





© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1786851581

## Les limites des données en matière de santé publique des Premières Nations, des Inuits et des Métis

Il est fondamental de posséder des données statistiques actuelles, complètes et pertinentes munies d'information non statistique afin de déterminer la santé des populations, puis d'élaborer des interventions et des politiques appropriées en matière de santé pour ces populations. L'accès à ces données sur les peuples autochtones est souvent un défi qui peut conduire à des décisions politiques inadéquates, à une allocation inéquitable des ressources et à l'échec de combler les besoins uniques et diversifiés des populations autochtones (Cascante et al., 2022).

Les peuples autochtones sont souvent sous-représentés dans les recherches sur la santé et les efforts de collecte de données, en particulier pour les membres des Premières Nations non inscrits, les Métis et les

Autochtones vivant en milieu urbain (Collier, 2020; Hayward et al., 2020). Les raisons de ces disparités sont diverses et peuvent comprendre :

- l'utilisation inégale des identifiants autochtones dans l'ensemble des systèmes d'évaluation de la santé publique<sup>3</sup>;
- l'exclusion de certaines populations autochtones dans la conception d'enquêtes spécifiques;
- les difficultés de recueillir des données sur les communautés à faible densité de population et réparties dans des régions rurales et éloignées;
- le taux élevé de mobilité résidentielle<sup>4</sup> chez les personnes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis;
- la non-participation des personnes ou des communautés dans les efforts de collecte de données (Halseth, 2024).

Les renseignements statistiques présentés dans cette fiche d'information reflètent ces contraintes actuelles.

<sup>3</sup> Au Canada, la responsabilité de l'évaluation de la santé publique est partagée par plusieurs compétences agissant aux paliers national, provincial, territorial, et local. Chacune de ces compétences utilise ses propres définitions de termes clés et établit ses propres indicateurs pour mesurer et suivre la santé de la population, puis en faire les constats.

<sup>4</sup> De nombreux facteurs d'incitations et d'attractions ont attiré les Autochtones vers les villes, notamment les politiques fédérales qui ont retiré le statut d'Indiens inscrits à des membres des Premières Nations et qui ont pris possession de leurs terres, de même que les influences socio-économiques telles que l'insécurité alimentaire, la violence et les abus, et l'accès aux services sociaux et de santé. Néanmoins, malgré la tendance à l'urbanisation, la mobilité des Autochtones est très grande, ils se déplacent entre les villes et les terres en zones rurales ou sur les réserves.

## Portrait démographique des peuples autochtones au Canada

En 2021, un peu plus de 1,8 million de personnes au Canada s'identifiaient comme Autochtones, représentant 5 % de l'ensemble de la population, soit une augmentation de 9,4 % depuis 2016 (Statistics Canada, 2023). Le tableau 1 présente la distribution de la population autochtone par groupe autochtone. En 2021, la population autochtone aurait été plus jeune que la population non autochtone, avec un âge moyen de 33,6 ans et de 41,8 ans, respectivement (Statistics Canada, 2022a).

En 2021, 41 % des personnes qui s'identifiaient comme membres des Premières Nations ont déclaré résider sur la réserve comparativement à 59 % ayant déclaré résider hors réserve (Statistics Canada, 2022a). La plupart des Inuits (69 %) résidaient dans l'*Inuit Nunangat*, la terre ancestrale des Inuits répartie dans les quatre régions inuites des terres désignées, y compris la région du Nunatsiavut (Labrador), du Nunavik (le Nord-du-Québec), des Inuvialuits (Territoires du Nord-Ouest et du Yukon) et du Nunavut (Statistics

Canada, 2022a). La plupart des Métis résidaient en Ontario (21,6 %), en Alberta (20,4 %), au Manitoba (15,5 %), ou en Saskatchewan (10,1 %), principalement dans les centres urbains. Cependant, on trouve aussi huit établissements métis en Alberta, qui ont été désignés par le gouvernement de l'Alberta comme des territoires métis enregistrés et munis d'une autonomie gouvernementale au Canada (Government of Alberta, 2024). À l'échelle nationale, plus de 60 % des Autochtones résident dans des zones urbaines (National Association of Friendship Centres, 2021). En 2021, 48 % des membres inscrits et 75 % des membres non inscrits des Premières Nations, 50,7 % des Inuits et 71,1 % des Métis résidaient dans des zones urbaines (Indigenous Services Canada [ISC], 2023a). Parmi les plus grandes villes au Canada, désignées régions métropolitaines de recensement (RMR), Winnipeg, Edmonton, Vancouver et Calgary ont le plus grand nombre de résidents autochtones. Cependant, on trouve les Autochtones en plus grande concentration dans les villes de Winnipeg (12,5 % du total de la population de la RMR), de Saskatoon (11,2 % et de Regina (10,0 %) (Statistics Canada, 2022b).

**TABEAU 1 : POPULATION AUTOCHTONE AU CANADA, PAR GROUPE AUTOCHTONE, EN 2021**

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

Source : Statistics Canada (2022 b).

Remarque : Les statistiques ne comprennent pas les personnes qui ont déclaré plus d'une identité autochtone ou dont l'identité autochtone, telle que définie, n'est pas comprise ailleurs.

## État de santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis

De nombreuses collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis démontrent une résilience face aux incidences permanentes du colonialisme par la force et la capacité de leurs systèmes de gouvernance et de l'affirmation de leurs droits autochtones et des droits issus des traités. L'autonomie gouvernementale a permis la création de nombreux systèmes de santé innovants dirigés par des Autochtones, qui répondent aux priorités spécifiques définies localement par les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis avec des solutions locales ciblées afin de mieux répondre aux besoins des populations desservies (Barnabe, 2021; Lavoie et al., 2016). L'autodétermination est considérée comme l'un des déterminants les plus importants de la santé et du bien-être des Autochtones, puisqu'elle permet aux communautés « de renforcer leurs capacités et de maîtriser les forces très diverses qui influent sur la [leur] santé le [leur] aux niveaux individuel et collectif » (Halseth & Murdock, 2020, p. 4). Ces forces comprennent les impacts socio-économiques de grande ampleur du colonialisme qui continuent de contribuer à un fardeau disproportionné de la mauvaise santé parmi les peuples autochtones. Cette section examine certains des facteurs qui ont des répercussions sur la santé et le

bien-être des peuples autochtones, souvent appelés déterminants de la santé.

