



COMPRENDRE LES INÉGALITÉS EN
SANTÉ VÉCUES PAR LES PEUPLES
AUTOCHTONES À LA LUMIÈRE D'UN
MODÈLE DE DÉTERMINANTS SOCIAUX

Charlotte Loppie, Ph. D. & Fred Wien, Ph. D.



Centre de collaboration nationale
de la santé autochtone



National Collaborating Centre
for Indigenous Health

DÉTERMINANTS SOCIAUX

© 2022 *Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)*. Cette publication a été financée par le CCNSA et a été rendue possible grâce à une contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC). Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'ASPC.

Remerciements

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

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

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

Référence bibliographique :

Loppie, C., et Wien, F. (2022). *Comprendre les inégalités en santé vécues par les peuples autochtones à la lumière d'un modèle de déterminants sociaux*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

The English version is also available at nccih.ca under the title: *Understanding Indigenous Health Inequalities through a Social Determinants Model*.

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

Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA)
3333, University Way
Prince George (Colombie-Britannique)
V2N 4Z9 Canada
Téléphone : 250 960-5250
Télécopieur : 250 960-5644
Courriel : ccnsa@unbc.ca

ISBN (format imprimé) : 978-1-77368-330-0
ISBN (format en ligne) : 978-1-77368-331-7

TABLE DES MATIÈRES



INTRODUCTION	6
LES INÉGALITÉS QUANT À L'ÉTAT DE SANTÉ	8
LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ	
AUTOCHTONE	10
La métaphore de l'arbre	11
Les déterminants sociaux au fil du parcours de vie	13
LES DÉTERMINANTS STRUCTURELS DE LA SANTÉ	15
Colonisation et colonialisme	15
Le système de pensionnats autochtones	17
Les idéologies coloniales	19
La gouvernance coloniale	22
LES DÉTERMINANTS SYSTÉMIQUES DE LA SANTÉ	26
Services et politiques de protection de l'enfance	26
Système de justice pénale	26
Système de soins de santé	28
Système d'éducation	30
Infrastructures, ressources et capacités communautaires	31
Gérance environnementale	32
LES DÉTERMINANTS IMMÉDIATS DE LA SANTÉ	34
Activités contribuant à la santé	35
Milieu géophysique	38
Emploi et revenu	39
Éducation	42
Insécurité alimentaire	44
LES INTERSECTIONS	45
LA RÉSISTANCE ET LA RÉSURGENCE	48
Autodétermination autochtone	48
Résurgence culturelle	49
CONCLUSION	52
RÉFÉRENCES	54



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



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



issuu.com/nccah-ccensa/stacks

LISTE DES TABLEAUX

- Tableau 1 : Espérance de vie en années des personnes âgées d'un an en 2011, selon la population et le sexe, page 8.
- Tableau 2 : État de santé général autodéclaré, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), 2015-2016, page 8.
- Tableau 3 : État de santé mental autodéclaré, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), 2015-2016, page 9.
- Tableau 4 : Pourcentage de la population ayant au moins une maladie chronique, selon le groupe identitaire autochtone, page 9.
- Tableau 5 : Pourcentage des adultes, adolescents et enfants des Premières Nations touchés par la fréquentation d'un pensionnat, page 18.
- Tableau 6 : Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve qui disent avoir vécu une agression, de la cyberintimidation ou du racisme, selon le groupe d'âge, page 20.
- Tableau 7 : Surreprésentation des Autochtones parmi les victimes de crime, selon le type de crime, 2014, page 27.
- Tableau 8 : Accès aux soins de santé et leur utilisation selon le groupe autochtone, 2017 (% des répondants), page 29.
- Tableau 9 : Indice de développement économique du CNDEA, selon le groupe identitaire autochtone, 2006 et 2016, page 32.
- Tableau 10 : Indice moyen de bien-être des communautés, selon le type de communauté autochtone, 1981 et 2016, page 35.
- Tableau 11 : Tabagisme quotidien ou occasionnel, selon le groupe identitaire (% des répondants), page 36.
- Tableau 12 : Exposition à la fumée secondaire à la maison, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), page 36.
- Tableau 13 : Pourcentage de la population vivant dans un logement qui nécessite des réparations majeures, selon le groupe identitaire autochtone, 2006 et 2016, page 38.
- Tableau 14 : Pourcentage des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans un logement surpeuplé, 2016, page 39.
- Tableau 15 : Situation sur le marché du travail, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), 2016, page 40.
- Tableau 16 : Certaines caractéristiques du revenu, selon le groupe identitaire autochtone, 2015, page 40.
- Tableau 17 : Pourcentage des individus de 15 ans et plus dont la source principale de revenu provient des transferts gouvernementaux, selon le groupe identitaire autochtone, 2005 et 2015, page 41.
- Tableau 18 : Proportion des adultes qui déclarent être atteints de diabète, selon le groupe identitaire autochtone, page 41.
- Tableau 19 : Maternité précoce chez les femmes de 20 à 44 ans non autochtones, inuites, métisses et des Premières Nations vivant hors réserve (% des répondants), 2011 et 2012, page 42.
- Tableau 20 : Pourcentage de la population (entre 25 et 64 ans) détenant au moins un diplôme d'études secondaires, selon le groupe identitaire autochtone, 2006 et 2016, page 43.

Tableau 21 : Revenu d'emploi médian, selon le niveau de scolarité et le groupe identitaire autochtone, 2015, page 43.

Tableau 22 : Pourcentage de la population en situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave, selon le groupe identitaire autochtone, de 2007 à 2010, page 44.

Tableau 23 : Lien existant entre certaines caractéristiques et le degré élevé de détresse mentale chez les hommes inuits âgés de 18 ans et plus, Inuit Nunangat, 2012, page 45.

Tableau 24 : Déterminants sociaux de la santé pour les populations des Premières Nations âgées de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012, page 46.

Tableau 25 : Importance de parler et de comprendre une langue autochtone, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), 2012, page 51.

LISTE DES FIGURES

Figure 1 : Pourcentage des survivants des pensionnats issus des Premières Nations qui disent en avoir subi des effets négatifs, page 18.

Figure 2 : Obstacles autodéclarés à l'accès chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve qui ont nécessité des soins de santé dans les 12 derniers mois (% des répondants), page 29.

Figure 3 : Stress perçu dans la vie chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve, selon le groupe d'âge : pourcentage affirmant que leur quotidien n'est « pas du tout stressant », page 37.



INTRODUCTION



S'inscrivant dans le prolongement d'une publication du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) produite en 2009 par Loppie Reading et Wien, le présent rapport offre une mise à jour des sources et des données liées aux déterminants sociaux des inégalités dont font l'expérience les peuples autochtones dans le secteur de la santé. Le texte et les tableaux se veulent la synthèse d'une étude approfondie de ressources des milieux universitaires, professionnels et communautaires. Nous employons également la métaphore de l'arbre pour expliquer comment les environnements formés par le système racinaire (déterminants structurels), le tronc (déterminants systémiques) et la couronne (déterminants immédiats) influencent la santé des Autochtones sur le plan individuel, communautaire et populationnel. Après un bref survol des inégalités en santé que connaissent les Autochtones, nous décrivons les déterminants sociaux au fil du parcours de vie. Ce préambule offre le contexte nécessaire

pour explorer les déterminants sociaux des inégalités en santé des Autochtones. Le reste du rapport s'articule autour des trois environnements associés à la métaphore de l'arbre, à commencer par le système racinaire, qui constitue la fondation structurelle de tous les autres déterminants.

Quand l'édition précédente de ce rapport a été publiée en 2009, les données utilisées concernaient les dix années précédentes, voire une période antérieure. La version actuelle a donc nécessité une mise à jour importante des données présentées dans les tableaux et les graphiques, dont certains viennent d'être ajoutés. L'information textuelle s'appuie sur des études qualitatives et quantitatives, ainsi que sur la recherche en histoire, en sciences sociales et en sciences politiques. Nous avons, autant que possible, intégré les travaux de chercheurs autochtones et les recherches en santé menées par des Autochtones.

Par chance, la quantité et la qualité des données se sont améliorées considérablement

ces dernières années, mais de sérieuses lacunes demeurent, malgré le fait qu'il est plus courant qu'on obtienne des données sur certaines dimensions ou variables auprès des principaux groupes autochtones ou d'une bonne partie d'entre eux. Prenons le cas du recensement, qui fournit de l'information sur les membres des Premières Nations vivant dans une réserve ou hors réserve, ainsi que sur les Métis et les Inuits. La valeur de cet outil réside notamment dans le fait que les questions posées sont en tous points les mêmes pour les groupes autochtones que pour la population non autochtone, ce qui permet de comparer facilement les résultats. Toutefois, même dans sa version longue, le recensement compte peu de questions sur le thème particulier des résultats de santé, bien qu'il tienne assez bien compte des déterminants de la santé. L'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes (ESCC), quant à elle, fait bonne figure sur le plan des indicateurs de santé, mais, tout comme l'Enquête auprès des peuples autochtones, elle n'est soumise qu'aux personnes autochtones vivant hors réserve¹.

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

¹ Le recensement fait souvent l'objet de critiques en tant que source de données, car un petit nombre de communautés des Premières Nations (14 sur un total de plus de 600) refuse d'y participer. Des questions plus sérieuses ont été soulevées entourant l'Enquête nationale auprès des ménages, qui a remplacé le recensement en 2011, alors que le taux de non-réponse des populations tant autochtones que non autochtones a atteint des niveaux très élevés. Consultez le <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/ref/dq-qd/iir-rii-fra.cfm>.

L'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations recueille des données de santé complètes auprès d'enfants, d'adolescents et d'adultes vivant dans une réserve. Mise en œuvre par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN), cette enquête, qui a vu le jour sous forme de projet pilote en 1997, a depuis été conduite environ tous les cinq ans, ce qui rend possible une analyse des résultats sur le long terme. Cependant, la plupart des questions de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations lui sont propres; elles ne peuvent donc être mises en correspondance avec d'autres sources de données, comme l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, ce qui rend difficile la comparaison avec d'autres groupes autochtones et avec la population non autochtone. Vient s'ajouter au problème le fait qu'un bon nombre d'enquêtes menées par Statistique Canada, sur des sujets comme le vieillissement, l'adoption de nouvelles technologies et les victimes d'actes criminels, ne s'appliquent pas aux réserves, nous privant ainsi d'information sur ces dimensions non négligeables.

Une source d'information relativement nouvelle dans laquelle nous avons abondamment puisé est le Rapport d'étape sur l'évolution de l'économie des Autochtones établi par le Conseil national de développement économique des



Autochtones (CNDEA), au sein de ce qui s'appelle maintenant Services aux Autochtones Canada (SAC). La version 2019 de ce rapport, qui en est à sa deuxième mouture, rassemble une grande variété de données qui relèvent surtout, mais pas uniquement, de la dimension économique. Il ne s'agit pas tant d'une source de nouvelles données que d'une compilation des données secondaires existantes provenant de sources comme le recensement. Comme il émane du gouvernement fédéral, ce rapport renferme néanmoins de l'information interne que des chercheurs indépendants auraient de la difficulté à obtenir.

Nous avons déjà souligné le besoin d'améliorer la comparabilité des données entre les groupes autochtones et les populations non autochtones, ainsi que l'importance de collecter des données dans la durée. Trois autres manques à combler sont dignes de mention. Premièrement, il est possible d'accéder à une vaste gamme de données sur les Premières Nations, mais ce n'est pas le cas pour les populations métisses et inuites. Deuxièmement, les analyses à variables multiples demeurent rares dans les travaux de recherche, même si les instruments comme

l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations viennent en faciliter la réalisation. Il est important de multiplier ce type d'analyses, car, d'une part, cette mesure permet d'offrir un contrepoint dans l'analyse de données de façon à ce que les relations qui se manifestent quand seules deux variables sont considérées soient exclues quand des variables multiples entrent en ligne de compte; d'autre part, ces analyses permettent non seulement de mieux déterminer quelles variables subsisteront, mais aussi d'établir le degré d'importance de chacune d'elles dans le résultat concerné. Troisièmement, le biais présent dans les données disponibles pousse à documenter le désavantage dans les résultats. Cette démarche est d'une certaine utilité, mais il est aussi possible d'envisager des questions ayant une pertinence directe dans la refonte des politiques et des programmes. Nous en trouvons des exemples dans notre rapport, comme dans le tableau qui présente les obstacles auxquels se heurtent les gens dans l'accès aux services de santé ou les motivations citées par les ex-fumeurs pour arrêter de fumer. Disposer de davantage de ce type d'information serait d'une grande utilité afin d'opérer un changement de stratégies.

LES INÉGALITÉS QUANT À L'ÉTAT DE SANTÉ



Avant de nous intéresser aux déterminants sociaux, nous présenterons quelques-uns des principaux indicateurs courants des résultats de santé, à commencer par l'espérance de vie. Les données disponibles montrent qu'il existe une différence considérable dans la probabilité qu'une personne autochtone atteigne l'âge de 75 ans par rapport à une personne non autochtone : l'écart observé se situe à quelque 20 points de pourcentage (tableau 1). Le tableau qui suit révèle que les femmes ont de bien meilleures chances que les hommes d'atteindre l'âge de 75 ans.

Tableau 1 : Espérance de vie en années des personnes âgées d'un an en 2011, selon la population et le sexe

Population	Hommes	Femmes
Première Nation	72,6	77,7
Métisse	76,9	82,3
Inuite	70,0	76,1
Non autochtone	81,4	87,3

Source : Statistique Canada (2019). Les données sont celles de 2011.

De même, les tableaux 2 et 3 indiquent que l'état de santé autodéclaré diffère grandement entre les populations autochtones et non autochtones, en particulier dans le cas des Premières Nations vivant dans une réserve.

Tableau 2 : État de santé général autodéclaré, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), 2015-2016

Population	Santé générale très bonne ou excellente
Première Nation dans une réserve	37,8
Première Nation hors réserve	48,5
Métisse	51,3
Inuite	44,9
Non autochtone	59,9

Source : Statistique Canada (2018a). Tableau 13-10-0457-01 2011-14. Les données pour la population vivant dans une réserve concernent les adultes. Les données ont été recueillies en 2015-2016 par le CGIPN (2018a, p. 141).

Tableau 3 : État de santé mental autodéclaré, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), 2015-2016

Population	Santé mentale très bonne ou excellente
Première Nation dans une réserve	50,5
Première Nation hors réserve	61,3
Métisse	63,5
Inuite	59,5
Non autochtone	71,9

Source : Statistique Canada (2018a). Tableau 13-10-0457-01 2011-14. Les données pour la population vivant dans une réserve concernent les adultes; les données ont été collectées en 2015-2016 par le CGIPN (2018a, p. 141).

Les données suggèrent également que les peuples autochtones ont tendance à souffrir davantage de maladies chroniques que les autres adultes au Canada (tableau 4).

Tableau 4 : Pourcentage de la population ayant au moins une maladie chronique, selon le groupe identitaire autochtone

Population	Pourcentage
Première Nation dans une réserve (hommes)	55,3
Première Nation dans une réserve (femmes)	64,4
Première Nation hors réserve	59,4
Métisse	58,8
Inuite	50,5
Non autochtone	48,5

Source : Statistique Canada (2018a). Tableau 13-10-0457-01; estimations pour une période de quatre ans (2011-2014). Les données sur les populations vivant dans une réserve ont été recueillies en 2015-2016. Source : CGIPN (2018b, p. 60).

« L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les déterminants sociaux comme “les conditions dans lesquelles les gens sont nés, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent et l'ensemble plus large de forces et de systèmes formant les conditions de vie quotidienne”... » (WHO, 2021, para. 1).

LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ AUTOCHTONE



Les discussions entourant les déterminants sociaux de la santé autochtone ne datent pas d'hier. En fait, les peuples autochtones se prononcent à ce sujet depuis des siècles : dès les premiers temps du colonialisme, ils ont dénoncé les torts causés à la santé par les structures ou systèmes politiques, économiques et sociaux oppressifs. Au cours des 25 dernières années, certaines initiatives nationales et internationales telles que la Commission royale sur les peuples autochtones (Canadian Institute for Health Information [CIHI], 2004), la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) (United Nations, 2018) et la Commission de vérité et réconciliation du Canada (TRC, 2015a) ont confirmé ces affirmations et ont embrassé les principes d'équité et d'autodétermination autochtones comme des voies primordiales dans l'atteinte du bien-être.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit les déterminants sociaux comme « les conditions dans lesquelles les gens sont nés, grandissent, travaillent, vivent et vieillissent et l'ensemble

plus large de forces et de systèmes formant les conditions de vie quotidienne. Ces forces et systèmes incluent des politiques économiques et des systèmes, des ordres du jour de développement, des normes sociales, des politiques sociales et des systèmes politiques » (WHO, 2021, para. 1). Les établissements de santé, les chercheurs et les intervenants s'entendent généralement sur une longue liste de déterminants sociaux qui influencent la santé des individus, des communautés et des populations. Voici une série non exhaustive de déterminants dont l'effet sur la santé peut être positif ou négatif :

- revenu et filet de sécurité sociale (aide sociale, subventions, etc.);
- études;
- emploi et sécurité d'emploi;
- conditions de travail;
- sécurité alimentaire;
- logement, commodités de base et environnement;
- soutien social et inclusion;
- stabilité structurelle;
- soins de santé abordables et de qualité (WHO, 2021).

Les déterminants sociaux sont à l'origine des inégalités en matière de santé², particulièrement lorsqu'on compare des personnes aux statuts socioéconomiques différents. Par exemple, il a été largement reconnu que les déterminants sociaux comptent pour 30 à 55 % des résultats de santé – bien plus encore que des facteurs tels le régime alimentaire ou l'exercice (WHO, 2021). La recherche démontre également que les systèmes d'éducation, de justice et d'aide sociale ont une plus grande incidence sur l'état de santé que le système de santé lui-même (Ruger, 2010; Schillinger et al., 2006; WHO, 2021).

Les vingt dernières années ont vu émerger des recherches attestant de l'influence des déterminants sociaux sur le bien-être des peuples autochtones. Il en ressort que les aspects physique, émotionnel, mental et spirituel de la santé chez les enfants, adolescents et adultes autochtones sont fortement soumis à l'influence différentielle de divers facteurs liés à l'environnement, aux conditions de vie et aux rapports humains (Carson et al., 2007; Fisher et al., 2019;

² Par inégalités, on entend ici les écarts injustes et évitables en matière de santé.

« Les déterminants sociaux ne font pas qu'influencer directement la santé : ils entraînent aussi des transformations qui viennent modifier davantage l'état de santé. »

George et al., 2019; Hovey et al., 2014; Reading & Halseth, 2013; Wypych-Ślusarska et al., 2019). Il reste à cerner avec précision les mécanismes par lesquels les déterminants sociaux se façonnent pour, à leur tour, agir sur la santé. Les chercheurs commencent à peine à définir les corrélations complexes qui existent et à les démontrer de façon empirique (Goicolea et al., 2017; Puig-Barrachina et al., 2011; Ruger, 2010; Schillinger et al., 2006).

Les familles, communautés et nations autochtones aux prises avec des injustices liées aux déterminants sociaux sont plus susceptibles de connaître de mauvais résultats de santé et de n'avoir qu'un accès restreint aux ressources qui pourraient les aider à améliorer leur condition. Les déterminants sociaux ne font pas qu'influencer directement la santé : ils entraînent aussi des transformations qui viennent modifier davantage l'état de santé (Garrett et al., 2015, Haggerty et al., 2018; Lauber et al., 2003). Par exemple, un faible revenu est lié à un plus grand risque de maladie et d'invalidité ce qui, à son tour, constitue un déterminant qui engendre une chute des possibilités d'obtenir un emploi rémunérateur, pour ainsi perpétuer l'état de pauvreté (MacKay & Quigley, 2018).

Passons maintenant à l'analogie avec l'arbre pour mieux comprendre le rapport entre les déterminants sociaux et les multiples aspects de la santé autochtone. À partir des données limitées disponibles et en nous basant sur le travail de divers chercheurs, nous tenterons d'appuyer de façon convaincante les conclusions de ceux-ci et celles de leurs collègues concernant les écarts en santé chez les peuples autochtones et le degré auquel les déterminants sociaux contribuent à ces disparités.

La métaphore de l'arbre

Toute analyse de la santé autochtone doit reconnaître la diversité des nations autochtones, de leurs cultures, de leurs langues et de leurs traditions. Néanmoins, les modèles proposés dans l'étude

des déterminants sociaux de la santé doivent se fonder sur des bases communes. Les cultures autochtones étant intimement liées au lieu, plus particulièrement à la terre et aux cours d'eau, les symboles et histoires prennent leur source dans le monde naturel (Greenwood & Lindsay, 2019; Robidoux & Mason, 2017). L'arbre (ou la plante, de manière plus générale) constitue un aspect familier de la nature, et présente donc une métaphore idéale pour saisir les déterminants qui façonnent l'état de santé des Autochtones. Bien que la métaphore paraisse simple, l'arbre symbolise en fait un ensemble complexe de structures, de processus et de systèmes qui sont interdépendants. Il représente également les cycles dynamiques qui permettent au système racinaire de puiser aux fondements les ressources qui seront transportées vers le tronc, puis vers la couronne, où elles guideront la croissance et le maintien de l'arbre et de ses produits.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1161081229

Dans le contexte de la santé autochtone, un processus semblable survient quand les ressources sont acheminées vers divers systèmes au moyen de structures sociales, politiques et économiques avant d'être réparties entre les personnes et les communautés. La différence flagrante entre les deux est que dans le premier exemple, le système est de nature biologique et vise à maintenir le bien-être global de l'arbre, alors que dans le deuxième, il résulte d'une construction sociale qui malheureusement favorise parfois la santé de certaines populations

au détriment des autres, ce qui ultimement compromet le véritable bien-être commun.

À l'image du système racinaire de l'arbre, les déterminants structurels sont profondément ancrés dans les fondements idéologiques et politiques, et influencent à leur tour les autres déterminants. L'intégrité de ces fondements détermine l'équité en matière de santé et influence par conséquent le bien-être de sociétés entières. Les déterminants systémiques se trouvent dans les infrastructures, dans les systèmes – d'éducation,

de santé, de justice, d'aide sociale et autres – sur lesquels repose la répartition des ressources et des services de soutien, et dans l'engagement des personnes et des communautés. Au sein de ces environnements, l'équité ou l'iniquité se manifeste dans les politiques, les pratiques et la représentativité comme dans la manière dont on tente ou non de réduire les obstacles à l'accès. Les déterminants immédiats, ceux de la couronne de l'arbre, ont un effet direct sur la santé des personnes. Ils comprennent notamment l'éducation et la formation, l'emploi (et conséquemment le

DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ DES PEUPLES AUTOCHTONES

- Activités physiques
- Milieu géophysique
- Emploi et revenu
- Éducation
- Insécurité alimentaire

- Systèmes
- Infrastructures, ressources et capacités communautaires
- Gérance environnementale
- Résurgence culturelle

- Idéologies coloniales
- Gouvernance coloniale
- Autodétermination autochtone



Déterminants immédiats de la santé (« couronne »)

Déterminants systémiques de la santé (« tronc »)

Déterminants structurels de la santé (« système racinaire »)

« ...nous sommes forgés par le bien-être de nos familles, de nos communautés et de nos nations, auxquelles nous contribuons par la suite. »



revenu et le statut social), le soutien social de même que les ressources (individuelles, familiales et communautaires – humaines ou autres).

Faciles à observer et à cibler, ces déterminants se retrouvent souvent au centre des politiques, des programmes et des interventions en promotion de la santé.

Les déterminants sociaux au fil du parcours de vie

Poussant rarement en milieu isolé, les arbres se propagent par générations successives en répandant leurs graines et en étendant leurs racines. En plus d'envisager la santé comme englobant les dimensions physique, spirituelle, émotionnelle et mentale de la personne, les cultures autochtones mettent l'accent sur la nature intergénérationnelle du bien-être (Viscogliosi et al., 2020). Individuellement et collectivement, nous existons sur un plan temporel où les

expériences de nos ancêtres continuent de se manifester dans notre vie moléculaire³ et sociale. Nous transmettons à notre tour ce legs, mais aussi nos propres expériences cumulatives, aux générations qui suivent. Ainsi, nous sommes forgés par le bien-être de nos familles, de nos communautés et de nos nations, auxquelles nous contribuons par la suite. Lynch et Smith (2005) suggèrent que la « perspective du parcours de vie reconnaît explicitement l'importance du temps et de la période dans la compréhension des liens de causalité existant entre l'exposition et les résultats au cours d'une vie individuelle, au fil des générations et au sein des tendances populationnelles associées aux maladies » [traduction] (p. 1).

