins de santé, ainsi qu'un sentiment d'utilité et d'appartenance à la communauté (C. Reading & Wein, 2009).

### *5.3 Itinérance : Le logement comme déterminant de la santé et du bien-être des peuples autochtones*

Les Nations Unies définissent l'itinérance comme « une situation dans laquelle une personne ou un ménage ne dispose pas d'un logement habitable offrant une sécurité d'occupation, des droits et la possibilité de jouir de relations sociales, y compris en matière de sécurité. L'itinérance est une manifestation de l'extrême pauvreté et d'une défaillance de multiples systèmes et des droits de la personne » (OCDE, 2025). Le logement autochtone a été conceptualisé comme un logement profondément ancré dans les réalités culturelles, historiques et sociales des peuples autochtones, soulignant l'importance d'intégrer les visions du monde, les traditions et les relations avec la terre propres aux autochtones plutôt que d'appliquer des modèles de logement occidentaux standardisés (Thistle, 2017).

Les peuples autochtones sont considérablement surreprésentés parmi la population itinérante et mal logée à travers le Canada. Les données provenant des zones urbaines des régions de l'Ouest et du Nord montrent que les peuples autochtones représentent souvent entre 35 et 60 % des personnes sans-abri dans les grandes villes de l'Ouest et jusqu'à 90 à 95 % des personnes visiblement sans-abri dans certaines parties des Territoires du Nord-Ouest, bien qu'elles représentent une part beaucoup plus faible de la population générale (Agrawal & Zoe, 2024).

Les recensements ponctuels (Point-in-Time, PiT) offrent un aperçu de l'itinérance dans les grandes villes canadiennes en dénombrant les personnes en situation d'itinérance au cours d'une seule nuit. Par exemple, le recensement ponctuel de Toronto en 2021 a recensé plus de 9 200 personnes en situation d'itinérance, dont 20 à 30 % s'identifiaient comme autochtones, alors que les Autochtones ne représentent que 2 à 3 % de la population (Ville de Toronto, 2021). De même, le recensement de 2020 à Vancouver a dénombré environ 2 095 personnes en situation d'itinérance, dont environ 33 % étaient autochtones (Recensement des sans-abri de Vancouver, 2020). À Calgary et à Winnipeg, les peuples autochtones représentaient également une part disproportionnée de la population sans-abri, soit environ 25 à 30 % et plus de 50 % respectivement, alors que leur proportion au sein de la population générale est nettement inférieure (Calgary Homeless Foundation, 2021; Winnipeg Homelessness Partnering Strategy, 2020).

Le phénomène de l'itinérance chez les Autochtones est probablement plus répandu que ne le laissent supposer les données du recensement et les recensements ponctuels. À Toronto, un recensement spécifique aux autochtones, réalisé à l'aide d'un échantillonnage dirigé par les répondants,

a estimé qu'il y avait environ 55 000 autochtones dans la ville (soit deux à quatre fois le chiffre du recensement) et a mis en évidence des niveaux très élevés de pauvreté et de précarité du logement, ce qui indique que les sources de données standard sous-estiment considérablement tant la population autochtone que ses besoins en logement (Rotondi et coll., 2017). Une analyse plus récente a révélé que 27,3 % des adultes des Premières Nations, des Inuits et des Métis de Toronto vivaient dans des conditions correspondant à la définition de l'itinérance physique (McConkey et coll., 2024).

Ces conclusions concordent avec des travaux plus généraux sur les déterminants sociaux de la santé des Autochtones, qui identifient le logement et l'itinérance comme des facteurs centraux d'inégalités, mais soulignent également d'importantes lacunes dans la compréhension des parcours menant à la situation de logement actuelle et de ses répercussions sur la santé (Kolahdooz et coll., 2015b).

### *5.3.1 Les douze dimensions de l'itinérance chez les Autochtones*

L'itinérance chez les Autochtones est une réalité complexe et à multiples facettes qui dépasse la notion classique de manque de logement. Elle a été décrite à travers douze dimensions de l'itinérance chez les Autochtones qui reflètent les aspects sociaux, culturels et spirituels propres aux peuples autochtones. Ces dimensions sont les suivantes : (1) l'itinérance structurelle, qui désigne l'insuffisance des conditions de logement; (2) l'itinérance spirituelle, qui implique une déconnexion avec l'autochtonité et les pratiques spirituelles; (3) l'itinérance mentale, qui décrit des sentiments d'aliénation et de perte de soi; (4) l'itinérance émotionnelle, liée aux traumatismes et au déracinement émotionnel; (5) l'itinérance culturelle, indiquant la perte de la continuité culturelle et des traditions; (6) l'itinérance géographique, qui correspond au déplacement physique hors des terres traditionnelles; (7) l'itinérance historique, reconnaissant les incidences de la colonisation et des pensionnats pour Autochtones; (8) l'itinérance sociale, se manifestant par la perte des liens familiaux et communautaires; (9) l'itinérance politique, liée à la marginalisation et à l'exclusion des processus décisionnels; (10) l'itinérance économique, signifiant le manque d'accès aux ressources économiques; (11) l'itinérance juridique, impliquant une discrimination systémique et un manque de reconnaissance; et (12) l'itinérance aggravée, où plusieurs dimensions se chevauchent et exacerbent les expériences d'itinérance. Ce cadre souligne la nécessité d'adopter des réponses globales et adaptées à la culture face à l'itinérance autochtone, qui tiennent compte de ces dimensions interreliées plutôt que de se concentrer uniquement sur l'hébergement physique (Thistle, 2017).

### *5.3.2 Effets de l'itinérance et de la surpopulation sur la santé et le bien-être*

Dans l'ensemble, l'itinérance contribue à une morbidité et une mortalité excessives, notamment en raison des blessures, des maladies respiratoires et infectieuses, ainsi que d'une espérance de vie réduite (Fazel et coll., 2014; Mitchell et coll., 2023). L'itinérance chez les Autochtones est étroitement liée aux troubles mentaux, aux traumatismes, à la consommation de substances psychoactives et aux maladies physiques. Par rapport aux personnes non autochtones, les personnes autochtones en situation d'itinérance qui souffrent également d'une maladie mentale se retrouvent en situation d'itinérance plus jeunes, restent en situation d'itinérance plus longtemps et présentent des taux plus élevés de syndrome de stress post-traumatique (SSPT), de dépendance à l'alcool, de consommation récente et excessive de substances psychoactives et de maladies infectieuses. Les femmes autochtones sont particulièrement exposées au risque de SSPT, de troubles mentaux multiples, de tendances suicidaires et de violences physiques et sexuelles (Bingham et coll., 2019).

Les conditions de logement des Autochtones au Canada se caractérisent souvent par une surpopulation et une mauvaise ventilation, ce qui contribue à toute une série de problèmes de santé. La surpopulation dans les logements favorise la propagation de maladies infectieuses telles que la tuberculose et les infections respiratoires, tandis qu'une ventilation insuffisante entraîne une exposition accrue aux polluants de l'air intérieur qui aggravent les affections respiratoires chroniques comme l'asthme (Kolahdooz et coll., 2017).

Des études ont démontré que les populations autochtones vivant dans ces conditions de logement présentent des taux plus élevés de maladies évitables, y compris d'infections aiguës des voies respiratoires inférieures et d'autres maladies chroniques (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019a). De plus, le stress et les répercussions sociales liés à des logements inadéquats et dangereux contribuent à des problèmes de santé mentale au sein de ces communautés (C. L. Reading & Wien, 2009). Par conséquent, l'amélioration de la qualité du logement des peuples autochtones au Canada est essentielle pour réduire les inégalités en matière de santé et promouvoir le bien-être.

### *5.4 Sécurité alimentaire : La souveraineté alimentaire comme déterminant de la santé et du bien-être autochtones*

La sécurité alimentaire est fondamentale pour la santé physique, émotionnelle, mentale et spirituelle ainsi que pour le bien-être des peuples autochtones. Les régimes alimentaires traditionnels, composés de viandes riches en protéines, de poisson et de fruits et légumes cueillis localement,

font partie intégrante de la souveraineté alimentaire autochtone – le droit des communautés autochtones de contrôler l'accès à leurs pratiques alimentaires et aliments traditionnels (Willows et coll., 2012). La colonisation a gravement perturbé les systèmes alimentaires autochtones par le biais de politiques d'assimilation forcée qui ont interdit les pratiques alimentaires culturelles, portant ainsi atteinte à la souveraineté alimentaire et aux résultats en matière de santé (Power, 2008). Au Canada, la souveraineté alimentaire autochtone est reconnue comme un mouvement en faveur de la justice et inscrite à l'article 35 de la *Loi constitutionnelle* (Loi constitutionnelle de 1982).

L'insécurité alimentaire demeure disproportionnellement élevée parmi les populations autochtones en raison d'inégalités systémiques, notamment la pauvreté, l'isolement géographique, le manque d'accès à des aliments traditionnels et culturellement appropriés, ainsi que le racisme institutionnel (Li et coll., 2022). L'insécurité alimentaire a notamment pour conséquences un mauvais état nutritionnel, un risque accru de maladies chroniques et une baisse de la qualité de vie (Willows et coll., 2012).

La nécessité de bénéficier d'une alimentation culturellement sécuritaire et nutritive est de plus en plus reconnue comme un élément central de la santé et du bien-être holistiques des Autochtones. Les diététistes autochtones et les dirigeants communautaires soulignent le rôle des aliments traditionnels dans les cadres conceptuels de la « nourriture comme remède », qui favorisent la réconciliation et la guérison au sein des systèmes de santé (Batal et coll., 2021; Blanchet et coll., 2020). Garantir un accès constant à des aliments adaptés à la culture est primordial pour favoriser la sécurité alimentaire et l'équité en matière de santé chez les peuples autochtones.

#### *5.4.1. Obstacles à l'accès à une alimentation adéquate et culturellement pertinente*

Les peuples autochtones sont confrontés à de nombreux obstacles systémiques qui les empêchent d'accéder à une alimentation adéquate et culturellement pertinente. La réglementation alimentaire canadienne impose souvent des contraintes à l'utilisation des aliments traditionnels en raison de préoccupations liées à la sécurité et à la traçabilité, ce qui limite l'intégration de ces aliments dans les programmes alimentaires institutionnels et communautaires (Bartlett et coll., 2012). Ces restrictions entravent la capacité des communautés autochtones à exercer leur souveraineté alimentaire et à préserver leurs pratiques alimentaires culturelles.

La méfiance historique envers les institutions, enracinée dans les préjugés coloniaux, complique encore davantage l'accès aux services alimentaires (Browne et coll., 2021). Bien que les banques alimentaires et autres

programmes alimentaires d'urgence apportent un certain soulagement, ils ne sont souvent ni adaptés à la culture ni considérés comme des solutions privilégiées pour lutter contre l'insécurité alimentaire chez les peuples autochtones (Gentle et coll., 2015). Les systèmes alimentaires institutionnalisés ont également tendance à s'appuyer fortement sur les aliments transformés, ce qui s'écarte des régimes alimentaires traditionnels qui privilégient les aliments frais, d'origine locale et peu transformés, reconnus pour leurs bienfaits pour la santé (Power, 2008). Ce décalage exacerbe les inégalités en matière de santé liées à la nutrition.

*5.4.2. Programmes alimentaires communautaires dirigés par des Autochtones*  
Partout au Canada, les programmes alimentaires communautaires dirigés par les Autochtones ont réussi à lutter contre l'insécurité alimentaire grâce à des approches qui respectent et revitalisent les connaissances et les pratiques alimentaires traditionnelles. Ces programmes privilégient la gouvernance autochtone, la participation des aînés et l'intégration des savoirs traditionnels dans l'approvisionnement, la préparation et le partage des aliments (Gutierrez et coll., 2023). Ils créent des espaces culturellement sécuritaires et favorisent la souveraineté alimentaire afin d'améliorer la santé physique, mentale et spirituelle.

Les recherches menées dans le cadre du modèle « Traditional Healing, Medicines, Foods, and Supports » (Guérison, médicaments, aliments et soutiens traditionnels) de Walker et coll. soulignent la valeur des programmes qui placent le leadership autochtone au centre, favorisent l'accessibilité linguistique, promeuvent les pratiques de guérison traditionnelles et intègrent les médicaments et les aliments traditionnels dans les initiatives nutritionnelles communautaires (Walker et coll., 2013). Ces programmes constituent des modèles importants pour les initiatives de sécurité alimentaire ancrées dans la culture.

*5.4.3. La souveraineté alimentaire comme déterminant positif de la santé*  
La souveraineté et la sécurité alimentaires autochtones sont des déterminants essentiels de la santé des peuples autochtones au Canada, car elles favorisent l'accès à des aliments traditionnels, culturellement significatifs, riches en nutriments et contribuant au bien-être tant physique que mental. Reprendre le contrôle des systèmes alimentaires permet aux communautés autochtones de renforcer leur identité culturelle, de promouvoir une gestion durable des terres et de contrer les effets négatifs de la colonisation et des systèmes alimentaires industriels, qui ont historiquement mené à l'insécurité alimentaire et à des maladies chroniques liées à l'alimentation (Power, 2008; Commission de vérité et réconciliation

du Canada, 2015a). Des études ont montré que la participation aux pratiques alimentaires traditionnelles améliore la qualité de l'alimentation, augmente l'activité physique et favorise la cohésion sociale, autant de facteurs contribuant à de meilleurs résultats de santé, notamment à une baisse des taux de diabète et de maladies cardiaques au sein des populations autochtones (Chan et coll., 2019; Willows et coll., 2012).

La souveraineté alimentaire autochtone favorise la santé mentale en renforçant le lien culturel et l'autodétermination, facteurs étroitement liés au bien-être général dans les visions du monde autochtones. La capacité à récolter, à préparer et à partager des aliments traditionnels favorise la transmission intergénérationnelle des savoirs et la résilience, améliorant ainsi le bien-être de la communauté (Power, 2008). Les cadres stratégiques canadiens en matière de santé reconnaissent de plus en plus l'importance de la souveraineté alimentaire autochtone pour lutter contre les inégalités en matière de santé, en préconisant des approches collaboratives qui renforcent la gouvernance autochtone sur les systèmes alimentaires (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2020). Garantir l'accès des peuples autochtones à leurs sources alimentaires traditionnelles n'est donc pas seulement une question de sécurité alimentaire, mais aussi une voie vers la guérison et l'équité en matière de santé, fondée sur les droits des peuples autochtones et la continuité culturelle.

#### *5.5 Langues autochtones : La langue comme déterminant de la santé et du bien-être des peuples autochtones*

Les peuples autochtones sont confrontés à des obstacles systémiques liés à la fragmentation des compétences, au racisme et à l'exclusion culturelle et linguistique (Greenwood et coll., 2018; C. A. M. Richmond & Cook, 2016b; Sehgal et coll., 2025). Des instruments coloniaux historiques, tels que la *Loi sur les Indiens* et les pensionnats pour Autochtones, ont délibérément réprimé les langues autochtones, sapant ainsi l'identité et la santé à travers les générations (Khawaja, 2021; Kim, 2019b).

La maîtrise des langues autochtones est intrinsèquement liée à la santé et au bien-être des peuples autochtones du Canada. La connaissance et l'utilisation des langues autochtones soutiennent l'équilibre spirituel, la continuité culturelle et le bien-être général (Catherine et coll., 2025; Harding et coll., 2024). La vitalité linguistique est étroitement liée à une meilleure santé mentale, à une plus grande cohésion communautaire et à une plus grande autonomie en matière de santé (Harding et coll., 2024; Khawaja, 2021; Whalen et coll., 2022). À l'inverse, la perte de la langue est associée à des

résultats de santé médiocres et perpétue le traumatisme intergénérationnel causé par les politiques coloniales (Khawaja, 2021; Kim, 2019b; C. A. M. Richmond & Cook, 2016b). Les langues autochtones constituent des déterminants fondamentaux de la santé, étroitement liés à des déterminants sociaux plus larges, notamment l'éducation, l'emploi et l'inclusion sociale.

#### *5.5.1 La langue, un obstacle à l'atteinte du meilleur état de santé possible*

La barrière linguistique entre les patients et les professionnels de santé reste un obstacle majeur à la santé, contribuant à des résultats de santé moins favorables, tels que des taux de réadmission à l'hôpital plus élevés et une baisse de la satisfaction des patients. La maîtrise de la langue ne suffit pas à elle seule à garantir des soins culturellement sécuritaires, car les patients ayant une maîtrise limitée de l'anglais sont souvent encore confrontés à la discrimination et aux préjugés dans les établissements de santé (Williams et coll., 2019). Les barrières linguistiques s'ajoutent aux expériences de racisme et de discrimination, aggravant ainsi les inégalités en matière de santé pour les populations minoritaires, quelles que soient leurs compétences linguistiques (Ron Hays et coll., 2006; Williams et coll., 2019).

Cela souligne la nécessité pour les systèmes de santé d'intégrer à la fois des mesures favorisant l'accès linguistique et des initiatives plus larges en matière de compétence culturelle afin de réduire efficacement les inégalités (Truong et coll., 2014). Reconnaisant la langue comme un déterminant social clé de la santé, les principales organisations de santé plaident en faveur d'approches intégrées qui associent les services linguistiques à une compétence culturelle plus large afin de promouvoir l'équité en matière de santé (Marmot, 2020).

#### *5.5.2 Les langues autochtones en tant que droit dans la DNUDPA et le droit canadien*

Les droits linguistiques autochtones sont affirmés dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) et reconnus comme essentiels à la réconciliation et à l'autodétermination des peuples autochtones dans le droit canadien (Qechai, 2022; C. A. M. Richmond & Cook, 2016b; Nations Unies, 2007b). La *Loi sur les langues autochtones du Canada* (Gouvernement du Canada, 2019) (ILA, 2019) est la première loi fédérale à déclarer que les langues autochtones sont fondamentales pour la société canadienne et à s'engager en faveur de leur revitalisation, de leur préservation et de leur renforcement (Qechai, 2022; Selinger, 2022). La Loi inscrit les droits linguistiques dans le cadre plus large des droits des Autochtones, s'orientant vers des obligations exécutoires pour l'accès aux langues autochtones dans les services de santé et les services sociaux.