### Les déterminants de la santé

La santé est tributaire de nombreux facteurs. Les peuples autochtones considèrent les iniquités en santé comme liées de manière directe et indirecte à des expériences historiques et persistantes relatives au colonialisme et aux politiques d'assimilation. Ces expériences et ces politiques ont contribué à une marginalisation socio-économique, à une affectation inéquitable des services et des ressources et à un traumatisme intergénérationnel qui sont autant de déterminants sous-jacents à la mauvaise santé pour de nombreux Autochtones (Kim, 2019; Loppie & Wien, 2022).

Les peuples autochtones ont constaté certaines améliorations dans ces déterminants socio-économiques au fil du temps, y compris dans ceux relatifs à

l'éducation, l'emploi, le revenu, le logement et dans l'accès à des ressources et des services de santé adéquats et axés sur la sécurité culturelle<sup>5</sup>. Néanmoins, comme illustrées dans la figure 1, des iniquités perdurent entre les populations autochtones et non autochtones dans les déterminants clés. Notamment, l'on constate un écart significatif entre les personnes autochtones et non autochtones qui vivent dans des logements qui nécessitent des réparations majeures, particulièrement parmi les personnes ayant le statut de membres inscrits des Premières Nations qui vivent dans une réserve où l'écart est de plus de 28 %. Il existe aussi un écart important relatif à l'éducation, en particulier parmi les Inuits qui ont obtenu un diplôme d'études secondaires où l'écart est de près de 35 % par rapport aux populations non autochtones. Par contre, l'écart entre les populations autochtones et non autochtones est le plus faible concernant le fait d'habiter dans un logement surpeuplé, avec un écart presque inexistant pour des membres

---

*L'autodétermination est considérée comme l'un des déterminants les plus importants de la santé et du bien-être des Autochtones, puisqu'elle permet aux communautés « de renforcer leurs capacités et de maîtriser les forces très diverses qui influent sur la [leur] santé le [leur] aux niveaux individuel et collectif »*

(Halseth & Murdock, 2020, p. 4).

---

<sup>5</sup> Consultez, la série de fiches d'informations du CCNSA sur les déterminants sociaux de la santé, y compris sur l'éducation, l'emploi, le logement, l'accès aux services de santé et le développement économique (NCCIH, 2017a, 2017b, 2017c, 2019, 2020) de même que l'ISC (2019, 2023a).

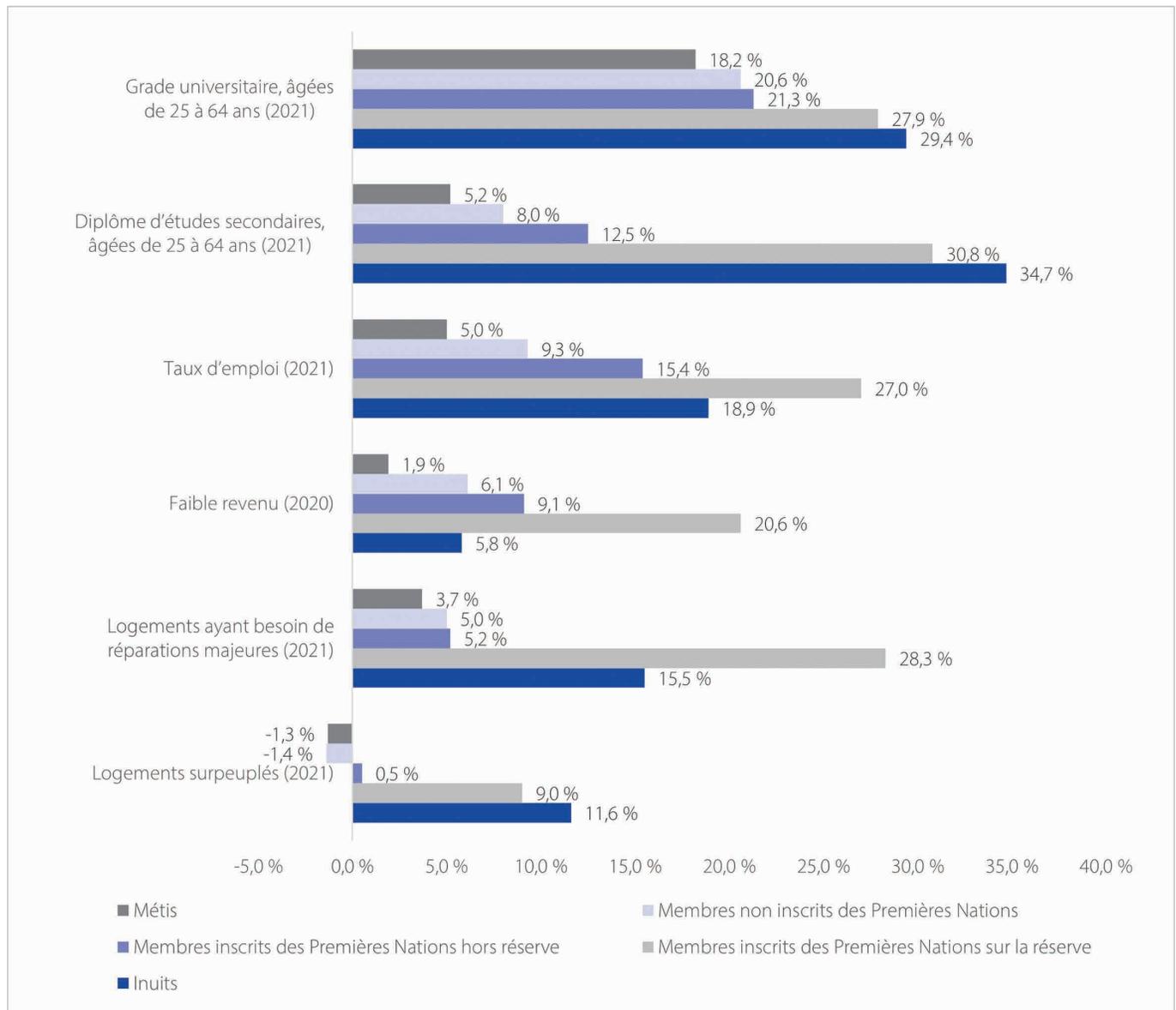
inscrits des Premières Nations vivant hors réserve, et les conditions de vie sont même meilleures pour les membres non-inscrits de Premières Nations et les Métis que pour leurs homologues non autochtones (ce