De la petite enfance à l'adolescence jusqu'à l'âge adulte, les déterminants sociaux influencent la santé à toutes les étapes du développement. Il a été démontré que l'exposition très tôt dans la vie à des déterminants ayant un effet nocif sur la

santé enclenche le processus morbide des années avant que les problèmes de santé se manifestent (Marmot, 2005). Les enfants, par exemple, ont besoin d'un environnement sain afin d'optimiser leur développement et leur apprentissage, ainsi que pour vivre pleinement leur vie et faire l'expérience du monde. Un développement peu optimal a des conséquences non seulement sur la santé de la personne adulte, mais aussi sur celle des générations subséquentes par la perpétuation d'environnements malsains créés par des déterminants désavantageux. Les peuples autochtones connaissent la croissance la plus rapide parmi les groupes ethnoculturels au Canada, avec près de 60 % de jeunes de 25 ans et moins (ISC, 2020a). Par conséquent, les communautés et nations autochtones ont pour priorité de veiller à ce que cette population d'enfants et d'adolescents en croissance rapide dispose d'environnements sains pour son développement (Halseth & Greenwood, 2019).

³ L'ADN est une molécule complexe, dont une portion se transmet du parent à l'enfant pendant le processus de reproduction (National Human Genome Research Institute, 2021).

La trajectoire du bien-être s'amorce avant la gestation, avec l'influence des déterminants sociaux qui touchent les femmes avant et durant la grossesse (United Nations Development Programme, 2015). Puis, lors du développement de la petite enfance, l'environnement, les conditions de vie et les relations agissent sur la santé immédiate des enfants et jettent les bases des prédispositions et des forces à venir. Ainsi, les possibilités de faire des études sont susceptibles d'influencer la situation socioéconomique plus tard dans la vie (Greenwood, 2005, Maggi et al., 2010, Raphael, 2010, Victorino & Gauthier, 2009). De même, le revenu a souvent une influence sur le poids à la naissance, le régime alimentaire, les infections infantiles et le tabagisme passif, qui accroît potentiellement le risque de maladies respiratoires à l'âge adulte (Graham & Power, 2004; Lynch & Smith, 2005).

Dans la mesure où ils influencent la santé des enfants, des adolescents et des adultes de

façon semblable, les déterminants sociaux peuvent aussi se manifester à travers divers problèmes de santé à chaque étape de la vie. Si, par exemple, le fait de vivre dans un logement surpeuplé s'accompagne d'un stress pour ces trois groupes d'âge (Allam, 2020; Solari & Mare, 2012), les adultes placés dans une telle situation risquent de surconsommer des substances intoxicantes et d'éprouver des difficultés dans leurs compétences parentales, ce qui en retour nuit au rendement scolaire des adolescents et des enfants. Ainsi, la toxicomanie et la violence chez les jeunes, tout comme les problèmes de comportement chez les enfants, ont été associées au fait de vivre dans un logement surpeuplé (Cant et al., 2019; WHO, 2018). En présence d'un environnement peu optimal, les enfants et les adolescents se butent non seulement à des obstacles au développement idéal sur les plans physique, émotionnel, intellectuel et spirituel, mais ils vivent aussi des difficultés qui occasionnent souvent d'autres facteurs de

stress pour les familles et les communautés.

Il existe un nombre croissant de recherches suggérant que le traumatisme peut changer la façon dont l'ADN est exprimé et la façon dont ces changements sont transmis à la génération suivante. Le génome humain est l'ensemble complet d'ADN qui rend chaque personne unique, alors que l'*épigénome* est constitué de composés chimiques qui indiquent au génome quoi faire (National Human Genome Research Institute, 2021). Nous savons maintenant que les traumatismes peuvent altérer l'épigénome humain et sont associés aux maladies héréditaires, comme le cancer et le diabète de type 2, mais aussi la maladie d'Alzheimer, la dépression, la dépendance et le comportement antisocial (Jiang et al., 2019).

Depuis le contact, les structures et systèmes coloniaux et racistes n'ont pas fait que nuire à leurs contemporains autochtones; l'effet de ces dommages a souvent perduré par ce qu'on appelle le traumatisme intergénérationnel (Clarmont & Clarmont, 2016; Cowan, 2020; Methot, 2019; O'Neill et al., 2016). Le domaine de l'épigénétique est en voie de définir ce que les peuples autochtones décrivent depuis des millénaires comme « la mémoire du sang » (Deleary, 2019).



LES DÉTERMINANTS STRUCTURELS DE LA SANTÉ

Généralement, les racines d'un arbre se développent à partir d'une graine qui germe pour former des millions de fibres minuscules intimement liées au sol, ce qui fournit au tronc et à la couronne une base solide. À l'image de ce système racinaire, les déterminants structurels (politiques, idéologiques, économiques et sociaux) forment la base bien ancrée à partir de laquelle tous les autres déterminants se développent et perdurent. Les déterminants structurels exercent ainsi l'influence la plus marquée sur la santé des populations. Les traces de maladie sur les feuilles d'un arbre peuvent normalement être liées à un agent toxique ou à des déficiences au niveau du système racinaire; de même, les inégalités en santé humaine résultent souvent de l'ensemble des structures émanant de la société qui les conçoit, les produit et les entretient. L'étude des inégalités issues des déterminants sociaux de la santé autochtone au moyen du modèle de l'arbre suggère que la colonisation, les idéologies coloniales et le modèle de gouvernance sont au cœur d'un système racinaire bien établi.

Colonisation et colonialisme

L'arrivée des colons sur les terres autochtones a occasionné des dommages irréparables à ces territoires et à leurs habitants. Selon le National Ocean Service (2021),

une espèce envahissante est un organisme qui cause des dommages écologiques ou économiques dans un milieu qui ne lui est pas naturel. Les espèces envahissantes peuvent nuire à la fois aux ressources naturelles d'un écosystème et à l'utilisation humaine de ces ressources; elles peuvent en outre provoquer l'extinction de plantes et d'animaux indigènes, réduire la biodiversité, faire compétition aux organismes indigènes quand les ressources sont limitées et modifier les habitats. Des répercussions économiques considérables et des perturbations fondamentales peuvent en découler [traduction] (n. p.).

L'invasion (ou la colonisation) du territoire géopolitique, économique et social des Autochtones a nécessité qu'on y sème les graines de la gouvernance coloniale et

d'une culture oppressive. Ces graines ont germé pour former un ensemble de structures, d'institutions et de systèmes puissant et profondément enraciné. Selon Kelm (1998), « la colonisation est un processus qui inclut l'intrusion géographique, la dislocation socioculturelle, la mise en place d'un contrôle politique externe et la dépossession économique, la faible offre de services sociaux de base et ultimement la création de formules idéologiques portant sur la race et la couleur de la peau qui placent le colonisateur à un niveau d'évolution plus élevé que le colonisé » [traduction] (p. xvii).

Le puissant déterminant structurel de la santé qu'est la colonisation du territoire maintenant connu sous le nom de Canada ne peut être sous-estimé. L'imposition de cultures, de structures de gouvernance et d'idéologies étrangères a totalement remodelé la vie des peuples autochtones. La colonisation constitue plus qu'un événement historique ponctuel : elle représente une constellation complexe et durable de systèmes, de processus et d'environnements qui se recoupent et visent à mettre en place des déterminants sociaux, politiques et économiques profitant aux sociétés de colons

« *La colonisation constitue plus qu'un événement historique ponctuel : elle représente une constellation complexe et durable de systèmes, de processus et d'environnements qui se recoupent et visent à mettre en place des déterminants sociaux, politiques et économiques profitant aux sociétés de colons blancs, et ce, souvent au détriment des terres, des cours d'eau de même que des cultures, communautés et familles autochtones.* »



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 166678591

blancs⁴, et ce, souvent au détriment des terres, des cours d'eau de même que des cultures, communautés et familles autochtones. Toutefois, il est possible de retracer l'histoire de cette colonisation jusqu'aux origines. Comme pour la plupart des pays colonisés, la justification de la gouvernance exercée sur les peuples autochtones au Canada trouve ses racines dans la doctrine de la découverte, une croyance des Européens selon laquelle, à leur arrivée sur un territoire où les habitants n'étaient pas sujets d'un monarque chrétien d'Europe, les droits de propriété et la souveraineté sur leurs terres revenaient au pays d'origine des colons (Charles & Rah, 2019; Greenberg, 2016; Miller et al., 2010).

Les divers peuples autochtones du Canada – mais aussi du monde – ne vivent pas tous les effets

de la colonisation de la même façon. Les désavantages sur le plan économique, notamment, se manifestent à divers degrés. Ainsi, même s'ils ne sont pas aussi bien nantis que les non-Autochtones, les Métis jouissent généralement d'un niveau socioéconomique plus enviable que celui des Premières Nations, qui à leur tour s'en tirent mieux que les Inuits (Statistics Canada, 2021a). Les collectivités éloignées, qu'elles soient métisses, inuites ou des Premières Nations, connaissent généralement peu de développement économique : le statut socioéconomique de leurs résidents tend donc à être faible (Statistics Canada, 2021a). De plus, alors que les groupes autochtones ont tous été exposés à des faits semblables quant aux mécanismes et aux conséquences de la colonisation, qu'il s'agisse du colonialisme historique ou du néo-colonialisme, certaines

politiques ont manifestement produit des effets plus nocifs que d'autres sur la vie et la santé de peuples en particulier. Par exemple, les relations des Premières Nations avec le gouvernement canadien se distinguent par les dispositions prises dans le cadre de la *Loi sur les Indiens* de 1876 (Government of Canada, 1876). Quoiqu'il en soit, les Premières Nations, les Inuits et les Métis ont tous eu à subir l'imposition permanente des cultures, de la gouvernance, des institutions et des systèmes coloniaux. Pour tous ces peuples, le processus colonial a mené à une diminution de l'autodétermination et à un manque d'influence dans les politiques qui les touchent directement en tant que personnes, collectivités ou communautés, et nations (Daschuk, 2013; Macdougall, 2010; Mancke et al., 2019; Methot, 2019).

⁴ L'expression « société de colons blancs » fait référence aux sociétés nées de l'expansion européenne vers d'autres régions du globe à partir de la fin du 15^e siècle (Encyclopedia.com, 2019).

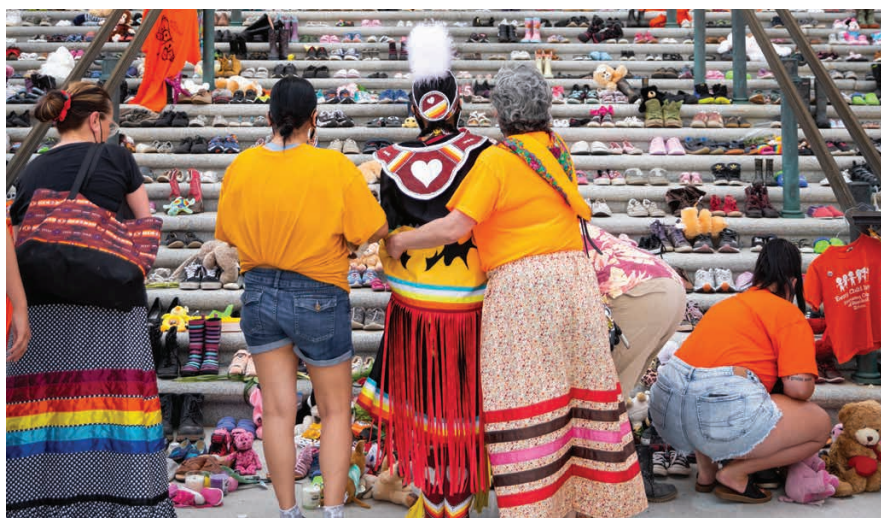
Les conséquences de la colonisation sur le lien des peuples autochtones avec le milieu naturel se sont amorcées avec la dépossession du territoire et leur transplantation hors des terres traditionnelles. De fait, en quelques générations, des nations entières se sont retrouvées déracinées et ont vu leurs droits de chasse, de piégeage et de pêche réglementés ou carrément retirés, même pour les activités de subsistance. De nombreux Autochtones et plusieurs auteurs soutiennent que le traumatisme intergénérationnel vécu par les peuples autochtones provient de ces expulsions massives de leurs terres et plans d'eau (Dylan, 2019; Goldman, 2012; Greenwood & Lindsay, 2019; Li, 2010; Samson, 2016). Les découvertes des chercheurs selon lesquelles la gérance du territoire est liée à un plus grand sens d'autosuffisance et à une amélioration de la santé en général abondent dans ce sens (Alexie, 2015; Barnes & Josefowitz, 2019; Fenton, 2006; Stelkia et al., 2020).

Le système de pensionnats autochtones

L'un des mécanismes d'assimilation les plus puissants et les plus perniciose se trouve dans le système de pensionnats, souvent considéré comme l'arme principale du génocide des peuples autochtones (Barnes & Josefowitz, 2019; Chartrand et al., 2006; TRC, 2015a; Whiteye, 2018; Woolford & Gacek, 2016). Le partenariat

colonial entre les autorités religieuses et le gouvernement a été officialisé en 1867 lorsque l'église a obtenu le contrôle de l'éducation, faisant ainsi des pensionnats une voie rapide vers l'assimilation (TRC, 2015). La croyance selon laquelle les peuples autochtones devaient connaître le salut spirituel et la conversion culturelle a servi de justification à la création de ces institutions. Pendant plus de 100 ans, l'objectif de ces écoles était de « tuer l'Indien dans l'enfant » en s'attaquant à la culture, à la langue, aux liens familiaux et aux réseaux communautaires d'environ 150 000 enfants inuits, métis et des Premières Nations (Facing History and Ourselves, 2021). Les pensionnats avaient pour mission d'inculquer leurs valeurs jusqu'au cœur même de l'identité de ces enfants, de leur famille et de leur culture au moyen de l'imposition vigoureuse du christianisme et d'une démonisation des traditions spirituelles autochtones (TRC, 2015a).

Les chercheurs associés à la Commission de vérité et réconciliation du Canada estiment qu'au moins 3 200 enfants ont trouvé la mort au cours de leur passage au pensionnat; le juge Murray Sinclair, commissaire de la Commission, suggère plutôt que ce nombre se monte à près de 6 000 décès (TRC, 2015a). Au moment de la rédaction du présent rapport, les restes de 215 enfants autochtones, certains âgés d'à peine trois ans, ont été découverts sur le site de l'ancien pensionnat de Kamloops. Selon la chef Rosanne Casimir de la Première Nation Tk'emlúps te Secwépemc, « à notre connaissance, ces enfants disparus sont des morts non documentées » (Newton, 2021). Le traumatisme de l'expérience des pensionnats a eu des effets sur la santé et le bien-être non seulement des survivants, mais aussi de leurs enfants et petits-enfants. Le tableau 5 indique que près des trois quarts des adultes qui vivent dans une réserve en



© Crédit : Unsplash.com

Tableau 5 : Pourcentage des adultes, adolescents et enfants des Premières Nations touchés par la fréquentation d'un pensionnat

Lien aux pensionnats	Adultes	Adolescents	Enfants
Aucun membre de la famille	26,3	33,2	37,5
Au moins un grand-parent	17,5	47,0	50,6
Au moins un parent	39,4	19,8	11,9
Survivant (adultes seulement)	16,8		

Source : CGIPN (2018a, p. 154). Données recueillies en 2015 et 2016.

ont subi les effets – qu'ils y aient résidé eux-mêmes ou qu'un parent ou grand-parent les ait fréquentés. La proportion d'adolescents et d'enfants touchés avoisine quant à elle les deux tiers.

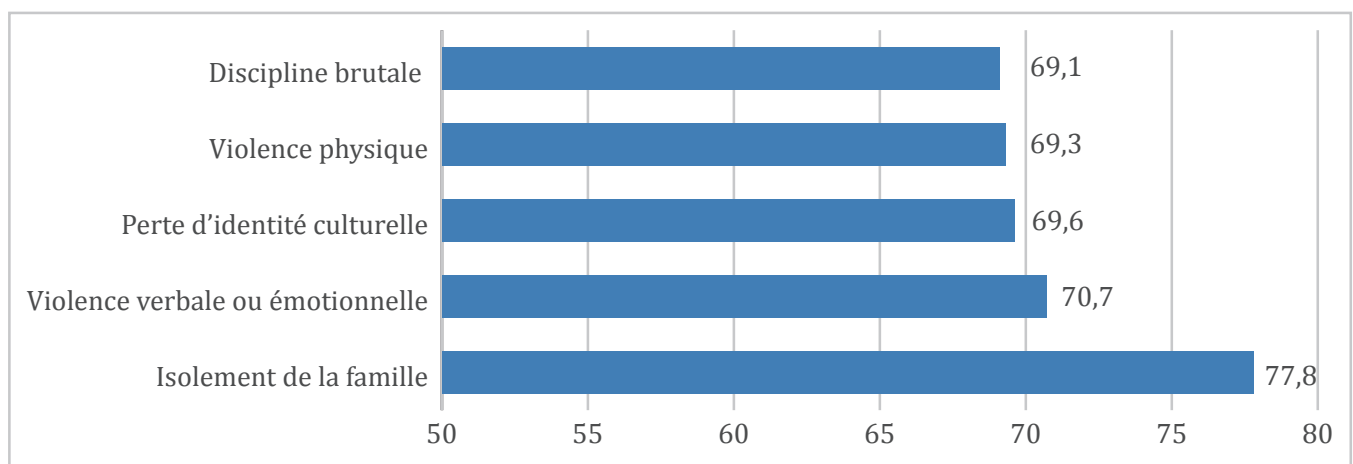
Pour les survivants des pensionnats, les effets ont été considérables et généralisés, comme le démontre la figure 1. Entre les deux tiers et les trois quarts des survivants ont admis avoir subi des effets négatifs tels que l'isolement de la famille et

de la communauté, la perte de la culture, une discipline brutale de même que de la violence physique, émotionnelle ou verbale.

Bien que l'approche des gouvernements fédéral, territoriaux et provinciaux se soit révélée moins stricte dans leur cas, de nombreux jeunes Métis ont fréquenté les pensionnats et ont souffert de traitements semblables à ceux des autres pensionnaires autochtones. Dans le Nord, le gouvernement

fédéral a établi plusieurs externats fréquentés par les Inuits de même que par d'autres enfants, autochtones et non autochtones. Ces écoles se trouvaient souvent à une grande distance de leur communauté d'origine, et les élèves pouvaient être privés de voir leur famille pendant des années. Certains parents ont emménagé aux environs des écoles pour se rapprocher de leurs enfants et ont ainsi totalement bouleversé leur mode de vie. L'étude des répercussions des écoles du Nord

Figure 1 : Pourcentage des survivants des pensionnats issus des Premières Nations qui disent en avoir subi des effets négatifs



Remarque : Les personnes interrogées pouvaient indiquer plus d'un effet. Seuls les cinq éléments les plus souvent mentionnés sont indiqués dans ce tableau.
Source : CGIPN (2018a, p. 155). Données recueillies en 2015 et 2016.



indique des résultats similaires à ceux des écoles du Sud (TRC, 2015b, 2015c).

Les idéologies coloniales

La suprématie blanche

L'idéologie des colons européens (soit leur philosophie sociale et politique) – particulièrement en ce qui concerne la race, le sexe et la religion – contrastait fortement avec celle de la plupart des peuples autochtones. En fait, une croyance erronée en la suprématie blanche, qui proclame que les gens de race blanche sont foncièrement supérieurs et doivent par conséquent s'appropriier exclusivement le pouvoir et les privilèges, constituait l'argument clé pour justifier la colonisation et l'oppression coloniale. Le racisme à l'égard des Autochtones

et l'exclusion sociale, en plus d'entraîner une répartition inéquitable des ressources, du pouvoir et de l'autonomie, ont entravé la participation de ces peuples à tous les aspects de la vie politique, économique et sociale (Allan & Smylie, 2015; Das Gupta, 2018; Moreton-Robinson, 2015; Paradies, 2016; Perry & McCallum, 2018). Relégués au bas d'une hiérarchie raciale née d'une construction sociale, les peuples autochtones continuent 400 ans plus tard à subir des déterminants sociaux inéquitables qui, de façon directe ou indirecte, augmentent leur vulnérabilité à la maladie et diminuent leur capacité à prendre leur santé en main.

La recherche a fermement établi que les groupes qui font l'objet de discrimination, raciale ou autre, connaissent de façon plus fréquente et marquée de mauvais résultats de santé, en partie en

raison du stress occasionné par la vie en milieu raciste (Akbulut et al., 2020; Gee & Ford, 2011; Harris et al., 2006; Raphael, 2016; Reid et al., 2019; Williams & Mohammed, 2013). Bien qu'il soit difficile d'évaluer le degré de racisme vécu par certains groupes en particulier, on a demandé à des personnes si elles avaient vécu une expérience raciste durant une période donnée. En réponse à cette question, environ un quart des adultes des Premières Nations qui vivent dans une réserve confirment avoir subi du racisme au cours des 12 mois précédant l'enquête (tableau 6). Les données se ressemblent en ce qui concerne l'agression verbale, alors que la cyberintimidation ou l'agression physique sont moins souvent rapportées. Ce type de données n'a pas été obtenu pour les Premières Nations vivant hors réserve, les Inuits ou les Métis, mais certains documents d'archives de même que des témoignages des communautés et des enquêtes médiatiques confirment des formes semblables de racisme vécu par ces groupes (Loppie et al., 2014; Monchaline et al., 2020; Pauktuutit Inuit Women of Canada, 2021).

Le christianisme

Avant la colonisation, les peuples autochtones entretenaient des croyances spirituelles et des récits de la création bien établis et ancrés dans le monde naturel (Fortune, 2016). La conversion des Romains au christianisme

Tableau 6 : Pourcentage des adultes des Premières Nations vivant dans une réserve qui disent avoir vécu une agression, de la cyberintimidation ou du racisme, selon le groupe d'âge

Comportement	18-29 ans	30-49 ans	50 ans et +	Total
Agression physique, souvent ou parfois	14,1	12,4	6,5	11,0
Agression verbale, souvent ou parfois	23,2	23,7	15,4	21,0
Cyberintimidation	9,0	8,2	3,6	6,9
Racisme	23,4	25,6	22,9	24,2

Remarque : Les choix de réponses concernant la cyberintimidation et le racisme étaient oui/non. Pour ce qui est de l'agression verbale ou physique, les choix étaient rarement/jamais versus souvent/parfois.

Source : CGIPN (2018a, p. 147). Données recueillies en 2015 et 2016.

dans l'Antiquité et la domination romaine sur l'Europe ont fait que la foi chrétienne était largement répandue chez les premiers colons des Amériques. L'intention de ces chrétiens était de « convertir les Sauvages », qu'on croyait sans religion. Aux yeux des peuples autochtones, la « conversion » au christianisme représentait souvent, de toute évidence, une forme d'alliance qui apportait des avantages mutuels. Selon Biard (1886), « ils acceptèrent le baptême comme une sorte de promesse sacrée d'alliance et d'amitié... » [traduction] (tel que cité par Hornborg, 2008, p. 6).

La synergie des visées du colonialisme géopolitique et de l'élan de conversion des chrétiens a produit une alliance mutuellement bénéfique qui a favorisé la colonisation. On

a imposé le christianisme aux peuples colonisés qui, ironiquement, ont dû demander l'aide des colonisateurs pour remédier aux effets les plus dévastateurs de la colonisation (soit les menaces aux ressources et à la sécurité). La résistance à des degrés variables face au christianisme colonial a donné naissance à des spiritualités diverses chez les peuples autochtones au Canada, allant de la disparition totale de la spiritualité traditionnelle à l'apparition de croyances et pratiques hybrides et parallèles (Smith, 2018). Certaines communautés ont rejeté l'imposition du christianisme depuis le début et, chez plusieurs autres, les formes de spiritualité traditionnelle renaissent (Howitt, 1969; Lindenfeld & Richardson, 2012).

Le patriarcat

« Une nation n'est pas conquise tant que le cœur de ses femmes n'est pas à terre. » Proverbe cheyenne

La structuration de systèmes sociaux déterminée par le sexe semble universellement appliquée. Dans la plupart des cultures, le patriarcat est la norme et accorde aux hommes le pouvoir, leur réservant les rôles dominants en leadership politique, en autorité morale et en contrôle des ressources (Smuts, 1995). Mis à part quelques cultures autochtones déjà patriarcales avant l'arrivée des Européens, la plupart d'entre elles étaient égalitaires ou matriarcales (Shannon, 2006; Stewart, 2002). Même si la répartition des tâches était habituellement genrée, ces rôles, souvent fluides, avaient

⁵ « On doit la création du terme "bispirituel" à l'Aînée Myra Laramee qui en a proposé l'usage au cours de la troisième conférence annuelle intertribale des gais et lesbiennes amérindiens et des Premières Nations tenue à Winnipeg en 1990. Le terme est une traduction du mot anishinaabemowin *nīz̄b manidoonag*, qui veut dire "deux esprits" » [traduction] (Dalla Lana School of Public Health, 2021, para. 1).

la même valeur. On percevait les personnes bispirituelles⁵, fréquemment associées au troisième sexe, comme pourvues de dons particuliers et de facultés de perception plus aiguës (Hunt, 2016). Dans plusieurs cultures autochtones, la transition genrée de l'enfance à l'âge adulte (célébrée par une quête de vision, une cérémonie de pleine lune ou un autre rituel) revêtait une importance égale autant pour la personne que pour la communauté (Ude, 1990). Les documents historiques soulignent qu'hommes et femmes entretenaient des rapports harmonieux et qu'il n'était pas rare de trouver des femmes en position d'autorité ou de leadership (Brown, 2017; Ude, 1990). Cette réalité est illustrée dans la citation bien connue d'Ada gal'kala, un chef de paix cherokee, adressée à la délégation britannique venue signer un traité vers la fin des années 1770 : « Où sont vos femmes? Comment pouvons-nous parler de paix si vos femmes ne sont pas ici? » [traduction] (Parisi & Corntassel, 2007, p. 81).