### *5.5.3 Revitalisation linguistique et effets positifs sur la santé et le bien-être autochtones*

La revitalisation des langues autochtones est de plus en plus reconnue comme un déterminant positif de la santé pour les peuples autochtones au Canada. La langue est un élément central de l'identité culturelle, reliant les individus aux savoirs ancestraux, aux traditions et à la communauté. La revitalisation et la préservation des langues autochtones ont été associées à une amélioration du bien-être mental, émotionnel, social et spirituel, qui constituent des dimensions essentielles de la santé dans la vision du monde autochtone.

La réappropriation et l'utilisation des langues autochtones contribuent à renforcer l'identité culturelle et l'estime de soi. La langue incarne des visions du monde, des valeurs et des pratiques uniques; ainsi, renouer avec sa langue favorise la fierté culturelle et le sentiment d'appartenance. Ces facteurs agissent comme des mécanismes de protection contre les difficultés psychologiques telles que la dépression et la toxicomanie (Chandler & Lalonde, 1998). La revitalisation linguistique favorise la cohésion sociale et la résilience communautaire, car la transmission de la langue implique souvent des interactions intergénérationnelles entre les aînés et les jeunes. Ces liens renforcent les liens familiaux et communautaires, réduisent l'isolement social et contribuent à la résilience collective (McIvor et coll., 2009).

Au-delà des avantages sociaux, la langue autochtone fait partie intégrante des concepts de santé holistique, englobant les dimensions physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. La langue est le moyen par lequel s'expriment et se préservent les cérémonies traditionnelles, les pratiques de guérison et les savoirs, ce qui contribue au bien-être général (Autorité sanitaire des Premières Nations, 2026). Le rôle protecteur de la langue est encore souligné par des données probantes indiquant que les communautés comptant un plus grand nombre de locuteurs de langues autochtones affichent des taux de suicide chez les jeunes plus faibles, ce qui montre comment la préservation de la langue peut contribuer à lutter contre les inégalités en matière de santé auxquelles sont confrontées les populations autochtones (Chandler & Lalonde, 1998). En renforçant l'identité culturelle, en consolidant les liens communautaires et en favorisant une conception globale du bien-être, la revitalisation linguistique agit comme un déterminant de santé efficace et ancré dans la culture.

*5.6 Éducation : L'éducation comme déterminant de la santé des peuples autochtones*

L'éducation joue un rôle crucial dans la santé et le bien-être des peuples autochtones au Canada. Les barrières systémiques enracinées dans l'histoire coloniale, le racisme persistant, le sous-financement du système scolaire et l'accès limité à des programmes d'études adaptés à la culture contribuent à un niveau de scolarisation inférieur à celui des populations non autochtones (Allan & Smylie, 2015; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a). Cet écart en matière d'éducation a des répercussions négatives sur les occasions d'emploi, la sécurité du revenu et l'accès aux ressources de santé, perpétuant ainsi les cycles de pauvreté et les inégalités en matière de santé, telles que des taux plus élevés de maladies chroniques et de troubles de santé mentale (Services autochtones Canada, 2023b; Kirmayer et coll., 2011; C. Reading & Wein, 2009).

L'éducation sanitaire dirigée par les Autochtones est de plus en plus reconnue comme une stratégie cruciale pour lutter contre ces inégalités et faire progresser la réconciliation au sein des systèmes de santé. Il est important pour les communautés autochtones de diriger la formation des professionnels de santé afin de s'assurer que les programmes d'études reflètent les visions du monde, les langues et les pratiques culturelles autochtones (Cass, 2025). Les programmes éducatifs conçus dans cette optique ont le potentiel non seulement d'accroître la représentation autochtone au sein du personnel de santé, mais aussi de favoriser des soins culturellement sécuritaires qui instaurent la confiance et améliorent l'accès aux services dans les communautés autochtones.

Malgré les appels à l'action lancés de longue date dans les recommandations n° 23 et 24 de la CVR, qui préconisent une augmentation du nombre de professionnels de santé autochtones et une formation obligatoire en matière de santé autochtone, les progrès restent inégaux et insuffisants (Cass, 2025; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015b).

Les apprenants autochtones font face à des défis à plusieurs niveaux, notamment des contraintes financières, une préparation insuffisante due à des écoles primaires et secondaires sous-financées, ainsi que des expériences de racisme et d'isolement au sein des programmes professionnels postsecondaires. Les données probantes montrent que les professionnels de la santé formés dans des milieux autochtones ruraux ou

isolés sont plus enclins à exercer au sein de ces communautés, ce qui souligne l'importance de parcours éducatifs localisés et axés sur la communauté (Cass, 2025; Services aux Autochtones Canada, 2023b).

Pour parvenir à une véritable réconciliation et à l'équité en santé, les politiques doivent donner la priorité à des investissements durables dans des initiatives éducatives dirigées par les Autochtones, dotées de ressources suffisantes et intégrées aux cadres de gouvernance autochtones. Un tel engagement soutient l'autodétermination autochtone, favorise la sécurité culturelle dans la prestation des soins de santé et renforce le personnel de santé autochtone afin de répondre aux besoins spécifiques des populations autochtones partout au Canada.

## **6. Cadres et solutions prometteurs**

Cette section met en avant des cadres et des solutions prometteurs qui redéfinissent les approches en matière de santé autochtone au Canada. Ces modèles mettent l'accent sur l'autodétermination, l'importance de rétablir une gouvernance communautaire au sein des systèmes de santé, des soins ancrés dans la culture, ainsi que la nécessité d'améliorer les données, l'éducation et la responsabilisation. Ensemble, ils ouvrent la voie à des améliorations plus équitables, plus réceptives et plus durables en matière de santé et de bien-être pour les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis. La détermination, l'importance de restaurer la gouvernance communautaire dans les systèmes de santé

### *6.1 Cadre fondé sur les droits des Autochtones : Autodétermination et compétence autochtone en matière de santé*

Placer l'autonomie et l'autorité autochtones au cœur du processus est fondamental pour une approche fondée sur les droits visant à transformer les systèmes de santé et à favoriser le bien-être. Il faut passer des systèmes de santé qui accordent la priorité à la consultation des peuples autochtones à des systèmes de santé garantissant que la prise de décision et la gouvernance dirigées par les Autochtones soient solidement établies. Cet objectif peut être atteint en soutenant et en encourageant la création d'un plus grand nombre d'autorités sanitaires sous contrôle autochtone, à l'image du modèle de l'Autorité sanitaire des Premières Nations. Ce modèle montre comment il est possible de transférer avec succès l'autorité

et les ressources vers un système géré par les Autochtones tout en maintenant la coordination entre les différents territoires et provinces.

Outre une prise de décision et une gouvernance dirigées par les Autochtones, il faut opérer une transition pour sortir du contrôle colonial dans les domaines des soins primaires, de la santé publique ainsi que de la formation et de l'enseignement en sciences de la santé. En vertu du droit canadien et des engagements internationaux, notamment les accords négociés sur les compétences en matière d'éducation et la Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, les peuples autochtones ont le droit légal de définir et de gérer leurs propres systèmes éducatifs conformément à leurs cultures, à leurs langues et à leurs priorités. Cependant, l'absence d'un cadre de financement national et durable, conforme à ce droit, continue d'entraver sa pleine et effective mise en œuvre. Cette évolution nécessitera l'élaboration conjointe d'une législation permettant aux gouvernements autochtones de définir leurs propres normes et de fournir des services plus complets et culturellement sécuritaires (Smith et coll., 2008) (Smith et coll., 2008). Par exemple, la législation fédérale telle que la Loi sur les Indiens concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis, bien qu'axée sur les services à l'enfance et à la famille, offre un modèle législatif de reconnaissance de la compétence autochtone qui pourrait inspirer les futures politiques de santé.

Dans leur ensemble, ces cadres soulignent que l'autodétermination est un déterminant clé de la santé des peuples autochtones et qu'une réforme du partage de compétences est essentielle pour combler les écarts d'équité (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a; Assemblée générale des Nations Unies, 2007b).

#### *6.2 Conformité avec la DNUDPA et les appels à l'action de la Commission vérité et réconciliation (CVR)*

Une plus grande autodétermination est également conforme à la *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA)* en particulier les articles 3, 18, 21, 23 et 24, qui traitent des questions de santé, d'éducation, de culture et de compétence. Ces articles réaffirment les droits des peuples autochtones à l'autonomie politique, à la participation à la prise de décision, au développement socio-économique et à un accès équitable aux médecines traditionnelles et aux services de santé, sans discrimination (Nations Unies, 2007b).

Plus d'une décennie s'est écoulée depuis la publication des appels à l'action de la CVR, notamment les appels n° 18 à 24, qui définissent clairement les responsabilités des gouvernements et des institutions en matière d'élimination des disparités en matière de santé, d'intégration des pratiques de guérison autochtones, de renforcement de la représentation autochtone dans les professions de la santé et de mise en œuvre d'une éducation antiraciste dans l'ensemble du système de santé (Commission vérité et réconciliation du Canada, 2015b). Ces appels ont été formulés en vue d'une mise en œuvre immédiate et afin de fournir une feuille de route concrète pour la réforme des programmes d'études, de la réglementation et des structures de responsabilisation, dans le cadre de la réconciliation. En complément, l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées préconise la mise en place de systèmes de services décolonisés et culturellement sécuritaires, capables de lutter contre la violence sexiste et racisée, soulignant ainsi davantage la nécessité d'adopter des approches dirigées par les Autochtones dans les secteurs de la santé et des services sociaux (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019a). Les appels à l'action n° 23 et 24 de la CVR soulignent :

- l'augmentation et la fidélisation du personnel de santé autochtone;
- l'offre d'une formation en compétence culturelle à tous les prestataires de soins, et
- l'obligation de suivre une formation sur la santé autochtone, l'histoire et l'héritage des pensionnats, les traités, la DNUDPA et les pratiques de guérison autochtones, y compris une formation axée sur les compétences en matière de lutte contre le racisme, de compétence interculturelle, de résolution des conflits et de droits de la personne.

Malgré des directives claires et plus d'une décennie d'occasions depuis la publication des Appels à l'action (18 à 24) de la CVR et des recommandations de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, les progrès réalisés dans la mise en œuvre ont été d'une lenteur inacceptable et insuffisants. Les inégalités en matière de santé, le racisme systémique et le manque de représentation des Autochtones que ces appels visent à corriger persistent largement, ce qui reflète un manque d'engagement total envers les réformes transformatrices nécessaires à la réconciliation. Une action immédiate et soutenue demeure essentielle pour

intégrer la guérison autochtone, des soins culturellement sécuritaires et une éducation antiraciste dans l'ensemble des systèmes de santé, en accord avec le leadership et la responsabilité des Autochtones. Sans une accélération urgente et un engagement sincère, les promesses contenues dans ces rapports historiques risquent de rester lettre morte, perpétuant ainsi les préjudices au lieu de favoriser un changement significatif. Les appels à l'action n° 23 et 24 de la CVR soulignent :

- l'augmentation et la fidélisation du personnel de santé autochtone;
- l'offre d'une formation en compétence culturelle à tous les prestataires de soins, et
- l'obligation de suivre une formation sur la santé autochtone, l'histoire et l'héritage des pensionnats, les traités, la DNUDPA et les pratiques de guérison autochtones, y compris une formation axée sur les compétences en matière de lutte contre le racisme, de compétence interculturelle, de résolution des conflits et de droits de la personne.

### *6.3 Soins de santé culturellement sécuritaires et antiracistes*

#### *6.3.1 Formation obligatoire en matière d'antiracisme et de sécurité culturelle*

L'amélioration des résultats en matière de santé pour les peuples autochtones nécessite un engagement à l'échelle du système en faveur de la sécurité culturelle et de l'antiracisme, en tant que compétences fondamentales pour tous les professionnels et établissements de santé (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 2025; Institut canadien d'information sur la santé, 2021; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2021; Association des facultés de médecine du Canada, 2020; Wilson et coll., 2015). Cela doit commencer dès les programmes d'éducation à la santé et se poursuivre tout au long de la pratique professionnelle, en s'appuyant sur des mécanismes visant à garantir que ces attentes soient respectées par l'ensemble des prestataires agréés.

Les conclusions de l'enquête « In Plain Sight » menée en Colombie-Britannique ont mis en évidence un racisme généralisé à l'égard des Autochtones et son incidence sur l'accès aux soins, la qualité, la sécurité et les résultats en matière de santé (Turpel-Lafond, 2020). Cette enquête a confirmé la nécessité d'une formation obligatoire basée sur les compétences, conçue en collaboration avec les communautés autochtones

et liée à l'obtention du permis d'exercice et au perfectionnement professionnel continu. À l'échelle nationale, les appels à la justice lancés par la Commission d'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées ont réaffirmé la nécessité de services tenant compte des traumatismes et culturellement sécuritaires, ainsi que d'un accès équitable aux soins, en particulier pour les femmes, les filles et les personnes 2ELGBTQQIA+ autochtones (Commission d'enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019a). La réforme des programmes scolaires est essentielle pour combler ces lacunes. L'élaboration conjointe de programmes d'études en santé avec les aînés et les détenteurs de savoirs autochtones garantit que les apprenants reçoivent une éducation pertinente, fondée sur les visions du monde et l'histoire autochtones (McFadden et coll., 2023; Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019a; Commission vérité et réconciliation du Canada, 2015a; Nations Unies, 2007a). Par exemple, l'Université EMNO et l'Université métropolitaine de Toronto ont intégré un apprentissage longitudinal, axé sur la communauté et culturellement sécuritaire tout au long des quatre années de leurs programmes de médecine de premier cycle. Cette approche établit un précédent crucial, suggérant que toutes les facultés de médecine et les autres disciplines de la santé devraient adopter des programmes d'études similaires, complets et durables, afin de préparer efficacement les professionnels de la santé à fournir des soins équitables et culturellement sécuritaires aux peuples autochtones. Conformément aux appels à l'action n° 23 et 24 de la CVR, il est essentiel d'accroître le nombre de professionnels de la médecine et des soins infirmiers autochtones et de les soutenir pour transformer les systèmes de santé (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015b).

Les changements au niveau du système dépendent de la présence de dirigeants autochtones au sein des instances dirigeantes, notamment par le biais d'une représentation au sein des conseils d'administration, des équipes de direction et des organismes de réglementation, soutenue par des parcours solides destinés aux apprenants et aux dirigeants autochtones dans les domaines de la médecine, des soins infirmiers, de la santé publique et des professions paramédicales (Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2021; Association des facultés de médecine du Canada, 2020). Pour que les progrès soient durables, une réforme en profondeur de l'enseignement de la santé s'impose. Les normes nationales préconisent désormais que les programmes d'études en santé autochtone abordent l'histoire et les répercussions persistantes de la colonisation,

les relations découlant des traités, les déterminants structurels de la santé, l'antiracisme clinique et l'apprentissage en lien avec la communauté dans l'ensemble des programmes de formation (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 2025; Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada, 2021; Association des facultés de médecine du Canada, 2020). Renforcer le recrutement, le mentorat et la rétention des étudiants autochtones dans les professions de la santé est à la fois un impératif d'équité et une stratégie visant à améliorer la qualité des soins, et doit s'appuyer sur des environnements d'apprentissage sûrs et ancrés dans la culture (Association des facultés de médecine du Canada, 2020; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a).

### *6.3.2 Respect des systèmes traditionnels de guérison et de connaissance*

Le renforcement de la santé autochtone passe également par une reconnaissance effective des praticiens traditionnels, des aînés et des gardiens du savoir en tant que partie intégrante de la prestation des services de santé. L'appel à l'action n° 22 de la CVR stipule : « Les systèmes de santé doivent reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et collaborer avec les guérisseurs et les aînés autochtones lorsque les patients autochtones le demandent » (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015b).

L'intégration des sages-femmes, des guérisseurs et des conseillers autochtones au sein des centres de santé traditionnels constitue une approche efficace (Institut canadien de l'information sur la santé, 2025). Une intégration plus large des pratiques liées à la terre, des cérémonies et des médecines autochtones, s'appuyant sur des protocoles respectueux, la participation des aînés et la gouvernance communautaire, est conforme aux recommandations de la CVR et étayée par un corpus croissant de travaux universitaires sur la santé autochtone (Bartlett et coll., 2012; Montour, 2000; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b; Reynolds Turton, 1997; Shrivastava et coll., 2020; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a).

Le fardeau que représentent les problèmes de santé mentale et les traumatismes intergénérationnels pour les personnes, les familles et les communautés autochtones reste considérable. De plus en plus de données probantes soulignent l'efficacité de la guérison en lien avec la terre, des approches culturelles du bien-être et des cadres de santé mentale dirigés par les Autochtones, tels que ceux proposés par la Thunderbird Partnership Foundation et l'Autorité sanitaire des Premières Nations, en tant que

composantes essentielles d'un système global (Autorité sanitaire des Premières Nations, 2026; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b) (CCNSA, 2019; Autorité sanitaire des Premières Nations, 2019). Pour garantir des progrès significatifs dans ces domaines, il est nécessaire d'aligner les politiques sur la DNUDPA, les appels à l'action de la CVR, PCAP®, les principes éthiques relatifs aux données des Inuits et des Métis, ainsi que les modèles de cogouvernance, créant ainsi une base cohérente et fondée sur les droits pour des améliorations mesurables du bien-être mental des Autochtones.