qui se traduit par un écart négatif). Il est important de reconnaître qu'il existe des disparités socio-économiques, politiques et territoriales, ainsi qu'en matière d'expériences de vie uniques entre

les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui ont des incidences sur ces résultats.



**FIGURE 1 : ÉCART ENTRE LES POPULATIONS AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES PAR DÉTERMINANT SOCIO-ÉCONOMIQUE**



Source: ISC (2023a).

Le gouvernement fédéral reconnaît qu'il est nécessaire d'adopter une approche holistique qui tient compte des déterminants sociaux, culturels et spirituels avec les facteurs économiques pour répondre à ces disparités socio-économiques (ISC, 2023a). Cette approche comprend la nécessité de :

- soutenir la revitalisation de la langue et de la culture;
- améliorer l'accès à l'éducation et aux occasions d'emplois;
- promouvoir l'autonomisation des collectivités;
- remédier aux injustices historiques et persistantes;
- favoriser des solutions et des approches dirigées par les Autochtones.

Ce type d'approche holistique s'est reflété, par exemple, pour le gouvernement fédéral dans sa première Stratégie canadienne de

réduction de la pauvreté (2018) et dans sa stratégie fédérale pour prévenir et contrer la violence fondée sur le sexe (2017).

Il existe également certains déterminants sociaux qui peuvent promouvoir la santé et le bien-être parmi les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Ceux-ci comprennent :

- le renforcement des liens inhérents avec la langue, la culture, la terre et les eaux;
- le soutien social et les relations positives avec les pairs et la famille;
- la perception positive de l'identité personnelle, la confiance, les compétences de vie et la résilience;
- l'accès aux services de santé ainsi qu'aux soins de santé axés sur la sécurité culturelle;

- la participation à l'école et dans la communauté;
- la pratique de l'autodétermination, des compétences de direction, du renforcement des capacités et de l'autonomisation (Okpalauwaekwe et al., 2022; Schill et al., 2019; Shin et al., 2024; Tanner et al., 2022; Toombs et al., 2016).

Par exemple, les données de l'étude *Healing Pathways* (sentiers autochtones menant à la guérison) ont montré une corrélation significative entre la communauté, la culture et le sentiment d'appartenance, d'une part, et les résultats positifs autodéclarés en matière de santé physique, mentale et spirituelle, d'autre part, chez les jeunes adultes autochtones au Canada et aux États-Unis (Walls et al., 2022).

## Les disparités autochtones en matière de santé

Le colonialisme et la marginalisation socio-économique qui perdurent ont eu des répercussions profondes sur la santé des peuples autochtones, de manière individuelle et collective (Henry et al., 2018; Loppie & Wien, 2022). Par exemple, les peuples autochtones doivent faire face à des problèmes complexes à plusieurs facettes, d'une manière disproportionnée, y compris :

- une espérance de vie plus courte;
- des iniquités en santé maternelle et infantile;
- des taux élevés et disproportionnés d'enfants retirés à leur famille et placés en famille d'accueil;
- des taux plus élevés de troubles de santé mentale et de dépendances, de déficiences physiques et intellectuelles, de violence et d'abus, de maladies chroniques et transmissibles, de mauvaise santé

bucco-dentaire, d'insécurité alimentaire et de conditions de santé associées à des comportements à risque élevé;

- une incidence plus importante des catastrophes naturelles sur la santé (ISC, 2024a; Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues, 2014; World Health Organization, 2023).

Les peuples autochtones font également face à de plus grands obstacles d'accessibilité aux soins de santé. Ces difficultés sont particulièrement sévères dans les collectivités rurales, éloignées et nordiques où l'accessibilité aux services de santé plus limitée est attribuable aux petites populations, aux difficultés d'attirer et de retenir des professionnels de la santé et à l'absence d'accès aux services de santé spécialisés (NCCIH, 2019). Les résidents doivent souvent se déplacer vers les hôpitaux situés en milieu urbain et plus au sud pour les urgences médicales, les

hospitalisations, les rendez-vous avec des médecins spécialistes, et pour obtenir un diagnostic et des traitements. Tout cela contribue à augmenter le stress et à poser des problèmes d'ordre personnel (NCCIH, 2019).

Ces obstacles aux soins de santé contribuent aux iniquités en matière de santé pour les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Certains de ces problèmes de santé plus urgents, et déterminés comme des priorités en santé dans la plus récente édition du document *Regard sur la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis du CCNSA* (NCCIH, 2024e), sont liés :

- aux maladies infectieuses;
- aux maladies chroniques;
- à la santé mentale, aux dépendances, à la violence;
- au bien-être de l'enfant;
- à la santé environnementale.

Voici un résumé de ces problèmes de santé.