Les forces combinées de la gouvernance coloniale et de la religion ont imposé le modèle patriarcal à presque tous les aspects de la vie autochtone, alors que le christianisme a joué un rôle particulièrement néfaste sur le plan du sexe et du genre. La saine perception de l'autonomie sexuelle a fait place à la honte et, de surcroît, les missionnaires ont cherché à remplacer les récits de la création (souvent fondés sur



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 486439318

la fécondité féminine ou sur la nature) par le concept d'un Dieu masculin et la soumission de la femme. Le patriarcat est également tissé à même la trame de la *Loi sur les Indiens* puisque, pour se mériter le statut d'« Indien », il fallait être un homme autochtone, être mariée à un de ces hommes ou en être l'enfant reconnu. Une femme indienne qui quittait son mari indien perdait ses droits, alors qu'une femme blanche qui mariait un homme indien obtenait les droits associés à ce statut. La *Loi sur les Indiens* ne permettait pas aux femmes de posséder des terres ou des biens matrimoniaux et, en cas de séparation ou de veuvage, elles devaient quitter la communauté avec leurs enfants, dépouillées de tout (Government of Canada, 1876).

Le vol des terres et l'oppression politique exercés par les gouvernements coloniaux ont contraint les Autochtones à une dépendance envers les institutions occidentales, où la dominance masculine était normalisée. On a

également imposé un système de gouvernance exclusivement réservé aux hommes où les femmes n'avaient le droit ni d'exercer des fonctions politiques ni même de voter aux élections. Cette situation est restée inchangée jusqu'en 1951 et, à ce jour, il demeure plutôt rare de voir des femmes autochtones dans certains postes dirigeants (Ministry of Public Safety and Solicitor General, 2019; Valaskakis et al., 2009). En plus d'imposer des normes patriarcales, les colonisateurs ont décrit les femmes autochtones comme inférieures aux femmes européennes en beauté et en moralité, ouvrant ainsi la voie à l'exploitation sexuelle, à l'agression et au meurtre (Ministry of Public Safety & Solicitor General, 2019; Tucker, 2016). Depuis les années 1970, on estime qu'environ 4 000 femmes et filles autochtones ont été assassinées ou sont toujours portées disparues au Canada, et le risque de violence pour le reste d'entre elles demeure très élevé (Anderson et al., 2018; Poucette, 2019).

L'individualisme

Les cultures autochtones sont traditionnellement collectivistes en ce que le sens de l'identité est lié à l'appartenance au groupe (famille, communauté ou nation). Le comportement social est donc en grande partie dicté par les normes du groupe plutôt que par les préférences de la personne ou par son analyse du coût et des bénéfices. Les objectifs individuels s'établissent en fonction des besoins des autres et la valeur personnelle s'inscrit dans le succès collectif. L'harmonie et l'interdépendance de même que la sollicitude envers la famille et les membres de la communauté sont valorisées, puisque le sens de soi est par définition indissociable du lien au groupe (Podsiadlowski, & Fox, 2011; Rosile et al., 2018). Maintes activités sociales et cérémonies visent à renforcer ce sens de connexion et de réciprocité (Ramage-Morin & Bougie, 2012).

Les Européens qui ont colonisé l'Amérique du Nord étaient pour la plupart issus de cultures individualistes où le sens de soi n'est pas nécessairement rattaché à un groupe social, si ce n'est de la famille proche. Ces cultures mettent l'accent sur la destinée individuelle, les réalisations personnelles et l'indépendance face au collectif (famille, communauté ou État) tout en valorisant l'autosuffisance. L'individualisme privilégie les intérêts personnels, l'autonomie

et le libre choix. Les objectifs individuels priment généralement sur les ambitions du groupe et le comportement social se développe souvent en fonction des convictions personnelles. Chacun se concentre sur ses propres intérêts et la valeur d'une personne s'établit en fonction de ses avoirs et de son succès (Bromley, 2019; Heath, 2019).

Les peuples autochtones ont longtemps résisté à l'imposition de l'individualisme colonial, mais les structures, les systèmes et les lois ont fini par le généraliser. Ainsi, on a banni certaines pratiques culturelles, tel le potlatch, qui permettaient de partager les biens (Loo, 1992). Les lois coloniales ont également interdit la distribution des ressources traditionnelles et ont limité les droits de pêche et de chasse de façon à décourager le partage communautaire. Les gouvernements coloniaux ont remplacé la gestion commune du territoire par des lois sur la propriété individuelle, les résidences à famille nucléaire, l'enseignement personnalisé et les emplois spécialisés – des facteurs qui continuent de menacer la viabilité des communautés (Bhandar, 2018).

La gouvernance coloniale

Le Programme des Nations Unies pour le développement (n.d.) définit la gouvernance comme un « système de valeurs, des politiques et des institutions

sur la base desquels la société gère ses activités économiques, politiques et sociales à travers une interaction entre l'État, la société civile et le secteur privé. C'est la façon dont une société s'organise pour prendre des décisions et les mettre en application » [*traduction*] (p. 2). Une étude de 1994 menée par Young expose le mode de gouvernance des groupes dominants : on façonne des structures oppressives, puis on les multiplie au moyen de décisions politiques et d'une représentation qui passe sous silence ou qui dénature les voix des opprimés. Les peuples autochtones exerçaient leurs propres formes de gouvernement avant d'être colonisés (Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada [CIRNAC], 2020a); pourtant, dès le départ, le régime colonisateur s'est emparé du contrôle de ces déterminants clés de la santé autochtone. En dépit de la négociation de traités ou d'alliances commerciales et militaires, le système colonial de lois et de politiques a maintenu une approche paternaliste destinée à servir les intérêts de l'État canadien. Ainsi, bien que plusieurs traités n'aient jamais été honorés par la Couronne (Government of Canada, 2020b), les recours étaient rarement possibles. Comme on interdisait aux peuples autochtones de former des organisations politiques, la résistance se heurtait souvent à une répression militaire brutale, comme ce fut le cas pour le mouvement de

libération des Métis (Andersen, 2014). Les Premières Nations ont dû remplacer leurs formes traditionnelles de gouvernance par l'élection d'un chef et par le système de conseil de bande. Le cycle électoral de trois ans au départ s'est vu écourté à deux ans, ce qui dressait un obstacle supplémentaire au progrès dans les objectifs à long terme ou aux collaborations entre les communautés (Government of Canada, 1880).

En tant que démocratie, le Canada permet à ses citoyens d'élire au parlement des représentants qui ont pour mandat de prendre des décisions au nom de la nation. Toutefois, l'expérience unique des peuples autochtones en ce qui concerne les élections fédérales est digne de mention. Les Métis ont toujours joui du droit de vote, alors que la *Loi du cens fédéral électoral* de 1934 en a privé les Inuits ainsi que les membres des Premières Nations vivant dans les réserves, exception faite des anciens combattants. Les Inuits

« ...la Loi sur les Indiens ainsi que d'autres lois et politiques sociales récompensaient l'assimilation par l'octroi de ressources et de possibilités d'avancement tout en punissant la préservation de la culture. »

ont finalement pu voter en 1950, mais ce n'est pas avant 1962 que des boîtes de scrutin sont apparues dans chacune de leurs collectivités (Elections Canada, 2021).

Jusqu'aux années 1960, les membres des Premières Nations pouvaient demander l'émancipation, qui exigeait qu'ils renoncent à leur statut d'Indien et à leur appartenance à la bande. Ils acquéraient ainsi la citoyenneté canadienne et le droit de voter ou de s'enrôler dans l'armée, ce qui avait pour effet de les assimiler davantage à la culture dominante. Dans les faits, la *Loi sur les Indiens* ainsi que d'autres lois et politiques sociales récompensaient l'assimilation par l'octroi de ressources et de possibilités d'avancement tout en punissant la préservation de la culture (Government of Canada,

1876). Une modification à la *Loi sur les Indiens* qui date de 1880 stipule que :

Tout Sauvage auquel sera conféré le degré de docteur en médecine ou tout autre degré par une université d'enseignement, ou qui sera admis dans une autre province du Canada à l'exercice de la profession légale soit comme avocat, soit comme conseil, solliciteur ou procureur, ou à l'exercice du notariat, ou qui entrera dans les ordres sacrés, ou qui sera licencié par une congrégation de chrétiens comme ministre de l'Évangile pourra, en adressant une pétition au Superintendent-Général, devenir et sera *ipso facto* émancipé sous l'empire du présent acte; et le Superintendent-Général pourra lui attribuer un lot convenable sur les terres appartenant à la bande dont il fait partie (Government of Canada, 1880).

Les réserves et les établissements

Sans même consulter les peuples autochtones, le gouvernement canadien a délimité des parcelles de terrain (appelées réserves) sur lesquelles les « bandes indiennes » pouvaient vivre sans pourtant



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1372133978



détenir de titre de propriété. Ces lots souvent relativement petits disposaient de peu de ressources, quant à l'accès à l'eau potable ou aux ressources alimentaires, par exemple. De plus, un grand nombre de réserves et d'établissements sont éloignés non seulement des services et des autres communautés, mais aussi des emplois ou des possibilités économiques. Même 200 ans plus tard, certaines de ces communautés sont toujours privées des services de base tels que l'eau courante, et la plupart d'entre elles connaissent une pénurie de logements ou des inégalités en matière de financement (Farenhorst, et al., 2017; Oliver et al., 2016; Scoffield, 2011; Standing Senate Committee on Aboriginal, People, 2015). En raison de ces difficultés, la majorité des membres des Premières Nations (environ 60 %) ont quitté les réserves, même

si ce départ signifie l'abandon des services particuliers qui y sont offerts (Statistics Canada, 2017c). Et pourtant, malgré la précarité économique, plusieurs communautés se portent très bien : les pratiques culturelles renaissent et les langues autochtones sont de plus en plus enseignées dans les écoles et parlées à la maison (Jacob, 2012; Rorick, 2017; Sarkar & Lavoie, 2013; Toulouse, 2013).

La Nation métisse est représentée par des gouvernements démocratiquement élus : la Fédération des Métis du Manitoba, la Nation métisse de la Saskatchewan, la Nation métisse de l'Alberta, la Nation métisse de la Colombie-Britannique et la Nation métisse de l'Ontario (Métis National Council, 2021). L'Alberta est la seule province détenant une assise territoriale métisse reconnue qui comprend

huit établissements. À la suite de la Résistance du Nord-Ouest⁶ en 1885 et avec le déclin de la traite des fourrures de même que l'arrivée de fermiers coloniaux dans les Prairies, les Métis se sont dispersés. Entre 1900 et 1960, plusieurs choisirent de s'établir sur des réserves routières, des bandes de terrain appartenant à l'État et réservées à la construction de futures routes. Dépourvues de territoire et en proie à la discrimination raciale d'employeurs potentiels, ces familles métisses vivaient en condition de pauvreté extrême dans des habitations précaires échafaudées à l'aide de matériaux recyclés (Adams et al., 2013; Campbell, 2019).

Les Inuits n'ont vécu les formes extrêmes de colonialisme qu'à partir du 19^e siècle, lorsque les colons se sont livrés à une surexploitation

⁶ La Rébellion du Nord-Ouest (ou Résistance du Nord-Ouest) fait référence à une bataille de cinq mois entre les Métis (aidés de leurs alliés des Premières Nations) et le gouvernement canadien (The Canadian Encyclopedia, 2021).



des mammifères marins et ont ainsi privé ces peuples de leur capacité d'autosuffisance. Le gouvernement fédéral, désireux d'assurer une présence canadienne dans le Nord, a procédé au cours des années 1950 au déplacement de plus de 200 Inuits vers des régions isolées du Haut-Arctique. Le froid extrême et les maigres ressources ont fini par causer une famine générale et même des décès, ce qui a obligé le gouvernement à réacheminer les familles un peu plus au sud (Canadian Council on Social Determinants of Health [CCSDH], 2013). D'autres Inuits ont également été forcés de quitter leur communauté sous prétexte qu'elle était trop peu peuplée ou trop éloignée pour justifier les coûts liés aux services fédéraux. Bien que les autorités se soient engagées à leur fournir des logements appropriés, ces collectivités inuites vivent

toujours dans des habitations inadéquates et de mauvaise qualité (Dyke & Patterson, 2017).

Le capitalisme

Le Canada se définit comme une société capitaliste (dont la richesse est générée par la propriété privée du commerce et des affaires) et comme un « État providence » fondé sur les principes d'égalité, de distribution équitable des richesses et de responsabilité publique par des initiatives telles que l'assurance emploi, l'enseignement public de même qu'un régime universel de soins de santé (Diekmeyer, 2020). La prise de décisions concernant la distribution de la richesse collective se fait à trois échelons de gouvernement (fédéral, provincial ou territorial et municipal).

La traite des fourrures aux débuts de la colonie a pu s'avérer bénéfique pour certains groupes autochtones, mais son déclin a fait place à l'essor de la production de biens, de l'exploitation de ressources et du travail salarié. Le capitalisme canadien émergent a alors accéléré l'appropriation d'encore plus de territoire pour des fins d'expansion coloniale et de peuplement. Si les peuples autochtones ainsi dépossédés ont dû intégrer le marché du travail afin d'assurer leur survie, l'égalité économique n'en est pas moins restée un défi (Crook et al., 2018; Talaga, 2017). Une section ultérieure explore les « déterminants immédiats » et présente des données sur l'emploi et le revenu qui viennent illustrer ces difficultés.

LES DÉTERMINANTS SYSTÉMIQUES DE LA SANTÉ

Chez l'arbre, le tronc fournit un soutien fondamental aux branches et facilite le transport des ressources à partir des racines jusqu'à la couronne. Si les déterminants immédiats de la santé (« couronne ») représentent le lien le plus évident avec la santé des populations, les déterminants systémiques de la santé, ceux du tronc, peuvent être vus comme leurs précurseurs : ayant une incidence moins directe sur la santé des individus que les déterminants immédiats, ils ont néanmoins une influence profonde sur les conditions de naissance, de vie et de travail de ces derniers. Pour les peuples autochtones, les déterminants immédiats, comme un faible revenu ou des conditions de vie défavorables, résultent souvent d'insuffisances dans les infrastructures, les ressources et les capacités locales, ainsi que d'une gérance limitée de l'environnement (Bradford et al., 2016; Chenhall & Senior, 2018; Donatuto et al., 2016; Greenwood et al., 2015; Marks et al., 2007; Palmer, 2018). De même, un accès inéquitable aux ressources et aux possibilités peut faire obstacle aux activités qui favorisent la santé, comme l'activité physique, l'adaptation positive et le suivi

d'un régime alimentaire riche en nutriments (Danaei et al., 2017; de Mello et al., 2020; Graham et al., 2020; Graham & White, 2016; Mariner, 2016). Dans le contexte autochtone, les déterminants systémiques font également intervenir les réseaux de parenté, les liens avec la terre et l'eau, ainsi que les langues et coutumes autochtones, des éléments qui représentent tous des déterminants favorables de la santé autochtone.

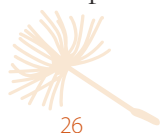
Services et politiques de protection de l'enfance

À partir des années 1950, le retrait des enfants autochtones de leurs familles pour les placer dans des foyers non autochtones est devenu une « solution » courante au problème de la pauvreté autochtone. À l'heure actuelle, 52,2 % des enfants en familles d'accueil au Canada sont Autochtones, alors qu'ils ne constituent que 7,7 % des enfants au pays (ISC, 2021). Le traumatisme intergénérationnel, la pauvreté, la maladie mentale, et l'alcoolisme ou la toxicomanie figurent parmi les éléments les plus souvent associés à une intervention des services à l'enfance, et les

femmes autochtones sont plus susceptibles de se voir retirer leurs enfants pour ces raisons (Caron, 2005; Ritland et al., 2021). Les leaders autochtones tout autant que les défenseurs des droits des enfants soulèvent des préoccupations croissantes quant aux répercussions à long terme sur la santé des interactions avec les services de protection de l'enfance, notamment les problèmes de santé mentale, le suicide, l'alcoolisme ou la toxicomanie, la criminalité et le VIH/sida (Carrière & Richardson, 2017; Clarkson et al., 2015; de Leeuw & Greenwood, 2017; NCCAH, 2017; Tait, 2013).

Système de justice pénale

Au sein du système canadien de justice pénale, les Autochtones sont surreprésentés tant du côté des victimes que de celui des contrevenants. En 2014, par exemple, 28 % des personnes autochtones âgées de 15 ans et plus rapportaient avoir été victimes d'un crime dans les 12 mois précédents, alors que ce nombre se situe à 18 % pour les adultes non autochtones (Department of Justice, 2019). Les chiffres du tableau 7 montrent que ce déséquilibre



est d'autant plus grand quand on considère les victimes de crimes violents, de meurtres et d'agressions sexuelles. Les adultes autochtones comptent pour environ 30 % des adultes placés en détention en 2017-2018, un chiffre qui s'est accru de 10 % par rapport à il y a 10 ans. La Cour suprême et diverses enquêtes ont mis en lumière la discrimination systémique qui imprègne le système de justice pénale, notamment les services de police, les tribunaux et les services correctionnels (Johnson, 2019). Même quand les facteurs de l'emploi, du revenu et des problèmes de consommation de substances intoxicantes sont pris en considération, avoir une origine autochtone demeure étroitement associé au fait de vivre une intervention policière musclée, une incarcération ou un refus de mise en liberté sous caution, occasionnant ainsi des



peines disproportionnellement longues et une surreprésentation des peuples autochtones dans les établissements à sécurité maximale (Kaiser-Derrick, 2019; Monchalín, 2016; Razack, 2015; Singh et al., 2019; Weatherburn, 2014). Quant aux Autochtones

victimes d'un crime, ils sont traités comme des personnes de moindre valeur et comme des témoins peu crédibles, leurs appels à l'aide demeurant souvent lettre morte (Roach, 2019).

Tableau 7 : Surreprésentation des Autochtones parmi les victimes de crime, selon le type de crime, 2014

Type de crime	Autochtones par tranche de 1000 habitants	Non-Autochtones par tranche de 1000 habitants
Victimes de crimes violents	163	74
Femmes victimes de crimes violents	220	84
Hommes victimes de crimes violents	110	66
Femmes victimes d'agressions sexuelles	115	35
Victimes d'homicides en 2017	8,76	1,42

Source : Ministère de la Justice (2019). Les données concernent des personnes de 15 ans et plus.

Système de soins de santé

Afin de pouvoir profiter d'un système de santé de haut niveau, il est essentiel d'avoir un accès géophysique, politique et social aux services; les peuples autochtones sont souvent privés de cet accès, ce qui se traduit par des dépistages réduits, des diagnostics tardifs et des conséquences défavorables sur l'état de santé (Auger et al., 2016; Geddes, 2017; Halseth, 2018; Shrivastava et al., 2019; Sylliboy & Hovey, 2020). En particulier, le système fédéral de prestation de soins de santé destiné aux membres inscrits des Premières Nations ressemble à une « courtepoinTE » de programmes et de services qui se caractérise par une reddition de comptes limitée, une offre fragmentée et des champs de compétence ambigus (Diekmeyer, 2020). Se heurter aux complexités et aux contradictions de l'appareil administratif mène souvent à des résultats néfastes, voire mortels, comme on l'a vu dans le cas de Jordan River Anderson de la Nation crie de Norway House du Manitoba. Ayant des besoins médicaux complexes dès la naissance, le petit garçon a été maintenu à l'hôpital pendant plus de deux ans, le temps que la province du Manitoba et le gouvernement fédéral s'entendent sur qui allait payer ses frais de soins à domicile. Par conséquent,

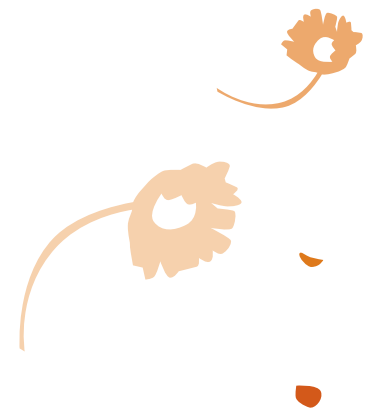
Jordan est mort à l'âge de cinq ans sans avoir passé un seul jour à la maison auprès de sa famille (First Nations Child & Family Caring Society, 2021).

Historiquement, les Métis et les Autochtones non inscrits n'ont jamais relevé du gouvernement fédéral en matière de services, que ces derniers touchent la santé ou d'autres secteurs. Toutefois,

le 14 avril 2016, la Cour suprême du Canada a statué que le gouvernement fédéral avait une responsabilité constitutionnelle à l'égard des Métis et des Autochtones non inscrits. Bien que la décision n'impose pas au gouvernement fédéral la prestation de programmes et services (dont ceux du domaine de la santé) aux Métis et aux Autochtones non inscrits, il lui sera désormais impossible de leur refuser des services sous prétexte que cette responsabilité n'est pas de son ressort. Les Métis et les Autochtones non inscrits peuvent maintenant faire appel [...] au gouvernement fédéral, qui devra se justifier s'il établit des distinctions entre les types et les niveaux de services fournis aux Autochtones inscrits et aux autres personnes autochtones [traduction] (Congress of Aboriginal Peoples, 2016, n. p.).

Selon Statistique Canada (2017b), plus de 80 % des collectivités inuites et des Premières Nations sont considérées comme éloignées, c'est-à-dire qu'elles se situent à une très grande distance des services essentiels. Près du quart des Métis vivent dans des collectivités rurales ou éloignées; bon nombre de réserves sont situées en zones rurales, et la plupart des Inuits habitent des collectivités éloignées du Nord dans l'Inuit Nunangat⁷. L'isolement géographique dans des collectivités rurales, éloignées et du Nord représente pour les peuples autochtones un obstacle considérable à l'accès aux soins de santé. Les petites collectivités isolées peinent à attirer et à retenir les professionnels de la santé, ce qui fait que le personnel de santé non résident n'offre des services qu'à court terme ou qu'il faille parcourir de vastes distances à grands coûts pour obtenir des soins (National Collaborating Centre for Indigenous Health, 2019).

L'accès rapide aux services constitue un déterminant



⁷ L'Inuit Nunangat désigne le territoire des Inuits au Canada. Il est composé de quatre zones nordiques appelées la région désignée des Inuvialuits, le territoire du Nunavut, le Nunavik, dans le Nord québécois, et le Nunatsiavut, à Terre-Neuve-et-Labrador (Inuit Tapiriit Kanatami, 2021).

essentiel de la santé. Le tableau 8 fait état de types d'utilisation suggérant que les peuples autochtones ont un accès limité aux médecins et aux dentistes. Ce fait est d'autant plus évident dans le Nord, où le personnel infirmier vient souvent répondre aux besoins immédiats à la place des médecins.

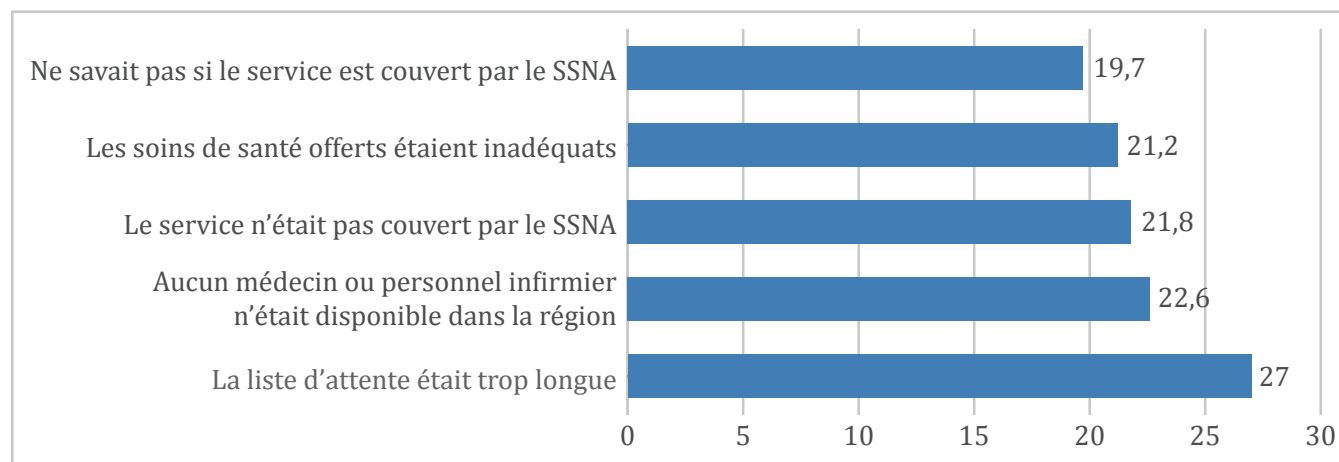
Tableau 8 : Accès aux soins de santé et leur utilisation selon le groupe autochtone, 2017
(% des répondants)

Groupe identitaire autochtone	N'a pas de médecin régulier	N'a pas reçu de soins dentaires dans les 3 dernières années	A nécessité des soins dans les 12 derniers mois, mais ne les a pas reçus
Première Nation – inscrit ou visé par un traité	20,8	14,0	13,7
Première Nation – non inscrit et non visé par un traité	15,9	20,5	18,1
Métis	15,9	19,7	14,1
Inuit	66,8	19,4	16,0

Source : Adapté de Statistique Canada (2021b). Les données proviennent de l'Enquête auprès des peuples autochtones.