L'intégration des praticiens traditionnels, des aînés et des gardiens du savoir dans les systèmes de santé doit être mûrement réfléchi, respectueuse et ne pas se limiter à un geste symbolique. Pour être efficace, la conception conjointe nécessite un leadership autochtone dès les premières étapes de la conception et tout au long de la mise en œuvre et de l'évaluation, incluant la prise de décision partagée, des accords clairs sur le partage des avantages et des pratiques de recrutement locales qui intègrent des guérisseurs, des sages-femmes et des conseillers autochtones au sein d'équipes interprofessionnelles (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b; Ortiz et coll., 2025b; Turpel-Lafond, 2020) (Turpel Lafond, 2020; CCNSA, 2019; Ortiz et coll., 2025).

#### *6.4 Souveraineté des données et responsabilité partagée*

##### *6.4.1 Souveraineté des données autochtones*

La souveraineté des données autochtones est fondamentale pour une transformation significative du système de santé, fondée sur des données probantes et menée par la communauté (Paul, 2023) (Paul, 2023). Les principes PCAP® : *propriété, contrôle, accès et possession* établissent le cadre éthique et de gouvernance par lequel les Premières Nations affirment leur autorité sur toutes les phases de la gestion des données, y compris la collecte, la liaison, l'analyse, l'interprétation et la diffusion (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2014) (OCAP, 2014). L'intégration des principes de PCAP® dans la planification du système de santé garantit que l'utilisation des données est conforme aux priorités autochtones et favorise une prise de décision fondée sur les droits, transparente et responsable (Konczi & Bill, 2024) (Konczi & Bill, 2024). Les peuples inuits et métis ont des principes nuancés en matière de souveraineté des données qui doivent également être respectés et appliqués lorsque cela est approprié.

Les cadres politiques devraient comprendre des systèmes de données cogérés dans lesquels les peuples ou groupes autochtones déterminent les indicateurs utilisés pour refléter une conception holistique et autochtone du bien-être et pour évaluer les progrès réalisés dans des domaines tels que l'antiracisme, la réconciliation et la performance du système (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2014; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b; Paul, 2023; Stelkia et coll., 2023) (CGIPN, 2014; CCNSA, 2019; Paul, 2023; Stelkia et coll., 2023). Cette approche élargit la mesure de la santé au-delà des indicateurs biomédicaux traditionnellement restreints et aligne les processus de surveillance et de rapport sur les valeurs et les objectifs définis par les Autochtones (Smylie & Firestone, 2015) (Smylie & Firestone, 2015).

À mesure que les systèmes de santé numériques continuent de se développer, une gouvernance solide des données devient de plus en plus cruciale (Konczi & Bill, 2024; Kukutai & Taylor, 2016) (Kukutai & Taylor, 2016; Konczi & Bill, 2024). Bien que les technologies numériques offrent des occasions d'améliorer l'accès aux soins et leur coordination, le fait de ne pas aligner ces systèmes sur les principes de PCAP® et sur les protocoles spécifiques à chaque communauté risque de renforcer la surveillance, les atteintes à la vie privée et l'utilisation inappropriée des données autochtones (Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations, 2014; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b) (CGIPN, 2014; CCNSA, 2019). Il est nécessaire de définir des orientations politiques claires et applicables afin de garantir que les innovations en matière de santé numérique renforcent les droits des Autochtones et la souveraineté des données, plutôt que de les compromettre.

#### *6.4.2 Responsabilité partagée*

L'amélioration durable du système de santé repose sur des mécanismes de responsabilité partagée qui intègrent officiellement la gouvernance autochtone et les critères de réussite définis par les Autochtones (Institut canadien d'information sur la santé, 2025) (ICIS, 2025). Des structures telles que les tables rondes de prise de décision conjointe entre les gouvernements autochtones et les autorités sanitaires, la publication de rapports sur les résultats en matière d'équité et de lutte contre le racisme, ainsi que des indicateurs de performance fondés sur les visions du monde autochtones, offrent des mécanismes concrets pour suivre les progrès et garantir que les engagements se traduisent par des changements mesurables (Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b; Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a) (CVR, 2015; CCNSA, 2019).

Les politiques de financement doivent soutenir et renforcer activement ces structures de responsabilisation. Les modèles financiers devraient encourager les innovations de service culturellement sécuritaires et menées par les communautés, et remédier aux inégalités de compétences de longue date mises en évidence par le principe de Jordan et les décisions relatives aux droits de la personne qui s’y rapportent (Tribunal canadien des droits de la personne, 2016; Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, 2019b) (Tribunal canadien des droits de la personne, 2016; CCNSA, 2019). Il est essentiel d’aligner le financement sur les priorités définies par les Autochtones et sur les normes fondées sur les droits pour parvenir à une réforme du système axée sur les droits et l’équité, et pour faire progresser à la fois l’équité et la qualité dans l’ensemble du système de santé.

## **7. Déterminants transversaux et enjeux émergents**

Les causes profondes des inégalités en matière de santé chez les Autochtones au Canada sont inextricablement liées au racisme anti-autochtone. L’analyse de la manière dont le racisme agit en tant que puissant déterminant de la santé, sous ses formes interpersonnelle, systémique et intériorisée, met en évidence les programmes et services individuels, structurels et axés sur la guérison qui sont nécessaires pour remédier aux inégalités en matière de santé dont sont victimes les peuples autochtones. Les solutions visant à améliorer les résultats en matière de santé doivent intégrer l’autodétermination des Autochtones, la revitalisation culturelle et des réformes institutionnelles fondées sur la réconciliation. Les principales recommandations issues des appels à l’action de la CVR, ainsi que les stratégies tirées de documents et de cadres de référence fondateurs, peuvent guider les décideurs politiques dans leurs efforts pour améliorer la santé des peuples autochtones (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015b).

### *7.1. Causes profondes des inégalités en matière de santé chez les peuples autochtones*

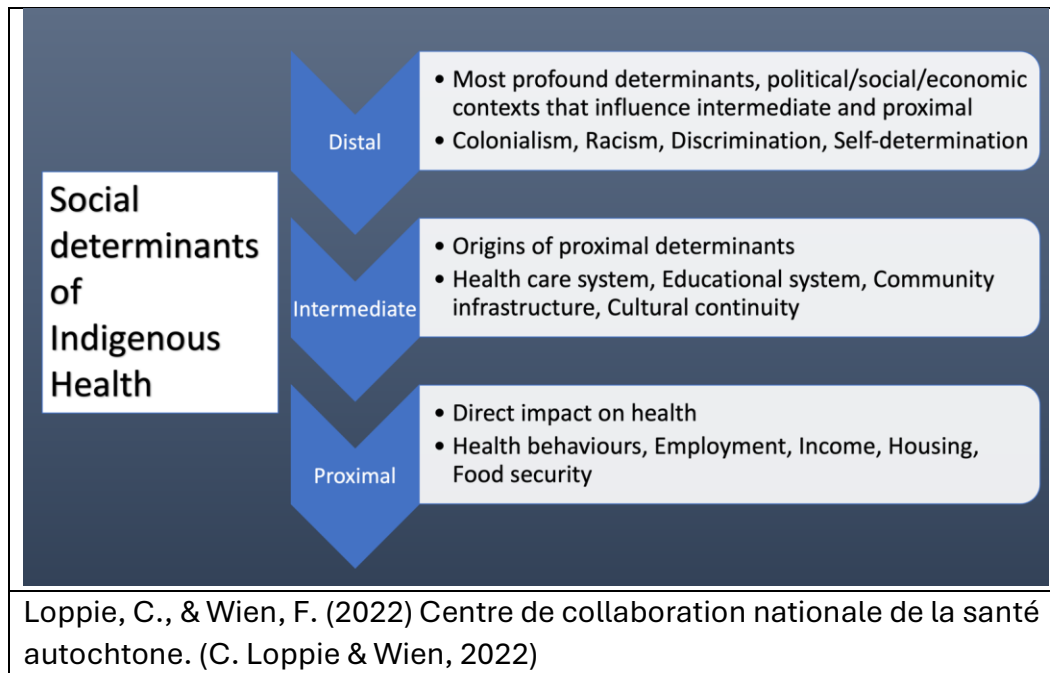
Les disparités en matière de santé chez les Autochtones, telles que décrites précédemment dans le présent rapport, notamment les taux plus élevés de diabète, de suicide et de mortalité infantile, ainsi que l’espérance de vie réduite, sont souvent liées à des déterminants sociaux tels que l’insécurité alimentaire, les mauvaises conditions de logement et l’accès limité à des

soins de santé exempts de préjugés. Cependant, ces déterminants proximaux reflètent des structures coloniales et racistes plus profondes et systémiques qui affectent la santé (Czyzewski, 2011; C. Reading & Wein, 2009) (Reading & Wien, 2009; Czyzewski, 2011).

Le colonialisme a établi une vision eurocentrique du monde qui a marginalisé les épistémologies autochtones et imposé son pouvoir sur les peuples autochtones et leurs terres. Les impacts continus de ces processus coloniaux façonnent de manière unique le contexte canadien des inégalités en matière de santé autochtone (Manuel & Derrickson, 2015) (Manuel & Derrickson, 2015).

Aborder ouvertement l'histoire coloniale du Canada, tout en reconnaissant les récits contradictoires et en affrontant le malaise que cela suscite, est essentiel à une réconciliation significative et à l'amélioration des résultats en matière de santé (Commission de vérité et réconciliation du Canada, 2015a) (Commission de vérité et réconciliation du Canada [CVR], 2015).

Figure 2. Comprendre les inégalités en matière de santé chez les autochtones à travers un modèle des déterminants sociaux.



## 7.2. Le racisme, un déterminant majeur de la santé des populations autochtones

Le racisme affecte la santé des Autochtones à plusieurs niveaux : interpersonnel, systémique et intériorisé.

Le racisme interpersonnel comprend les actes de discrimination ou de violence à l'encontre des personnes autochtones. Le racisme systémique est enraciné dans les institutions et les politiques des secteurs de la santé, de l'éducation, de la justice et des services sociaux, limitant l'accès et les occasions (Williams et coll., 2019) (Williams, Lawrence et Davis, 2019). Le racisme intériorisé résulte de l'assimilation induite par la colonisation, érodant l'identité culturelle et contribuant à des effets néfastes sur la santé (Goodwill, 2016; Walters et coll., 2011) (Goodwill, 2016; Walters, Mohammed, & Evans-Campbell, 2011).

Les discours racistes et sexistes favorisent l'oppression intériorisée et la stigmatisation, nuisant ainsi à la santé mentale et à l'autonomie des femmes autochtones, un phénomène aggravé par l'accumulation des épreuves (Catherine et coll., 2025; Johnson, 2020) (Johnson, 2020; Catherine et coll., 2025). Ces formes d'oppression qui se recoupent perpétuent les traumatismes et les inégalités de santé intergénérationnelles. Néanmoins, les cultures autochtones offrent résilience et guérison grâce à la langue, aux traditions et à l'identité, qui constituent des déterminants protecteurs essentiels atténuant les préjudices coloniaux (Chandler & Lalonde, 2008; disparu, 2013).

### *7.3 Intersectionnalité, race et genre, et leurs effets sur la santé*

Au Canada, les femmes autochtones sont confrontées à de profondes inégalités en matière de santé, alimentées par la violence, la pauvreté et la discrimination systémique. Autrefois considérées comme des leaders influentes avant la colonisation, elles font maintenant face à une marginalisation systémique qui mine profondément leur bien-être (Olmstead, 2025; Weckman & Farrugia, 2025). L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (FFADA) met en évidence la persistance d'une violence coloniale sexiste et les échecs du gouvernement dans la protection des femmes, des filles et des personnes bispirituelles autochtones (Johnson, 2020; Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019a; Pablo, 2021; Rousseau, 2025). La surreprésentation des femmes autochtones en milieu carcéral reflète l'intersection entre criminalisation et contrôle colonial (McGuire & Murdoch, 2022).

La violence à l'égard des femmes autochtones revêt de multiples facettes, notamment des abus sexuels, psychologiques, conjugaux et financiers, exacerbés par des stéréotypes racistes les présentant comme des « victimes consentantes » (Johnson, 2020; Olmstead, 2025). Les survivantes qui

sollicitent l'aide des systèmes judiciaires sont souvent confrontées à une revictimisation (Kaye & Glecia, 2025). Enracinées dans la dépossession coloniale et le racisme structurel persistant, la pauvreté, l'insécurité alimentaire et l'exclusion sociale contribuent à l'apparition de maladies chroniques et à une mauvaise perception de la santé (Bacciaglia et coll., 2023; Neufeld & Richmond, 2020).

L'inégalité de genre aggrave les préjudices coloniaux. Le rapport final sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (FFADA) définit la violence comme une violence coloniale sexiste perpétrée par des institutions qui individualisent le préjudice (Johnson, 2020; Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019a; Pabla, 2021). Dans les systèmes coloniaux, les femmes autochtones sont racisées comme étant considérées comme inférieures à des êtres humains et criminalisées, ce qui accroît leur vulnérabilité à la violence et à l'incarcération (McGuire & Murdoch, 2022; Olmstead, 2025).

Les approches courantes actuelles en matière de santé reproductive illustrent de manière frappante le contrôle colonial genré. Par exemple, des stérilisations coercitives et des pressions en faveur de l'utilisation de contraceptifs ou de l'interruption de grossesse ont été documentées (McKenzie et coll., 2022). Les femmes autochtones enceintes sont davantage confrontées à la violence, à l'insécurité alimentaire, à des soins prénataux insuffisants et à des issues défavorables à la naissance, ce qui a des répercussions sur la santé intergénérationnelle (Bacciaglia et coll., 2023; Catherine et coll., 2025; Weckman & Farrugia, 2025), démontrant ainsi comment le genre, le colonialisme et l'autochtonité s'entrecroisent pour façonner les risques sanitaires.

### *7.3.1 Femmes autochtones en bonne santé, familles et communautés en bonne santé*

Si les femmes autochtones du Canada étaient traitées équitablement et sans discrimination, la santé globale des communautés autochtones s'améliorerait considérablement, car ces femmes jouent un rôle essentiel dans le bien-être social, culturel et économique de leurs nations. Selon l'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC, 2019), la discrimination systémique et la violence à l'égard des femmes autochtones contribuent à des résultats de santé défavorables, notamment des taux plus élevés de maladies chroniques, des problèmes de santé mentale et un accès limité à des soins de santé de qualité (Association des femmes autochtones du Canada). Un traitement équitable permettrait aux femmes

autochtones d'accéder à des soins de santé, à l'éducation et à des occasions économiques équitables, améliorant ainsi tant leur santé individuelle que celle de leur famille (AFAC, 2019). De plus, les femmes autochtones sont souvent gardiennes du savoir et aidantes au sein de leurs communautés, et lorsqu'elles sont soutenues, elles jouent un rôle crucial dans le renforcement de la continuité culturelle et l'éducation des générations futures en bonne santé (Nelson & Wilson, 2018). La lutte contre la discrimination envers les femmes autochtones est donc essentielle pour briser les cycles de marginalisation et améliorer les déterminants sociaux de la santé, ce qui favorise à son tour une plus grande résilience communautaire et un bien-être général accru (Assemblée des Premières Nations, 2024). Ainsi, promouvoir l'équité entre les sexes et éliminer la discrimination envers les femmes autochtones est essentiel pour la santé et la vitalité des peuples autochtones partout au Canada.

#### *7.4 Enjeux émergents*

##### *7.4.1 Changement climatique, racisme environnemental et solastalgie*

L'interaction entre le changement climatique, la souveraineté alimentaire et les déterminants sociaux et structurels se combine pour avoir une incidence significative et croissante sur la santé des peuples autochtones. La solastalgie désigne la profonde détresse émotionnelle ou existentielle ressentie lorsque son environnement de vie se dégrade ou se modifie progressivement (Albrecht et coll., 2007). Pour les peuples autochtones, dont l'identité culturelle, la santé et les moyens de subsistance sont intimement liés à la terre et aux systèmes alimentaires traditionnels, la solastalgie se manifeste de manière très profonde. Les changements climatiques qui affectent actuellement les ressources terrestres, hydriques et alimentaires remettent en question les modes de savoir autochtones, le lien avec la terre et la continuité culturelle, amplifiant ainsi les problèmes de santé mentale tout en accentuant les inégalités en matière de santé physique (Albrecht et coll., 2007; Comtesse et coll., 2021).

Le racisme environnemental désigne l'exposition disproportionnée des peuples autochtones et d'autres communautés marginalisées aux risques environnementaux et aux polluants, due à une discrimination systémique dans les politiques, la réglementation et l'application des lois en matière d'environnement (Bullard, 2005; Nations Unies, 2020). Cette situation résulte souvent de l'implantation de sites de déchets toxiques, d'industries polluantes et de projets d'extraction de ressources sur ou à proximité des terres autochtones, à laquelle s'ajoute un pouvoir politique limité pour s'opposer à ces décisions (Mohai et coll., 2009).

L'insécurité alimentaire liée au climat (IALC) survient lorsque le changement climatique perturbe la disponibilité, la sécurité et l'accessibilité des sources alimentaires traditionnelles des Autochtones. Cela peut se produire en raison de l'évolution des conditions météorologiques entraînant, par exemple, une couverture de glace plus courte sur les lacs, une dégradation de l'environnement telle que la pollution des eaux, ou encore une diminution des populations d'animaux sauvages et une modification des schémas de migration. Ces facteurs de stress compromettent la souveraineté alimentaire autochtone, définie comme le droit d'accéder aux pratiques alimentaires traditionnelles, de les contrôler et de les préserver, lesquelles sont essentielles à la santé des communautés et à la survie culturelle (Kukutai & Taylor, 2016; Power, 2008).

Les changements climatiques aggravent les impacts coloniaux historiques et persistants qui ont restreint l'accès des populations autochtones à leurs territoires traditionnels et imposé des réglementations sur leurs pratiques de subsistance. Cela accroît la dépendance à des aliments du marché coûteux, et souvent moins nutritifs, favorisant d'importantes inégalités de santé (Willows et coll., 2012). Les ménages autochtones, en particulier dans le Nord, sont touchés par l'insécurité alimentaire à des taux disproportionnés (jusqu'à 28 % contre 13 % dans les ménages non autochtones), ce qui s'accompagne d'une prévalence accrue des maladies chroniques, de problèmes de santé mentale et d'une augmentation des coûts des soins de santé (Power, 2008; Willows et coll., 2012).