*...les données de l'étude Healing Pathways (sentiers autochtones menant à la guérison) ont montré une corrélation significative entre la communauté, la culture et le sentiment d'appartenance, d'une part, et les résultats positifs autodéclarés en matière de santé physique, mentale et spirituelle, d'autre part, chez les jeunes adultes autochtones au Canada et aux États-Unis*

(Walls et al., 2022).



*Bien que le taux de maladie cardiovasculaire soit en baisse dans la population canadienne en général, il augmente chez les populations autochtones, particulièrement pour les femmes autochtones, et la maladie cardiovasculaire est considérée comme la première cause de décès dans cette population*

(Prince et al., 2018).

## Les maladies infectieuses

Les peuples autochtones au Canada ont subi de manière persistante des répercussions différentes des maladies infectieuses, y compris les infections au VIH, les infections transmises sexuellement (ITS), et les maladies respiratoires. En 2020, les peuples autochtones représentaient 10,3 % de l'ensemble des personnes vivant avec le VIH et 18,2 % de l'ensemble des nouvelles infections au VIH, alors qu'ils ne constituent que 5 % de la population canadienne (Challacombe, 2024). Les peuples autochtones ont aussi connu un taux élevé d'ITS, dont l'hépatite C, la Chlamydia, la gonorrhée et la syphilis, particulièrement pour les populations des Premières Nations qui résident dans les provinces des Prairies et pour les Inuits vivant sur leurs territoires ancestraux traditionnels (NCCIH, 2024f). En 2021, la proportion des cas actifs de tuberculose (TB) était près de cinq

fois supérieure chez les peuples autochtones que chez les peuples non autochtones; cependant, certains groupes autochtones sont plus à risque que d'autres (Public Health Agency of Canada [PHAC], 2024). En 2022, par exemple, le taux de cas actifs de TB était 26 fois plus grand chez les Inuits et 4 fois plus grand chez les membres des Premières Nations que chez la population nationale (ISC, 2024b). Les peuples autochtones sont également plus à risque d'être hospitalisés et ont un taux de mortalité plus élevé dans les cas de maladies infectieuses comme la COVID-19 et la grippe A (H1N1). Ce fait est en partie dû à l'augmentation des facteurs de comorbidités. Par ailleurs, les nourrissons autochtones sont parmi ceux qui ont le plus haut taux d'hospitalisation pour le virus respiratoire syncytial (VRS) (Lee et al., 2023).

## Les maladies chroniques

Les peuples autochtones sont touchés de manière disproportionnée par de nombreuses maladies chroniques. La plus importante de ces disparités concerne le diabète. Diabète Canada (2024) rapporte que le taux de prévalence du diabète (de type 1 et 2), normalisé selon l'âge, est de 5 % dans la population générale. En revanche, le taux de prévalence comparatif était de 17,2 % chez les membres des Premières Nations résidant sur la réserve et de 12,7 % chez les membres vivant hors réserve, de 9,9 % chez les Métis et de 4,7 % chez les Inuits. Malgré les limites des données sur les populations métisses et inuites, les données probantes ont confirmé que les taux de diabète continuent d'augmenter dans l'ensemble des populations autochtones, dont ceux des populations des Premières Nations qui atteignent des niveaux « épidémiques » (Cheran et al., 2023).

Les peuples autochtones portent aussi un fardeau disproportionné concernant d'autres maladies chroniques, y compris la maladie du rein et l'insuffisance rénale terminale (Schiff et al., 2021), mais également concernant l'augmentation des taux de maladies rhumatismales et de leurs sévérités, en particulier parmi les populations des Premières Nations (Hurd & Barnabe, 2018). Bien que le taux de maladie cardiovasculaire soit en baisse dans la population canadienne en général, il augmente chez les populations autochtones, particulièrement pour les femmes autochtones, et la maladie cardiovasculaire est considérée comme la première cause de décès dans cette population (Prince et al., 2018). Les disparités dans les résultats en matière de maladies chroniques parmi les peuples autochtones peuvent être attribuables, en partie :

- aux facteurs de risques tels que l'obésité, le tabagisme quotidien,

la consommation régulière et excessive d'alcool (Batal & Decelles, 2019; Bruce et al., 2014);

- à la marginalisation socio-économique, en particulier concernant l'insécurité alimentaire (Phillips-Beck et al., 2018);
- à l'accès inéquitable aux soins de santé, particulièrement pour les populations autochtones qui résident dans les régions rurales ou éloignées (Disler et al., 2020; Vervoort et al., 2022).

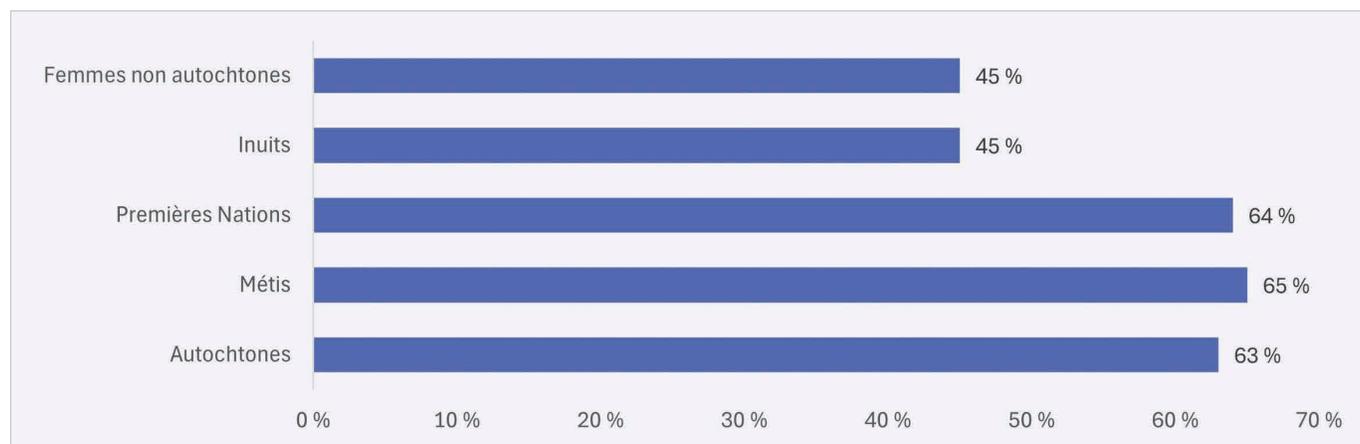
### La santé mentale, les dépendances et la violence