Les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve font souvent face à de longs délais d'attente pour obtenir des soins (figure 2). Il arrive aussi que les services qu'il leur faut ne soient pas couverts ou approuvés par le régime fédéral de services de santé non assurés (SSNA) ou soient fournis par du personnel médical n'étant pas disponible dans leur région. Le fait que les soins de santé fournis étaient inadéquats ou non adaptés à la culture figure régulièrement dans les mentions d'obstacles à l'accès.

Figure 2 : Obstacles autodéclarés à l'accès chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve qui ont nécessité des soins de santé dans les 12 derniers mois (% des répondants)



Source : CGIPN (2018a, p. 21). Seuls les cinq obstacles à l'accès les plus courants sont indiqués. Les données ont été collectées en 2015-2016.

Les Premières Nations, les Métis et les Inuits font tous l'expérience d'un accès social limité ou inexistant aux soins de santé dans les milieux de soins où le racisme est à la fois systémique et personnel. De multiples exemples de cet état de choses ont été rapportés dans les médias, ainsi que par les chercheurs et les travailleurs de la santé (Logan McCallum & Boyer, 2018; Matthews, 2019; Monchalín et al., 2020; Nelson & Wilson, 2018; Robson et al., 2012; Shrivastava et al., 2019). Le plus récent rapport, *In Plain Sight*, a été publié en 2020. Il rassemble les témoignages de 9 000 personnes en Colombie-Britannique ayant signalé des cas courants de racisme et de préjugés à l'égard des Autochtones, d'accès réduit aux soins, de discrimination aux points de service, ainsi que de racisme au travail à l'endroit des travailleurs de la santé autochtones (Turpel-Lafond, 2020).

Système d'éducation

Un niveau d'études adéquat vient jouer un rôle fondamental sur les conditions de vie, d'emploi et de revenu (Gluz & Moyano, 2013; Stávková et al., 2012). Les parents scolarisés touchent des revenus plus élevés, améliorant ainsi les déterminants immédiats de leur propre santé tout comme celle de leurs enfants, en plus de léguer une tradition de scolarisation à la génération suivante (Bonikowska, 2020; Chan & Boliver, 2013; Liu et al., 2018; Sheikh, 2015). Il

existe aussi une corrélation entre l'éducation et le développement optimal de l'enfant; l'éducation permettrait en outre d'atténuer certains effets sur la santé des adultes des conditions de développement déficientes dans l'enfance (Andersen, 2014).

Lors de la fermeture graduelle des pensionnats, les élèves autochtones se sont mis à fréquenter de plus en plus les écoles provinciales et territoriales. Les jeunes Métis et Autochtones non inscrits devaient désormais fréquenter les écoles régulières de leurs provinces et territoires qui étaient mises sur pied. Des années 1970 au début des années 2000, les Inuits et les membres des Premières Nations ont pris peu à peu davantage de contrôle sur leurs systèmes d'éducation : ils ont embauché plus d'enseignants autochtones, ont conçu des ressources pédagogiques et des programmes adaptés à la culture, et ont travaillé à la résurgence des cours en langues autochtones. En 2013, 500 écoles administrées par des bandes servaient environ 65 % des écoliers des réserves (Filice, 2018). Malgré ce progrès, un rapport produit en 2016 par la CBC a montré que les élèves des Premières Nations recevaient un financement gouvernemental de 30 % inférieur à celui des élèves non autochtones (Porter, 2016). Ce financement inéquitable se traduit par un nombre inférieur de ressources éducatives, de bibliothèques et de ressources technologiques, privant également

les établissements de la possibilité d'offrir des salaires attrayants pour le recrutement et la rétention des enseignants. La professeure Cindy Blackstock, qui milite pour les droits des enfants autochtones, suggère que cette discrimination y est pour beaucoup dans le taux de diplomation inférieur des jeunes autochtones (tel que cité dans Irvine, 2004).

Si les programmes préscolaires destinés aux enfants autochtones ont affiché un rendement supérieur du « capital investi », le programme d'aide préscolaire aux Autochtones dans les réserves n'a pourtant servi en 2018 qu'environ 20 % des enfants des Premières Nations en raison des critères d'admissibilité et de l'exclusion des enfants ayant des besoins spéciaux (Barrera, 2018). Bien que la preuve soit faite que les programmes adaptés à la culture contribuent à la rétention des élèves autochtones, la plupart des programmes des écoles secondaires régulières manquent toujours de contenu et de ressources pédagogiques tenant compte des Autochtones (Anderson, 2004; Battiste, 2002; Kovach & Montgomery, 2019). Depuis les années 1960, le nombre d'étudiants autochtones qui entreprennent des études postsecondaires au Canada augmente lentement, mais de façon constante. Même si la fréquentation universitaire des jeunes autochtones s'est accrue, un écart subsiste qui s'explique en bonne partie par des entraves de nature socioéconomique⁸.

⁸ Les données portant sur ces aspects seront présentées dans une section ultérieure.

Des efforts sont déployés pour faire une place accrue aux Autochtones dans les programmes et cours des établissements postsecondaires, mais ces derniers n'ont toujours pas su s'adapter aux besoins éducatifs des étudiants autochtones (Arvidson, 2020; Restoule et al., 2013; Scowcroft, 2015).

Infrastructures, ressources et capacités communautaires

La mesure de la situation socioéconomique s'effectue généralement dans trois sphères : celle des individus, celle des ménages, et celle des quartiers ou des localités (Howe et al., 2012). Même si chacune de ces sphères joue un rôle dans la santé, la communauté dans laquelle les gens vivent influence particulièrement leur bien-être. Plus précisément, les infrastructures communautaires (p. ex. édifices, écoles, équipements collectifs, routes et ponts, transports publics,

gestion de l'eau et des déchets), la mise en valeur des ressources (p. ex. utilisation des sols, utilisation et exploitation des ressources naturelles) et la sécurité (p. ex. ambulances et services de police et d'incendie) contribuent de façon importante à la santé communautaire. Dans le cas des communautés autochtones ayant une assise territoriale, le développement économique représente souvent un déterminant primordial, le contrôle et l'utilisation des terres et des ressources naturelles étant la pierre angulaire du succès de la plupart des initiatives en ce sens (CCSDH, 2013). En outre, il est impératif de soutenir la capacité à fournir des emplois, à former et à retenir les travailleurs essentiels, ainsi qu'à concevoir et à mettre en œuvre des programmes et services locaux adaptés à la culture. Les iniquités dans la distribution des ressources financières et humaines continuent d'empêcher de nombreuses collectivités autochtones d'optimiser la santé collective. En outre, les communautés se trouvent

souvent dans une situation où les programmes sont fragmentés et sous-financés, alors que les organes gouvernementaux encouragent la responsabilité communautaire sans par ailleurs veiller au transfert de l'autorité (Canadian Council for Aboriginal Business, 2016; McCartney, 2016; Warkentin & Parliament House of Commons, 2014).

Bien que la *Loi sur les Indiens* continue de régler presque tous les aspects de la vie des Premières Nations, de nombreuses dispositions portant atteinte aux droits civils des Premières Nations ont avec le temps été supprimées. Par exemple, la modification de 1988 a accru l'accès aux revenus des bandes en permettant que des taxes soient prélevées sur les terres de réserves et a permis aux particuliers de détenir des hypothèques dans les réserves (Borrows & Rotman, 2018; Cameron et al., 2020). De nombreuses collectivités autochtones connaissent une croissance économique par la négociation de partenariats justes et équitables avec le secteur privé. L'augmentation de la scolarisation mène à une expertise accrue dans l'établissement de modèles de gouvernance d'entreprises adaptés à la culture, ainsi que d'activités de développement économique. Bon nombre de collectivités autochtones arrivent ainsi à surmonter les obstacles dans l'atteinte de l'autonomie en matière de gouvernance et de succès économique (CCSDH, 2013).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1156574271

« Bon nombre de collectivités autochtones arrivent ainsi à surmonter les obstacles dans l'atteinte de l'autonomie en matière de gouvernance et de succès économique. »

Le Conseil national de développement économique des Autochtones (CNDEA) a mis au point un outil de mesure du succès économique, appelé l'indice de développement économique, qui regroupe 12 indicateurs distincts, la plupart étant rapportés séparément dans d'autres tableaux et sections du présent rapport (p. ex. l'emploi, le revenu, le logement ou l'éducation). Les valeurs de l'indice varient de 0 (la plus basse) à 100 (la plus élevée). Le tableau 9 montre l'écart considérable qui existe entre les populations non autochtones et autochtones, en particulier les Inuits et les populations vivant dans les réserves, mais témoigne aussi des modestes améliorations enregistrées entre 2006 et 2016.

Tableau 9 : Indice de développement économique du CNDEA⁹, selon le groupe identitaire autochtone, 2006 et 2016

Groupe identitaire autochtone	2006	2016
Première Nation dans une réserve	47,6	48,5
Première Nation hors réserve	60,6	62,3
Métis	64,9	67,1
Inuit	53,6	55,3
Non autochtone	68,7	69,7

Source : CNDEA (2019, p. 171).

Gérance environnementale

La gérance environnementale est généralement reconnue comme un déterminant de la santé autochtone (Azeiteiro et al., 2018; Burger, 2002; Jennings et al., 2016). De fait, les liens traditionnels au milieu naturel sont souvent cités comme un des facteurs principaux de l'excellente santé dont jouissaient les Autochtones avant la colonisation européenne. La Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones fait abondamment

référence à leur droit de posséder, d'utiliser, de mettre en valeur et de contrôler leurs terres, territoires et ressources (United Nations, 2018). Malheureusement, l'expansion coloniale des 400 dernières années a mené à la dépossession rapide et à la ségrégation forcée des peuples autochtones. Les gouvernements coloniaux ont souvent refusé de reconnaître le rôle de gardiens de ces derniers sur leurs territoires traditionnels et de leur accorder leur juste part des ressources naturelles. En outre, la contamination industrielle de la faune, des

poissons, de la végétation et de l'eau a isolé davantage les Autochtones des milieux naturels qui assuraient jadis la santé de leurs communautés (Moreton-Robinson, 2015).

En 1870, le gouvernement canadien a créé un système de certificats dans le cadre duquel les Métis devaient recevoir, en échange de leurs droits territoriaux, des documents leur permettant d'obtenir de l'argent ou des terres. En 2013, la Cour suprême du Canada a statué que le gouvernement fédéral n'a pas octroyé aux

⁹ L'indice de développement économique du CNDEA rassemble les résultats de deux types d'indicateurs : les indicateurs de base (emploi, activité sur le marché du travail et éléments à caractère économique) et les indicateurs sous-jacents (éducation, logement, et entrepreneuriat et travail autonome).



« Quand les peuples autochtones détiennent la responsabilité sur leurs terres et leurs cours d'eau, les déterminants de la santé se révèlent favorables à bien des niveaux... »

Métis les concessions foncières promises, et les négociations se poursuivent entre les divers échelons de gouvernement et la Nation métisse relativement à la réclamation des droits fonciers.

Quand les peuples autochtones détiennent la responsabilité sur leurs terres et leurs cours d'eau, les déterminants de la santé se révèlent favorables à bien des niveaux (Chandler & Lalonde, 1998; Frye, & Parker, 2021; Gilpin & Wiebe, 2018; Muller et al., 2019). La gérance et l'autodétermination environnementales des Autochtones ont d'ailleurs tendance à s'accroître. Depuis les années 1970, les Inuits au

Nunavut, au Nunavik, au Nunatsiavut et dans la région désignée des Inuvialuits aux Territoires du Nord-Ouest ont établi des institutions d'autonomie gouvernementale et de souveraineté territoriale. En 2020, le nombre d'accords sur l'autonomie gouvernementale et les revendications territoriales conclus au Canada s'élevait à 25 (20 pour les Premières Nations, 1 pour les Métis et 4 pour les Inuits), et 50 autres étaient en cours de négociation (CIRNAC, 2020b). Au cours des vingt dernières années, la majorité des organisations des Premières Nations et d'autres organisations autochtones se sont mises à administrer les fonds fédéraux

pour les programmes et à obtenir un pouvoir décisionnel relativement aux terres ancestrales (CIRNAC, 2020a).

Ayant entrepris collectivement de s'élever contre l'empiétement du pouvoir colonial sur leurs terres ancestrales et contre les groupes industriels mercantiles qui les dépouillent de leurs ressources (Crosby, 2018; Srivastava, 2021; Union of BC Indian Chiefs (UBCIC), 2020), les peuples autochtones sont en voie de recouvrer leur autorité au moyen de mécanismes comme la négociation d'accords sur les revendications territoriales globales, sur l'autonomie gouvernementale et sur la gestion des terres de Premières Nations¹⁰; dans ce dernier cas, le nombre de communautés participant au processus s'est accru de 96 en 2014 à 131 en 2018 (NIEDB, 2019). La plupart des programmes destinés aux collectivités autochtones sont maintenant administrés par des accords de partenariat fédéral-provincial ou fédéral-territorial. Par exemple, Santé Canada fournit aux Premières Nations et aux Inuits des programmes et du financement en santé, tandis que la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) gère leur financement et leurs programmes du secteur du logement (CMHC, 2021).

¹⁰ Ces accords offrent la possibilité aux communautés de se soustraire aux 44 articles portant sur la gestion des terres de la *Loi sur les Indiens* et d'assumer le contrôle de l'administration et les pleins pouvoirs législatifs de leurs réserves, milieux et ressources naturelles, ainsi que la responsabilité d'élaborer un code foncier (NIEDB, 2019).

LES DÉTERMINANTS IMMÉDIATS DE LA SANTÉ

Les branches d'un arbre sont loin d'être des éléments isolés : émergeant du tronc, elles sont une extension de la structure de ce dernier et le résultat des ressources qu'elles reçoivent. Dans un modèle des déterminants sociaux de la santé, les déterminants immédiats (ceux de la « couronne ») comprennent le développement de la petite enfance, le revenu et le statut social, la sécurité alimentaire, l'éducation et l'alphabétisation, les réseaux de soutien social, l'emploi, les conditions de travail et l'environnement physique (WHO, 2021). Les recherches prouvent sans l'ombre d'un doute qu'être exposé à un désavantage ou à une iniquité dans ces sphères donne lieu à toutes sortes de difficultés physiques, émotionnelles, mentales, spirituelles et sociales (Carson et al., 2007; Chenhall & Senior, 2018; Greenwood et al., 2015; Harasemiw et al., 2018; Marmot, 2005).

La recherche a permis de mieux définir les mécanismes par lesquels les déterminants immédiats influencent la santé. En plus de réduire la capacité à satisfaire les besoins de subsistance de base (p. ex. sécurité, alimentation et logement adéquats), les



déterminants immédiats désavantageux contribuent à un stress aigu ou cumulatif qui, à son tour, génère des problèmes de santé ou vient exacerber ceux qui existent déjà (Anisman, 2015; Clow & Smyth, 2020; Lovallo, 2016; Rice, 2012). Les déficits sur le plan des environnements immédiats entravent potentiellement le développement des ressources et compétences personnelles permettant de s'adapter aux difficultés et d'adopter de saines habitudes, laissant ainsi les personnes concernées mal outillées pour s'attaquer aux obstacles ou tirer parti des possibilités qui s'offrent à elles (Alper, 2017; Evans & Kim, 2013; Kim et al., 2016).

En 2016, le Canada se classait au 13^e rang dans le monde selon l'indice de développement humain des Nations Unies, qui évalue la santé en s'appuyant sur la longévité, la réussite scolaire et l'alphabétisation des adultes, alors que les membres des Premières Nations¹¹ vivant dans les réserves y figuraient au 78^e rang et celles vivant hors réserve, au 42^e rang (ISC, 2020b). L'indice de bien-être des communautés (IBC), mis au point par Affaires autochtones et du Nord Canada¹², évalue les collectivités au moyen de diverses caractéristiques touchant ses habitants, soit le revenu, le niveau de scolarité, la quantité et la qualité des logements, ainsi que les caractéristiques de population

¹¹ Les Métis, les Inuits et les membres non inscrits des Premières Nations entraînent dans la catégorie « Autres Canadiens ».

¹² En 2017, Affaires autochtones et du Nord Canada a été remplacé par deux nouveaux ministères : Services aux Autochtones Canada, et Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada.

active (taux d'activité et d'emploi) (ISC, 2020c). Le tableau 10 révèle que le score à l'IBC des collectivités inuites et des Premières Nations¹³ demeure bien en deçà de celui des collectivités non autochtones. L'analyse dans le temps des scores à l'IBC fait état d'un changement positif dans les trois types de communautés, mais aucune réduction de l'écart n'a été observée entre les résultats des collectivités inuites et des Premières Nations et ceux des autres.

Tableau 10 : Indice moyen de bien-être des communautés, selon le type de communauté autochtone, 1981 et 2016

Année	Communautés de Premières Nations	Communautés inuites	Communautés non autochtones
1981	45,0	46,1	64,5
2016	58,4	61,3	77,5

Source : Indigenous Services Canada (2020c, p.3).

Le fait de vivre dans une collectivité avec un indice de bien-être supérieur à la moyenne fait-il une différence dans la santé des individus? Les données laissent entendre que c'est le cas, tant sur le plan des scores globaux à l'IBC que des résultats à ses diverses composantes. Pour la population inscrite des Premières Nations, le taux de mortalité normalisé selon l'âge est supérieur dans le cas des personnes vivant dans des collectivités aux scores inférieurs que de celui des gens vivant dans des collectivités aux scores dépassant la moyenne (Oliver et al., 2016). Les résultats de ce genre, ainsi que les rapports de Chandler et Lalonde (1998) et de chercheurs cités précédemment, illustrent le fait : les déterminants de la santé ne dépendent pas que des caractéristiques et comportements individuels, mais sont aussi influencés par le milieu dans

lequel on vit, soit l'environnement concret, ainsi que la nature de sa gouvernance et son degré de bien-être collectif.

Activités contribuant à la santé

Les activités contribuant à la santé constituent un déterminant immédiat de la santé dont l'effet est bien documenté, notamment dans sa relation au diabète, à l'arthrite, au cancer, aux maladies cardiaques et à la santé mentale (Curtis et al., 2010; Halseth, 2019; Harasemiw et al., 2018; Knott et al., 2016; Masotti et al., 2020; McDougall et al., 2017; Wrathall et al., 2020). La mauvaise alimentation, le manque d'activité physique, le tabagisme et une santé prénatale déficiente figurent tous parmi les facteurs associés à une morbidité et à une mortalité supérieures et réparties

inégalement selon les conditions socioéconomiques (Olson et al., 2007). La prévalence des activités nuisant à la santé touche de façon disproportionnée les populations autochtones (Batal & Decelles, 2019; Gould et al., 2017; Logie et al., 2018; Passey et al., 2013; Pelletier et al., 2017; Whitbeck & Armenta, 2015); bien qu'il soit essentiel de prendre en compte ces activités, il importe aussi, pour éviter d'adopter une analyse accusant essentiellement l'individu, de les replacer dans un contexte où les déterminants systémiques et structurels jouent un rôle prédominant. Si une multitude d'habitudes de santé pourrait bien sûr figurer ici, le niveau de tabagisme en constitue un exemple éloquent, avec des taux deux ou trois fois plus élevés au sein des populations autochtones que dans la population générale (tableau 11).

¹³ L'IBC ne fournit pas de données pour les communautés métisses.

Tableau 11 : Tabagisme quotidien ou occasionnel, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants)

Population	Fume tous les jours ou à l'occasion
Première Nation dans une réserve	53,5
Première Nation hors réserve	37,1
Métisse	33,3
Inuite	51,7
Non autochtone	18,7

Source : Statistique Canada (2018a). Tableau 13-10-0457-01. Les données sont celles de la période 2011-2014.

Ces situations se traduisent par des degrés élevés d'exposition à la fumée secondaire à la maison, comme le tableau 12 l'illustre.

Tableau 12 : Exposition à la fumée secondaire à la maison, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants)

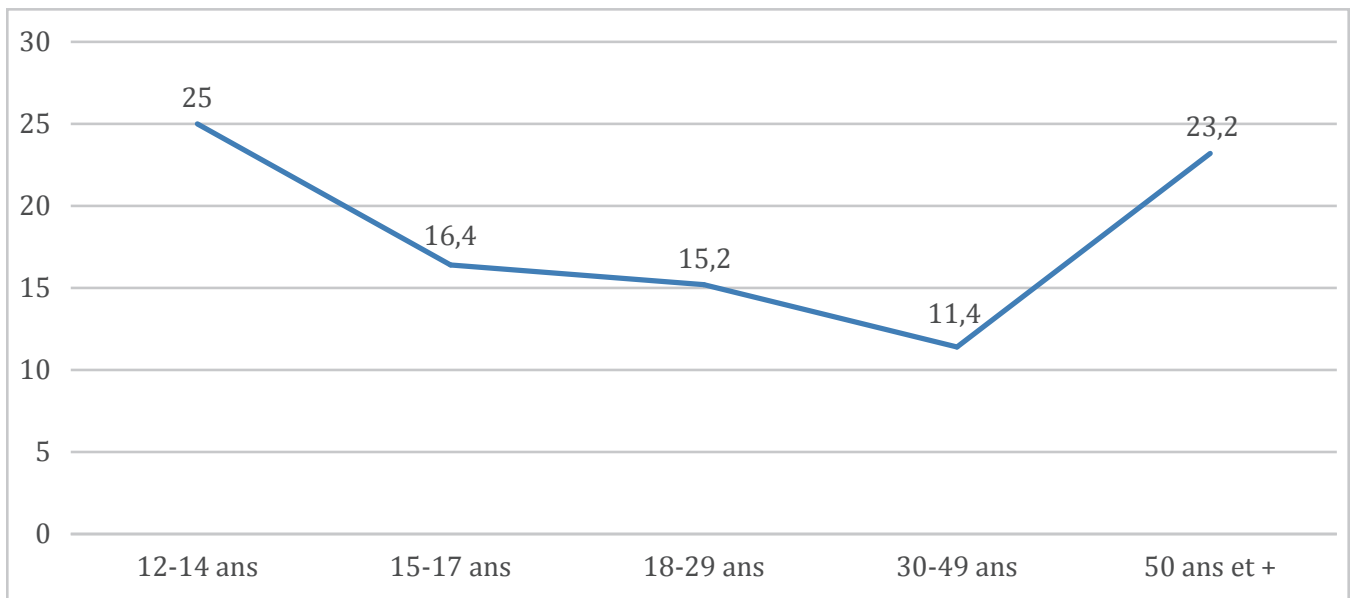
Population	Pourcentage exposé à la fumée secondaire
Première Nation dans une réserve	30,2
Première Nation hors réserve	11,3
Métisse	8,0
Inuite	8,9
Non autochtone	5,1

Source : Statistique Canada (2018a). Tableau 13-10-0457-01. Les données sont celles de la période 2011-2014.

Il est encourageant de voir que les fumeurs cherchent à mettre fin au tabagisme. Les données disponibles montrent, par exemple, que la moitié des fumeurs adultes des Premières Nations vivant dans une réserve a fait des tentatives pour arrêter de fumer au cours de l'année précédente, la majorité d'entre eux ayant opté pour le « sevrage brutal », par la seule force de leur volonté. Le désir d'arrêter de fumer s'explique par l'aspiration à des choix de vie plus sains, mais aussi par le souci du bien-être des personnes de l'entourage (Statistics Canada, 2018a).

Il existe un lien étroit entre le tabagisme et le statut socioéconomique, de même que l'environnement social, la stabilité des relations, le niveau de scolarité et le nombre d'enfants (Meijer et al., 2016). Sur tous ces plans, les femmes autochtones s'en tirent généralement moins bien (Tait, 2013). Appelées à s'exprimer sur la question, les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve ont dit que fumer représentait pour elles une manière de gérer le stress, de contrôler leurs émotions, et d'échapper momentanément aux soucis quotidiens et à l'obligation constante de s'occuper des autres (Bronars et al., 2018; Ebert & Fahy, 2007). Une indication du niveau de stress que connaissent les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve transparaît dans la figure 3 ci-dessous.