Les environnements contaminés ont des impacts évidents sur la santé des peuples autochtones, se traduisant par une augmentation des taux de maladies respiratoires, de cancers, de maladies d'origine hydrique et d'autres affections chroniques liées à l'exposition à l'air, à l'eau et aux sols contaminés (C. Reading & Wein, 2009; Assemblée générale des Nations Unies, 2019). La dégradation de l'environnement affecte également les sources alimentaires traditionnelles et les pratiques culturelles liées à la terre, ce qui entraîne des problèmes de santé physique, mentale et sociale et contribue aux inégalités persistantes en matière de santé au sein des communautés autochtones (C. Reading & Wien, 2009b).

L'intégration des politiques climatiques, environnementales et alimentaires est cruciale pour traiter ces déterminants de la santé qui s'entrecroisent. Soutenir le leadership autochtone en fournissant un financement et des ressources stables permet de renforcer les solutions communautaires (Power, 2008).

#### *7.4.2 Évolution démographique*

Les peuples autochtones du Canada connaissent actuellement d'importants changements démographiques, notamment une croissance démographique, une urbanisation, une évolution de la répartition par âge et une dynamique des genres en mutation. Ces transformations démographiques exigent des adaptations réceptives des politiques de santé et de la planification des soins de santé afin de répondre de manière efficace et équitable aux besoins émergents.

Selon le recensement canadien de 2021, la population autochtone a connu une croissance substantielle, dépassant le taux de croissance de la population non autochtone (Statistique Canada, 2022a). La population est également nettement plus jeune; environ 50 % des Autochtones ont moins de 25 ans, contre 27 % de la population non autochtone (C. Reading & Wien, 2009b). L'urbanisation s'accélère, car les Autochtones sont désormais plus nombreux à vivre en ville qu'en réserve (Anderson et coll., 2016) ce qui complique l'accès à des services de santé culturellement sécuritaires, traditionnellement destinés aux communautés rurales ou vivant en réserve.

#### Besoins de soins spécifiques au genre

Les structures familiales et communautaires autochtones évoluent également, avec une attention croissante portée aux identités métisses et inuites, dont les besoins en matière de santé et l'accès aux services diffèrent de ceux des populations des Premières Nations (Greenwood & de Leeuw, 2012). On reconnaît de plus en plus que les identités bispirituelles et non binaires nécessitent des soins plus sécuritaires et affirmant le genre, ce qui influe sur les besoins en soins de santé et la prestation de services (Browne, Smye et coll., 2016).

Comme indiqué précédemment, le genre joue un rôle crucial dans l'évolution de l'état de santé des peuples autochtones. Les femmes autochtones sont confrontées à des taux disproportionnellement plus élevés de violence, de maladies chroniques et de troubles de santé mentale par rapport aux hommes autochtones et à leurs homologues non autochtones (Smylie et coll., 2011). Les personnes autochtones de genre divers, y compris les personnes bispirituelles, se heurtent souvent à des obstacles aggravés liés à la stigmatisation, à la discrimination et à l'offre limitée de services adaptés à leur culture (Ross et coll., 2018). Ces identités croisées doivent être prises en compte dans les politiques de santé afin d'assurer un accès inclusif et équitable aux soins.

Le genre influence les comportements en matière de recours aux soins : les femmes autochtones sont plus susceptibles de recourir aux services de santé, mais elles sont également plus exposées à des obstacles systémiques, notamment l'insensibilité culturelle et le racisme dans les milieux de soins de santé (Browne, Varcoe, et coll., 2016). Les politiques de santé doivent s'attaquer explicitement à ces disparités de genre, en assurant des soins et des services tenant compte des traumatismes, qui reconnaissent et respectent la diversité des identités de genre.

Ces changements démographiques et liés au genre ont une incidence significative sur les politiques de santé. La population autochtone plus jeune nécessite des soins préventifs et axés sur les jeunes, notamment des services de santé mentale adaptés aux risques et aux expériences spécifiques à chaque genre (Kirmayer et coll., 2021). L'urbanisation accentue le besoin de soins de santé accessibles et culturellement sécuritaires dans les villes, compte tenu des obstacles spécifiques au genre auxquels les peuples autochtones peuvent être confrontés en milieu urbain (C. A. Richmond & Ross, 2009).

Le double fardeau des maladies transmissibles et chroniques au sein d'une population vieillissante, mais encore relativement jeune nécessite des services de santé intégrés qui tiennent compte des schémas de morbidité liés au genre et des priorités sanitaires divergentes. L'autodétermination des peuples autochtones et la souveraineté des données restent essentielles, car elles permettent la collecte et l'utilisation de données désagrégées afin de cerner les besoins de santé spécifiques à chaque genre et d'y répondre efficacement (Smylie et coll., 2019).

La planification des soins de santé doit prioriser des approches culturellement sécuritaires et tenant compte des traumatismes, qui intègrent les visions du monde autochtones et respectent la diversité des identités de genre. Les investissements dans les centres de santé urbains dirigés par des Autochtones sont essentiels pour offrir des services adaptés qui répondent aux besoins de santé complexes des populations autochtones en milieu urbain, y compris des mesures de soutien spécifiques aux femmes, aux personnes bispirituelles et aux personnes de diverses identités de genre.

Les stratégies d'engagement des jeunes doivent inclure des cadres qui reconnaissent la diversité des identités de genre et des expériences, en favorisant la résilience en matière de santé mentale et les occasions de leadership dans la prise de décision en matière de santé. Les approches intégrées et axées sur la communauté, qui associent la médecine

traditionnelle autochtone à la médecine occidentale, devraient également intégrer une perspective de genre, afin de garantir que les interventions sanitaires soient équitables et réceptives aux besoins.

Le nombre croissant de jeunes autochtones place l'éducation au premier plan des considérations en matière de politique sanitaire et sociale. L'éducation est un déterminant social clé de la santé qui influe sur les occasions d'emploi, les revenus et la littératie en santé, autant d'éléments essentiels pour les résultats de santé à long terme (C. Reading & Wien, 2009b). Il est essentiel d'améliorer l'accès à une éducation de haute qualité et adaptée à la culture, qui soutienne les langues, l'histoire et les perspectives autochtones. Le renforcement des systèmes éducatifs peut autonomiser les jeunes autochtones, améliorer les résultats en matière de santé mentale et physique, et remédier aux disparités intergénérationnelles en matière de santé (Greenwood & de Leeuw, 2012).

L'amélioration de l'infrastructure de données autochtone en mettant l'accent sur les données de genre désagrégées permettra de déterminer les disparités et de cibler plus efficacement les interventions. Les politiques doivent également s'attaquer au racisme systémique et à la violence sexospécifique, qui constituent des déterminants fondamentaux influençant les résultats en matière de santé.

L'évolution démographique et les dynamiques de genre au sein des peuples autochtones du Canada exigent des politiques de santé qui soient souples, ancrées dans la culture et réceptives à la dimension de genre. Il est essentiel de prendre en compte les besoins intersectionnels spécifiques des femmes autochtones, des personnes bispirituelles et des personnes de diverses identités de genre, parallèlement aux tendances générales de la population, afin de promouvoir l'équité en matière de santé et l'autodétermination des peuples autochtones dans la planification et la prestation des soins de santé.

## **8. Synthèse des politiques et recommandations**

### *8.1 Synthèse des politiques*

Les obligations du Canada affectant la santé des Autochtones découlent avant tout des relations issues des traités ainsi que de la reconnaissance et de l'affirmation constitutionnelles des droits « autochtones » et des droits issus des traités (art. 35), qui, ensemble, établissent un cadre de relations de nation à nation régissant les responsabilités liées au bien-être, aux terres,

aux moyens de subsistance et à l'entraide. Dans la pratique, cependant, la mise en œuvre de ces engagements constitutionnels et conventionnels en matière de gouvernance et de financement de la santé reste inégale d'une région à l'autre et d'une population à l'autre, ce qui se traduit par des disparités en matière d'accès et de responsabilité.

Au niveau international, la DNUDPA réaffirme le droit des peuples autochtones de bénéficier du meilleur état de santé physique et mental possible et de préserver leurs médecines traditionnelles et leurs pratiques de santé (y compris l'accès aux services de santé sans discrimination). La Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) du Canada exige que des mesures fédérales soient prises pour assurer la cohérence de la législation canadienne avec la DNUDPA et pour élaborer et mettre en œuvre un plan d'action, établissant ainsi une plateforme législative pour le travail de mise en œuvre des droits qui touche directement la politique de santé (Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, 2021).

La CRPA et la CVR constituent les cadres de réconciliation nationale les plus largement reconnus, qui façonnent le discours et les attentes en matière de politique de santé autochtone. Les appels à l'action de la CVR préconisent explicitement un changement systémique au sein des systèmes de santé (notamment la reconnaissance des pratiques de guérison autochtones et la réduction mesurable des écarts de santé). Ces cadres se reflètent dans de nombreuses stratégies fédérales et provinciales, mais leur mise en œuvre est souvent partielle, limitée dans le temps et n'est pas systématiquement liée à un transfert de gouvernance exécutoire.

Loi canadienne sur la santé (LCS) : La LCS définit les conditions dans lesquelles les provinces et les territoires peuvent bénéficier de la totalité des contributions financières fédérales en espèces pour les services de santé assurés, renforçant ainsi le rôle des provinces et des territoires dans les soins « assurés » (médecins et hôpitaux). La LCS ne résout toutefois pas les complexités de compétences qui surviennent souvent en ce qui concerne les services destinés aux Premières Nations et aux Inuits (y compris la prestation de services dans les réserves et en milieu éloigné), et elle n'établit pas non plus de mécanismes de gouvernance ou de responsabilisation spécifiques aux Autochtones (Loi canadienne sur la santé, 1985).

Programmes de santé de Services aux Autochtones Canada (SAC) : SAC finance ou offre directement des programmes de santé destinés aux Premières Nations et aux Inuits, qui viennent compléter les services couverts par les régimes provinciaux et territoriaux (p. ex., les soins

primaires, la promotion de la santé et d'autres formes de soutien). Cela comprend le programme des services de santé non assurés (SSNA), qui offre une couverture pour certains avantages non couverts par ailleurs (p. ex., médicaments, soins dentaires et ophtalmologiques, fournitures et équipement médicaux, services de counseling en santé mentale et transport médical) aux membres des Premières Nations inscrits et aux Inuits reconnus.

Bien que le programme SSNA constitue un mécanisme d'accès essentiel, il repose sur des politiques, présente une complexité administrative et est structuré autour de catégories d'admissibilité qui ne reflètent pas l'ensemble des titulaires de droits autochtones (Services aux Autochtones Canada, 2025).

Le principe de Jordan fonctionne comme un mécanisme essentiel de protection des droits visant à garantir un accès substantiellement égal aux services pour les enfants des Premières Nations et à réduire les préjudices causés par les conflits de compétence et un financement inéquitable. L'évolution continue de ce domaine (y compris les règlements et les étapes clés de mise en œuvre) illustre à la fois l'ampleur de la discrimination historique et la nécessité persistante d'adopter, dans les services de santé et les services sociaux, des approches exécutoires qui accordent la priorité à l'enfant. Il convient de noter qu'à la date de publication du présent document, une procédure judiciaire est en cours, dans le cadre de laquelle des titulaires de droits autochtones contestent les retards considérables pris par le gouvernement dans le traitement de milliers de demandes fondées sur le principe de Jordan (SIS-Moqon, 2025).

Les innovations en matière de gouvernance dirigées par les autochtones fournissent une validation de principe que les changements structurels permettent d'améliorer les systèmes. L'Entente sur la gouvernance sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique, formalisée par l'Accord-cadre tripartite, est un exemple majeur de l'évolution de la planification, de la conception et de la mise en œuvre vers la gouvernance assurée par les Premières Nations et la responsabilité fondée sur le partenariat (Autorité sanitaire des Premières Nations, 2026).

### *8.2 Lacunes politiques et enjeux structurels*

Écart entre les droits et leur mise en œuvre : Le Canada dispose de cadres normatifs solides (CRPA, CVR, DNUDPA) et d'une reconnaissance constitutionnelle, mais la politique de santé est encore fréquemment mise en œuvre par le biais de programmes discrétionnaires plutôt que sur la base de droits exécutoires et d'obligations réciproques.

Fragmentation des compétences et dilution de la responsabilité : La division des pouvoirs et la gouvernance à plusieurs niveaux peuvent donner lieu à une rhétorique du « pas de mauvaise porte » sans pour autant se traduire dans la réalité par une politique de « pas de refus », en particulier pour les communautés isolées et pour les services situés à la croisée des domaines de la santé, du social et des services éducatifs (où le principe de Jordan s'est avéré nécessaire à titre de mesure corrective).

Admissibilité et inégalité inhérente : De nombreux programmes fédéraux sont liés à des catégories juridiques ou administratives spécifiques (p. ex., l'admissibilité au programme SSNA), ce qui peut exclure ou compliquer l'accès pour les Métis, les Autochtones non inscrits et les populations autochtones urbaines, malgré des cadres juridiques qui reconnaissent les peuples autochtones de manière plus large.

La sécurité culturelle et le racisme ne sont pas systématiquement considérés comme des enjeux liés à la qualité et à la sécurité : bien que la sécurité culturelle soit largement évoquée, elle n'est pas systématiquement intégrée en tant que norme de qualité réglementée, assortie de responsabilités claires, de ressources, de mesures de soutien au personnel et d'indicateurs d'évaluation. Il convient toutefois de noter que Santé Ontario et le Conseil des normes du Canada rédigent actuellement des normes de qualité en matière de sécurité culturelle (Conseil canadien des normes, 2024).

Souveraineté des données et mesures significatives : la gouvernance autochtone en matière de données de santé, de mesure du rendement et d'évaluation reste inégale; en l'absence d'indicateurs définis par les Autochtones et d'approches de collecte de données respectueuses de l'éthique des Autochtones, des Métis et des Inuits (PCAP®), les rapports peuvent reproduire des discours déficitaires et affaiblir le contrôle des communautés sur les solutions.

Financement à court terme et « projetisation » : De nombreuses initiatives prometteuses dépendent d'un financement basé sur des propositions et limité dans le temps, ce qui nuit à la continuité, à la stabilité de la main-d'œuvre et à la planification à long terme.

### *8.3 Recommandations générales*

1. Mettre en œuvre les recommandations issues des rapports phares publiés précédemment

Une enquête approfondie et un leadership communautaire autochtone ont déjà tracé une voie claire à suivre. Des cadres fondamentaux, notamment les *Appels à l'action* de la Commission de vérité et réconciliation, le rapport

« *In Plain Sight* » de l’Autorité sanitaire des Premières Nations et les *Appels à la justice* de l’Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, énoncent des obligations concrètes fondées sur les droits, la sécurité et l’autodétermination (Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, 2019b; la Commission vérité et réconciliation du Canada, 2015a; Turpel-Lafond, 2020)

La lacune dans les politiques ne réside pas dans l’absence de recommandations, mais dans la non-application des recommandations existantes. Les gouvernements doivent agir en partenariat avec les peuples autochtones, en s’appuyant sur un financement durable adapté à leurs spécificités, une obligation de rendre compte transparente et la publication régulière de rapports publics sur les progrès accomplis, et mettre en œuvre les recommandations déjà formulées.

2. Passage d’une politique de santé « basée sur des programmes » à une politique de santé « fondée sur la mise en œuvre des droits »

Utiliser la loi DNUDPA comme un levier concret pour aligner les lois et politiques fédérales en matière de santé sur les droits liés à la santé énoncés dans la DNUDPA (y compris les médecines traditionnelles et l’accès non discriminatoire aux soins), en fixant des cibles et des échéances transparentes pour la réforme, ainsi que des conséquences en cas de non-respect des cibles définies par les peuples autochtones.

3. Élaborer conjointement une législation sur la santé autochtone fondée sur les spécificités, assortie d’engagements exécutoires

Prioriser la législation (ou des accords intergouvernementaux contraignants) qui clarifie les rôles des dirigeants autochtones et des partenaires gouvernementaux, assure un financement stable et reconnaît la compétence autochtone en matière de santé, conformément à l’article 35 de la Loi constitutionnelle et à la DNUDPA.

4. Renforcer le transfert de gouvernance autochtone et les autorités sanitaires dirigées par les Autochtones

Considérer les modèles de gouvernance dirigés par les Autochtones (p. ex., la gouvernance tripartite de la santé en Colombie-Britannique et d’autres modèles) comme des réformes systémiques fondées sur des données probantes, et non comme des projets pilotes. Soutenir la capacité régionale de gouvernance autochtone par des ententes de responsabilisation et un financement stable.

5. Intégrer la sécurité culturelle et l'antiracisme comme normes fondamentales de sécurité des patients

Exiger que les systèmes de santé mettent en œuvre des normes de sécurité culturelle, des procédures de plainte et des mesures de soutien au personnel, sous la direction des communautés autochtones. Lier le respect de ces normes à l'accréditation, au financement et à la responsabilité des dirigeants.

6. Rendre effectif le principe de « non-refus de services » tout au long de la vie

Renforcer et élargir l'effet concret du principe de Jordan en assurant un accès rapide aux services médicalement nécessaires et favorisant le bien-être, sans retard lié aux compétences, tout en réduisant la dépendance aux recours au cas par cas en corrigeant les inégalités structurelles de financement en amont, y compris les différences d'accès pour les enfants métis et les enfants des Premières Nations non inscrits.