Les peuples autochtones font toujours face à des problématiques importantes en matière de santé dont les traumatismes intergénérationnels sont responsables et qui se reflètent dans les taux anormalement élevés de violence, de dépendances et de problèmes de santé mentale

(Toombs et al., 2022). Par exemple, en 2018, 63 % des femmes autochtones – y compris 65 % des femmes métisses, 64 % des femmes des Premières Nations et 45 % des femmes inuites –, ont déclaré avoir subi de la violence physique ou sexuelle au cours de leur vie (figure 2), en comparaison à 45 % pour les femmes non autochtones (Heidinger, 2022).

Le Canada traverse une crise des opioïdes qui a eu de lourdes conséquences, en particulier chez les membres des Premières Nations (Belzak & Halverson, 2018; Hatt, 2022). Les membres des Premières Nations en Alberta et en Colombie-Britannique étaient cinq fois plus susceptibles d'être victimes d'une surdose liée aux opioïdes avec un taux de mortalité trois fois plus élevé que celui des personnes qui ne font pas partie des Premières Nations (Belzak & Halverson, 2018). Les données relatives aux autorisations de sortie d'hôpital, entre 2011

FIGURE 2 : VIOLENCE PHYSIQUE OU SEXUELLE SUBIE PAR LES FEMMES AUTOCHTONES ET NON AUTOCHTONES AU COURS DE LEUR VIE, EN 2108



Source: Heidinger (2022).

et 2016, sont liées à l'Enquête nationale auprès des ménages (ENM) de 2011. Elles ont révélé que le taux d'hospitalisation normalisé selon l'âge et dû à l'empoisonnement aux opioïdes était 5,6 fois plus élevé chez les personnes membres des Premières Nations et résidant sur la réserve, et 3,2 fois plus élevé parmi les populations inuites et métisses que parmi la population non autochtone (Carrière et al., 2018).

Les peuples autochtones vivent aussi des problèmes de santé mentale de manière disproportionnée. Entre 2011 et 2016, le taux de suicide était trois fois plus élevé chez les membres des Premières Nations, deux fois plus élevé chez les Métis<sup>6</sup> et neuf fois plus élevé chez les Inuits que chez les personnes non autochtones (Kumar & Tjepkema, 2019). Les disparités les plus élevées sont observées chez les jeunes de 15 à 24 ans des Premières Nations et des Inuits et particulièrement chez les hommes. Les facteurs de protection contre le suicide chez les peuples autochtones sont notamment :

- le soutien des pairs, des familles et des communautés;
- la stabilité des environnements familiaux;
- l'interdépendance avec les autres;
- le sentiment d'appartenance;
- la santé émotionnelle et la résilience personnelle;

- ainsi que la continuité culturelle (Allen et al., 2021; Beaudoin et al., 2018; Hodgson et al., 2022).

### **Le bien-être de l'enfant**

Les enfants autochtones ont longtemps été surreprésentés dans les organismes de protection de l'enfance, phénomène dont l'héritage du colonialisme est responsable. Historiquement, le colonialisme a fait en sorte de séparer les enfants autochtones de leur famille et de leur communauté grâce à des politiques et des pratiques discriminatoires, dont le système des pensionnats autochtones et la rafle des années 1960<sup>7</sup>. Le colonialisme continue d'entretenir des conditions de marginalisation socio-économique (Haight et al., 2018; Ma et al., 2019; Trocmé et al., 2004). Bien que la nécessité de remédier à cette surreprésentation soit reconnue depuis longtemps, les enfants autochtones représentaient près de 54 % de tous les enfants de moins de 14 ans placés en famille d'accueil en 2021, alors qu'ils ne constituaient que 7,7 % des enfants de cette tranche d'âge (ISC, 2024a). Dans les faits, la proportion des enfants autochtones de moins de 14 ans placés en famille d'accueil a augmenté au fil du temps, passant de 47,8 % en 2011 à 53,7 % en 2021 (Hahman

et al., 2024). Cette surreprésentation était particulièrement évidente chez les enfants des Premières Nations qui représentaient 42,5 % de tous les enfants de moins de 14 ans placés en famille d'accueil et vivant dans des ménages privés, alors que les enfants non autochtones, métis, et inuits représentaient respectivement 46,3 %, 7,2 % et 2,8 % de cette population (Hahman et al., 2024). Les enfants autochtones sont souvent placés dans des familles d'accueil non autochtones (Turner, 2016). Ce fait a une incidence sur leur identité et leur appartenance culturelles qui, avec le temps, se répercute sur leur bien-être (Quinn, 2019).

En reconnaissance du besoin d'améliorer les services aux enfants et aux familles autochtones, le gouvernement fédéral a adopté en 2019, la *Loi concernant les enfants, les jeunes et les familles des Premières Nations, des Inuits et des Métis*. La Loi – élaborée conjointement avec des partenaires autochtones, provinciaux et territoriaux a été entérinée en 2020 et affirme le droit d'exercer la compétence en matière de services à l'enfance et à la famille aux peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis, leur permettant d'élaborer des modèles axés sur la sécurité culturelle qui vont permettre d'offrir des services plus adéquats à leurs enfants (ISC, 2024a).