Figure 3 : Stress perçu dans la vie chez les membres des Premières Nations vivant dans une réserve, selon le groupe d'âge : pourcentage affirmant que leur quotidien n'est « pas du tout stressant »



Source : CGIPN (2018b, p. 142). Les données ont été collectées en 2015-2016.

« Appelées à s'exprimer sur la question, les femmes des Premières Nations vivant dans une réserve ont dit que fumer représentait pour elles une manière de gérer le stress, de contrôler leurs émotions, et d'échapper momentanément aux soucis quotidiens et à l'obligation constante de s'occuper des autres. »

Milieu géophysique

Le milieu géophysique joue un rôle crucial dans la santé des populations sur le plan de l'accès aux ressources et services, au logement, à l'eau et aux installations sanitaires, à des moyens de transport et à un environnement sécuritaire (CIHI, 2012; Christian et al., 2015; Richmond & Nightingale, 2021). Pour les peuples autochtones, la présence de milieux géophysiques préjudiciables est la conséquence directe de la dépossession des territoires traditionnels, de l'imposition d'un système de réserves ou d'établissements, et du sous-financement fédéral subséquent des logements et des autres infrastructures. Les effets les plus perniciose associés à ces milieux comprennent l'insalubrité de l'eau, l'insécurité alimentaire et la piètre qualité des demeures (Jones, 2020; Olson, 2016; Patrick et al., 2019; Robidoux & Mason, 2017; White et al., 2012). D'après le Conseil des Canadiens (2021), il y avait, en mai 2018, 174 avis



d'ébullition de l'eau dans plus de 100 collectivités des Premières Nations, certains remontant à plus de 20 ans; en outre, 73 % des réseaux d'alimentation en eau des Premières Nations comportaient un risque moyen ou élevé de contamination (Council of Canadians, 2021). Un grand nombre de projets sont toutefois en cours ou récemment achevés pour améliorer l'accès à l'eau et les installations sanitaires des communautés autochtones (CNDEA, 2019).

La qualité des logements dans une collectivité constitue aussi un déterminant important de la santé et, comme l'indique le tableau 13,

les Autochtones ont vu certaines améliorations en la matière entre 2006 et 2016. D'autres données de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations révèlent pourtant que plus d'un tiers et jusqu'à près de la moitié des répondants ont indiqué que leur logement contenait des moisissures dans les 12 mois précédant le sondage (FNIGC, 2018b).

Au Canada, les Autochtones risquent beaucoup plus d'habiter dans des logements surpeuplés que les Canadiens non autochtones. Le tableau 14 affiche les pourcentages des personnes métisses, inuites et des Premières Nations qui vivent dans des

Tableau 13 : Pourcentage de la population vivant dans un logement qui nécessite des réparations majeures, selon le groupe identitaire autochtone, 2006 et 2016

Population	Pourcentage des logements nécessitant des réparations majeures, 2006	Pourcentage des logements nécessitant des réparations majeures, 2016
Première Nation dans une réserve	44,4	44,1
Première Nation hors réserve	16,6	13,8
Métisse	14,1	11,3
Inuite	27,9	26,2
Non autochtone	7,0	6,0

Source : CNDEA (2019, p. 170).

résidences surpeuplées, en précisant la proportion de celles chez qui il manque une, deux ou trois chambres par rapport à la taille de leur famille. La situation est particulièrement difficile pour les Inuits.

Tableau 14 : Pourcentage des Premières Nations, des Inuits et des Métis vivant dans un logement surpeuplé, 2016

Groupe identitaire autochtone	Une chambre de moins que nécessaire	Deux chambres de moins que nécessaire	Trois chambres de moins que nécessaire
Première Nation	14	5	4
Métis	7	1	0,4
Inuit	22	11	7

Source : CNDEA (2019, p. 170).

Le surpeuplement a été associé à diverses difficultés de santé, dont un risque accru de transmettre des maladies infectieuses comme les infections mortelles des voies respiratoires inférieures (p. ex. la COVID-19), de même que des taux élevés de blessures et des problèmes de santé mentale, en plus d'exacerber les tensions familiales (Allam, 2020; Carrière et al., 2017; O'Shea et al., 2005).

Si trop de personnes habitent leur logement, les enfants n'ont qu'un espace réduit pour l'étude et le jeu, tandis que les adultes sont privés d'espace personnel pour se délasser (Caputo, 2019; Solari & Mare, 2012). Dans bien des cas, ces conditions agissent comme des facteurs de stress qui augmentent la probabilité des difficultés de comportement et d'apprentissage chez les enfants et les adolescents, ainsi que d'une consommation abusive de substances intoxicantes et des relations conflictuelles chez les adultes (Cant et al., 2019; Usher et al., 2020). Aggravée par le surpeuplement (Makinde et

al., 2016), la violence au sein de la famille a une influence directe sur les dimensions familiales de la santé, en particulier celle des femmes, et nuit à la santé physique et émotionnelle des enfants. Les femmes autochtones, qui vivent souvent en situation de surpeuplement, sont particulièrement touchées par la violence conjugale (Daoud et al., 2013; Ontario Native Women's Association, 2018). À titre d'exemple, les localités du Nunavut, des Territoires du Nord-Ouest et du Yukon où vivent des ménages aux logements fortement surpeuplés affichent respectivement les premier, deuxième et troisième taux les plus élevés de femmes victimes de violence familiale au Canada (Public Safety Canada, 2020).

Emploi et revenu

Les recherches montrent de façon claire et convaincante que le statut socioéconomique joue un rôle dans le risque de développer

des problèmes de santé, suggérant ainsi la notion de « causalité sociale » comme explication principale des inégalités en santé. Les personnes plus favorisées en matière d'éducation, de ressources financières, de pouvoirs et de privilèges sont généralement plus à même d'éviter les risques et d'adopter des stratégies de protection (Aittomäki et al., 2014; Health Quality Ontario, 2016; Link et al., 1998). En raison de la colonisation, du colonialisme, du racisme systémique et de la discrimination, les peuples autochtones ont été privés de l'accès aux ressources et aux conditions nécessaires pour optimiser leur statut socioéconomique (Eversole et al., 2005; Olson, 2016), ce qui se reflète dans leurs faibles revenus et leurs taux élevés de chômage, ainsi que leurs taux beaucoup plus bas d'alphabétisation, de scolarité et d'accès à la propriété (Eversole et al. 2005; Moran et al., 2002; Moran et al., 2010, NIEDB, 2019).

Les trois tableaux qui suivent montrent des inégalités considérables en ce qui concerne la participation des peuples autochtones à l'économie canadienne. Les peuples autochtones sont moins susceptibles de faire partie de la population active (taux d'activité¹⁴) et encore moins d'occuper un emploi (taux d'emploi¹⁵). Lorsqu'ils font partie de la population active¹⁶, leur taux de chômage (taux de chômage¹⁷) est deux ou trois fois plus élevé que celui des Canadiens non autochtones. En comparant les données de ces indicateurs entre les années 2006 et 2016, les résultats varient selon le groupe autochtone, mais on voit peu de progrès dans la réduction de l'écart avec la population non autochtone (NIEDB, 2019).

Tableau 15 : Situation sur le marché du travail, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), 2016

Population	Taux d'activité	Taux d'emploi	Taux de chômage
Première Nation dans une réserve	48,3	36,3	24,9
Première Nation hors réserve	61,4	52,0	15,3
Métisse	67,9	60,3	11,2
Inuite	63,1	49,0	22,4
Non autochtone	65,2	60,2	7,7

Source : Canada (2018b). Catalogue n° 98-510-X2016001.

Quand ils arrivent à trouver un emploi – qu'il s'agisse d'un travail à temps plein toute l'année ou à temps partiel ou saisonnier –, les Autochtones comptent un revenu d'emploi annuel considérablement inférieur à celui des non-Autochtones. Des inégalités encore plus marquées sont apparentes quand on considère les revenus totaux annuels; par exemple, pour l'année 2015, au sein des Premières Nations vivant dans une réserve, le revenu médian total après impôt ne s'élevait environ qu'à la moitié de celui des Canadiens non autochtones (tableau 16).

Tableau 16 : Certaines caractéristiques du revenu, selon le groupe identitaire autochtone, 2015

Population	Revenu médian après impôt	Pourcentage des familles dans la tranche des 10 % inférieurs	Fréquence du faible revenu (SFR-ApI)
Première Nation dans une réserve	16 891	37,5	N. D.
Première Nation hors réserve	23 880	22,1	18,3
Métisse	29 119	12,6	10,1
Inuite	23 645	15,3	9,5
Non autochtone	31 149	9,4	9,0

Source : Statistique Canada (2018b). Catalogue no 98-510-X2016001. Statistique Canada définit le seuil de faible revenu après impôt (SFR-ApI) comme suit : Les seuils de faible revenu après impôt désignent un seuil de revenu, défini en utilisant les données sur les dépenses pour 1992, sous lequel les familles économiques ou les personnes hors famille économique consacraient une portion plus grande que la moyenne générale de leur revenu après impôt à la nourriture, au logement et à l'habillement. Plus précisément, les seuils représentaient des niveaux de revenu dans lesquels on s'attendait à ce que les familles ou les personnes consacrent 20 points de pourcentage ou plus que la moyenne de leur revenu après impôt à la nourriture, au logement et à l'habillement. Ces seuils ont été indexés en dollars courants selon l'Indice des prix à la consommation (IPC) d'ensemble.

¹⁴ Le taux d'activité renvoie à la proportion de la population active exprimée en pourcentage de la population totale âgée de 15 ans et plus.

¹⁵ Le taux d'emploi fait référence à la proportion de personnes employées exprimée en pourcentage de la population de 15 ans et plus.

¹⁶ Par « population active », on entend les personnes qui sont soit employées soit au chômage.

¹⁷ Le taux de chômage fait référence à la proportion de personnes sans emploi exprimée en pourcentage de la population active.

D'autres données laissent voir que l'écart s'est accru entre les populations autochtones et non autochtones quant au revenu médian au cours de la période 2005-2015 pour tous les groupes autochtones à l'exception des Métis (NIEDB, 2019). Étant donné le taux élevé de chômage et la faiblesse des revenus des Autochtones, il n'est pas surprenant de voir que les gains provenant des transferts gouvernementaux, tels que l'aide sociale, représentent une part bien plus grande de leur revenu total par rapport aux autres Canadiens (tableau 17).

Tableau 17 : Pourcentage des individus de 15 ans et plus dont la source principale de revenu provient des transferts gouvernementaux, selon le groupe identitaire autochtone, 2005 et 2015

Population	2005	2015
Première Nation dans une réserve	42,7	44,3
Première Nation hors réserve	30,9	30,5
Métisse	23,8	23,7
Inuite	29,8	31,9
Non autochtone	21,6	22,0

Source : CNDEA (2019, p. 159).

Il a été clairement démontré que le niveau de revenu et d'autres indicateurs économiques ont une incidence sur la santé. Un exemple de ce fait concerne les femmes métisses : celles qui font partie de la population active ont bien plus de chances de rapporter un bon état de santé que celles qui ne sont pas sur le marché du travail (Hahmann, 2019).

La conséquence sur la santé d'un faible revenu qui fait le plus l'objet de discussions touche le manque d'accès aux ressources matérielles telles que des aliments riches en éléments nutritifs, ce qui mène à des taux élevés d'obésité et de diabète, ainsi qu'à une piètre santé cardiovasculaire et rénale (Hojjat & Hojjat, 2017; Houle et al., 2016). Les taux de diabète sont particulièrement élevés chez les adultes des Premières Nations vivant dans une réserve, soit 15,9 % par rapport à 8,2 % chez ceux qui vivent hors réserve, alors que ces taux se situent respectivement à 6 %, 3,2 % et 5 % chez les Métis, les Inuits et les adultes canadiens dans leur ensemble (tableau 18).

Tableau 18 : Proportion des adultes qui déclarent être atteints de diabète, selon le groupe identitaire autochtone

Population	Pourcentage
Première Nation dans une réserve	15,9
Première Nation hors réserve	8,2
Métisse	6,0
Inuite	3,2
Adulte canadienne	5,0

Source : CGIPN (2018b, p. 50) pour la population vivant dans une réserve. Les données ont été collectées en 2015-2016. Statistique Canada (2018a), tableau 13-10-0457-0. Les données concernent la période 2011-2014 pour les autres groupes.

Le risque d'instabilité familiale, de divorce et de monoparentalité augmente avec la faiblesse du revenu (Crane & Heaton, 2008; Rothwell & McEwen, 2017). On observe également un lien avec l'exclusion sociale, définie par les Nations Unies comme « un état dans lequel les individus se trouvent incapables de participer pleinement à la vie économique, sociale, politique et culturelle » [traduction] (Department of Economic and Social Affairs, 2016, p. 18). Dans le tableau 19, les données présentées illustrent un déterminant immédiat de la santé connexe : la tendance des mères autochtones à avoir leur premier enfant pendant l'adolescence, un pourcentage de trois à huit fois supérieur à celui des femmes non autochtones (tableau 19).

Tableau 19 : Maternité précoce chez les femmes de 20 à 44 ans non autochtones, inuites, métisses et des Premières Nations vivant hors réserve (% des répondants), 2011 et 2012

Population	Devenue mère à l'adolescence	Devenue mère plus tard dans la vie	N'a pas eu d'enfants
Première Nation hors réserve	28	42	31
Métisse	20	46	34
Inuite	45	32	23
Non autochtone	6	49	45

Source : Statistique Canada (2017b). La maternité précoce chez les femmes inuites, métisses et des Premières Nations vivant hors réserve. Les données proviennent de l'Enquête auprès des peuples autochtones (2012) et de l'Enquête sociale générale (2011).

Nous savons maintenant que quand les déterminants immédiats ne permettent pas d'exercer un contrôle sur les ressources de subsistance de base, la possibilité de choisir – qui constitue un facteur essentiel de la santé autodéterminée – n'est désormais plus envisageable (Gibert et al., 2017; Oi & Alwin, 2017). La faiblesse du revenu mine le sentiment de contrôle et l'estime de soi, accroissant ainsi l'anxiété, l'insécurité et le sentiment d'impuissance (Lindert, 2015; Haney, 2007; Martoncik, 2019; Ridley et al., 2020). À ces facteurs s'ajoutent d'autres formes de stress psychologique, qui ont été liées à la violence, à la toxicomanie, à la négligence parentale et à un manque de soutien social (al'Absi, 2018; Baugher & Gazmararian, 2015; Graves & Müller, 2016; Willie et al., 2016). L'accumulation de ces facteurs de stress psychosociaux mène souvent à une santé mentale déficiente et à une vulnérabilité accrue aux infections, ainsi qu'au diabète, à l'hypertension et à la dépression (al'Absi, 2018; Hackett & Steptoe, 2017; Larkin, 2005; Sharpley et al., 2014). De plus, le suicide a été associé à une santé mentale déficiente et à la consommation abusive de substances intoxicantes qui, à leur tour, sont liées à l'exclusion sociale et à la pauvreté (Choi et al., 2019; Eck, 2016; Olié & Courtet, 2020).

Éducation

L'éducation, qui est une composante du statut socioéconomique, influe sur la santé de nombreuses manières. À titre d'exemple, une éducation inadéquate vient souvent de pair avec un certain degré d'analphabétisme, qui affecte la capacité à acquérir de l'information sur les pratiques susceptibles soit de favoriser la santé soit de la compromettre. Une éducation insuffisante limite aussi les chances sur le marché du travail, ce qui aboutit souvent à du chômage et à des emplois mal rémunérés (Brunello et al., 2016; Hoff et al., 2017; Kelly et al., 2015; Kino & Kawachi, 2020).

Le tableau 20 montre clairement à quel point les Autochtones sont désavantagés en ce qui a trait au niveau d'éducation; en effet, on y voit que ceux-ci, en particulier les Inuits et les membres des Premières Nations vivant dans une réserve, sont beaucoup moins susceptibles que les Canadiens non autochtones d'obtenir au moins un diplôme d'études secondaires. Des écarts dans le niveau de scolarité sont aussi présents tant du côté des collèges, des programmes de formation professionnelle et des certificats et diplômes non universitaires, que des certificats et diplômes universitaires (NIEDB, 2019).

Tableau 20 : Pourcentage de la population (entre 25 et 64 ans) détenant au moins un diplôme d'études secondaires, selon le groupe identitaire autochtone, 2006 et 2016

Population	2006	2016
Première Nation dans une réserve	49,9	57,0
Première Nation hors réserve	69,8	76,2
Inuite	49,2	56,1
Métisse	73,8	82,0
Non autochtone	85,2	89,2

Source : CNDEA (2019, p. 164-166).

« Il est clair que les déterminants sociaux qui se croisent ont une incidence physique, spirituelle, émotionnelle et mentale sur la santé des peuples autochtones tout au long de leur parcours de vie. »

Le niveau de scolarité est un déterminant de la santé qui recoupe d'autres déterminants comme le revenu. Les données du tableau 21 indiquent que le niveau d'éducation a une incidence majeure sur le revenu d'emploi. Les personnes ne détenant pas de diplôme d'études secondaires, par exemple, ne gagnent qu'une fraction du salaire annuel de celles qui sont diplômées d'une institution postsecondaire (tableau 21).

Tableau 21 : Revenu d'emploi médian, selon le niveau de scolarité et le groupe identitaire autochtone, 2015

Plus haut niveau de scolarité atteint	Premières Nations	Inuit	Métis	Non-autochtone
Aucun certificat ni diplôme	11 854	10 307	15 134	16 751
Diplôme d'études secondaires ou certificat équivalent	19 421	24 803	25 184	24 532
Certificat ou diplôme d'apprentissage ou de formation professionnelle	29 699	33 465	39 798	36 749
Certificat ou diplôme universitaire (niveau inférieur au baccalauréat)	35 098	57 743	41 295	37 875
Certificat ou diplôme universitaire (baccalauréat ou niveau supérieur)	51 593	67 020	55 966	51 688

Source : CNDEA (2019, p. 163).

Insécurité alimentaire¹⁸

La pauvreté a des effets manifestes sur la santé, car elle détermine en partie le genre d'aliments auxquels les gens ont accès et ce qu'ils ont les moyens d'acheter. Ainsi, les gens ayant un faible revenu risquent davantage de vivre un stress associé à l'insécurité alimentaire et à un apport alimentaire insuffisant (Khanna, 2019; Wakefield et al., 2015). Dans les études, l'insécurité alimentaire est associée à des résultats de santé qui comprennent des maladies chroniques multiples, l'obésité, la détresse et la dépression (Martin, 2016; Richmond et al., 2020). Les Autochtones vivant hors réserve sont trois fois plus susceptibles de vivre dans des ménages en situation d'insécurité alimentaire que le reste des Canadiens (21 % par rapport à 7 %) (tableau 22). Cette situation est fortement liée à un faible revenu ainsi qu'à la monoparentalité, deux états de fait qui, comme l'indiquent d'autres données, sont plus susceptibles de toucher les ménages autochtones.

Tableau 22 : Pourcentage de la population en situation d'insécurité alimentaire modérée ou grave, selon le groupe identitaire autochtone, de 2007 à 2010

Population	%
Première Nation dans une réserve	20,6
Métisse	14,3
Inuite	26,3
Non autochtone	7,2

Source : Statistique Canada (2021c). Tableau 13-10-0099-01.



¹⁸ L'insécurité alimentaire fait référence à « toute insécurité » comprenant des inquiétudes relatives à la quantité de nourriture disponible en raison du manque d'argent au cours des 12 derniers mois ainsi qu'une « diète compromise » qui réfère à la quantité ou à la qualité des éléments consommés par une personne en raison d'un manque d'argent.

LES INTERSECTIONS

En 1989, Kimberlé Crenshaw, chercheuse africaine-américaine et militante des droits civiques, a utilisé la métaphore de l'intersection routière pour expliquer le lien étroit existant entre la race et le sexe chez les femmes noires, créant ainsi l'expression « intersectionnalité ». Il est clair que les déterminants sociaux qui se croisent ont une incidence physique, spirituelle, émotionnelle et mentale sur la santé des peuples autochtones tout au long de leur parcours de vie (Estey et al., 2007; Njeze et al., 2020). Le tableau 23, par exemple, montre la probabilité accrue que les hommes inuits de l'Inuit Nunangat souffrent de détresse mentale s'ils sont désavantagés sur le plan des déterminants sociaux.

Tableau 23 : Lien existant entre certaines caractéristiques et le degré élevé de détresse mentale chez les hommes inuits âgés de 18 ans et plus, Inuit Nunangat, 2012

Caractéristique	Probabilité ajustée de détresse mentale élevée
Sans diplôme d'études secondaires	0,21
Diplôme d'études secondaires	0,12
Au moins une maladie chronique	0,30
Aucune maladie chronique	0,15
Besoin de soins de santé non satisfait dans les 12 mois précédents	0,27
Aucun besoin de soins de santé non satisfait rapporté	0,17
Liens familiaux modérés à très faibles	0,23
Liens familiaux forts ou très forts	0,17
Sécurité alimentaire faible ou très faible	0,26
Sécurité alimentaire élevée ou marginale	0,10
Histoire personnelle ou familiale de fréquentation d'un pensionnat	0,20
Aucune fréquentation d'un pensionnat	0,12
Blessure grave dans les 12 derniers mois	0,26
Aucune blessure grave dans les 12 derniers mois	0,18

Source : Statistique Canada (2015).

Des résultats similaires se retrouvent au tableau 24, où les déterminants sociaux, qui sont groupés sous les appellations proximaux, intermédiaires et distaux, se révèlent avoir un effet sur trois éléments de santé (la présence de maladies chroniques, l'état de santé général autodéclaré et l'état de santé mental autodéclaré) pour les membres des Premières Nations vivant hors réserve. Notons que le lien escompté n'est pas toujours établi, mais les résultats dépendent de la nature de l'échantillon choisi, de la formulation des questions, et ainsi de suite.

Tableau 24 : Déterminants sociaux de la santé pour les populations des Premières Nations âgées de 15 ans et plus vivant hors réserve, 2012

Déterminant	Présence d'au moins une maladie chronique	État de santé général autodéclaré passable ou mauvais	État de santé mental autodéclaré passable ou mauvais
<i>Caractéristiques démographiques</i>			
Âge	+	+	-
Sexe	+	-	-
<i>Déterminants proximaux</i>			
Usage quotidien du tabac	+	+	+
Consommation abusive d'alcool	-	-	-
Surpoids ou obésité	+	+	-
Logement nécessitant des réparations majeures	+	+	+
Sans diplôme d'études secondaires	+	+	-
Chômage	-	+	+
Revenu dans le tercile inférieur	-	+	+
Insécurité alimentaire	+	+	+
<i>Déterminants intermédiaires</i>			
Besoins de soins de santé non satisfaits	+	+	+
Participation culturelle	+	-	-
Locuteur d'une langue autochtone	-	-	-
Soutien social	-	+	-
Liens familiaux serrés (variable non neutralisée)	+	+	+
<i>Déterminants distaux</i>			
Fréquentation d'un pensionnat	-	-	-

Remarque : + indique une relation statistiquement significative avec les résultats de santé en tenant compte des autres variables;
- indique qu'aucune relation n'a été établie.

Source : Rotenberg (2016).

« ...les Autochtones...ne sont pas restés passifs devant les forces oppressives : ils se sont opposés aux structures, systèmes, lieux et secteurs coloniaux – et ont non seulement survécu, mais se sont aussi développés. »

Bon nombre des interactions qui semblent jouer un rôle sont encore à confirmer, mais les données disponibles indiquent bien que la probabilité de rapporter un des trois résultats de santé mentionnés ci-dessus (maladie chronique, mauvais état de santé général autodéclaré et mauvais état de santé mental autodéclaré) s'accroît avec l'augmentation des déterminants sociaux désavantageux. Comme Rotenberg (2016) l'indique :

Par exemple, la personne qui est sans emploi, qui fume quotidiennement, qui vit dans un logement nécessitant des réparations majeures et qui a vécu en situation d'insécurité alimentaire au cours des 12 derniers mois est significativement plus susceptible d'avoir au moins un problème de santé chronique ou encore d'estimer que sa santé générale ou sa santé mentale est mauvaise ou passable qu'une personne qui ne vit aucune de ces circonstances sociales négatives (p. 20).



LA RÉSISTANCE ET LA RÉSURGENCE

Le présent rapport visait à montrer le rôle crucial joué par les déterminants sociaux dans la forme que prennent les inégalités qui touchent la santé des peuples autochtones. Il s'agit d'une démarche importante, car les Autochtones continuent de porter le blâme de ces disparités. Force est cependant de reconnaître que ceux-ci ne sont pas restés passifs devant les forces oppressives : ils se sont opposés aux structures, systèmes, lieux et secteurs coloniaux – et ont non seulement survécu, mais se sont aussi développés. Quand une résistance suffisante est exercée sur les environnements structurels et systémiques, les graines de l'équité peuvent germer et former des racines décolonisées représentant les valeurs, systèmes de savoirs, cultures et autodéterminations des peuples autochtones (Archibald et al., 2019; Bhambra et al., 2018; Carter, 2018; Charlton et al., 2020; Kelly & Black, 2018; Liebel, 2020). Nous sommes ravis de remarquer que de nombreux auteurs mettent en relief les forces et les réussites des communautés, collectivités et organisations des peuples autochtones et s'en inspirent (Bryant et al., 2021; Burgess, 2009; Greenwood et al., 2018; Henry et al., 2018; Tabobondung, 2019; Taylor et

al., 2020). Parmi ces publications nombreuses figure le rapport publié en 2013 par le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé et intitulé *Les racines de la résilience : aplanir les inégalités dans les communautés autochtones*.