7. Moderniser le programme SSNA en mettant l'accent sur l'équité, l'accès et la justice administrative

Simplifier les processus, renforcer les soutiens en matière d'appel et de navigation, et s'assurer que la couverture est conforme aux normes de soins actuelles (y compris les aides au bien-être mental et les réalités du transport médical), tout en élaborant conjointement des réformes de gouvernance qui tiennent compte de l'autorité autochtone et des obstacles concrets à l'accès.

8. Promouvoir la souveraineté des données autochtones et les mesures de bien-être définies par les Autochtones

Investir dans une infrastructure de données dirigée par les Autochtones, dans des indicateurs définis par la communauté et dans une gouvernance qui soutient les principes de gouvernance des données alignés sur PCAP® et dirigés par les Inuits et les Métis. Veiller à ce que les cadres d'évaluation rehaussent les facteurs de protection (langue, territoire, liens familiaux, continuité culturelle) parallèlement aux mesures cliniques.

9. Réorienter les investissements vers la prévention, les interventions axées sur la terre et la continuité culturelle, ainsi que le renforcement des capacités communautaires

Renforcer les mesures dont les communautés autochtones ont déjà démontré l'efficacité : la santé maternelle et infantile fondée sur la culture, la prévention des maladies chroniques, et des stratégies de bien-être mental fondées sur la terre et la culture, financées de façon durable, et non pas sous forme de projets à court terme.

Tableau 1 : Mesures prioritaires, données probantes à l'appui, parties responsables, indicateurs de progrès et calendrier indicatif

Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada Février 2026

<b>Recommandation (tirée du point 8.3)</b>	<b>Fondée sur des données probantes</b>	<b>Principales parties responsables</b>	<b>Indicateurs clés</b>	<b>Calendrier</b>
Mettre en œuvre une politique de santé fondée sur les droits et conforme à la DNUDPA	Articles 23 et 24 de la DNUDPA; Appels 18 à 24 de la CVR; CRPA	Gouvernement fédéral; gouvernements autochtones; gouvernements provinciaux et territoriaux	Cibles sanitaires du plan d'action de la DNUDPA atteintes; législation et politiques modifiées pour assurer la cohérence	Court à moyen terme (1 à 3 ans)
Élaborer conjointement une législation en matière de santé autochtone fondée sur les distinctions	Jurisprudence relative à l'article 35; accords tripartites de l'ASPN	Gouvernements autochtones; Canada; gouvernements provinciaux et territoriaux	Législation adoptée; accords de financement stables; étapes clés du transfert de gouvernance	Moyen terme (3 à 5 ans)
Développer les autorités sanitaires dirigées par les Autochtones et les modèles de gouvernance	Évaluations de l'ASPN; partenariat Tui'kn; littérature internationale sur la gouvernance autochtone	Gouvernements autochtones; Canada; gouvernements provinciaux et territoriaux	Nombre d'autorités dirigées par les Autochtones; mesures d'intégration des services; confiance déclarée par les patients	Moyen terme (3 à 5 ans)
Intégrer la sécurité culturelle comme norme réglementaire de qualité et de sécurité	Appels n° 19 à 24 de la CVR; documentation sur le racisme anti-autochtone	Ministères provinciaux et territoriaux de la Santé; organismes de réglementation; organismes d'accréditation	Adoption de normes de sécurité culturelle; résolution des plaintes; achèvement de la formation du personnel	Court à moyen terme (1 à 3 ans)
Mettre en œuvre le principe de « non-refus de services » tout au long de la vie	Principe de Jordan; décisions du Tribunal canadien des droits de la personne	Gouvernements provinciaux et territoriaux; gouvernements autochtones souveraineté des Autochtones en matière de données	Réduction des délais de prestation des services; diminution du nombre de réclamations au titre du Principe de Jordan (PJ) au fil du temps	Court terme (1 à 2 ans)
Moderniser le programme SSNA pour garantir l'équité et l'accès	Rapports du vérificateur général; études sur l'accès aux soins	Services aux Autochtones Canada; partenaires autochtones	Délais d'approbation; résultats des appels; satisfaction des clients	Court à moyen terme (1 à 3 ans)
Renforcer la souveraineté des données autochtones	PCAP®; cadres de gouvernance des données inuits et métis	Gouvernements autochtones; gestionnaires de données; systèmes de santé	Accords sur les données gérés par les Autochtones; indicateurs définis par les Autochtones	Moyen terme (3 à 5 ans)
Poursuivre les investissements dans la prévention, les pratiques liées à la terre et la continuité culturelle	Documentation sur les déterminants de la santé; données probantes sur la guérison liée à la terre	Gouvernements autochtones; bailleurs de fonds	Financement pluriannuel stable; indicateurs de bien-être; participation des jeunes	Moyen à long terme (5 ans et plus)

#### *8.4 Recommandations au niveau des systèmes : de l'engagement à l'action*

Pour traduire les engagements fondés sur les droits en une amélioration des résultats sanitaires, il faut des stratégies de mise en œuvre délibérées au niveau du système, une responsabilité partagée et un suivi transparent. S'appuyant directement sur les recommandations énoncées à la section 8.3, le tableau 1 répertorie les actions prioritaires, les données probantes à l'appui, les parties responsables, les indicateurs de progrès et les échéanciers indicatifs. Ce tableau se veut un outil politique pratique destiné à soutenir une action coordonnée entre les provinces et territoires, tout en respectant la gouvernance autochtone et les approches fondées sur les distinctions.

#### *8.5 Mécanismes de mise en œuvre et de suivi*

Une mise en œuvre efficace exige d'aller au-delà des engagements ambitieux pour mettre en place des mécanismes de responsabilité exécutoires, transparents et définis par les Autochtones. L'un des principaux atouts des systèmes dirigés par les Autochtones réside dans l'importance qu'ils accordent à la responsabilité relationnelle : il ne s'agit pas seulement de rendre des comptes aux institutions, mais aussi aux communautés, aux générations futures et à la terre.

Les principaux mécanismes de mise en œuvre et de suivi devraient inclure :

##### 1. Indicateurs de succès définis par les Autochtones

Les cadres de suivi doivent accorder la priorité aux conceptions autochtones du bien-être, notamment la continuité culturelle, la revitalisation linguistique, les relations avec la terre, la sécurité communautaire et la confiance dans les services, parallèlement aux indicateurs cliniques conventionnels. Ce changement va à l'encontre des rapports basés sur le déficit et aligne l'évaluation sur les valeurs et les priorités autochtones.

##### 2. Rapports publics liés aux engagements en matière de droits

Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux devraient rendre compte publiquement et régulièrement des progrès accomplis dans la mise en œuvre des obligations en matière de santé découlant de la CVR, de la DNUDPA et des traités, en utilisant des indicateurs définis par les Autochtones. Ces rapports devraient être transparents, accessibles et interprétés conjointement avec les partenaires autochtones.

### 3. Surveillance indépendante dirigée par des Autochtones

Les organismes de surveillance dirigés par les Autochtones — aux niveaux national et régional — peuvent jouer un rôle essentiel dans le suivi de la mise en œuvre, la détection des obstacles et la formulation de recommandations de mesures correctives. Ces organismes renforcent la responsabilité tout en respectant la gouvernance et les ordres juridiques autochtones. Les auteurs reconnaissent que cette idée a déjà été proposée – notamment avec le Conseil national de réconciliation – mais que ce Conseil, créé une décennie après la publication du rapport de la CVR, n’a toujours pas produit de rapport (Gouvernement du Canada, 2025). Nous recommandons donc qu’un calendrier de rapport structuré soit intégré dans le mandat de ces organismes de surveillance.

### 4. Financement à long terme et stabilité des politiques

Un financement pilote à court terme nuit à la mise en œuvre et au suivi. Des ententes de financement pluriannuelles et prévisibles sont essentielles pour soutenir la stabilité de la main-d’œuvre, le développement des infrastructures et l’évaluation longitudinale.

#### *8.6 Cadres de co-élaboration et de responsabilité partagée*

L’élaboration conjointe n’est pas une simple consultation; il s’agit de l’exercice partagé de l’autorité. Du point de vue des politiques autochtones, une élaboration conjointe significative nécessite une participation précoce, soutenue et dotée de ressources suffisantes des gouvernements et organisations autochtones à l’élaboration, à la conception, à la mise en œuvre et à l’évaluation des programmes.

Les cadres de responsabilité partagée doivent reposer sur les principes suivants :

1. Reconnaissance de la compétence et du droit autochtones, conformément à l’article 35 et à la DNUDPA
2. Des approches basées sur les distinctions qui reflètent les droits, histoires et priorités propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis
3. Une responsabilité réciproque, dans le cadre de laquelle les gouvernements rendent compte à leurs partenaires autochtones des résultats obtenus, et non pas simplement des dépenses engagées
4. Le renforcement des capacités, afin de garantir que les gouvernements autochtones disposent des infrastructures, des données et la main-d’œuvre nécessaires pour exercer efficacement leur autorité

Des exemples tels que l'ASPN et le partenariat Tui'kn montrent que lorsque l'élaboration conjointe est intégrée aux structures de gouvernance — plutôt que simplement ajoutée aux programmes —, les systèmes de santé deviennent plus équitables, plus réceptifs et inspirent davantage confiance. La mise en œuvre à l'échelle nationale de telles approches constitue l'une des voies les plus prometteuses pour faire progresser la réconciliation dans le domaine de la santé.

## 9. Voies vers un changement de politique

Pour faire progresser l'équité en matière de santé des Autochtones au Canada, il ne suffit pas d'énoncer des principes ou de recenser les disparités; il faut mettre en place des voies claires, dotées de ressources et applicables en vue d'un changement de politique, qui soient dirigées par les Autochtones et fondées sur les droits. S'appuyant sur les recommandations au niveau systémique présentées à la section 8, la présente section identifie des voies concrètes pour intégrer les priorités en matière de santé autochtone dans les stratégies nationales et provinciales, réformer les cadres législatifs et de financement afin de permettre une gouvernance autochtone, favoriser de nouveaux modèles de partenariat et soutenir une mise en œuvre progressive et durable. Dans leur ensemble, ces voies soulignent que la réconciliation dans le domaine de la santé doit se traduire concrètement par une gouvernance, une responsabilisation et des investissements à long terme, plutôt que par des engagements symboliques ou des programmes à court terme.

### *9.1 Intégrer les priorités de santé autochtone dans les stratégies nationales et provinciales*

Une voie fondamentale du changement consiste à intégrer de manière explicite et cohérente les priorités en matière de santé autochtone dans les stratégies nationales et provinciales/territoriales de santé. Malgré les engagements répétés pris dans le cadre de la Commission de vérité et réconciliation du Canada, de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et de la Commission royale sur les peuples autochtones, les enjeux liés à la santé des Autochtones ne sont toujours pas intégrés de manière uniforme dans la planification du système de santé; ils sont souvent considérés comme des responsabilités parallèles ou complémentaires plutôt que comme des responsabilités fondamentales du système.

Une approche fondée sur les points forts recadre la santé des Autochtones non pas comme une question relative à une « population particulière », mais comme un indicateur central de la performance, de l'équité et de la légitimité du système de santé. Pour intégrer les priorités autochtones, il faut que les stratégies nationales et provinciales énoncent explicitement des objectifs définis par les Autochtones en matière de sécurité culturelle, d'accès aux soins, de continuité des soins, de développement de la main-d'œuvre et de bien-être communautaire, tout en prévoyant une responsabilité claire quant aux résultats. Cela implique notamment d'aligner les cibles de santé publique sur les conceptions autochtones du bien-être, en reconnaissant les facteurs de protection tels que la langue, le territoire, les liens de parenté et la continuité culturelle, parallèlement aux mesures cliniques conventionnelles.

Il est important d'intégrer les priorités autochtones qui doivent être fondées sur des distinctions, Il est essentiel que l'intégration des priorités autochtones repose sur des distinctions, en reconnaissant les droits, les structures de gouvernance et les priorités propres aux Premières Nations, aux Inuits et aux Métis. Une approche uniforme risque de reproduire les inégalités mêmes que ces stratégies visent à corriger. Les cadres nationaux devraient donc mettre en place des conditions propices, telles que la reconnaissance des droits, des engagements financiers et des mécanismes de responsabilisation, tout en aidant les gouvernements et les organisations autochtones à définir et à mettre en œuvre leurs priorités dans leurs propres contextes.

### *9.2 Réformes législatives et financières pour permettre la gouvernance autochtone*

Aucun changement politique significatif en matière de santé autochtone ne peut avoir lieu sans réformes législatives et financières permettant la gouvernance autochtone. Comme indiqué à la section 8, l'approche actuelle du Canada repose encore largement sur des programmes discrétionnaires et des ententes de contribution, qui restreignent l'autorité autochtone, nuisent à la planification à long terme et diluent la responsabilité. Pour évoluer vers des systèmes de santé fondés sur les droits, il faut passer d'un financement axé sur les programmes à des dispositions législatives et intergouvernementales qui reconnaissent la compétence des peuples autochtones et garantissent des ressources stables et prévisibles.

Les voies de réforme législative peuvent inclure une législation en matière de santé autochtone fondée sur des distinctions ou des accords intergouvernementaux contraignants qui clarifient les rôles et les responsabilités entre les gouvernements autochtones, fédéral et

provinciaux/territoriaux. Ces instruments devraient s'appuyer sur l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982 et être conformes aux obligations du Canada au titre de la DNUDPA, en particulier les droits à l'autodétermination et à la conception et à la mise en œuvre de programmes de santé conformes aux priorités autochtones. Il est essentiel que l'élaboration conjointe de la réforme législative avec les gouvernements autochtones ait lieu dès le début, et qu'elle s'accompagne de ressources suffisantes pour soutenir la participation, l'analyse juridique et les capacités de mise en œuvre.

La réforme du financement est tout aussi cruciale. Des mécanismes de financement pluriannuels et flexibles, qui soutiennent la planification dirigée par les Autochtones, le développement des effectifs, les infrastructures et l'évaluation, sont essentiels pour dépasser le stade des projets pilotes à court terme et de la « projetisation ». Les données probantes issues des modèles de gouvernance dirigés par les Autochtones montrent que, lorsque le financement s'aligne sur les structures d'autorité et de responsabilité autochtones, les systèmes de santé deviennent plus réceptifs, culturellement sécuritaires et efficaces. La réforme des mécanismes de financement n'est donc pas seulement une question d'équité, mais aussi d'efficacité et de viabilité du système.

### *9.3 Nouveaux modèles de partenariat : milieux universitaires, établissements de santé et leadership autochtone*

Bien que la gouvernance autochtone doive rester au cœur du processus, les partenariats avec les milieux universitaires et les établissements de santé peuvent jouer un rôle de soutien important lorsqu'ils reposent sur le respect, la réciprocité et le leadership autochtone. Les nouveaux modèles de partenariat offrent des occasions de renforcer la mise en œuvre des politiques, le développement de la main-d'œuvre, la recherche et l'évaluation, à condition qu'ils ne reproduisent pas les dynamiques d'exploitation ou coloniales.

Les établissements universitaires, en particulier, peuvent apporter leur contribution en alignant leurs missions d'enseignement, de recherche et de service sur les priorités en matière de santé autochtone. Cela implique notamment l'élaboration conjointe de programmes de recherche dirigés par les autochtones, le soutien à la souveraineté des données autochtones et la réforme de la formation des professionnels de la santé pour mettre l'accent sur la sécurité culturelle, l'antiracisme et les savoirs autochtones. Les partenariats qui intègrent le leadership autochtone au sein des

structures de gouvernance, plutôt que de reléguer les partenaires autochtones à des rôles consultatifs, sont plus susceptibles d'avoir une incidence significative et durable.

De même, les partenariats avec les établissements de santé peuvent favoriser une responsabilité partagée en matière de soins culturellement sécuritaires, d'amélioration de la qualité et de transformation du système. Les accords conclus sous l'égide des communautés autochtones avec les hôpitaux, les autorités sanitaires et les organismes de réglementation peuvent définir des attentes concernant la formation du personnel, la résolution des plaintes et la refonte des services. Lorsqu'ils s'inscrivent dans le cadre de la gouvernance et de la supervision autochtones, ces partenariats peuvent accélérer le changement tout en renforçant l'autorité autochtone, plutôt que de la compromettre.

#### *9.4 Feuille de route pour une mise en œuvre progressive*

Compte tenu de l'ampleur et de la complexité de la transformation du système de santé, une approche progressive de la mise en œuvre est à la fois pragmatique et nécessaire. Une feuille de route fondée sur les atouts reconnaît que les communautés et les gouvernements autochtones mènent déjà un travail de transformation, et que les changements politiques doivent s'appuyer sur les réussites existantes tout en s'attaquant aux obstacles structurels.

##### Phase 1 : Fondements et alignement (1 à 2 ans)

Cette phase vise à aligner les engagements politiques avec les cadres de droits et à établir des conditions favorables. Les actions clés incluent l'intégration des priorités de santé autochtone dans les stratégies nationales et provinciales, le lancement de processus d'élaboration conjointe en vue d'une réforme législative et du financement, ainsi que le renforcement des mécanismes de sécurité culturelle et de lutte contre le racisme en tant que normes de qualité et de sécurité.

##### Phase 2 : Transfert de gouvernance et renforcement des capacités (3 à 5 ans)

La deuxième phase met l'accent sur l'élargissement de la gouvernance autochtone et le renforcement des capacités à long terme. Cela inclut l'expansion des autorités sanitaires dirigées par les Autochtones et des mécanismes de gouvernance, la mise en œuvre de modèles de financement réformés, l'investissement dans le développement de la main-d'œuvre autochtone, ainsi que l'amélioration des systèmes de gouvernance des données et de mesure de la performance autochtones.

Phase 3 : Consolidation, évaluation et renouvellement (5 ans et plus)

La phase finale est axée sur la consolidation et l'amélioration continue. Une évaluation continue fondée sur des indicateurs définis par les Autochtones, la publication de rapports publics transparents et un contrôle assuré par les Autochtones favoriseront la responsabilisation et l'apprentissage. Cette phase crée également un espace propice au renouvellement, assurant que les systèmes de santé continuent d'évoluer en réponse aux priorités communautaires, aux changements démographiques et aux défis émergents tels que les effets du changement climatique sur la santé.