<sup>6</sup> Il faut interpréter ces données avec prudence puisque la qualité des valeurs estimatives des intervalles de confiance est marginale à cause de la grande variabilité de l'échantillonnage.

<sup>7</sup> La rafle des années 1960 fait référence aux années 1960 et à l'enlèvement massif des enfants autochtones à leur famille et à leur placement dans le système de protection de l'enfance, principalement dans des foyers non autochtones, qui a véritablement commencé à s'accélérer au cours des années 1960.

## La santé environnementale

Les peuples autochtones sont uniquement – de manière individuelle et collective – touchés par la santé de l’environnement. En raison de leur interdépendance avec le monde naturel, les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis subissent d’une manière démesurée les effets des changements climatiques, des catastrophes naturelles et des mesures d’urgence associées à ceux-ci. Ils sont aussi touchés d’une manière disproportionnée par toute une série d’autres influences naturelles et anthropiques qui peuvent avoir des répercussions négatives sur les terres et les eaux qui sont inextricablement liées à leur santé et leur bien-être, à la fois pour les générations actuelles et futures. Les peuples autochtones sont plus susceptibles que la population non autochtone de résider dans des régions soumises à des changements climatiques rapides, ce qui pourrait exacerber les inégalités socio-économiques et accroître les risques de maladies respiratoires, cardiovasculaires, chroniques, infectieuses et celles d’origines alimentaires ou relatives à la qualité de l’eau (NCCIH, 2022). Les populations dans ces régions sont aussi vulnérables aux polluants environnementaux provenant de l’extraction des ressources et des initiatives de construction telles que des projets hydroélectriques où de nombreuses infrastructures polluantes ont été construites sans le consentement libre et informé préalable des communautés autochtones concernées (Fernández-Llamazares et al., 2020). Les Inuits qui demeurent dans les régions de l’Arctique ont été particulièrement touchés par les

conséquences de l’accumulation environnementale de toxines dans les sources de leur nourriture traditionnelle, ce qui a suscité des préoccupations au sujet de la sécurité alimentaire, des conditions de santé liées à la nutrition et des répercussions possibles sur le développement des nourrissons et des enfants (Basu et al., 2022; Northern Contaminants Program Secretariat, 2017).

Les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis sont détenteurs de droits en vertu de l’article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*, y compris le droit inhérent à l’autonomie gouvernementale en ce qui a trait à leurs terres, leurs ressources naturelles et leurs modes de vie (NCCIH, 2022). Ces droits sont affirmés en outre par le gouvernement du Canada dans ses engagements nationaux et internationaux, comme avec la création de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) en 2015 et le lancement de l’Appel à l’action pour la réconciliation,

ainsi qu’avec l’adoption de la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, en 2021 (Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada, 2024; Government of Canada, 2021). Malgré tous ces engagements, il arrive trop souvent que les droits et les intérêts des Autochtones soient ignorés, abrogés ou contestés devant les tribunaux (NCCIH, 2020). En reconnaissance du lien étroit qui unit la santé et l’environnement avec la santé des peuples autochtones, il est impératif que les perspectives autochtones soient intégrées non seulement dans la prise de décision au sujet de l’exploitation des ressources sur les terres traditionnelles, mais aussi dans l’élaboration des politiques sur des questions plus larges de santé environnementale, telles que les changements climatiques et les projets d’exploitation des ressources, qui ont des répercussions sur les moyens de subsistance et les modes de vie des peuples autochtones.



© Crédit : iStockPhoto.com, réf. 1457509495



*La réappropriation et la revitalisation des pratiques culturelles, des langues et des modes traditionnels de la connaissance sont reconnues avoir un profond effet réparateur sur la santé et le bien-être des Premières Nations, des Inuits et des Métis, tant au niveau personnel que communautaire*

(Kirmayer et al., 2003; Redvers, 2020).



© Crédit : iStockPhoto.com; réf. 21 990930

## La pertinence d'utiliser les cadres de mesure en matière de santé de la population pour les populations autochtones

Les indicateurs de santé sont utilisés pour mesurer et suivre l'état de santé de la population, et en rendre compte. Ils comprennent les résultats en santé, l'accès aux services et les facteurs sociodémographiques qui influencent la santé (Stelkia et al., 2023). Malheureusement, les indicateurs conventionnels de la santé de la population ne sont pas adéquats pour rendre compte d'aspects importants de la santé des peuples autochtones. Donc, leur utilisation peut ne pas être appropriée pour soutenir ou aider la prise de décision en santé dans les communautés autochtones.

Les peuples autochtones ont une conception holistique de la santé qui tend vers un équilibre physique, émotionnel, mental et spirituel du bien-être (Mackean et al., 2022). Par exemple, certaines Premières Nations utilisent la roue de la médecine pour représenter ces dimensions interreliées de la santé et du bien-être, ainsi que pour souligner l'importance de maintenir l'équilibre entre elles (Indigenous Corporate Training, 2020). Les populations métisses partagent des conceptions similaires de la santé et du bien-être fondées sur leur compréhension à l'effet que la santé est autodéterminée, holistique, aux multiples facettes, profondément ancrée au lieu, et qu'elle inclut tous les Métis, sans distinction de leur âge, de leur origine ou de leur région (Stewart & Panahi, n.d.). Un modèle des Métis conceptualise les composantes essentielles de leur santé et de leur bien-être comme une « charette de la rivière Rouge » qui démontre les liens intimes qui unissent la culture, l'identité, le peuple et la terre (Atkinson et al., 2023). Les conceptions de la santé des Inuits sont aussi holistiques et sont enracinées dans les valeurs sociétales inuites – Inuit Qaujimajatuqangit (IQ) –, qui mettent l'accent sur la relationalité avec les autres et le monde naturel (Tagalik, 2018). Les principes de l'IQ tiennent compte des déterminants de la santé culturellement appropriés, tels que la communauté, la famille, l'identité, l'alimentation, la terre, le savoir, l'économie et les services (Fletcher et al., 2024). La réappropriation et la revitalisation des pratiques culturelles, des langues et des modes traditionnels de la connaissance sont reconnues avoir un profond effet réparateur sur la santé et le bien-être

des Premières Nations, des Inuits et des Métis, tant au niveau personnel que communautaire (Kirmayer et al., 2003; Redvers, 2020).