Autodétermination autochtone

Le Centre pour l'autodétermination (2021) définit ainsi les cinq principes de l'autodétermination :

1. la *liberté* – de décider comment vivre;
2. l'*autorité* – sur les ressources;
3. le *soutien* – pour aménager les ressources de manière significative et favorable à la vie;
4. la *responsabilité* – d'utiliser les ressources judicieusement; et
5. la *confirmation* – du rôle important que chacun joue.

Pour atteindre l'équité, la liberté et l'autorité sont des éléments essentiels des sphères matérielle, psychosociale et politique. L'autodétermination est considérée comme le déterminant de la santé des Autochtones le plus important, car, en tant





que déterminant structurel, elle modèle et influence tous les autres déterminants des environnements systémiques et immédiats. Il n'y a pas de quoi se surprendre que les chercheurs aient établi de multiples liens entre l'autodétermination (à l'échelle communautaire ou nationale) et les résultats de santé favorables (Auger et al., 2016; Ng et al., 2012; The Lancet, 2020; Rasmus et al., 2020).

Quels sont les indicateurs de l'autodétermination? Un de ses aspects est le degré de contrôle que regagnent les peuples autochtones sur leurs propres terres et ressources. Certaines de ces données figurent à la section sur la gérance environnementale, qui fait référence aux instruments d'autodétermination comme les accords sur les revendications territoriales globales, sur l'autonomie gouvernementale et sur la gestion des terres de Premières Nations. Ces outils et certains autres nous rappellent toutefois que l'autodétermination ne consiste pas qu'à détenir l'autorité pour prendre les décisions et légiférer : il faut également disposer de l'infrastructure nécessaire à l'exécution de ces décisions. Par exemple, les Inuits ont franchi une étape importante vers l'autodétermination en négociant les accords sur les revendications territoriales globales, ce qui a ensuite jeté les bases de la formation de gouvernements régionaux et territoriaux.

Résurgence culturelle

La résurgence culturelle autochtone fait référence à la récupération et à la régénération des langues et traditions autochtones, ainsi qu'au lien avec les terres et plans d'eau ancestraux. La résurgence culturelle s'inscrit dans un vaste mouvement visant à se réappropriier les lois, identités et systèmes de savoirs autochtones, tout en décolonisant les infrastructures, les communications et les moyens technologiques, qui représentent de puissants outils d'autonomie gouvernementale (Dhillon, 2018; McMahon et al., 2015; Mitchell, 2020; Palmater, 2020).

Une étude marquante menée en 1998 par Chandler et Lalonde a révélé que, chez les jeunes des Premières Nations de la Colombie-Britannique, les taux de suicide variaient considérablement en fonction de diverses caractéristiques faisant partie de ce qui est désigné comme la « continuité culturelle » (Chandler & Lalonde, 1998). Quelque 20 années plus tard, la continuité culturelle se définirait désormais comme la préservation ou résurgence culturelle. Selon Chandler et Lalonde, la présence de taux de suicide faibles ou nuls dans une communauté semble être associée à des déterminants comme les titres fonciers, l'autonomie gouvernementale (en particulier si les femmes y participent), le contrôle



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 170039368

de l'éducation, les services culturels respectueux, ainsi que le contrôle des politiques et des pratiques de santé, de sécurité et de programmes sociaux. La résurgence et la continuité culturelles impliquent également la persistance des liens intergénérationnels par le maintien des familles intactes et l'engagement des Aînés, qui transmettent les enseignements aux générations qui les suivent (Chandler & Lalonde, 1998). Lors d'une méta-analyse effectuée en 2016 sur les données traitant de la continuité culturelle comme un déterminant social de la santé autochtone, Auger a découvert que la continuité culturelle a un effet positif sur les éléments de santé mentale comme la définition identitaire, l'estime de soi et la capacité d'adaptation. D'autres auteurs autochtones font aussi valoir l'importance

de l'apprentissage culturel, en particulier de la langue, comme atout psychologique et facteur de protection contre les problèmes de santé mentale (McIvor et al., 2013; Stewart et al., 2017).

Selon Corn tassel (2012), « qu'ils s'effectuent par des cérémonies ou d'autres moyens permettant aux peuples autochtones de se reconnecter au monde naturel, les processus de résurgence ont souvent un aspect controversé qui reflète les dimensions spirituelle, culturelle, économique et politique de leur lutte » [traduction] (p. 88). Mené par des femmes autochtones, le mouvement Idle No More qui, depuis 2012, lutte en faveur de la souveraineté, des droits et du respect des peuples autochtones, a mobilisé des Autochtones et non-Autochtones en toute solidarité contre l'oppression coloniale

(John, 2015). Ce mouvement social pancanadien a accru la sensibilisation sur le combat des peuples autochtones en faveur de l'équité et de la justice, tout en contribuant plus largement à ce qu'on prenne davantage en compte des demandes publiques visant à donner l'heure juste dans tous les programmes d'études au pays sur la colonisation, la *Loi sur les Indiens*, le système des pensionnats autochtones et les hôpitaux autochtones (Idle No More, n.d.).

Quels progrès ont-ils été réalisés sur le plan de la réappropriation culturelle? Un ensemble central d'indicateurs concerne l'utilisation des langues autochtones. Il existe différentes manières de mesurer cette utilisation, l'une d'elles étant de demander si la personne parle une langue autochtone à la maison. Alors que 61,4 % des

Inuits et 18 % des individus des Premières Nations dans les réserves et hors réserve parlent une langue autochtone à la maison, seul 1,2 % des Métis font de même (Statistics Canada, 2017a). Selon Statistique Canada (2017a), la langue crie est la plus couramment parlée parmi les Métis, suivie de la langue dénée; à peine plus de 1 000 Métis parlent le métchif, leur langue traditionnelle, qui consiste en un amalgame de cri et de français.

Même si les cas de pleines compétences linguistiques restent peu élevés, on assiste à une reconnaissance généralisée, surtout parmi les Inuits et les membres des Premières Nations inscrits ou visés par un traité, qu'il est important de parler et de comprendre une langue autochtone (tableau 25). De fait, les programmes d'enseignement des langues autochtones ont gagné en nombre ces dernières années.

Tableau 25 : Importance de parler et de comprendre une langue autochtone, selon le groupe identitaire autochtone (% des répondants), 2012

Groupe identitaire autochtone	Très important	Assez important	Pas très ou pas du tout important
Première Nation – inscrit ou visé par un traité	38,5	28,4	29,5
Première Nation – non inscrit et non visé par un traité	14,6	30,6	50,7
Métis	12,1	24,7	59,6
Inuit	63,6	17,2	14,9

Source : Statistique Canada (2021d). Ottawa, tableau 41-10-0034-01.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1311010586

CONCLUSION

Les données présentées dans ce rapport illustrent clairement les disparités en santé qui touchent les peuples autochtones. Les effets individuels et cumulatifs des inégalités dans les déterminants sociaux de la santé ont été associés à une grande variété d'incapacités et de maladies transmissibles, chroniques et potentiellement mortelles (Anderson, 2015; Barr, 2019; Boulton et al., 2016; Compton et al., 2015; Davidson, 2019; Hansen & Metzl, 2019; Kondo, 2020; Ratcliff, 2017; Tarasuk et al., 2019; Viner et al., 2012). Il existe un ensemble de preuves irréfutables que les déterminants sociaux au sein des environnements structurels, systémiques et immédiats forment et maintiennent ces disparités de façon complexe et dynamique.

En utilisant la métaphore de l'arbre, nous nous inscrivons dans la lignée des chercheurs ayant jeté les bases d'une perspective holistique et offert un nouvel éclairage sur la question des déterminants de la santé des Autochtones (First Nations Health Authority, 2021; Downey, 2020; McCabe et al., 2016; Sarmiento, et al., 2020). Le modèle axé sur la métaphore de l'arbre représente les environnements structurels (« système racinaire »), systémiques (« tronc ») et immédiats (« couronne ») comme des sphères imbriquées d'origines et d'effets, chacune influençant les autres de manière

dynamique. Ce modèle ne fait pas que caractériser la cascade de déterminants responsable de l'état de santé des Autochtones; il insiste aussi sur le rôle central que jouent dans la plupart des disparités certains déterminants structurels bien enracinés en révélant comment la santé autochtone continue de reposer sur les fondations d'idéologies racistes et de la gouvernance coloniale.

En comprenant ces fondements, nous sommes mieux à même de distinguer les voies par lesquelles les déterminants structurels contribuent aux environnements systémiques, communautaires et immédiats. Par exemple, les politiques ségrégationnistes, comme le système de réserves, sont des mécanismes par lesquels les idéologies racistes mènent à des conditions de vie désavantageuses. De même, les biais raciaux et coloniaux deviennent apparents quand les systèmes ne sont pas tenus responsables pour les politiques et les standards donnant naissance à des milieux non sécuritaires (p. ex. normes de logement liées aux substances toxiques, au surpeuplement et à la qualité de l'air) (Dingake, 2017).

Le Petit Robert (2016) définit la notion de *structure* comme la « manière dont un ensemble concret, spatial, est envisagé dans ses parties, dans son organisation ». Il est difficile de nier que les déterminants sociaux

de la santé sont des phénomènes complexes et que les déterminants structurels sont d'une importance cruciale dans l'atteinte de l'équité. La structure de toute société *juste* sert de base à l'accès aux ressources et possibilités et à leur utilisation par tous les citoyens, encourageant ainsi la bienveillance et la cohésion au sein de la population. Peut-on dire que notre structure sociétale actuelle est intègre (non divisée, honnête et fondée sur des principes)? Les idéologies racistes, les blessures historiques, les rapports de force dissymétriques et la répartition inéquitable des ressources relèvent-ils de l'intégrité structurelle?

Les modèles de déterminants sociaux comme celui qui est proposé dans ce rapport viennent soutenir les efforts collectifs et ajouter de l'intégrité dans notre structure sociétale. Il sera ainsi possible d'envisager une société dotée de politiques, systèmes et milieux équitables où aucun enfant n'est privé des ressources essentielles à un développement sain, où l'équité en matière d'options d'études et d'emploi est assurée pour tous, où l'on célèbre les contributions variées des peuples autochtones, où l'on prévient l'exposition aux milieux nocifs, où tous sont encouragés à optimiser leurs capacités et leur autonomie, et où le développement de communautés autochtones saines et viables est facilité partout au Canada.



RÉFÉRENCES

(En anglais seulement.)

- Adams, C., Peach, I., & Dahl, G. (2013). In C. Adams, G. Dahl, & I. Peach (Eds.), *Métis in Canada: History, identity, law & politics* (1st Ed.). University of Alberta Press.
- Aittomäki, A., Martikainen, P., Rahkonen, O., & Lahelma, E. (2014). Household income and health problems during a period of labour-market change and widening income inequalities – A study among the Finnish population between 1987 and 2007. *Social Science & Medicine*, 100(1982), 84-92.
- Akbulut, N., Limaro, N., Wandschneider, L., Dhonkal, R., Davidovitch, N., Middleton, J., & Razum, O. (2020). ASPHER statement on racism and health: Racism and discrimination obstruct public health's pursuit of health equity. *International Journal of Public Health*, 65(6), 727-729.
- al'Absi, M. (2018). Stress and addiction: When a robust stress response indicates resiliency. *Psychosomatic Medicine*, 80(1), 2-16.
- Alexie, E.D. (2015). "Nakhwanh Gwich'in khehtok iidilii - We are our own people": *Teet'it Gwich'in practices of indigeneity: Connection to land, traditional self-governance, and elements of self determination*. [Unpublished Master's thesis]. University of Victoria. Retrieved from https://dspace.library.uvic.ca/bitstream/handle/1828/6486/Alexie_Elaine_MA_2015.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Allam, L. (2020). Indigenous coronavirus taskforce meets as remote communities restrict access: Existing health problems and crowded housing mean Australia's Indigenous communities are at particular risk from coronavirus. *The Guardian*, March 6. Retrieved from <https://www.theguardian.com/world/2020/mar/06/indigenous-coronavirus-taskforce-meets-as-remote-communities-restrict-access>
- 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*. Wellesley Institute.
- Alper, J. (2017). Health insurance and insights from health literacy. In A. Joe (ed.), *Helping consumers understand: Proceedings of a workshop*. The National Academies Press.
- Andersen, C. (2014). More than the sum of our rebellions: Métis histories beyond Batoche. *Ethnohistory*, 61(4), 619-633.
- Anderson, K. (2004). Speaking from the heart: Everyday storytelling and adult learning. *Canadian Journal of Native Education*, 28(1), 123-129.
- Anderson, K., Campbell, M., & Belcourt, C. (2018). *Keetsahnak / Our missing and murdered Indigenous sisters*. The University of Alberta Press.
- Anderson, T. (2015). *Social determinants of higher mental distress among Inuit*. Statistics Canada.
- Anisman, H. (2015). *Stress and your health: From vulnerability to resilience*. Wiley Blackwell.
- Archibald, J., Lee-Morgan, J. B. J., de Santolo, J., & Tuhiwai Smith, L. (Eds.). (2019). *Decolonizing research: Indigenous storywork as methodology*. ZED Books Ltd.
- Arvidson, S. (2020). Exploring factors influencing the retention rates of Indigenous students in post-secondary education. *Journal of Nursing Education and Practice*, 10(11), 24.
- Auger, M., Howell, T., & Gomes, T. (2016). Moving toward holistic wellness, empowerment and self-determination for Indigenous peoples in Canada: Can traditional Indigenous health care practices increase ownership over health and health care decisions? *Canadian Journal of Public Health*, 107(4-5), e393-e398.
- Azeiteiro, U., Akerman, M., Leal Filho, W., Setti, A. F. F., & Brandli, L. L. (2018). *Lifelong learning and education in healthy and sustainable cities*. Springer International Publishing.
- Barnes, R., & Josefowitz, N. (2019). Indian Residential Schools in Canada: Persistent impacts on Aboriginal students' psychological development and functioning. *Canadian Psychology*, 60(2), 65-76.
- Barr, D. (2019). *Health disparities in the United States: Social class, race, ethnicity, and the social determinants of health*. (Third ed.). Johns Hopkins University Press.
- Barrera, J. (2018). Most families can't access 'flagship' on-reserve childhood development program: Indigenous Services department. *CBC News – Indigenous*, Feb. 15. Retrieved from: <https://www.cbc.ca/news/indigenous/childhood-gaps-firstnation-1.4536959>
- Batal, M., & Decelles, S. (2019). A scoping review of obesity among Indigenous Peoples in Canada. *Journal of Obesity*, 9741090-20.
- Battiste, M. (2002). *Indigenous knowledge and pedagogy in First Nations education – A literature review with recommendations*. Prepared for the national working group on education and the Minister of Indian Affairs, Ottawa.

- Baughner, A., & Gazmararian, J. (2015). Masculine gender role stress and violence: A literature review and future directions. *Aggression and Violent Behavior, 24*, 107-112.
- Bhambra, G., Niancolu, K., & Gebrial, D. (2018). *Decolonizing the university*. Pluto Press.
- Bhandar, B. (2018). *Colonial lives of property: Law, land, and racial regimes of ownership*. Duke University Press.
- Bonikowska, A. (2020). *Why are lower-income parents less likely to open an RESP account?: The roles of literacy, education and wealth*. Statistics Canada.
- Borrows, J., & Rotman, L. (2018). *Aboriginal legal issues: Cases, materials & commentary* (Fifth ed.). LexisNexis Canada.
- Boulton, J. (Ed.). (2016). *Aboriginal children, history, and health: Beyond social determinants*. Routledge.
- Bradford, L., Okpalauwaekwe, U., Waldner, C. L., & Bharadwaj, L. A. (2016). Drinking water quality in Indigenous communities in Canada and health outcomes: A scoping review. *International Journal of Circumpolar Health, 75*(1), 32336-16.
- Bronars, C., Patten, C., Koller, K., Hatsukami, D., Flanagan, C. A., Decker, P. A., Hanson, A., Wolfe, A., Hughes, C., Benowitz, N., Murphy, N. J., & Thomas, T. (2018). Perceived risks and reasons to smoke cigarettes during pregnancy among Alaska native women. *Ethnicity & Health, 23*(1), 33-42.
- Brown, C. (2017). Precolonial Indigenous sexual education. *The Xaverian Weekly, October 26*, <https://www.xaverian.ca/articles/precolonial-indigenous-sexual-education>.
- Bromley, D. (2019). *Possessive individualism: A crisis of capitalism*. Oxford University Press.
- Brunello, G., Fort, M., Schneeweis, N., & Winter-Ebmer, R. (2016). The causal effect of education on health: What is the role of health behaviors? *Health Economics, 25*(3), 314-336.
- Bryant, J., Bolt, R., Botfield, J. R., Martin, K., Doyle, M., Murphy, D., Graham, S., Newman, C. E., Bell, S., Treloar, C., Browne, A. J., & Aggleton, P. (2021). Beyond deficit: 'strengths-based approaches' in indigenous health research. *Sociology of Health & Illness, 43*(6), 1405-1421.
- Burger, J. (2002). Restoration, stewardship, environmental health, and policy: Understanding stakeholders' perceptions. *Environmental Management, 30*(5), 0631-0640.
- Burgess, C. P., Johnston, F. H., Berry, H. L., McDonnell, J., Yibarbuk, D., Gunabarra, C., Mileran, A., & Bailie, R. S. (2009). Healthy country, healthy people: The relationship between indigenous health status and 'caring for country'. *Medical Journal of Australia, 190*(10), 567-573.
- Cameron, A., Graben, S., & Napoleon, V. (Eds.). (2020). *Creating Indigenous property: Power, rights, and relationships*. University of Toronto Press.
- Campbell, M. (2019). *Halfbreed*. McClelland & Stewart.
- Canada Mortgage and Housing Corporation [CMHC]. (2021). *First Nations housing*. Government of Canada. Retrieved from <https://www.cmhc-schl.gc.ca/en/professionals/industry-innovation-and-leadership/industry-expertise/indigenous-housing>
- Canadian Council for Aboriginal Business. (2016). *National First Nations sustainable economic development strategy*. Retrieved from https://www.ccab.com/wp-content/uploads/2016/10/National-Project-Overview_FNED_INAC.pdf
- Canadian Council on Social Determinants of Health [CCSDH]. (2013). *Roots of resilience: Overcoming inequities in Aboriginal communities*. http://ccsdh.ca/images/uploads/Roots_of_Resilience.pdf
- Canadian Encyclopedia [online]. (2021). *North-West Rebellion*. Retrieved from <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/north-west-rebellion>
- Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2004). *Seven years later: An inventory of population health policy since the Royal Commission on Aboriginal Peoples 1996-2003: Policies and programs for the federal government*. https://secure.chihi.ca/free_products/SYL_Intro_Final_e.pdf
- Canadian Institute for Health Information [CIHI]. (2012). *Urban physical environments and health inequalities: A scoping review of interventions*. http://publications.gc.ca/collections/collection_2012/icis-cihi/H118-63-2012-eng.pdf
- Cant, R. L., O'Donnell, M., Sims, S., & Harries, M. (2019). Overcrowded housing: One of a constellation of vulnerabilities for child sexual abuse. *Child Abuse & Neglect, 93*, 239-248.
- Caputo, J. (2019). Crowded nests: Parent-adult child coresidence transitions and parental mental health following the great recession. *Journal of Health and Social Behavior, 60*(2), 204-221.
- Caron, N. (2005). Getting to the root of trauma in Canada's Aboriginal population. *Canadian Medical Association Journal, 172*(8), 1023-1024.
- Carrière, G., Garner, R., & Sanmartin, C. (2017). Housing conditions and respiratory hospitalizations among First Nations people in Canada. *Health Reports, 28*(4), 9-15.
- Carrière, J., & Richardson, C. (2017). *Calling our families home: Métis peoples' experience with child welfare*. Charlton Publishing.
- Carson, B., Dunbar, T., Chenhall, R. D., & Bailie, R. (Eds.). (2007). *Social determinants of Indigenous health* (1st Edition). Allen & Unwin.

- Carter, P. (2018). *Decolonising governance: Archipelagic thinking*. Routledge.
- Centre for Self-Determination. (2021). *What is self-determination?* Retrieved from <http://www.self-determination.com/index.php/self-determination>
- Chan, T., & Boliver, V. (2013). The grandparents effect in social mobility: Evidence from British birth cohort studies. *American Sociological Review*, 78(4), 662-678.
- Chandler, M., & C. Lalonde, C. (1998). Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations. *Transcultural Psychiatry*, 35(2), 191-219.
- Charles, M., & Rah, S.-C. (2019). *Unsettling truths: The ongoing, dehumanizing legacy of the doctrine of discovery*. InterVarsity Press.
- Charlton, J., Michell, H., & Acoose, S. (2020). *Decolonizing mental health: Embracing Indigenous multi-dimensional balance*. JCharlton Publishing Ltd.
- Chartrand, L. N., Logan, T. E., & Daniels, J. D. (2006). *Métis history and experience and residential schools in Canada*. Aboriginal Healing Foundation. <http://www.ahf.ca/downloads/metiseweb.pdf>
- Chenhall, R., & Senior, K. (2018). Living the social determinants of health: Assemblages in a remote Aboriginal community. *Medical Anthropology Quarterly*, 32(2), 177-195.
- Choi, J., Kim, T. H., Shin, J., & Han, E. (2019). Poverty and suicide risk in older adults: A retrospective longitudinal cohort study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 34(11), 1565-1571.
- Clarkson, A., Christian, W. M., Pearce, M. E., Jongbloed, K. A., Caron, N. R., Teegee, M. P., Moniruzzaman, A., Schechter, M. T., Spittal, P. M., & Cedar Project Partnership. (2015). The Cedar Project: Negative health outcomes associated with involvement in the child welfare system among young Indigenous people who use injection and non-injection drugs in two Canadian cities. *Canadian Journal of Public Health*, 106(5), e265-e270.
- Clarmont, E. A., & Clarmont, W. (2016). Intergenerational trauma and Indigenous healing. *Visions*, 11(4), 7.
- Clow, A., & Smyth, N. (2020). *Stress and brain health: In clinical conditions*. Academic Press.
- Compton, M., Shim, R., & Ebooks, C. (2015). *The social determinants of mental health*. (First ed.). American Psychiatric Publishing.
- Congress of Aboriginal Peoples. (2016). *Daniels decision*. Retrieved from <http://www.abo-peoples.org/en/daniels-decision/>
- Corntassel, J. (2012). Re-envisioning resurgence: Indigenous pathways to decolonization and sustainable self-determination. *Decolonization: Indigeneity, Education & Society*, 1(1), 86-101.
- Cowan, K. (2020). How residential schools led to intergenerational trauma in the Canadian Indigenous population to influence parenting styles and family structures over generations. *Canadian Journal of Family and Youth*, 12(2), 26-35.
- Council of Canadians. (2021). *Safe water for First Nations*. Retrieved at <https://canadians.org/fn-water>
- Crane, D., & Heaton, B. (2008). *Handbook of families and poverty*. Sage Publications.
- Crenshaw, K. (1989). Demarginalizing the intersection of race and sex: A black feminist critique of antidiscrimination doctrine, feminist theory and antiracist politics. *University of Chicago Legal Forum*, 1(8). Retrieved from <http://chicagounbound.uchicago.edu/uclf/vol1989/iss1/8>
- Crook, M., Short, D., & South, N. (2018). Ecocide, genocide, capitalism and colonialism: Consequences for indigenous peoples and global ecosystems environments. *Theoretical criminology*, 22(3), 298-317.
- Crosby, A. (2018). *Policing Indigenous movements: dissent and the security state*. Fernwood Publishing.
- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada [CIRNAC]. (2020a). *Self-government*. Government of Canada. Retrieved June 14, 2021 from <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1100100032275/1529354547314>
- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada [CIRNAC]. (2020b). *Treaties and agreements*. Government of Canada. Retrieved June 14, 2021 from <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1100100028574/1529354437231>
- Curtis, E., Harwood, M., Riddell, T., Robson, B., Harris, R., Mills, C., & Reid, P. (2010). Access and society as determinants of ischaemic heart disease in indigenous populations. *Heart, Lung & Circulation*, 19(5), 316-324.
- Dalla Lana School of Public Health. (2021). *Re-searching for LGBTQ2S+ health*. University of Toronto. Retrieved from <https://lgbtqhealth.ca/community/two-spirit.php>
- Danaei, M., Palenik, C. J., Abdollahifard, G., & Askarian, M. (2017). Social determinants of health and attempt to change unhealthy lifestyle: A population-based study. *International Journal Of Preventive Medicine*, 8(1), 88-88.