*9.5 En faveur de la justice en matière de santé et de la réconciliation dans la pratique*

Dans leur ensemble, ces voies de changement de politique affirment que la promotion de l'équité en matière de santé autochtone est à la fois un impératif de justice et une occasion concrète de renforcer les systèmes de santé pour tous. Les approches dirigées par les Autochtones et fondées sur les droits ne sont pas des idéaux utopiques; elles s'appuient sur des données probantes, sont opérationnelles et démontrent déjà leur incidence partout au Canada. Le défi auquel sont confrontés les décideurs politiques n'est pas un manque d'orientation, mais la nécessité d'une volonté politique soutenue, d'une responsabilité partagée et du courage de redistribuer le pouvoir, les ressources et l'autorité décisionnelle de manière à honorer les droits et le leadership autochtones.

## **10. En conclusion**

Améliorer la santé autochtone au Canada exige d'aller au-delà de la simple réforme des programmes et de s'engager dans une transformation structurelle fondée sur les droits, les relations et la responsabilité. Les données probantes examinées dans le présent rapport montrent que les inégalités persistent non pas parce que les solutions sont inconnues, mais parce que les systèmes de santé restent organisés autour du contrôle administratif plutôt que de la compétence et du partenariat autochtones.

La réconciliation dans le domaine de la santé doit donc se concrétiser par le biais de la gouvernance. Il est essentiel d'intégrer l'autorité autochtone dans la législation, les modalités de financement, la conception des services et les mécanismes de responsabilité afin d'aligner les systèmes de santé sur les

obligations découlant des traités, les droits constitutionnels prévus à l'article 35 et les normes internationales en matière de droits de la personne.

Cette évolution implique de transférer le pouvoir décisionnel, de soutenir les institutions gouvernées par les Autochtones et d'instaurer une responsabilité réciproque entre les gouvernements et les nations autochtones.

Une mise en œuvre efficace nécessite des mécanismes de financement durables, un suivi transparent lié aux engagements en matière de droits, des indicateurs de bien-être définis par les Autochtones et un contrôle indépendant mené par les Autochtones. Ces mécanismes garantissent la responsabilité non seulement envers les institutions, mais aussi envers les communautés, les générations futures et le territoire.

La voie à suivre est concrète et réalisable. Les modèles de gouvernance dirigés par les Autochtones, les soins ancrés dans la culture et les systèmes de données contrôlés par les communautés améliorent déjà les résultats partout au Canada. La généralisation de ces approches grâce à un financement durable, à des réformes législatives et à une élaboration conjointe peut transformer les systèmes de santé destinés aux peuples autochtones et renforcer la prise en charge de tous.

En fin de compte, faire progresser l'équité en matière de santé autochtone est à la fois une obligation légale et une occasion collective. Lorsque les droits des Autochtones guident les politiques, les systèmes de santé deviennent plus humains, plus fiables et plus efficaces. La tâche qui incombe aux gouvernements et aux institutions n'est donc pas de concevoir de nouvelles solutions, mais de respecter les engagements existants en alignant le pouvoir, les ressources et la responsabilité sur le leadership autochtone.

Ce n'est qu'à travers ce changement que le Canada pourra passer de la simple reconnaissance des inégalités à la réalisation de la justice en matière de santé.

## 11. Références

- Agrawal, S. K., & Zoe, C. (2024). Housing and Homelessness in Indigenous Communities of Canada's North. *Housing Policy Debate*, 34(1), 39–69. <https://doi.org/10.1080/10511482.2021.1881986>
- Albrecht, G., Sartore, G.-M., Connor, L., Higginbotham, N., Freeman, S., Kelly, B., Stain, H., Tonna, A., & Pollard, G. (2007). Solastalgia: The Distress Caused by Environmental Change. *Australasian Psychiatry*, 15(1\_suppl), S95–S98. <https://doi.org/10.1080/10398560701701288>
- Allan, B., & Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment: The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*.
- Anderson, M., Smylie, J., Fortune, L., & Hill, S. (2016). Urban Indigenous health: A statement of fundamental importance. *Canadian Journal of Public Health*, 107(3), 302–306.
- Assemblée des Premières Nations. (2024). *Breathing Life into the Calls for Justice PROGRESS ON Breathing Life into the Calls for Justice A CFJ PROGRESS REPORT*. [www.hopeforwellness.ca](http://www.hopeforwellness.ca)
- Bacciaglia, M., Neufeld, H. T., Neiterman, E., Krishnan, A., Johnston, S., & Wright, K. (2023). Indigenous maternal health and health services within Canada: a scoping review. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 23(1), 327. <https://doi.org/10.1186/s12884-023-05645-y>
- Bartlett, C., Marshall, M., & Marshall, A. (2012). Two-Eyed Seeing and other lessons learned within a co-learning journey of bringing together indigenous and mainstream knowledges and ways of knowing. *Journal of Environmental Studies and Sciences*, 2(4), 331–340. <https://doi.org/10.1007/s13412-012-0086-8>
- Batal, M., Chan, H. M., Fediuk, K., Ing, A., Berti, P., Sadik, T., & Johnson-Down, L. (2021). Importance of the traditional food systems for First Nations adults living on reserves in Canada. *Canadian Journal of Public Health = Revue Canadienne de Santé Publique*, 112(Suppl 1), 20–28. <https://doi.org/10.17269/s41997-020-00353-y>
- Bingham, B., Moniruzzaman, A., Patterson, M., Distasio, J., Sareen, J., O'Neil, J., & Somers, J. M. (2019). Indigenous and non-Indigenous people experiencing homelessness and mental illness in two Canadian cities: A retrospective analysis and implications for culturally informed action. *BMJ Open*, 9, 24748. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2018-024748>

Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada  
Février 2026

- Blanchet, R., Willows, N., Johnson, S., & Batal, M. (2020). Traditional food, health, and diet quality in syilx okanagan adults in british columbia, canada. *Nutrients*, 12(4). <https://doi.org/10.3390/nu12040927>
- Bourassa, C., McKay-McNabb, K., & Hampton, M. (2016). Racism, sexism, and colonialism: The impact on the health of Aboriginal women in Canada. *Canadian Woman Studies*, 15(2), 23–29.
- Browne, A. J., Smye, V., Rodney, P., Tang, S. Y., Mussell, B., & O’Neil, J. (2016). Access to primary care from the perspective of Aboriginal patients at an urban emergency department. *Qualitative Health Research*, 15(2), 253–268.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S., Krause, M., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*, 16(544).
- Browne, A. J., Varcoe, C., & Ward, C. (2021). San’yas Indigenous Cultural Safety Training as an Educational Intervention: Promoting Anti-Racism and Equity in Health Systems, Policies, and Practices. *The International Indigenous Policy Journal*, 12(3), 1–26. <https://doi.org/10.18584/iipj.2021.12.3.8204>
- Bullard, R. D. . (2005). *The quest for environmental justice : human rights and the politics of pollution*. Sierra Club Books.
- Fondation des sans-abri de Calgary. (2021). *Calgary 2021 point-in-time homeless count*.
- Loi canadienne sur la santé, Lois révisées du Canada (1985). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/>
- Réseau canadien des personnels de santé. (2009). *Leveraging Resources by Groups of Small Communities*.
- Canadian Human Rights Tribunal. (2016). *Canadian Human Rights Tribunal, Citation: 2016 CHRT 2, First Nations Child and Family Caring Society of Canada v. Assembly of First Nations*.
- Canadian Human Rights Tribunal. (2017). *Canadian Human Rights Tribunal, Citation: 2017 CHRT 7, First Nations Child and Family Caring Society of Canada v. Assembly of First Nations*.
- Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. (2025). Humilité culturelle et de sécurité culturelle dans la formation infirmière au Canada
- Institut canadien d’information sur la santé (2021). Mesurer la sécurité culturelle dans les systèmes de santé

- Institut canadien d'information sur la santé. (2025). *Measurement and Monitoring of Cultural Safety Interventions*.
- Canzani, F., Alquati, S., Bordin, F., Barillaro, C., De Angelis, M., Di Silvestre, G., Dispenza, S., Gobber, G., Magnani, C., Manno, P., Cosci, F., & Tanzi, S. (2025). Translation and Cross-Cultural Adaptation of the Instrument for the Diagnosis of the Complexity of Palliative Care Needs. *Palliative Medicine Reports*, 6(1). <https://doi.org/10.1089/pmr.2024.0065>
- Carroll, S. R., Akee, R., Chung, P., Cormack, D., Kukutai, T., Lovett, R., Suina, M., & Rowe, R. K. (2021a). Indigenous Peoples' Data During COVID-19: From External to Internal. *Frontiers in Sociology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.617895>
- Carroll, S. R., Akee, R., Chung, P., Cormack, D., Kukutai, T., Lovett, R., Suina, M., & Rowe, R. K. (2021b). Indigenous Peoples' Data During COVID-19: From External to Internal. *Frontiers in Sociology*, 6. <https://doi.org/10.3389/fsoc.2021.617895>
- Cass, J. (2025). *How Indigenous-led health education in remote communities can make reconciliation real*. <https://doi.org/10.64628/AAM.jt4uwds6n>
- Catherine, N. L. A., Leason, J., Marsden, N., Barker, B., Cullen, A., Simpson, A., Berry, B. A., Mohns, E., Yung, D., Zheng, Y., MacMillan, H., & Waddell, C. (2025). Understanding the experiences of young, urban, Indigenous mothers-to-be in British Columbia, Canada. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 25(1), 42. <https://doi.org/10.1186/s12884-024-07070-1>
- Chan, L., Receveur, O., Sharp, D., Schwartz, H., Ing, A., & Tikhonov, C. (2019). First Nations food environments: Exploring the role of traditional foods with a focus on the nutritional health of Indigenous peoples. *Canadian Journal of Public Health*, 110(5), 564–573.
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. (1998). Cultural Continuity as a Hedge against Suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191–219. <https://doi.org/10.1177/136346159803500202>
- Chandler, M. J., & Lalonde, C. E. (2008). Cultural continuity as a protective factor against suicide in First Nations youth. *Horizons*, 10(1), 68–72.
- Ville de Toronto. (2021). *2021 homeless enumeration report*.
- Comtesse, H., Ertl, V., Hengst, S. M. C., Rosner, R., & Smid, G. E. (2021). Ecological Grief as a Response to Environmental Change: A Mental Health Risk or Functional Response? *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(2). <https://doi.org/10.3390/ijerph18020734>

- Cooke, M., & Bélanger, D. (2006). Migration Theories and First Nations Mobility: Towards a Systems Perspective\*. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, 43(2), 141–164. <https://doi.org/10.1111/j.1755-618X.2006.tb02217.x>
- Cornell, S., & Kalt, J. P. (2007). *Two approaches to economic development on American Indian reservations: One works, the other doesn't*.
- Czyzewski, K. (2011). Colonialism as a Broader Social Determinant of Health. *International Indigenous Policy Journal*, 2(1). <https://doi.org/10.18584/iipj.2011.2.1.5>
- Davy, C., Harfield, S., McCarthur, A., Munn, Z., & Brown, A. (2016). Access to primary health care services for Indigenous peoples: A framework synthesis. *International Journal for Equity in Health*, 15(1), 163. <https://doi.org/10.1186/s12939-016-0450-5>
- Duran, E., & Duran, B. (1995). *Native American postcolonial psychology*. SUNY Press.
- Fazel, S., Geddes, J. R., & Kushel, M. (2014). The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384(9953), 1529–1540. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(14\)61132-6](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(14)61132-6)
- First Nations Health Authority. (2026). *First Nations Health Authority Overview*. <https://www.fnha.ca/about/fnha-overview>
- First Nations Information Governance Centre. (2014). *Ownership, Control, Access and Possession (OCAP™): The Path to First Nations Information Governance*.
- First Nations Information Governance Centre. (2020). *A First Nations Data Governance Strategy*. [chrome-extension://efahttps://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/FNIGC\\_FNDGS\\_report\\_EN\\_FINAL.pdf](chrome-extension://efahttps://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/FNIGC_FNDGS_report_EN_FINAL.pdf)
- Forget, E. L. (2011). The town with no poverty: The health effects of a Canadian guaranteed annual income field experiment. *Canadian Public Policy*, 37(3), 283–305.
- Gall, A., Anderson, K., Howard, K., Diaz, A., King, A., Willing, E., Connolly, M., Lindsay, D., & Garvey, G. (2021). Wellbeing of Indigenous Peoples in Canada, Aotearoa (New Zealand) and the United States: A Systematic Review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(11), 5832. <https://doi.org/10.3390/ijerph18115832>
- Gone, J. P. (2013). Redressing First Nations historical trauma: Theorizing mechanisms for indigenous culture as mental health treatment.

*Transcultural Psychiatry*, 50(5), 683–706.  
<https://doi.org/10.1177/1363461513487669>

- Goodwill, A. (2016). Internalized oppression and health disparities among Indigenous peoples. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 23(2), 1–21.
- Gouvernement du Canada. (1985). *Loi sur les Indiens*. <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5/TexteComplet.html>
- Gouvernement du Canada. (2019). *Loi sur les langues autochtones*, SC 2019, c 23.
- Gouvernement du Canada. (mars 2025). *Conseil national de réconciliation*. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1524503926054/1557514163015>
- Greenwood, M., & de Leeuw, S. (2012). Social determinants of health and the future well-being of Aboriginal children in Canada. *Paediatrics and Child Health*, 17(7), 381–384. <https://doi.org/10.1093/pch/17.7.381>
- Greenwood, Margo., De Leeuw, Sarah., & Lindsay, N. Marie. (2018). *Determinants of indigenous peoples' health : beyond the social*. Canadian Scholars.
- Gutierrez, B. V., Kaloostian, D., & Redvers, N. (2023). Elements of Successful Food Sovereignty Interventions within Indigenous Communities in the United States and Canada: a Systematic Review. *Current Developments in Nutrition*, 7(9), 101973. <https://doi.org/10.1016/j.cdnut.2023.101973>
- Harding, L., DeCaire, R., Delaurier-Lyle, K., Ellis, U., Schillo, J., & Turin, M. (2024). *La vitalité linguistique améliore la santé et le bien-être dans les communautés autochtones : une revue de cadrage*. <https://doi.org/10.1101/2024.08.20.24310741>
- Indigenous Services Canada. (2023a). *First Nations and Inuit in Canada Health and Wellness Indicators, Quick Stats, 2023 Edition*.
- Indigenous Services Canada. (2023b). *Rapport sur le bien-être économique des peuples autochtones au Canada*. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1690909773300/1690909797208>
- Services aux Autochtones Canada (2025). Santé des Autochtones. <https://www.sac-isc.gc.ca/fra/1569861171996/1569861324236>
- Intergovernmental Panel on Climate Change (IPCC). (2023). *Climate Change 2022 – Impacts, Adaptation and Vulnerability*. Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781009325844>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (s.d.). *SOCIAL DETERMINANTS OF INUIT HEALTH IN CANADA*. Consulté le 1er mars 2026 depuis Chrome--

[https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK\\_Social\\_Determinants\\_Report.pdf](https://www.itk.ca/wp-content/uploads/2016/07/ITK_Social_Determinants_Report.pdf)

- Johnson, C. (2020). "Willing Victims": The Prevalence of Violence And Public Discourse against Indigenous Women and Girls. *INvoke*, 5. <https://doi.org/10.29173/invoke48980>
- Kaye, J., & Glecia, A. (2025). "Why Do We Have to be Almost Dead to Qualify for Help?": Criminal Legal and Protection System Responses to Intimate Partner Violence Against Indigenous Women in Canada. *Canadian Review of Sociology/Revue Canadienne de Sociologie*, 62(3), 268–278. <https://doi.org/10.1111/cars.12492>
- Kenny, C., Faries, E., Fiske, J. A., & Voyageur, C. (2004). *A Holistic Framework for Aboriginal Policy Research*.
- Les principales inégalités de santé au Canada : un portrait national*. (2018). Agence de la santé publique du Canada = Agence de santé publique du Canada.
- Khawaja, M. (2021). Consequences and Remedies of Indigenous Language Loss in Canada. *Societies*, 11(3), 89. <https://doi.org/10.3390/soc11030089>
- Kim, P. J. (2019a). Social Determinants of Health Inequities in Indigenous Canadians Through a Life Course Approach to Colonialism and the Residential School System. In *Health Equity* (Vol. 3, Number 1, pp. 378–381). Mary Ann Liebert Inc. <https://doi.org/10.1089/heq.2019.0041>
- Kim, P. J. (2019b). Social Determinants of Health Inequities in Indigenous Canadians Through a Life Course Approach to Colonialism and the Residential School System. *Health Equity*, 3(1), 378–381. <https://doi.org/10.1089/heq.2019.0041>
- King, M., Smith, A., & Gracey, M. (2009). Indigenous health part 2: the underlying causes of the health gap. *The Lancet*, 374(9683), 76–85. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(09\)60827-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(09)60827-8)
- Kirmayer, L. J., Brass, G. M., & Tait, C. L. (2011). The mental health of Aboriginal peoples: Transformations of identity and community. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(7), 607–616.
- Kirmayer, L. J., Dandeneau, S., Marshall, E., Phillips, M., & Williamson, K. J. (2021). Rethinking resilience from Indigenous perspectives. *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(2), 119–123.