En revanche, les indicateurs de la santé de la population conventionnels tendent à s'inscrire dans un paradigme biomédical occidental qui se concentre sur la prévalence des maladies et des déficits de santé tout en négligeant les dimensions culturelles, spirituelles et interconnectées de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis (Mackean et al., 2022; Stelkia et al., 2023). C'est pourquoi les cadres d'indicateurs occidentaux présentent souvent des lacunes importantes pour soutenir la prise de décision en matière de santé dans les communautés autochtones. Ces lacunes comprennent un manque d'indicateurs fondés sur les forces qui tiennent compte des déterminants sociaux, environnementaux et comportementaux qui fournissent un contexte pour des résultats en santé autochtone, dont les incidences de la colonisation. Le choix d'indicateurs qui explorent les ressources et les atouts en matière de santé, ce qui fonctionne dans les communautés et ce qui pourrait être mieux développé, ainsi que des indicateurs qui mesurent l'efficacité du système de santé et de l'utilisation des services de santé (Halseth, 2024). L'on reconnaît aisément que l'autodétermination autochtone dans la collecte des données est fondamentale pour s'assurer que ces données reflètent les priorités, les valeurs, les cultures, les visions du monde et la diversité des peuples autochtones (Halseth, 2024). Ainsi, la recherche avec les peuples autochtones doit s'harmoniser sur des normes essentielles qui soutiennent la gouvernance des données des Premières Nations, des Inuits et des Métis, comme le démontrent les initiatives de gouvernance dirigées par les Autochtones telles que les principes de propriété, de contrôle, d'accès et de possession (connus sous le nom de PCAP®) du Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations (CGIPN).

Le gouvernement fédéral s'est engagé à établir des objectifs mesurables pour déterminer et combler les lacunes dans les résultats en matière de santé pour les peuples autochtones, comme il a été exprimé dans l'*Appel à l'action 19* de la CVR (2015); pourtant jusqu'à maintenant, les progrès en matière de réconciliation ont été limités (Yellowhead Institute, 2023). Quelques cadres d'indicateurs de santé spécifiques aux populations

autochtones ont été développés et sont maintenant utilisés pour mesurer certains aspects de la santé autochtone, par exemple : l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations réalisée par le Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations et la Qaunuiipitaa? – l'Enquête nationale sur la santé des Inuit (QNIHS) réalisée en collaboration avec quatre organisations inuites de revendication territoriale et l'Inuit Tapiriit Kanatami. Ces cadres visent l'affirmation de l'autodétermination des Autochtones en matière de données sur les populations autochtones, concernant la manière dont elles sont recueillies et conservées, qui y a accès, comment elles sont analysées, puis interprétées, et enfin comment ces données sont gérées, partagées et utilisées (Marsden et al., 2020). Parallèlement à ces cadres cités à titre d'exemples de premier plan, il est nécessaire de poursuivre l'engagement avec les peuples autochtones et leurs communautés, en tant que partenaires égaux, en élaborant des cadres de santé des populations qui assurent des données probantes de santé pour les communautés autochtones qui s'harmonisent avec leurs besoins (Halseth, 2024; Walter & Suina, 2019).

Des efforts sont aussi en cours pour renforcer l'évaluation de la santé publique au Canada, grâce à l'initiative *Vision 2030* du gouvernement fédéral. Le gouvernement du Canada s'est engagé avec de nombreuses parties prenantes, y compris avec des organismes et des groupes liés à la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis, à imaginer l'avenir d'un système d'évaluation de la santé publique pour le Canada – un système plus inclusif, plus pertinent et plus réceptif aux besoins de la santé publique (PHAC, 2023).

---

*...il est nécessaire de poursuivre l'engagement avec les peuples autochtones et leurs communautés, en tant que partenaires égaux, en élaborant des cadres de santé des populations qui assurent des données probantes de santé pour les communautés autochtones qui s'harmonisent avec leurs besoins*

(Halseth, 2024; Walter & Suina, 2019).

## Le contexte d'exercice des compétences en matière de programmes et de politiques sur la santé autochtone

La politique en matière de santé autochtone au Canada est constituée d'un « amalgame » complexe de politiques, de lois et d'accords dont la responsabilité est partagée entre les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones, selon différentes méthodes dans différentes parties du pays (Lavoie et al., 2021; Webb, 2022). L'ensemble de la population canadienne, y compris les peuples autochtones, ont le droit de bénéficier de services assurés en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*, dont les services hospitaliers, médicaux et de chirurgie dentaire (Marchildon et al., 2020). Ces services sont financés par le régime public d'assurance-maladie « *Medicare* » et administrés par les gouvernements provinciaux et territoriaux.

Le gouvernement fédéral finance ou fournit directement la prestation des services de santé pour les membres des Premières Nations vivant dans une réserve et pour les Inuits qui résident dans l'Inuit Nunangat. Ces services comprennent :

- la prestation des services aux clients et des services cliniques dans environ 138 communautés des Premières Nations, éloignées ou isolées;
- les soins à domicile ou communautaires dans 657 communautés des Premières Nations et des Inuits;
- des programmes communautaires de santé mentale, de sensibilisation sur la santé et de développement de l'enfant dans environ 650 communautés des Premières Nations et des Inuits;
- des programmes de santé publique qui se concentrent sur le contrôle des maladies transmissibles et sur la santé publique environnementale dans l'ensemble des communautés des Premières Nations (ISC, 2024c).