- Daoud, N., Smylie, J., Urquia, M., Allan, B., & O'Campo, P. (2013). The contribution of socio-economic position to the excesses of violence and intimate partner violence among Aboriginal versus non-Aboriginal women in Canada. *Canadian Journal of Public Health, 104*(4), e278-e283.
- Das Gupta, T. (2018). *Race and racialization: Essential readings* (2nd Ed.). Canadian Scholars Press.
- Daschuk, J. W. (2013). *Clearing the Plains: Disease, politics of starvation, and the loss of Aboriginal life*. University of Regina Press.
- Davidson, A. (2019). *Social determinants of health: A comparative approach*. (Second ed.). Oxford University Press.
- Deleary, M. (2019). *Indigenous Knowledge and epigenetics*. Assembly of First Nations Mental Wellness Forum.
- de Leeuw, S., & Greenwood, M. (2017). Turning a new page: Cultural safety, critical creative literary interventions, truth and reconciliation, and the crisis of child welfare. *AlterNative: An International Journal Of Indigenous Peoples, 13*(3), 142-151.
- de Mello, A., Lopes Pereira, J., Barco Leme, A. C., Goldbaum, M., Galvao Cesar, C. L., & Fisberg, R. M. (2020). Social determinants, lifestyle and diet quality: A population-based study from the 2015 Health Survey of Sao Paulo, Brazil. *Public Health Nutrition, 23*(10), 1766-1777.
- Department of Economic and Social Affairs: Social Inclusion. (2016). *Report on the world social situation*. United Nations. Retrieved June 14, 2021 from <https://www.un.org/development/desa/dspd/world-social-report/rwss2016.html>
- Department of Justice. (2019). *Just facts: Indigenous overrepresentation as victims of crime*. Government of Canada. Retrieved June 14, 2021 from <https://www.justice.gc.ca/eng/rp-pr/jr/jf-pf/2019/may01.html>
- Dhillon, J. (2018). Introduction: Indigenous resurgence, decolonization, and movements for environmental justice. *Environment and Society, 9*(1), 1-5.
- Diekmeyer, P. (2020). Capitalism in Canada. *New Socialist, August, 27*. Retrieved from: <https://newsocialist.org/canadian-capitalism-and-the-dispossession-of-indigenous-peoples/>
- Dingake, O. (2017). The rule of law as a social determinant of health. *Health and Human Rights, 19*(2), 295-298.
- Donatuto, J., Campbell, L., & Gregory, R. (2016). Developing responsive indicators of Indigenous community health. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 13*(9), 899.
- Downey, B. (2020). Completing the circle: Towards the achievement of ind-equity- a culturally relevant health equity model by/for Indigenous populations. *Witness: The Canadian Journal of Critical Nursing Discourse, 2*(1), 97-110.
- Dyke, L. E. (Hon.), & Patterson, D. G. (Hon.). (2017). *We can do better: Housing in Inuit Nunangat*. Report of the Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples. <https://www.homelesshub.ca/sites/default/files/attachments/APPA-RPT-Northern-Housing-Report-2017-02-28.pdf>
- Dylan, D. W. (2019). "We the North" As the dispossession of Indigenous identity and a slogan of Canada's enduring colonial legacy. *Alberta Law Review, 56*(3), 761.
- Ebert, L., & Fahy, K. (2007). Why do women continue to smoke in pregnancy? *Women and Birth: Journal of the Australian College of Midwives, 20*(4), 161-168.
- Eck, J. (2016). *Social exclusion: psychological approaches to understanding and reducing its impact*. Springer.
- Elections Canada. (2021). *Indigenous electors*. Government of Canada. Retrieved from: <https://www.elections.ca/content.aspx?section=res&dir=rec/part/abo&document=index&lang=e>
- Encyclopedia.com. (2019). *White settler society*. <https://www.encyclopedia.com/social-sciences/encyclopedias-almanacs-transcripts-and-maps/white-settler-society>
- Estey, E. Kmetc, A. & Reading, J. (2007). Innovative approaches in public health research: Applying life course epidemiology to Aboriginal health research. *Canadian Journal of Public Health, 98*(6), 444-446.
- Evans, G., & Kim, P. (2013). Childhood poverty, chronic stress, self-regulation, and coping. *Child Development Perspectives, 7*(1), 3-48.
- Eversole, R., McNeish, J., & Cimadamore, A. (Eds.). (2005). *Indigenous peoples and poverty: An international perspective*. Zed Books.
- Facing History and Ourselves. (2021). "Until there Is not a single Indian in Canada". In *Stolen lives: The Indigenous Peoples of Canada and the Indian Residential Schools*. Facing History and Ourselves. <https://www.facinghistory.org/stolen-lives-indigenous-peoples-canada-and-indian-residential-schools/historical-background/until-there-not-single-indian-canada>
- Farenhorst, A., Jahan, M., Tun, H. M., Ri, R., Amarakoon, I., Kumar, A., & Khafipour, E. (2017). Bacteria in drinking water sources of a First Nation reserve in Canada. *The Science of the Total Environment, 575*, 813-819.

- Fenton, M. (2006). *Milton's places of hope: Spiritual and political connections of hope with land*. Ashgate.
- Filice, M. (2018). Education of Indigenous Peoples in Canada. *The Canadian Encyclopedia [online]*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/aboriginal-people-education>
- First Nations Child & Family Caring Society. (2021). *Jordan's Principle*. <https://fncaingsociety.com/jordans-principle>
- First Nations Health Authority. (2021). *First Nations perspective on health and wellness*. <https://www.fnha.ca/wellness/wellness-and-the-first-nations-health-authority/first-nations-perspective-on-wellness>
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2018a). *National report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume Two*. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/53b9881f96fc02e9352f7cc8b0914d7a_FNIGC_RHS-Phase-3-Volume-Two_EN_FINAL_Screen.pdf
- First Nations Information Governance Centre [FNIGC]. (2018b). *National report of the First Nations Regional Health Survey Phase 3: Volume One*. https://fnigc.ca/wp-content/uploads/2020/09/713c8fd606a8eeb021debc927332938d_FNIGC-RHS-Phase-III-Report1-FINAL-VERSION-Dec.2018.pdf
- Fisher, M., Battams, S., McDermott, D., Baum, F., & Macdougall, C. (2019). How the social determinants of Indigenous health became policy reality for Australia's national Aboriginal and Torres Strait Islander health plan. *Journal of Social Policy*, 48(1), 169-89.
- Fortune, L. (2016). *Truth and then reconciliation: A trilogy*. Coach House Press.
- Frye, D., & Parker, D. P. (2021). Indigenous self-governance and development on American Indian reservations. *AEA Papers and Proceedings*, 111, 233-237.
- Garrett, B. E., Dube, S. R., Babb, S., & McAfee, T. (2015). Addressing the social determinants of health to reduce tobacco-related disparities. *Nicotine & Tobacco Research*, 17(8), 892-897.
- Geddes, G. (2017). *Medicine unbundled: A journey through the minefields of Indigenous health care*. Heritage House.
- Gee, G. C., & Ford, C. L. (2011). Structural racism and health inequities: Old issues, new directions. *Du Bois Review*, 8(1), 115-132.
- George, E., Mackean, T., Baum, F., & Fisher, M. (2019). Social determinants of Indigenous health and Indigenous rights in policy: A scoping review and analysis of problem representation. *International Indigenous Policy Journal*, 10(2), 4.
- Gibert, S., DeGrazia, D., & Danis, M. (2017). Ethics of patient activation: Exploring its relation to personal responsibility, autonomy and health disparities. *Journal of Medical Ethics*, 43(10), 670-675.
- Gilpin, E. M., & Wiebe, S. M. (2018). Embodied governance: Community health, indigenous self-determination, and birth practices. In A. Einion & J. Rinaldi (Eds.), *Bearing the weight of the world: Exploring maternal embodiment* (pp. 127). Demeter Press.
- Gluz, N., & Moyano, I. (2013). Universal child allocation, living conditions and education: Social policies and educational inclusion in Buenos Aires State. *Education Policy Analysis Archives*, 21. <https://doi.org/10.14507/epaa.v21n21.2013>
- Goicolea, I., Öhman, A., & Vives-Cases, C. (2017). Intersections between gender and other relevant social determinants of health inequalities. *Global Health Action*, 10(suppl. 2), 1397909-3.
- Goldman, M. (2012). *DisPossession: Haunting in Canadian fiction*. McGill-Queen's University Press.
- Gould, G. Lim, L., & Mattes, J. (2017). Prevention and treatment of smoking and tobacco use during pregnancy in selected Indigenous communities in high-income countries of the United States, Canada, Australia, and New Zealand an evidence-based review. *Chest*, 152(4), 853-866.
- Government of Canada. (1876). *The Indian Act, Chap. 18. An Act to amend and consolidate the laws respecting Indians*. https://www.aadnc-aandc.gc.ca/DAM/DAM-INTER-HQ/STAGING/texte-text/1876c18_1100100010253_eng.pdf
- Government of Canada. (1880). *The Indian Act, Chap. 28. An Act to amend and consolidate the laws respecting Indians*. <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/eng/1100100010272/1100100010274>
- Graham, C., Pedlar, C. R., Hearne, G., Lorente-Cebrián, S., Gonaález-Muniesa, P., & Mavrommatis, Y. (2020). The association of parental genetic, lifestyle, and social determinants of health with offspring overweight. *Lifestyle Genomics*, 13(2), 99-106.
- Graham, H., & Power, C. (2004). Childhood disadvantage and health inequalities: A framework for policy based on lifecourse research. *Child: Care, Health & Development*, 30(6), 671-678.
- Graham, H., & White, P. (2016). Social determinants and lifestyles: Integrating environmental and public health perspectives. *Public Health*, 141, 270-278.
- Graves, A., & Müller, U. (2016). *An analysis of mind-mindedness, parenting stress, and parenting style in families with multiple children*. University of Victoria.

- Greenberg, J. H. (2016). The doctrine of discovery as a doctrine of domination. *Journal for the Study of Religion, Nature and Culture*, 10(2), 236-244.
- Greenwood, M. (2005). Children as citizens of First Nations: Linking Indigenous health to early childhood development. *Paediatrics & Child Health*, 10(9), 553-555.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N. M., & Reading, C. (eds.). (2015). *Determinants of indigenous peoples' health in Canada: Beyond the social*. Canadian Scholars' Press.
- Greenwood, M., de Leeuw, S., & Lindsay, N. (2018). *Determinants of indigenous peoples' health: Beyond the social* (Second ed.). Canadian Scholars Press.
- Greenwood, M., & Lindsay, N. M. (2019). A commentary on land, health, and Indigenous knowledge(s). *Global Health Promotion*, 26(3_suppl), 82-86.
- Hackett, R., & Steptoe, A. (2017). Type 2 diabetes mellitus and psychological stress - a modifiable risk factor. *Nature Reviews Endocrinology*, 13(9), 547-560.
- Haggerty, J., Chin, M. H., Katz, A., Young, K., Foley, J., Groulx, A., Pérez-Stable, E. J., Turnbull, J., DeVoe, J. E., & Uchendo, U. (2018). Proactive Strategies to Address Health Equity and Disparities: Recommendations from a Bi-National Symposium. *Journal of the American Board of Family Medicine*, 31(3), 479-483.
- Hahmann, T. (2019). *Employment characteristics of Métis women and men aged 25 to 54 in Canada*. Statistics Canada.
- Halseth, R. (2018). *Overcoming barriers to culturally safe and appropriate dementia care services and supports for Indigenous Peoples in Canada*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Halseth, R. (2019). *Prevalence of type 2 diabetes among First Nations and considerations for prevention*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Halseth, R., & Greenwood, M. (2019). *Indigenous early childhood development in Canada: Current state of knowledge and future directions*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Hansen, H., & Metzl, J. (Eds.). (2019). *Structural competency in mental health and medicine: A case-based approach to treating the social determinants of health*. (First ed.). Springer International Publishing.
- Haney, T. (2007). "Broken windows" and self-esteem: Subjective understandings of neighborhood poverty and disorder. *Social Science Research*, 36(3), 968-994.
- Harasemiw, O., Milks, S., Oakley, L., Lavalley, B., Chartrand, C., McLeod, L., Di Nella, M., Rigatto, C., Tangri, N., Ferguson, T., & Komenda, P. (2018). Remote dwelling location is a risk factor for CKD among Indigenous Canadians. *Kidney International Reports*, 3(4), 825-832.
- Harris, R., Tobias, M., Jeffreys, M., Waldegrave, K., Karlson, S., & Nazroo, J. (2006). Racism and health: The relationship between experience of racial discrimination and health in New Zealand. *Social Science & Medicine*, 63(6), 1428-1441.
- Heath, M. P. (2019). *The Christian roots of individualism*. Springer International Publishing.
- Health Quality Ontario. (2016). *Income and health: Opportunities to achieve health equity in Ontario*. Retrieved June 14, 2021 from <http://www.hqontario.ca/portals/0/documents/system-performance/health-equity-report-en.pdf>
- Henry, R., LaVallee, A., Van Styvendale, N., & Innes, R. (2018). *Global indigenous health: Reconciling the past, engaging the present, animating the future*. The University of Arizona Press.
- Hoff, R., Corbett, K., Mehlum, I. S., Mohn, F. A., Kristensen, P., Hanvold, T. N., & Gran, J. M. (2018). The impact of completing upper secondary education - a multi-state model for work, education and health in young men. *BMC Public Health*, 18(1), 556-556.
- Hojjat, A., & Hojjat, T. (2017). *The economics of obesity: Poverty, income inequality and health*. Springer Singapore.
- Hornborg, A. (2008). *Mi'kmaq landscapes: From animism to sacred ecology*. Ashgate.
- Houle, J., Lauzier-Jobin, C., Beaulieu, M.-D., Meunier, S., Coulombe, S., Côté, J., Lespérance, F., Chiasson, J.-L., Bherer, L., & Lambert, J. (2016). Socioeconomic status and glycemic control in adult patients with type 2 diabetes: a mediation analysis. *BMJ Open Diabetes Research & Care*, 4(1), e000184-e000184.
- Hovey, R., Delormier, T., & McComber, A. M. (2014). Social-relational understandings of health and well-being from an Indigenous perspective. *International Journal of Indigenous Health*, 10(1), 35-54.
- Howe, L., Galobardes, B., Matijasevich, A., Gordon, D., Johnston, D., Onwujekwe, O., Patel, R., Webb, E.A., Lawlor, D. A., & Hargreaves, J. R. (2012). Measuring socio-economic position for epidemiological studies in low- and middle-income countries: A methods of measurement in epidemiology paper. *International Journal of Epidemiology*, 41(3), 871-886.
- Howitt, W. (1969). *Colonization and Christianity: A popular history of the treatment of the natives by Europeans in all their colonies*. Negro Universities Press.

- Hunt, S. (2016). *Introduction to the health of two-spirit people: Historical, contemporary and emergent issues*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Idle No More (n.d.). Retrieved from <https://idlenomore.ca/>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2020a). *A statistical profile on the health of First Nations in Canada: Determinants of health, 2006 to 2010*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1585414580249/1585414609942>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2020b). *Application of the United Nations Human Development Index to registered Indians in Canada, 2006–2016*. Government of Canada. Retrieved June 14, 2021 from <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1579883155069/1607442298277>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2020c). *National overview of the Community Well-Being index, 1981 to 2016*. Government of Canada. Retrieved June 14, 2021 from <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1419864229405/1557324163264>
- Indigenous Services Canada [ISC]. (2021). *Reducing the number of Indigenous children in care*. Government of Canada. Retrieved June 14, 2021 from <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1541187352297/1541187392851>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2021). *Inuit Nunangat Map*. Retrieved from <https://www.itk.ca/inuit-nunangat-map/>
- Irvine, K. (2004). *First Nations child and family caring society: Crisis response in First Nations child and family services*. First Nations Child and Family Caring Society of Canada.
- Jacob, M. (2012). “We really listened”: Partnership building, indigenous language revitalization, and civic engagement. *Feminist Teacher*, 22(3), 181-196.
- Jennings, V., Larson, L., & Yun, Y. (2016). Advancing sustainability through urban green space: Cultural ecosystem services, equity, and social determinants of health. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 13(2), 196-196.
- Jiang, S., Postovit, L., Cattaneo, A., Binder, E. B., & Aitchison, K. J. (2019). Epigenetic modifications in stress response genes associated with childhood trauma. *Frontiers in Psychiatry*, 10(808). DOI: 10.3389/fpsy.2019.00808
- John, S. (2015). Idle No More - Indigenous activism and feminism. *Theory in Action*, 8(4), 38.
- Johnson, H. (2019). *Peace and good order: The case for indigenous justice in Canada*. McClelland & Stewart.
- Jones, R. (2020). Climate change driving food insecurity in First Nations while government stands by, report says. *CBC News – Politics, October 21*. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/politics/human-rights-watch-report-climate-food-indigenous-1.5771262>
- Kaiser-Derrick, E. (2019). *Implicating the system: judicial discourses in the sentencing of Indigenous women*. University of Manitoba Press.
- Kelly, A., Evans-Whipp, T. J., Smith, R., Chan, G. C. K., Toumbourou, J. W., Patton, G. C., Hemphill, S. A., Hall, W. D., & Catalano, R. F. (2015). A longitudinal study of the association of adolescent polydrug use, alcohol use and high school non-completion. *Addiction*, 110(4), 627-635.
- Kelly, C., & Black, J. (2018). *Decolonizing Native American rhetoric: Communicating self-determination*. Peter Lang.
- Kelm, M.-E. (1998). *Colonizing bodies: Aboriginal health and healing in British Columbia, 1900-1950*. University of British Columbia Press.
- Khanna, S. (2019). Dietary transition, food security, and health promotion. *Ecology of Food and Nutrition*, 58(3), 187-188.
- Kim, P., Neuendorf, C., Bianco, H., & Evans, G. W. (2016). Exposure to childhood poverty and mental health symptomatology in adolescence: A role of coping strategies: childhood poverty and coping. *Stress and Health*, 32(5), 494-502.
- Kino, S., & Kawachi, I. (2020). How much do preventive health behaviors explain education- and income-related inequalities in health? Results of Oaxaca–Blinder decomposition analysis. *Annals of Epidemiology*, 43, 44-50.
- Knott, V. E., Gilligan, G., Maksimovic, L., Shen, D., & Murphy, M. (2016). Gender determinants of smoking practice in Indigenous communities: An exploratory study. *European Journal of Cancer Care*, 25(2), 231-241.
- Kondo, K. (2020). *Social determinants of health in non-communicable diseases: Case studies from Japan*. Springer Singapore.
- Kovach, M., & Montgomery, H. M. (2019). What kind of learning? For what purpose? Reflections on a critical adult education approach to online social work and education courses serving Indigenous distance learners. *Critical Social Work*, 11(1), 27-41.
- Lauber, C., Eichenberger, A., Luginbühl, P., Keller, C., & Rössler, W. (2003). Determinants of burden in caregivers of patients with exacerbating schizophrenia. *European Psychiatry*, 18(6), 285-289.
- Lancet, The. (2020). Self-determination and Indigenous health. *The Lancet*, 396(10248), 361-361.
- Larkin, K. (2005). *Stress and hypertension: Examining the relation between psychological stress and high blood pressure*. Yale University Press.
- Li, T. M. (2010). Indigeneity, capitalism, and the management of dispossession. *Current Anthropology*, 51(3), 385-414.

- Liebel, M. (2020). *Decolonizing childhoods: from exclusion to dignity*. Policy Press.
- Lindenfeld, D. F., & Richardson, M. (2012). *Beyond conversion and syncretism: Indigenous encounters with missionary Christianity, 1800-2000*. Berghahn Books.
- Lindert, J. (2015). 2.M. Regular workshop: Poverty, hopelessness and suicide. *European Journal of Public Health, 25*(suppl_3), 51.
- Link, B., Northridge, M. E., Phelan, J. C., & Ganz, M. L. (1998). Social epidemiology and the fundamental cause concept: on the structuring of effective cancer screens by socioeconomic status. *The Milbank Quarterly, 76*(3), 375-402.
- Liu, Y., Ma, Y., Jiang, N., Song, S., Fan, Q., & Wen, D. (2018). Interaction between parental education and household wealth on children's obesity risk. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(8), 1754.
- Logan McCallum, M., & Boyer, Y. (2018). Undertreatment, overtreatment, and coercion into treatment: Identifying and documenting anti-Indigenous racism in health care in Canada. *Aboriginal Policy Studies, 7*(1), 190-193.
- Logie, C., Lys, C., Okumu, M., & Leone, C. (2018). Pathways between depression, substance use and multiple sex partners among Northern and Indigenous young women in the Northwest Territories, Canada: Results from a cross-sectional survey. *Sexually Transmitted Infections, 94*(8), 604-606.
- Loo, T. (1992). Dan Cranmer's potlatch: Law as coercion, symbol, and rhetoric in British Columbia, 1884-1951. *The Canadian Historical Review, 73*(2), 125-165.
- Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw, S. (2014). *Aboriginal experiences and effects of racism*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Loppie Reading, C., & Wien, F. (2009). *Health inequalities and the social determinants of Aboriginal Peoples' health*. NCCA. H.
- Lovullo, W. (2016). *Stress & health: biological and psychological interactions*. SAGE.
- Lynch, J., & Smith, G.D. (2005). A life course approach to chronic disease epidemiology. *Annual Review of Public Health, 26*(1), 1-35.
- Macedougall, B. (2010). *One of the family: Metis culture in nineteenth-century northwestern Saskatchewan*. UBC Press.
- MacKay, K., & Quigley, M. (2018). Exacerbating inequalities? Health policy and the behavioural sciences. *Health Care Analysis, 26*(4), 380-97.
- Maggi, S., Irwin, L. J., Siddiqi, A., & Hartzman, C. (2010). The social determinants of early child development: *An overview. Journal of Paediatrics and Child Health, 46*(11), 627-635.
- Mancke, E., Bannister, J., McKim, D., & See, S. W. (Eds.). (2019). *Violence, order, and unrest: A history of British North America, 1749-1876*. University of Toronto Press.
- Mariner, W. (2016). Beyond lifestyle: Governing the social determinants of health. *American Journal of Law & Medicine, 42*(2-3), 284-309.
- Marks, E., Cargo, M., & Daniel, M. (2007). Constructing a health and social indicator framework for Indigenous community health research. *Social Indicators Research, 82*(1), 93-110.
- Marmot, M. (2005). Social determinants of health inequalities. *The Lancet, 365*(9464), 1099-1104.
- Martin, D. (2016). *Paying for nutrition: A report on food costing in the north*. Food Secure Canada. Retrieved from <https://www.deslibris.ca/ID/10090092>
- Martoncik, M. (2019). The effect of locus of control on the relationship between poverty and self-esteem. *Československá Psychologie, 63*, 43-52.
- Masotti, P., Dennem, J., Hadani, S., Banuelos, K., King, J., Linton, J., Lockhart, B., & Patel, C. (2020). The culture is prevention project: Measuring culture as a social determinant of mental health for Native/Indigenous Peoples. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research, 27*(1), 86-111.
- Matthews, R. (2019). Health ethics and Indigenous ethnocide. *Bioethics, 33*(7), 827-834.
- McCabe, M., Mellor, D., Ricciardelli, L. A., Mussap, A. J., & Hallford, D. J. (2016). Ecological model of Australian Indigenous men's health. *American Journal of Men's Health, 10*(6), NP63-NP70.
- McCartney, S. (2016). Re-thinking housing: from physical manifestation of colonial planning policy to community-focused networks. *Urban Planning, 1*(4), 20-31.
- McDougall, C., Hurd, K., & Barnabe, C. (2017). Systematic review of rheumatic disease epidemiology in the Indigenous populations of Canada, the United States, Australia, and New Zealand. *Seminars in Arthritis and Rheumatism, 46*(5), 675-686.
- Makinde, O., Björkqvist, K., & Österman, K. (2016). Overcrowding as a risk factor for domestic violence and antisocial behaviour among adolescents in Ejigbo, Lagos, Nigeria. *Global Mental Health, 3*, e16-e16.
- McIvor, O., Napoleon, V., & Dickie, K. (2013). Language and culture as protective factors for at-risk communities. *International Journal of Indigenous Health, 5*(1), 6.
- McMahon, R., LaHache, T., & Whiteduck, T. (2015). Digital data management as Indigenous resurgence in Kahnawà:ke. *International Indigenous Policy Journal, 6*(3), 6.