- Kolahdooz, F., Nader, F., & Sharma, S. (2017). Prevalence of food insecurity and associated factors among Indigenous communities in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 108*(4), 432–439.
- Kolahdooz, F., Nader, F., Yi, K. J., & Sharma, S. (2015a). Understanding the social determinants of health among Indigenous Canadians: Priorities for health promotion policies and actions. *Global Health Action, 8*(1).  
<https://doi.org/10.3402/gha.v8.27968>
- Kolahdooz, F., Nader, F., Yi, K. J., & Sharma, S. (2015b). Understanding the social determinants of health among Indigenous Canadians: priorities for health promotion policies and actions. *Global Health Action, 8*, 27968.  
<https://doi.org/10.3402/gha.v8.27968>
- Koncz, A. E., & Bill, L. (2024). Advancing First Nations Principles of OCAP®. In *Indigenous and Tribal Peoples and Cancer* (pp. 37–39). Springer Nature Switzerland. [https://doi.org/10.1007/978-3-031-56806-0\\_8](https://doi.org/10.1007/978-3-031-56806-0_8)
- Kovach, Margaret. (2010). *Indigenous methodologies : characteristics, conversations, and contexts*. University of Toronto Press.
- Kukutai, T., & Taylor, J. (2016). *Indigenous Data Sovereignty: Toward an Agenda*. ANU Press, The Australian National University.
- Lavoie, J. G. (2013a). Policy silences: why Canada needs a National First Nations, Inuit and Métis health policy. *International Journal of Circumpolar Health, 72*, 22690. <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.22690>
- Lavoie, J. G. (2013b). Policy silences: Why Canada needs a National First Nations, Inuit and Métis health policy. *International Journal of Circumpolar Health, 72*(1), 22690. <https://doi.org/10.3402/ijch.v72i0.22690>
- Lavoie, J. G., Forget, E. L., & Prakash, T. (2015). Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health. *Canadian Journal of Public Health, 106*(2), 88–94.
- Li, T., Fafard St-Germain, A.-A., & Tarasuk, v. (2022). *Household Food Insecurity in Canada*. <https://proof.utoronto.ca/>
- Loppie, C., & Wien, F. (2022). *Understanding Indigenous Health Inequalities Through a Social Determinants Model*.
- Loppie, Samantha., Reading, Charlotte., & De Leeuw, Sarah. (2020). *Indigenous experiences with racism and its impacts*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Manuel, A., & Derrickson, R. (2015). Unsettling Canada: A National Wake-Up Call. *Between the Lines*.

- Marmot, M. (2020). Health equity in England: the Marmot review 10 years on. *BMJ*, M693. <https://doi.org/10.1136/bmj.m693>
- Mashford-Pringle, A., Skura, C., Stutz, S., & Yohathasan, T. (2021). *Supplementary Report for the Chief Public Health Officer of Canada's Report on the State of Public Health in Canada*.
- Matheson, K., Seymour, A., Landry, J., Ventura, K., Arsenault, E., & Anisman, H. (2022a). Canada's Colonial Genocide of Indigenous Peoples: A Review of the Psychosocial and Neurobiological Processes Linking Trauma and Intergenerational Outcomes. In *International Journal of Environmental Research and Public Health* (Vol. 19, Number 11). MDPI. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116455>
- Matheson, K., Seymour, A., Landry, J., Ventura, K., Arsenault, E., & Anisman, H. (2022b). Canada's Colonial Genocide of Indigenous Peoples: A Review of the Psychosocial and Neurobiological Processes Linking Trauma and Intergenerational Outcomes. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(11), 6455. <https://doi.org/10.3390/ijerph19116455>
- McCallum, M. J. Logan., & Perry, Adele. (2018). *Structures of Indifference : an Indigenous Life and Death in a Canadian City*. University of Manitoba Press.
- McConkey, S., Iannace, J., Snyder, M., Bourgeois, C., & Smylie, J. (2024). Measuring Indigenous homelessness: Findings from Our Health Counts Toronto. *Canadian Journal of Public Health*, 115(S2), 227–238. <https://doi.org/10.17269/s41997-024-00974-7>
- McFadden, A., Lynam, M. J., & Hawkins, L. (2023). Two-Eyed Seeing as a strategic dichotomy for decolonial nursing knowledge development and practice. *Nursing Inquiry*, 30(4). <https://doi.org/10.1111/nin.12574>
- McGuire, M. M., & Murdoch, D. J. (2022). (In)-justice: An exploration of the dehumanization, victimization, criminalization, and over-incarceration of Indigenous women in Canada. *Punishment & Society*, 24(4), 529–550. <https://doi.org/10.1177/14624745211001685>
- McIvor, O., Napoléon, A., & Dickie, K. M. (2009). Language and culture as protective factors for at-risk communities. *Journal of Aboriginal Health*, 5(1), 6–25.
- McKenzie, H. A., Varcoe, C., Nason, D., McKenna, B., Lawford, K., Kelm, M.-E., Wajuntah, C. O., Gervais, L., Hoskins, J., Anaquod, J., Murdock, J., Murdock, R., Smith, K., Arkles, J., Acoose, S., & Arisman, K. (2022). Indigenous Women's Resistance of Colonial Policies, Practices, and Reproductive

- Coercion. *Qualitative Health Research*, 32(7), 1031–1054.  
<https://doi.org/10.1177/10497323221087526>
- Mikkonen, J., & Raphael, D. (2010). *Social determinants of health: The Canadian facts*.
- Mitchell, E., Waring, T., Ahern, E., O'Donovan, D., O'Reilly, D., & Bradley, D. T. (2023). Predictors and consequences of homelessness in whole-population observational studies that used administrative data: a systematic review. *BMC Public Health*, 23(1). <https://doi.org/10.1186/s12889-023-16503-z>
- Mohai, P., Pellow, D., & Roberts, J. T. (2009). Environmental Justice. *Annual Review of Environment and Resources*, 34(1), 405–430.  
<https://doi.org/10.1146/annurev-environ-082508-094348>
- Montour, L. T. (2000). The Medicine Wheel: Understanding “Problem” Patients in Primary Care. *The Permanente Journal*, 4(1).
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019a). *Conditions de logement et santé autochtone au Canada*.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2019b). *Déterminants sociaux de la santé : L'accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*.
- Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. (2020). *Food sovereignty as a health intervention: The role of Indigenous-led food initiatives*.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2013). *A framework for Indigenous determinants of health*.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2019). *Accès aux services de santé en tant que déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis*.
- Enquête nationale sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées. (2019a). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, volume 1a*
- enquête nationale sur les femmes et filles autochtones disparues et assassinées. (2019b). *Réclamer notre pouvoir et notre place : le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées, volume 1a*
- Association des femmes autochtones du Canada. (2019). *Fact Sheet: Violence Against Indigenous Women and Girls*.

- Nelson, S. E., & Wilson, K. (2018). Understanding barriers to health care access through cultural safety and ethical space: Indigenous people's experiences in Prince George, Canada. *Social Science & Medicine*, 218, 21–27. <https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2018.09.017>
- Neufeld, H. T., & Richmond, c. (2020). Exploring First Nation Elder Women's Relationships with Food from Social, Ecological, and Historical Perspectives. *Current Developments in Nutrition*, 4(3), nzaa011. <https://doi.org/10.1093/cdn/nzaa011>
- Nightingale, E., Lewis, D., Reitmeier, V., Thom, O., & Castleden, H. (2016). *Indigenous Health Impact Assessment: Systematic Review of the Literature*.
- Nation Nishnawbe Aski. (s.d.). *Nishnawbe aski Nation Health Transformation*. Consulté le 3 janvier 2026, depuis <https://www.nan.ca/health-transformation/about/>
- OCDE. (2018). *Indigenous Employment and Skills Strategies in Canada*. OECD Publishing. <https://doi.org/10.1787/9789264300477-en>
- Olmstead, A. (2025). How the Canadian Government Continues to Enable Violence Against Indigenous Women and Girls. *Canadian Journal for the Academic Mind*, 2(2), 57–74. <https://doi.org/10.25071/2817-5344/100>
- Organization of the Economic Co-operative Development. (2025). *United Nations Human Settlements Programme for a Better Urban Future Expert Group and Intersessional Thematic Meeting on: Definition of Homelessness*. <https://doi.org/10.1016/j.habitatint.2016.03.00>
- Ortiz, A. M. D., Huinca Blanco, P., Arnillas, C. A., Arponen, A., Cadotte, M. W., Chinga, J. B., Chiuffo, M. C., Collinge, S., Devarajan, K., Ehrlich, K., Grell-Brisk, M., Guevara, C., Kariuki, R. W., Kharouba, H. M., Martin, T. G., Prado-Valladares, A. C., Regan, H. M., Santos Domínguez, N., Soares, B. E., ... Yannelli, F. A. (2025a). Listening Deeply to Indigenous People: A Collaborative Perspective and Reflection Between a Mapuche Machi and Ecologists. *Ecology and Evolution*, 15(8). <https://doi.org/10.1002/ece3.71914>
- Ortiz, A. M. D., Huinca Blanco, P., Arnillas, C. A., Arponen, A., Cadotte, M. W., Chinga, J. B., Chiuffo, M. C., Collinge, S., Devarajan, K., Ehrlich, K., Grell-Brisk, M., Guevara, C., Kariuki, R. W., Kharouba, H. M., Martin, T. G., Prado-Valladares, A. C., Regan, H. M., Santos Domínguez, N., Soares, B. E., ... Yannelli, F. A. (2025b). Listening Deeply to Indigenous People: A Collaborative Perspective and Reflection Between a Mapuche Machi and Ecologists. *Ecology and Evolution*, 15(8). <https://doi.org/10.1002/ece3.71914>

- Pabla, T. (2021). Murdered and Missing Indigenous Women and Girls: A Discourse Analysis of Gendered Colonial Violence in Canada. *Journal of Islamic Studies and Culture*, 9(2). <https://doi.org/10.15640/jisc.v9n2a2>
- Paul, M. (2023). Looking to the Future. *Pathfinder: A Canadian Journal for Information Science Students and Early Career Professionals*, 4(1), 54–67. <https://doi.org/10.29173/pathfinder71>
- Pilarinos, A., Field, S., Vasarhelyi, K., Hall, D., Fox, E. D., Price, E. R., Bonshor, L., & Bingham, B. (2023). A qualitative exploration of Indigenous patients' experiences of racism and perspectives on improving cultural safety within health care. *CMAJ Open*, 11(3), E404–E410. <https://doi.org/10.9778/cmajo.20220135>
- Power, E. M. (2008). Conceptualizing food security for Aboriginal people in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 92(2), 95–97.
- Qechai, S. (2022). Linguistic Rights of Indigenous Peoples in Canada. *Pro&Contra*, 5(2), 57–79. <https://doi.org/10.33033/pc.2021.2.57>
- Rankin, A., Baumann, A., Downey, B., Valaitis, R., Montour, A., & Bourque Bearskin, D. (2025). A Multi-site Qualitative Study to Explore and Understand Barriers and Enablers Indigenous Community Members Experience When Accessing Health and Social Services. *International Journal of Indigenous Health*, 20(2). <https://doi.org/10.32799/ijih.v20i2.43841>
- Reading, C. L., & Wien, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*.
- Reading, C., & Wein, F. (2009). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*.
- Reading, C., & Wien, F. (2009a). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones*. L'éducation comme déterminant de la santé des peuples autochtones. *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone*.
- Reading, C., & Wien, F. (2009b). *Inégalités en matière de santé et déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones\**. *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone*.
- Reynolds Turton, C. L. (1997). Ways of Knowing about Health: An Aboriginal Perspective. *Adv Nurs Sci*, 19(3), 28–36.

- Richmond, C. A. M., & Cook, C. (2016a). Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: the promise of healthy public policy. *Public Health Reviews*, 37(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0016-5>
- Richmond, C. A. M., & Cook, C. (2016b). Creating conditions for Canadian aboriginal health equity: the promise of healthy public policy. *Public Health Reviews*, 37(1), 2. <https://doi.org/10.1186/s40985-016-0016-5>
- Richmond, C. A., & Ross, N. A. (2009). The determinants of First Nation and Inuit health: A critical population health approach. *Health & Place*, 15(2), 403–411.
- Ron Hays, A., Ngo-Metzger, Q., Sorkin, D., Telfair, J., Weidmer, B., Weech-Maldonado, R., & Hurtado, M. (2006). *Improving Health Care Quality Cultural Competency and Quality of Care: Obtaining the Patient's Perspective*. <https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2006/oct/cultural-competency-and-quality-care-obtaining-patients>
- Ross, L., Lacroix, M., & Lowe, S. (2018). Two-Spirit health: Understanding health disparities and needs among Indigenous LGBTQ2S+ peoples. *Journal of Indigenous Wellbeing*, 3(1), 40–52.
- Rotondi, M. A., O'Campo, P., O'Brien, K., Firestone, M., Wolfe, S. H., Bourgeois, C., & Smylie, J. K. (2017). Our Health Counts Toronto: using respondent-driven sampling to unmask census undercounts of an urban indigenous population in Toronto, Canada. *BMJ Open*, 7(12), e018936. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2017-018936>
- Rousseau, A. (2025). Clarifying dissenting voices: Exploring the ambivalence around the Canadian national inquiry into missing and murdered Indigenous women and girls. *Memory Studies*, 18(6), 1594–1616. <https://doi.org/10.1177/17506980251368771>
- Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada. (2021). *Indigenous Health in Specialty Postgraduate Medical Education EDUCATION GUIDE Indigenous Health in Specialty Postgraduate Medical Education Steering Committee*.
- Commission royale sur les peuples autochtones. (1996). *Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples Volume 2 - Restructuring the Relationship*. <https://www.bac-lac.gc.ca/eng/discover/aboriginal-heritage/royal-commission-aboriginal-peoples/Pages/item.aspx?IdNumber=401>
- Sehgal, A., Kennedy, A., McGowan, K., & Crowshoe, L. (Lindsay). (2025). Parallel systems in healthcare: Addressing Indigenous health equity in Canada.

- Global Public Health*, 20(1).  
<https://doi.org/10.1080/17441692.2025.2452195>
- Selinger, M. J. (2022). Promises Made or Promises Kept? *USURJ: University of Saskatchewan Undergraduate Research Journal*, 8(1).  
<https://doi.org/10.32396/usurj.v8i1.571>
- Shirazi, R. A. (2025). Exploring Access to Universal Healthcare among Indigenous Peoples in Canada. *McGill Journal of Global Health*, 14(1).
- Shrivastava, R., Couturier, Y., Girard, F., Papineau, L., & Emami, E. (2020). Two-eyed seeing of the integration of oral health in primary health care in Indigenous populations: a scoping review. *International Journal for Equity in Health*, 19(1), 107. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01195-3>
- Sis-moqon. (2025, September 2). *Wolastoqey family fights for care as Jordan's Principle backlog leaves children waiting* | CBC News.  
<https://www.cbc.ca/news/indigenous/jordans-principle-tobique-francis-1.7621155>
- Smith, D., Edwards, N., Martens, P. J., Varcoe, C., & Davies, B. (2008). The Influence of Governance on Organizations' Experiences of Improving Care for Aboriginal People: Decolonizing Possibilities. *Pimatisiwin: A Journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 6(1).
- Smith, L. Tuhiwai. (2024). *Decolonizing methodologies : research and indigenous peoples*. Bloomsbury Academic.
- Smylie, J., Fell, D., & Ohlsson, A. (2011). A review of Aboriginal infant mortality rates in Canada: Striking and persistent Aboriginal/non-Aboriginal inequities. *Canadian Journal of Public Health*, 102(4), 308–312.
- Smylie, J., & Firestone, M. (2015). Back to the basics: Identifying and addressing underlying challenges in achieving high quality and relevant health statistics for Indigenous populations in Canada. *Statistical Journal of the IAOS*, 31(1), 67–87. <https://doi.org/10.3233/SJI-150864>
- Smylie, J., Firestone, M., & Mackinnon, M. (2019). Accessing health data for Indigenous populations: The promise of Indigenous data governance. *Canadian Journal of Public Health*, 110(3), 329–331.
- Conseil canadien des normes. (2024). Sécurité et humilité culturelle.  
<https://ccn-scc.ca/normes/avis-dintention/hso-group/securisation-et-humilite-culturelle>
- Standing, G. (2017). *Basic income: And how we can make it happen*. Pelican Books.

- Statistique Canada. (2022a). *The Daily — La population autochtone continue de croître et est beaucoup plus jeune que la population non autochtone, malgré un ralentissement de son rythme de croissance, recensement de 2021.*
- Statistique Canada. (2022b). Les besoins en soins de santé insatisfaits pendant la pandémie et leurs répercussions sur les Premières Nations vivant hors réserve, les Métis et les Inuits
- Statistique Canada. (2024a). Accès aux soins de santé et expériences connexes des peuples autochtones, 2024
- Statistique Canada. (2024b). Accès aux soins de santé et expériences connexes des peuples autochtones, 2024
- Stelkia, K., ManShadi, A., Adams, E., Wieman, C., & Reading, J. (2023). Weaving Promising Practices to Transform Indigenous Population Health and Wellness Reporting by Indigenizing Indicators in First Nations Health. *International Journal of Indigenous Health, 18*(1).
- The Association of Faculties of Medicine of Canada. (2020). *Joint Commitment to Action on Indigenous Health 2020 Review: Response to Recommendations Across Canadian Faculties of Medicine.*
- Canada. Loi constitutionnelle de 1982, annexe B de la Loi canadienne de 1982 (R.-U.), 1982, chapitre 11.
- La Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015a). *Pensionnats du Canada : rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada., volume 6.*
- La Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015b). *Pensionnats du Canada : Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada., Volume 6.*
- Chardon, J. A. (2017). *Definition of Indigenous Homelessness in Canada.*
- Tjepkema, M., Bushnik, T., & Bougie, E. (2019). *Health Reports: Life expectancy of First Nations, Métis and Inuit household populations in Canada.*
- Truong, M., Paradies, Y., & Priest, N. (2014). Interventions to improve cultural competency in healthcare: a systematic review of reviews. *BMC Health Services Research, 14*(1), 99. <https://doi.org/10.1186/1472-6963-14-99>
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015a). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission vérité et réconciliation du Canada.*
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015b). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action.*

- Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR). (2015). *Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : sommaire du rapport final*.
- Turpel-Lafond, M. E. (2020). *In Plain Sight: Addressing Indigenous-Specific Racism and Discrimination in B.C. Healthcare*.
- Nations Unies. (2007a). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*.
- Nations Unies. (2007b). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*.
- Nations Unies. (2020). *Human Rights Council Report of the Special Rapporteur on the right of indigenous peoples*. [www.reuters.com/article/us-congorepublic-imf/imf-approves-congo-republic-bailout-after-china-](http://www.reuters.com/article/us-congorepublic-imf/imf-approves-congo-republic-bailout-after-china-)
- United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act (2021). <https://canlii.ca/t/b9q3>
- United Nations General Assembly. (2007a). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*.
- Assemblée générale des Nations Unies. (2007b). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*.
- Assemblée générale des Nations Unies. (2019). *Seventy-fourth session Item 72 (b) of the preliminary list\* Promotion and protection of human rights: human rights questions, including alternative approaches for improving the effective enjoyment of human rights and fundamental freedoms*.
- Vancouver Homeless Count. (2020). *2020 Vancouver homelessness count report*.
- Walker, R., Cromarty, H., Linkewich, B., Semple, D., & St. Pierre-Hansen, N. (2013). Achieving Cultural Integration in Health Services: Design of Comprehensive Hospital Model for Traditional Healing, Medicines, Foods and Supports. *International Journal of Indigenous Health*, 6(1), 58–69. <https://doi.org/10.18357/ijih61201012346>
- Walter, M., & Suina, M. (2019). Indigenous data, indigenous methodologies and indigenous data sovereignty. *International Journal of Social Research Methodology*, 22(3), 233–243. <https://doi.org/10.1080/13645579.2018.1531228>
- Walters, K. L., Mohammed, S. A., & Evans-Campbell, T. (2011). Bodies don't just tell stories, they tell histories: Embodiment of historical trauma among American Indians and Alaska Natives. *Du Bois Review*, 8(1), 179–189.

- Weckman, A. M., & Farrugia, p. (2025). Inequities in Canadian maternal-child healthcare are perpetuating the intergenerational effects of colonization for indigenous women and children. *Frontiers in Global Women's Health*, 6. <https://doi.org/10.3389/fgwh.2025.1513145>
- Wexler, L. (2014). Looking across three generations of Alaska Natives to explore how culture fosters indigenous resilience. *Transcultural Psychiatry*, 51(1), 73–92.
- Whalen, D. H., Lewis, M. E., Gillson, S., McBeath, B., Alexander, B., & Nyhan, K. (2022). Health effects of Indigenous language use and revitalization: a realist review. *International Journal for Equity in Health*, 21(1), 169. <https://doi.org/10.1186/s12939-022-01782-6>
- Williams, D. R., Lawrence, J. A., & Davis, B. A. (2019). Racism and Health: Evidence and Needed Research. *Annual Review of Public Health*, 40(1), 105–125. <https://doi.org/10.1146/annurev-publhealth-040218-043750>
- Willows, N. D., Veugelers, P., Raine, K. D., & Kuhle, S. (2012). Associations between diet quality and health outcomes among First Nations children in Canada. *Canadian Journal of Public Health*, 103(5), 359–365.
- Wilson, A. M., Magarey, A. M., Jones, M., O'Donnell, K., & Kelly, J. (2015). Attitudes and characteristics of health professionals working in Aboriginal health. *Rural and Remote Health*, 15(2739).
- Winnipeg Homelessness Partnering Strategy. (2020). *2020 point-in-time homeless count results*.
- Wylie, L., McConkey, S., & Corrado, A. M. (2020). Colonial Legacies and Collaborative Action: Improving Indigenous Peoples' Health Care in Canada. *International Indigenous Policy Journal*, 10(5). <https://doi.org/10.18584/iipj.2019.10.5.9340>

## 12. Annexes

### Annexe A: Tableaux de données par déterminant

<b>Tableau 1. Déterminants distaux</b>			
Déterminant de la santé	Description	Contexte / Remarques tirées du document	Niveau de responsabilité au sein du système
Autodétermination des peuples autochtones	La capacité des peuples autochtones à gérer leur propre gouvernance, leur expression culturelle et leurs systèmes de santé.	Considérée comme essentielle à la santé et au bien-être; associée à de meilleurs résultats en matière de santé grâce à l'autonomisation.	Gouvernements fédéral et autochtones
Environnement juridique et politique	Lois, politiques et compétences relatives à la santé et aux droits des peuples autochtones.	Appels au respect des traités, à la mise en œuvre de la DNUDPA et à la participation des peuples autochtones à l'élaboration des politiques.	Fédéral / provincial / territorial
Traumatismes historiques et actuels	Expériences liées à la colonisation, aux pensionnats indiens, à la discrimination systémique et au racisme.	Le traumatisme est une cause profonde de nombreux problèmes de santé; la guérison et les soins tenant compte des traumatismes en sont des éléments essentiels.	Gouvernements fédéral et autochtones
Environnement et territoire	Accès aux terres traditionnelles, à l'eau potable et à un environnement sain.	La gestion responsable de l'environnement est liée au bien-être physique et spirituel; les droits fonciers ont une incidence sur les déterminants sociaux.	Gouvernements fédéral et autochtones / Régionaux

<b>Tableau 2. Déterminants intermédiaires</b>			
Déterminant de la santé	Description	Contexte / Remarques tirées du document	Niveau de responsabilité au sein du système
Accès aux soins de santé	Disponibilité de services de santé culturellement sécuritaires, accessibles et adéquats dans les communautés autochtones.	Le document met en évidence les lacunes et préconise une amélioration des options de soins de santé dirigées par les Autochtones.	Fédéral / Provincial / Territorial / Régional / Local

Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada Février 2026

Statut socio-économique	Revenus, emploi, niveaux d'éducation et conditions de logement.	La pauvreté et les mauvaises conditions de logement sont des facteurs majeurs contribuant aux inégalités en matière de santé dans les communautés autochtones.	Fédéral / Provincial / Territorial / Régional
Éducation	Qualité et accessibilité des occasions éducatives intégrant les savoirs autochtones.	Les disparités en matière d'éducation contribuent aux inégalités socio-économiques et influencent la littératie en santé.	Provincial / territorial / local / Gouvernements autochtones
Soutien social et réseaux communautaires	Liens familiaux, cohésion communautaire et réseaux sociaux.	Un soutien social solide améliore la résilience et les résultats en matière de santé; les politiques favorisent le renforcement de ces réseaux.	Gouvernements locaux / autochtones

<b>Tableau 3. Déterminants proximaux</b>			
Déterminant de la santé	Description	Contexte / Remarques tirées du document	Niveau de responsabilité au sein du système
Santé mentale et bien-être	Bien-être psychologique et accès aux services de santé mentale.	L'accent est mis sur les modèles autochtones de santé holistique; l'intégration de la santé mentale dans les approches de bien-être est nécessaire.	Provincial / territorial / régional / local
Comportements liés à la santé	Les choix de mode de vie sont influencés par des déterminants sociaux, notamment la consommation de substances et l'activité physique.	Ces aspects sont abordés en tant que conséquences plutôt que comme causes; cela justifie la mise en place de programmes de prévention adaptés à la culture.	Local / régional
Continuité culturelle et identité	Préservation des langues, des traditions et des pratiques culturelles autochtones.	Favorise le bien-être mental et émotionnel; la perte de la culture est associée à des problèmes de santé.	Gouvernements autochtones / Local
Nutrition et sécurité alimentaire	Accès à des sources alimentaires traditionnelles et nutritives.	L'insécurité alimentaire touche de manière disproportionnée les peuples autochtones; il est recommandé de promouvoir les systèmes alimentaires traditionnels.	Gouvernements fédéral / locaux / autochtones
Conditions de logement	Des logements adéquats, sécuritaires et adaptés à la culture.	La surpopulation et la mauvaise qualité des logements dans les communautés autochtones contribuent à la propagation des maladies infectieuses et au stress.	Fédéral / Provincial / Territorial / Régional

*Annexe B : Exemples de programmes dirigés par les Autochtones*

<b>Programme / Initiative</b>	<b>Emplacement / population</b>	<b>Type d'intervention</b>	<b>Caractéristiques principales</b>	<b>Incidence documentée / Pertinence politique</b>
Autorité sanitaire des Premières Nations (ASPN)	Colombie-Britannique – Communautés des Premières Nations	Autorité sanitaire gérée par les autochtones	Transfert des programmes de santé fédéraux sous la responsabilité des Premières Nations; prestation de services ancrée dans la culture; participation communautaire	Renforcement de la confiance, de la continuité des soins et de la coordination; illustre la réconciliation structurelle par le biais d'une réforme de la gouvernance
Nation Nishnawbe Aski (NAN) Programmes de bien-être mental et programmes axés sur la terre	Communautés éloignées du nord de l'Ontario	Santé mentale et gestion des crises menées par les communautés	Guérison ancrée dans la terre, équipes autochtones de bien-être mental, approches impliquant les jeunes	Renforcement de l'engagement et de la sécurité culturelle; recadre le bien-être en le fondant sur la terre et les relations
Partenariat Tui'kn	Communautés mi'kmaq, Nouvelle-Écosse	Gouvernance de la santé des populations autochtones et souveraineté des données	Données contrôlées par la communauté; planification de la prévention; collaboration régionale	Amélioration des soins du diabète, des taux de dépistage et de l'accès aux soins primaires
Rôles des accompagnateurs de patients autochtones	Plusieurs provinces et territoires	Aide à l'orientation au sein du système de santé	Accompagne les patients à travers des systèmes fragmentés; réduit les obstacles bureaucratiques	Améliore l'accès et la continuité, mais la disponibilité inégale met en évidence une lacune dans les politiques
Modèles autochtones de sages-femmes et de santé maternelle	Programmes communautaires à travers le Canada	Soins périnataux holistiques	Intègre le soutien familial, les cérémonies et les pratiques culturelles	Renforce la confiance et améliore les résultats pour la mère et l'enfant

Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada Février 2026

Programmes de guérison axés sur la terre	Plusieurs programmes destinés aux Premières Nations et en milieu urbain	Santé mentale et guérison des traumatismes	Bien-être fondé sur la culture, lien avec la terre et identité	Efficace pour traiter les traumatismes intergénérationnels et favoriser l'engagement
Cadres de bien-être mental de la Fondation Thunderbird Partnership	Initiatives nationales en matière de bien-être mental des Autochtones	Cadres de santé mentale axés sur la communauté	Traitements centrés sur la culture, cérémonies, autorité communautaire	Soutient des systèmes complets de bien-être mental autochtone
Modèles de logement gérés par les Autochtones et de logement accompagné	Communautés autochtones urbaines et nordiques	Le logement comme intervention sanitaire	Programmes culturels, soutiens tenant compte des traumatismes, gouvernance communautaire	Aborde l'itinérance comme une rupture multidimensionnelle

*Annexe C : L'analyse des politiques par compétence*

<b>Compétence</b>	<b>Politique/initiative</b>	<b>Date clé (année)</b>
Fédéral (Canada)	Loi sur le ministère des Services aux Autochtones	2019
Fédéral (Canada)	Projet de loi sur la santé des Autochtones (proposé)	2023
Fédéral (Canada)	Mise en œuvre du principe de Jordan	2007
Fédéral (Canada)	Autorité sanitaire des Premières Nations (collaboration)	2011
Colombie-Britannique (C.-B.)	Création de l'Autorité sanitaire des Premières Nations	2013
Colombie-Britannique (C.-B.)	Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique	2011
Alberta	Stratégie de santé et de bien-être des Autochtones de l'Alberta	2015
Alberta	Accord sur les services de santé de la Nation métisse de l'Alberta	2014
Saskatchewan	Accords sur la gouvernance en matière de santé des Premières Nations et des Métis	2016
Saskatchewan	Initiatives de santé des Traités 6, 7 et 8	2010
Manitoba	Stratégie de santé des Autochtones du Manitoba	2017
Manitoba	Autorité sanitaire Manitoba Keewatinowi Okimakanak	2018
Ontario	Fonds ontarien d'accès aux soins de santé pour les Autochtones	2014
Ontario	Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones de l'Ontario	2018
Québec	Plan d'action pour la santé des Autochtones du Québec	2015
Québec	Collaboration avec les conseils de santé des Cris et des Inuits	2013
Nouveau-Brunswick	Stratégie de santé et de bien-être des Autochtones	2016
Nouveau-Brunswick	Accords sur la santé et le bien-être des Mi'kmaq	2012
Nouvelle-Écosse	Stratégie en matière de santé autochtone	2017
Nouvelle-Écosse	Cadre de santé des Mi'kmaq de la Nouvelle-Écosse	2013
Île-du-Prince-Édouard	Initiative pour le bien-être des Autochtones	2014
Terre-Neuve-et-Labrador	Initiatives du Comité consultatif sur la santé des Inuits	2015
Territoires du Nord-Ouest	Transfert des services de santé aux gouvernements autochtones	2014
Territoires du Nord-Ouest	Stratégie de bien-être des Autochtones	2016
Yukon	Accord de partenariat pour la santé des Premières Nations du Yukon	2015
Yukon	Cadre de santé des Autochtones du Yukon	2017
Nunavut	Stratégie de santé des Inuits du Nunavut	2012

Annexe D : Matrice d'alignement entre la CVR et la DNUDPA

Numéro et résumé de l'appel à l'action de la CVR	Numéro et résumé de l'article correspondant de la DNUDPA	Harmonisation / Remarques
<p><b>18.</b> Les gouvernements doivent reconnaître officiellement que les inégalités en matière de santé autochtone découlent des politiques coloniales, notamment des pensionnats, et garantir les droits des peuples autochtones en matière de soins de santé, tels qu'ils sont protégés par le droit international, la Constitution et les traités.</p>	<p><b>Article 24 :</b> affirme le droit des peuples autochtones à la médecine traditionnelle et au meilleur état de santé physique et mentale possible, et oblige les États à prendre les mesures nécessaires pour garantir ce droit.</p>	<p>Ces deux dispositions mettent l'accent sur le respect des traditions de santé autochtones et sur le renforcement de la responsabilité de l'État et de l'autorité autochtone dans les systèmes de santé.</p>
<p><b>19.</b> Le gouvernement fédéral, en partenariat avec les peuples autochtones, doit fixer des cibles mesurables afin de réduire les écarts en matière de santé et rendre compte publiquement, chaque année, des progrès réalisés au regard des principaux indicateurs de santé.</p>	<p><b>Article 21 :</b> Les peuples autochtones ont droit à l'amélioration de leurs conditions économiques et sociales, notamment en matière d'eau potable et d'assainissement.</p>	<p>Ces deux éléments s'inscrivent dans la même optique : offrir des soins de santé équitables, adaptés aux besoins culturels et visant à réduire les disparités.</p>
<p><b>20.</b> Le gouvernement fédéral doit combler les lacunes de compétence en reconnaissant et en répondant aux besoins de santé spécifiques des Métis, des Inuits et des peuples autochtones hors réserve.</p>	<p><b>Article 21 :</b> Les peuples autochtones ont droit à l'amélioration de leurs conditions économiques et sociales, notamment en matière d'eau potable et d'assainissement.</p>	<p>Ces deux points soulignent l'importance des ressources fondamentales telles que l'eau potable comme déterminant de la santé.</p>
<p><b>21.</b> Le gouvernement fédéral doit garantir un financement durable des centres de guérison autochtones, en accordant la priorité au Nunavut et aux Territoires du Nord-Ouest, afin de remédier aux préjudices multidimensionnels causés par les pensionnats.</p>	<p><b>Article 24 :</b> garantit le droit des peuples autochtones à des services de santé sans discrimination, y compris des services adaptés à leur culture.</p>	<p>Les deux s'accordent sur la nécessité d'offrir des soins de santé équitables, qui tiennent compte des besoins culturels et remédient aux inégalités.</p>

Promouvoir la santé et le mieux-être des Autochtones au Canada Février 2026

<p><b>22.</b> Intégrer les pratiques de guérison autochtones dans les soins de santé, en collaboration avec les guérisseurs et les aînés autochtones, à la demande du patient</p>	<p><b>Article 24 :</b> reconnaît le droit des peuples autochtones d'accéder aux médecines traditionnelles et de préserver leurs pratiques de santé.</p>	<p>Ces deux points soulignent l'importance d'intégrer les pratiques de guérison autochtones dans les systèmes de santé, en partenariat avec les détenteurs de savoirs autochtones.</p>
<p><b>23.</b> Les gouvernements devraient augmenter et fidéliser les effectifs de professionnels de santé autochtones et proposer une formation en compétence culturelle à tous les travailleurs de la santé</p>	<p><b>Article 24 :</b> cet article réaffirme les droits des peuples autochtones à la médecine traditionnelle, à un accès égal à des services de santé et sociaux non discriminatoires, ainsi qu'au meilleur état de santé physique et mentale possible, les États étant tenus de garantir ces droits.</p>	<p>Tous deux réaffirment l'autodétermination des peuples autochtones et s'accordent sur la nécessité d'offrir des soins de santé équitables, adaptés aux besoins culturels et visant à réduire les inégalités.</p>
<p><b>24.</b> Cet appel vise à garantir que les prestataires de soins de santé soient formés à l'histoire, aux droits et aux besoins de santé des peuples autochtones afin de fournir des soins culturellement sécuritaires.</p>	<p><b>Article 24 :</b> cet article réaffirme les droits des peuples autochtones à la médecine traditionnelle, à un accès égal à des services de santé et sociaux non discriminatoires, ainsi qu'au meilleur état de santé physique et mentale possible, les États étant tenus de garantir ces droits.</p>	<p>Ces deux éléments réaffirment l'autodétermination des peuples autochtones et leur participation à toutes les recherches et à tous les programmes liés à la santé.</p>