- Meijer, E., Gebhardt, W., Van Laar, C., Kawous, R., & Beijl, S. (2016). Socio-economic status in relation to smoking: The role of (expected and desired) social support and quitter identity. *Social Science & Medicine* 1982(162), 41-49.
- Method, S. (2019). *Legacy: Trauma, story and Indigenous healing*. ECW Press.
- Métis National Council. (2021). *Governance*. Retrieved from <https://www2.metisnation.ca/about/governance/>
- Miller, R. J., Ruru, J., Behrendt, L., & Lindberg, T. (2010). *Discovering Indigenous lands: the doctrine of discovery in the English colonies*. Oxford University Press.
- Ministry of Public Safety and Solicitor General. (2019). *Report in response to Forsaken: The report of the Missing Women Commission of Inquiry – 2019 status update*. Government of British Columbia.
- Mitchell, A. (2020). Revitalizing laws, (re)-making treaties, dismantling violence: Indigenous resurgence against ‘the sixth mass extinction’. *Social & Cultural Geography*, 21(7), 909-924.
- Monchalain, L. (2016). *The colonial problem: an Indigenous perspective on crime and injustice in Canada*. University of Toronto Press.
- Monchalain, R., Smylie, J., & Nowgesic, E. (2020). “I guess I shouldn’t come back here”: Racism and discrimination as a barrier to accessing health and social services for urban Métis women in Toronto, Canada. *Journal of Racial and Ethnic Health Disparities*, 7(2), 251-261.
- Moran, M., McQueen, K., & Szava, A. (2010). Perceptions of home ownership among Indigenous home owners. *Urban Policy And Research*, 28(3), 311-325.
- Moran, M., Memmott, P., Long, S., Stacy, R., & Holt, J. (2002). Indigenous home ownership and community title land: A preliminary household survey. *Urban Policy and Research*, 20(4), 357-370.
- Moreton-Robinson, A. (2015). *The white possessive: Property, power, and Indigenous sovereignty*. University of Minnesota Press.
- Muller, S., Hemming, S., & Rigney, D. (2019). Indigenous sovereignties: Relational ontologies and environmental management. *Geographical Research*, 57(4), 399-410.
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health [NCCAHA]. (2017). *Indigenous children and the child welfare system in Canada*. <https://www.nccih.ca/docs/health/FS-ChildWelfareCanada-EN.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health. (2019). *Access to health services as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-AccessHealthServicesSDOH-2019-EN.pdf>
- National Indigenous Economic Development Board [NIEDB]. (2019). *The Indigenous economic progress report*. Retrieved from <http://www.naedb-cndea.com/wp-content/uploads/2019/06/NIEDB-2019-Indigenous-Economic-Progress-Report.pdf>
- National Human Genome Research Institute. (2021). *Epigenomics fact sheet*. National Institutes of Health, Government of the United States of America. <https://www.genome.gov/about-genomics/fact-sheets/Epigenomics-Fact-Sheet>
- National Ocean Service. (2021). *What is an invasive species?* Government of the United States of America. <https://oceanservice.noaa.gov/facts/invasive.html>
- Nelson, S., & 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(1982), 21-27.
- Newton, P. (2021). ‘Unthinkable’ discovery in Canada as remains of 215 children found buried near residential school. *CNN News*, May 28. Retrieved from <https://www.cnn.com/2021/05/28/world/children-remains-discovered-canada-kamloops-school/index.html>
- Ng, J. Y. Y., Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Duda, J. L., Williams, G. C. (2012). Self-determination theory applied to health contexts: A meta-analysis. *Perspectives on Psychological Science*, 7(4), 325-340.
- Njeze, C., Bird-Naytowhow, K., Pearl, T., & Hatala, A. R. (2020). Intersectionality of resilience: A strengths-based case study approach with Indigenous youth in an urban Canadian context. *Qualitative Health Research*, 30(13), 2001-2018.
- Oi, K., & Alwin, D. (2017). Children’s sense of control as a determinant of adult health: Causation, mediation, and spuriousness. *Journal of Health and Social Behavior*, 58(2), 98-216.
- Olié, E., & Courtet, P. (2020). Interest of neuroimaging of social exclusion in suicide. *Journal of Neuroscience Research*, 98(4), 581-587.
- Oliver, L., Penney, C., & Peters, P. (2016). The influence of community well-being on mortality among registered First Nation people. *Health Reports*, 27(7), 10-18.
- Olson, C., Bove, C. & Miller, E. (2007). Growing up poor: Long-term implications for eating patterns and body weight. *Appetite*, 49(1), 198-207.
- Olson, S. (2016). *Making poverty: A history of on-reserve housing programs, 1930-1996* [Doctoral thesis]. University of Victoria.
- O’Neill, L., Fraser, T., Kitchenham, A., & McDonald, V. (2016). Hidden burdens: A review of intergenerational, historical and complex trauma: Implications for Indigenous families. *Journal of Child & Adolescent Trauma*, 11(2), 173-186.

- Ontario Native Women's Association. (2018). *Indigenous women, intimate partner violence and housing*. Retrieved June 14, 2021 from http://www.vawlearningnetwork.ca/our-work/issuebased_newsletters/Issue-25/Issue_25.pdf
- O'Shea, M., Ryan, M. A. K., Hawksworth, A. W., Alsip, B. J., & Gray, G. C. (2005). Symptomatic respiratory syncytial virus infection in previously healthy young adults living in a crowded military environment. *Clinical Infectious Diseases*, 41(3), 311-317.
- Oxford Dictionary. (2021). *Structure*. Retrieved from https://www.oed.com/search?searchType=dictionary&q=structure&_searchBtn=Search
- Palmater, P. (2020). *Warrior life: Indigenous resistance & resurgence*. Fernwood Publishing.
- Palmer, J. (2018). Picturing health: health advocates for Indigenous communities in British Columbia, Canada. *The Lancet*, 391(10131), 1660-1673.
- Paradies, Y. (2016). Colonisation, racism and Indigenous health. *Journal of Population Research*, 33(1) 83-96.
- Parisi, L., & Corntassel, J. (2007). In pursuit of self-determination: Indigenous women's challenges to traditional diplomatic spaces. *Canadian Foreign Policy Journal*, 13(3), 81-98.
- Passey, M., Bryant, J., Hall, A. E., & Sanson-Fisher, R. W. (2013). How will we close the gap in smoking rates for pregnant Indigenous women? *Medical Journal of Australia*, 199(1), 39-41.
- Patrick, R., Grant, K., & Bharadwaj, L. (2019). Reclaiming Indigenous planning as a pathway to local water security. *Water*, 11(5), 936.
- Pauktuutit Inuit Women of Canada. (2021). *Addressing racism in the healthcare system: A policy position and discussion paper*. Retrieved from <https://www.pauktuutit.ca/wp-content/uploads/Pauktuutit-Addressing-Racism-in-the-Health-Care-System-Apr2021.pdf>
- Pelletier, C., Smith-Forrester, J., & Klassen-Ross, T. (2017). A systematic review of physical activity interventions to improve physical fitness and health outcomes among Indigenous adults living in Canada. *Preventive Medicine Reports*, 8, 242-249.
- Perry, A., & McCallum, M. J. L. (2018) *Structures of indifference: An Indigenous life and death in a Canadian city*. University of Manitoba Press.
- Podsiadlowski, A., & Fox, S. (2011). Collectivist value orientations among four ethnic groups: Collectivism in the New Zealand context. *New Zealand Journal of Psychology*, 40(1), 5-18.
- Porter, J. (2016). First Nations students get 30 per cent less funding than other children, economist says. *CBC News – Thunder Bay, March 14* Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/canada/thunder-bay/first-nations-education-funding-gap-1.3487822>
- Poucette, T. (2019). The Indian Act's contribution to murdered and missing Indigenous women. *Rocky Mountain Outlook Today, June*.
- Public Safety Canada. (2020). *Addressing gendered violence against Inuit women: A review of police policies and practices in Inuit Nunangat*. Government of Canada. Retrieved June 14, 2021 from <https://www.publicsafety.gc.ca/cnt/rsrscs/pblctns/rvw-plc-prctcs-pauk/index-en.aspx>
- Puig-Barrachina, V., Malmusi, D., Martínez, J. M., & Benach, J. (2011). Monitoring social determinants of health inequalities: The impact of unemployment among vulnerable groups. *International Journal of Health Services*, 41(3), 459-482.
- Ramage-Morin, P., & Bougie, E. (2012). *Family networks and health among Métis aged 45 and older*. Statistics Canada.
- Raphael, D. (2010). The health of Canada's children. Part III: Public policy and the social determinants of children's health. *Paediatrics & Child Health*, 15(3), 143-149.
- Raphael, D. (2016). *Social determinants of health: Canadian perspectives* (Third ed.). Canadian Scholars' Press Inc.
- Rasmus, S., Rumbaugh Whitesell, N., Mousseau, A., & Allen, J. (2020). An intervention science to advance underrepresented perspectives and indigenous self-determination in health. *Prevention Science*, 21(Suppl 1), S83-S92.
- Ratcliff, K. (2017). *The social determinants of health: looking upstream*. Polity Press.
- Razack, S. (2015). *Dying from improvement: Inquests and inquiries into Indigenous deaths in custody*. University of Toronto Press.
- Reid, P., Cormack, D., & Paine, S. (2019). Colonial histories, racism and health –The experience of Māori and Indigenous peoples. *Public Health*, 172, 119-124.
- Reading, J., & Halseth, R. (2013). *Pathways to improving well-being for Indigenous peoples: How living conditions decide health*. National Collaborating Centre for Aboriginal Health.
- Restoule, J-P, Mashford-Pringle, A., Chacaby, M., Smilie, C., Brunette, C., & Russel, G. (2013). Supporting successful transitions to post-secondary education for indigenous students: Lessons from an institutional ethnography in Ontario, Canada. *International Indigenous Policy Journal*, 4(4), 1-10.

- Rice, V. (2012). *Handbook of stress, coping, and health: Implications for nursing research, theory, and practice*. SAGE Publications.
- Richmond, C., Steckley, M., Neufeld, H., Bezner Kerr, R., Wilson, K., & Dokis, B. (2020). First Nations food environments: Exploring the role of place, income, and social connection. *Current Developments in Nutrition*, 4(8). DOI: 10.1093/cdn/nzaa108
- Richmond, C., & Nightingale, E. (2021). Introduction to special section: Geographies of Indigenous health and wellness. *The Canadian Geographer*, 65(1), 4-7.
- Ridley, M., Rao, G., Schilbach, F., & Patel, V. (2020). Poverty, depression, and anxiety: Causal evidence and mechanisms. *Science*, 370(6522), 1289.
- Ritland, L., Thomas, V., Jongbloed, K., Zamar, D. S., Teegee, M. P., Christian, W., Richardson, C. G., Guhn, M., Schechter, M. T., Spittal, P. M., & for the Cedar Project Partnership. (2021). The Cedar Project: Relationship between child apprehension and attempted suicide among young indigenous mothers impacted by substance use in two Canadian cities. *PLoS One*, 16(6), e0252993-e0252993.
- Robidoux, M., & Mason, C. (2017). *A land not forgotten: Indigenous food security & land-based practices in Northern Ontario*. University of Manitoba Press.
- Robson, B., Purdie, G., McLeod, M., Harwood, M., Reid, P., Curtis, E., & Barnes, A. (2012). Overcoming racism to improve Indigenous cardiovascular health: Tackling inequalities in cardiac health care. *Heart, Lung & Circulation*, 21(10), 649-649.
- Roach, K. (2019). *Canadian justice, Indigenous injustice: The Gerald Stanley and Colten Boushie case*. McGill-Queen's University Press.
- Rorick, C. (2017). Following in the footsteps of the wolf: Connecting scholarly minds to ancestors in Indigenous language revitalization. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 13(1), 11-17.
- Rosile, G., Boje, D., & Claw, C. (2018). Ensemble leadership theory: Collectivist, relational, and heterarchical roots from indigenous contexts. *Leadership*, 14(3), 307-328.
- Rotenberg, C. (2016). *Social determinants of health for the off-reserve First Nations population, 15 years of age and older, 2012*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/89-653-x/89-653-x2016010-eng.htm>
- Rothwell, D., & McEwen, A. (2017). Comparing child poverty risk by family structure during the 2008 recession. *Journal of Marriage and Family*, 79(5), 1224-1240.
- Ruger, J. P. (2010). *Health and social justice*. Oxford University Press.
- Samson, C. (2016). Canada's strategy of dispossession: Aboriginal land and rights cessions in comprehensive land claims. *Canadian Journal of Law and Society*, 31(1), 87-110.
- Sarkar, M., & Lavoie, C. (2013). Language education and Canada's Indigenous peoples. In D. Gorter, V. Zenotz, & J. Cenoz (eds.), *Minority languages and multilingual education* (pp. 85-103). Springer Netherlands.
- Sarmiento, I., Paredes-Solís, S., Loutfi, D., Dion, A., Cockcroft, A., & Andersson, N. (2020). Fuzzy cognitive mapping and soft models of Indigenous knowledge on maternal health in Guerrero, Mexico. *BMC Medical Research Methodology*, 20(1), 125-125.
- Schillinger, D., Barton, L. R., Karter, A. J., Wang, F., & Adler, N. (2006). Does literacy mediate the relationship between education and health outcomes? A study of a low-income population with diabetes. *Public Health Reports*, 121(3), 245-54.
- Scofield, H. (2011). *Shift in federal funding for on-reserve housing confounds First Nations planning: Funding shift confounds on-reserve housing*. Canadian Press Enterprises.
- Scowcroft, L. (2015). *Selected approaches to enhance access and retention of Indigenous learners in post-secondary education: Options for the BC Ministry of Advanced Education* [Master's thesis]. University of Victoria.
- Shannon, K. A. (2006). Everyone goes fishing: Understanding procurement for men, women and children in an arctic community. *Etudes Inuit*, 30(1), 9-29.
- Sharpley, C., Palanisamy, S. K. A., Glyde, N. S., Dillingham, P. W., & Agnew, L. L. (2014). An update on the interaction between the serotonin transporter promoter variant (5-HTTLPR), stress and depression, plus an exploration of non-confirming findings. *Behavioural Brain Research*, 273, 89-105.
- Sheikh, M. (2015). Your parents' wealth is more important than their education for your later health and wellbeing: Evidence from the Tromsø study. *International Journal of Epidemiology*, 44(suppl_1), i159-i159.
- Shrivastava, R., Couturier, Y., Kadoch, N., Girard, F., Bedos, C., Macdonald, M. E., Torrie, J., & Emami, E. (2019). Patients' perspectives on integrated oral healthcare in a northern Quebec Indigenous primary health care organisation: a qualitative study. *BMJ Open*, 9(7), e030005-e030005.
- Singh, D., Prowse, S., & Anderson, M. (2019). Overincarceration of Indigenous people: A health crisis. *Canadian Medical Association Journal*, 191(18), E487-E488.

- Smith, D. (2018). Religion and spirituality of Indigenous Peoples in Canada. *Canadian Encyclopedia [online]*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/religion-of-aboriginal-people>
- Smuts, B. (1995). The evolutionary origins of patriarchy. *Human Nature*, 6(1), 1-32.
- Solari, C. D., & Mare, R. D. (2012). Housing crowding effects on children's wellbeing. *Social Science Research*, 41(2), 464-476.
- Srivastava, V. (2021). Indigenous land defenders: Don't call me resilient. *The Conversation*, March 10. Retrieved from <https://theconversation.com/indigenous-land-defenders-dont-call-me-resilient-ep-6-transcript-156633>
- Standing Senate Committee on Aboriginal Peoples. (2015). *Housing on First Nation reserves: Challenges and successes*. Senate Canada. Retrieved June 14, 2021 from <https://sencanada.ca/content/sen/Committee/412/appa/rep/rep08feb15b-e.pdf>
- Statistics Canada. (2015). *The social determinants of higher mental distress among Inuit*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/89-653-X2015007>
- Statistics Canada. (2017a). *The Aboriginal languages of First Nations people, Métis and Inuit*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2016/as-sa/98-200-x/2016022/98-200-x2016022-eng.cfm>
- Statistics Canada. (2017b). *Early motherhood among off-reserve First Nations, Métis and Inuit women*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/en/catalogue/75-006-X201700154877>
- Statistics Canada. (2017c). *Aboriginal Peoples in Canada: First Nations people, Métis and Inuit*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/nhs-nm/2011/as-sa/99-011-x/99-011-x2011001-eng.cfm>
- Statistics Canada. (2018a). *Health indicators by Aboriginal identity, 4-year period estimates*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=1310045701>
- Statistics Canada. (2018b). *Canada. Aboriginal population profile – 2016 Census*. Government of Canada.
- Statistics Canada. (2019). *Life expectancy in years at selected ages, by group and sex, household population at baseline, Canada 1996, 2001, 2006 and 2011*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/82-003-x/2019012/article/00001/tbl/tbl02-eng.htm>
- Statistics Canada. (2021a). *Statistics on Indigenous peoples*. Government of Canada. https://www.statcan.gc.ca/eng/subjects-start/indigenous_peoples
- Statistics Canada (2021b). *Aboriginal Peoples Survey*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/dai-quo/ssi/homepage/rel-com/theme41-eng.htm>
- Statistics Canada. (2021c). *Health indicator profile by Aboriginal identity and sex, age-standardized rate, four-year estimates (2007-10)*. Government of Canada. <https://open.canada.ca/data/en/dataset/53a5c858-f584-4677-97c7-2f2547ba2679>
- Statistics Canada. (2021d). *Importance of speaking and understanding an Aboriginal language by Aboriginal identity*. Government of Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/t1/tbl1/en/tv.action?pid=4110003401>
- Stávková, J., Antošová, V., & Turčínková, J. (2012). Influence of education on living conditions of households. *Acta Universitatis Agriculturae et Silviculturae Mendelianae Brunensis*, 60(2), 367-374.
- Stelkia, K., Beck, L., Manshadi, A., Jensen Fisk, A., Adams, E., Browne, A. J., Dixon, C., McEachern, D., Ritchie, W., McDonald, S., Henry, B., Marsden, N., Behn-Smith, D., & Reading, J. (2020). Letsemot, "togetherness": Exploring how connection to land, water, and territory influences health and wellness with First Nations knowledge keepers and youth in the Fraser Salish region of British Columbia. *International Journal of Indigenous Health*, 16(2), 356-69.
- Stewart, H. (2002). Kipijuituq in netsilik society: Changing patterns of gender and patterns of changing gender. In L. Frink, R. S. Shepard & G. A. Reinhardt (Eds.), *Many faces of gender: Roles and relationships through time in Indigenous northern communities* (pp. 13). University of Calgary Press.
- Stewart, S. L., Moodley, R., & Hyatt, A. (2017). *Indigenous cultures and mental health counselling: Four directions for integration with counselling psychology*. Routledge, Taylor & Francis Group.
- Sylliboy, J., & Hovey, R. (2020). Humanizing Indigenous Peoples' engagement in health care. *Medical Association Journal*, 192(6), E148-E148.
- Tabobondung, R. (2019). *Toronto Indigenous health advisory circle (TIHAC): Advancing self-determined Indigenous health strategies*. National Collaborating Centre for Determinants of Health.
- Tait, C. (2013). Resituating the ethical gaze: Government morality and the local worlds of impoverished Indigenous women. *International Journal of Circumpolar Health*, 72(1), 200-205.
- Talaga, T. (2017). *Seven fallen feathers: Racism, death, and hard truths in a northern city*. Anansi.
- Tarasuk, V., St-Germain, A., & Mitchell, A. (2019). Geographic and socio-demographic predictors of household food insecurity in Canada, 2011-12. *BMC Public Health*, 19(1), 12-12.

- Taylor, E. V., Lyford, M., Parsons, L., Mason, T., Sabesan, S., & Thompson, S. C. (2020). "We're very much part of the team here": A culture of respect for Indigenous health workforce transforms Indigenous health care. *PloS One*, 15(9), e0239207-e0239207.
- Toulouse, P. (2013). *Beyond shadows: First Nations, Métis and Inuit student success*. Canadian Teachers' Federation.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada [TRC]. (2015a). *Canada's residential schools: The final report of the Truth and Reconciliation Commission of Canada*. McGill-Queen's University Press.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015b). *Canada's residential schools: The Inuit and northern experience: The final report of the truth and reconciliation commission of Canada, volume 2*. McGill-Queen's University Press.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015c). *Canada's residential schools: The Métis experience: The final report of the truth and reconciliation commission of Canada: Volume 3*. McGill-Queen's University Press.
- Tucker, A. (2016). *Media and the perpetuation of western bias: Deviations of ideality*. Institute for Community Prosperity, Mount Royal University.
- Turpel-Lafond, M. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. Health Care*. Engage BC, Government of British Columbia.
- Ude, W. (1990). The sacred hoop: Recovering the feminine in American Indian traditions by Paula Gunn Allen (review). *Western American Literature*, 25(3), 270-271.
- Union of BC Indian Chiefs [UBCIC]. (2020). *UBCIC statement: Call for non-violence in light of planned rally opposing Indigenous land defenders*. Retrieved June 14, 2021 from https://www.ubcic.bc.ca/ubcic_statement_call_for_non_violence_in_light_of_planned_rally_opposing_indigenous_land_defenders
- United Nations. (2018). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/wp-content/uploads/sites/19/2018/11/UNDRIP_E_web.pdf
- United Nations Development Programme. (n.d.). *Governance indicators: A user's guide*. United Nations. Retrieved from https://www.un.org/ruleoflaw/files/Governance%20Indicators_A%20Users%20Guide.pdf
- United Nations Development Programme. (2015). *Discussion paper: A social determinants approach to maternal health*. <https://www.undp.org/content/undp/en/home/librarypage/democratic-governance/a-social-determinants-approach-to-maternal-health.html>
- Usher, K., Bhullar, N., Durkin, J., Gyamfi, N., & Jackson, D. (2020). Family violence and COVID-19: Increased vulnerability and reduced options for support. *International Journal of Mental Health Nursing*, 29(4), 549-552.
- Valaskakis, G. G., Stout, M. D., & Guimond, É. (eds.). (2009). *Restoring the balance: First Nations women, community, and culture*. University of Manitoba Press.
- Victorino, C., & Gauthier, A. (2009). The social determinants of child health: Variations across health outcomes - a population-based cross-sectional analysis. *BMC Pediatrics*, 9(1), 53-53.
- Viner, R. M., Ozer, E. M., Denny, S., Marmot, M., Resnick, M., Fatusi, A., & Currie, C. (2012). Adolescent Health 2: Adolescence and the social determinants of health. *The Lancet*, 379(9826), 1641-1652.
- Viscogliosi, C., Asselin, H., Basile, S., Borwick, K., Couturier, Y., Drolet, M., Gagnon, D., Obradovic, N., Torrie, J., Zhou, D., & Levasseur, M. (2020). Importance of Indigenous elders' contributions to individual and community wellness: Results from a scoping review on social participation and intergenerational solidarity. *Canadian Journal of Public Health*, 111(5), 667-681.
- Wakefield, S., Fredrickson, K., & Brown, T. (2015). Food security and health in Canada: Imaginaries, exclusions and possibilities: Food security and health in Canada. *The Canadian Geographer*, 59(1), 82-92.
- Warkentin, C., & Parliament House of Commons. (2014). *Study of land management and sustainable economic development on First Nations reserve lands: Report of the standing committee on aboriginal affairs and northern development*. Standing Committee on Aboriginal Affairs and Northern Development, Government of Canada.
- Weatherburn, D. (2014). *Arresting incarceration: Pathways out of indigenous imprisonment*. Aboriginal Studies Press.
- Whitbeck, L., & Armenta, B. (2015). Patterns of substance use initiation among Indigenous adolescents. *Addictive Behaviors*, 45, 172-179.
- White, J., Murphy, L., & Spence, N. (2012). Water and Indigenous Peoples: Canada's paradox. *International Indigenous Policy Journal*, 3(3), 3.
- Whiteye, B. (2018). *A dark legacy: A primer on Indian residential schools in Canada* (Third ed.). Camas Books.
- Williams, D. R., & Mohammed, S. A. (2013). Racism and health I: Pathways and scientific evidence. *The American Behavioral Scientist*, 57(8), 1152-1173.

- Willie, T., Powell, A., & Kershaw, T. (2016). Stress in the city: influence of urban social stress and violence on pregnancy and postpartum quality of life among adolescent and young mothers. *Journal of Urban Health*, 93(1), 19-35.
- Woolford, A., & Gacek, J. (2016). Genocidal carcerality and Indian residential schools in Canada. *Punishment & Society*, 18(4), 400-419.
- World Health Organization [WHO]. (2018). *WHO housing and health guidelines*. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241550376>
- World Health Organization [WHO]. (2021). *Social determinants of health*. https://www.who.int/health-topics/social-determinants-of-health#tab=tab_1
- Wrathall, D., Wilson, K., Rosenberg, M. W., Snyder, M., & Barberstock, S. (2020). Long-term trends in health status and determinants of health among the off-reserve Indigenous population in Canada, 1991–2012. *The Canadian Geographer*, 64(2), 99-214.
- Wypych-Ślusarska, A., Głogowska-Ligus, J., & Słowiński, J. (2019). Social determinants of health inequalities. *Nursing and Public Health*, 9(3), 229-236.
- Young, I. (1994). Five faces of oppression. In T.E. Wartenberg (Ed.), *Rethinking power* (pp. 3-22). Suny Press.