En outre, des prestations de santé complémentaires, comprenant les soins de la vue et de l'hygiène buccale, les fournitures et les équipements médicaux ainsi que les médicaments sur ordonnance et le transport, sont fournies par le biais du Programme des services de santé non assurés (SSNA) aux membres inscrits des Premières Nations et aux Inuits reconnus, sans égard à leur lieu de résidence (ISC, 2024d). Le gouvernement fédéral offre aussi un financement pour un nombre de programmes et de services de santé qui ciblent les peuples autochtones vivant en zones urbaines (ISC, 2024e). Cependant, ce financement est souvent à court terme et terriblement inadéquat pour répondre aux besoins des populations ciblées (Collier, 2020). La fragmentation de l'exercice des compétences continue de renforcer les disparités importantes en matière de santé entre les populations autochtones et non autochtones (Marchildon et al., 2020).

Cette fragmentation crée des obstacles à l'accès aux soins de santé pour les membres des Premières Nations non inscrits, des Métis et des peuples autochtones résidant hors réserve et en dehors de l'Inuit Nunangat. Les personnes sans statut enregistré, tel que celui de membre inscrit des Premières Nations, n'ont pas accès au Programme des SSNA. En même temps, les personnes qui ont accès au Programme des SSNA, mais qui résident hors réserve n'ont pas accès à certains services particuliers, tels que les services en santé mentale et de counseling pour les dépendances qui sont uniquement offerts sur les réserves des Premières Nations ou dans les communautés inuites<sup>8</sup> (Hahmann & Kumar, 2022). Cette fragmentation crée des litiges entre les paliers gouvernementaux fédéral, provinciaux et territoriaux pour décider qui doit payer pour les services reçus par la clientèle autochtone qui ne réside pas dans les réserves ou sur leurs territoires traditionnels, et entraîne des effets possiblement néfastes sur la santé. Un tel litige a causé la situation d'un jeune garçon de la Norway House Cree Nation nommé Jordan River Anderson qui a vécu une période d'attente tragique pour obtenir des services avant son décès en 2005. Cet évènement a mené à la création du Principe de Jordan

<sup>8</sup> Bien que la Cour suprême du Canada ait statué en 2016 que les Métis et les membres non inscrits des Premières Nations sont inclus dans l'article 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*, précisant ainsi les responsabilités fiduciaires du gouvernement fédéral à l'égard de ces populations (Isaac & Hoekstra, 2017), les implications de cette décision ne sont pas encore observées dans les politiques et les pratiques (Boyer et al., 2021).

(Assembly of First Nations [AFN], 2015). Créé afin de s'assurer que les enfants des Premières Nations, indépendamment de leur lieu de résidence, ne subissent plus de refus, de retard ou d'interruption de services résultants de conflits d'exercice de compétences, le Principe de Jordan a été adopté à l'unanimité par la Chambre des communes en 2007, puis mis en œuvre (AFN, 2015). Une initiative comparable, l'Initiative Les enfants inuits d'abord, a été mise en œuvre afin d'assurer aux enfants inuits, indépendamment de leur lieu de résidence, l'accès « aux produits, aux services et aux soutiens essentiels en matière de santé, de services sociaux et d'éducation, dont ils ont besoin, au moment où ils en ont besoin » (Inuit Tapiriit Kanatami, 2024, para. 1). Cependant, aucune initiative comparable n'existe pour les enfants métis.

Les membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis qui utilisent les services de santé conventionnels dans les zones urbaines peuvent éprouver des difficultés dans l'accès à des soins de santé adéquats et axés sur la sécurité culturelle (Browne et al., 2016; Naem et al., 2023). L'on a déclaré de nombreux cas où des clients autochtones ont eu des difficultés à communiquer avec les professionnels de la santé à cause de barrières linguistique ou culturelle, du racisme, de la discrimination et du désintéressement du personnel des soins de santé, ainsi que par l'inconfort d'être dans un environnement de soins de santé inaccoutumé et intimidant (Graham et al., 2023). Le manque de soins de santé adéquats et axés sur la sécurité culturelle peut constituer un obstacle important au développement de comportements qui favorisent la santé ainsi qu'à l'établissement d'un diagnostic et d'un traitement en temps utile, ce qui pourrait entraîner de moins bons résultats en matière de santé (Wilkinson et al., 2022). Afin de répondre à ces lacunes, les gouvernements et les systèmes de santé au Canada ont mis en œuvre des politiques, des programmes de formation et des pratiques visant à améliorer la sécurité culturelle des clients autochtones qui utilisent les services de santé conventionnels. Par exemple, une stratégie de sécurisation et d'humilité culturelles a été mise

en œuvre à l'échelle de la province en Colombie-Britannique, en collaboration avec les gouvernements fédéral et provincial, la First Nations Health Authority (Autorité sanitaire des Premières Nations), les autorités sanitaires régionales et différents organismes de santé (NCCIH, 2024a). La stratégie à multiples facettes a mené à des actions concrètes, notamment :

- un cadre intersystèmes tripartite de structures pour la prestation des soins de santé et la prise de décision qui accomplit des changements systémiques à travers de multiples organisations;
- les déclarations d'engagement pour faire avancer la sécurisation et l'humilité culturelles par différents professionnels et organisations de la santé dans l'ensemble de la province;
- une politique de sécurisation culturelle à l'échelle du système provincial;
- des services uniques conçus pour améliorer l'accès des Autochtones à des soins de santé adéquats et axés sur la sécurité culturelle;
- des plans d'action sur la sécurité culturelle et les mesures de responsabilisation dans différentes organisations de santé;
- l'intégration des visions du monde, des savoirs et des approches autochtones en matière de santé et de bien-être dans les stratégies de la santé;
- des programmes de formation sur la sécurisation culturelle aux niveaux provincial et régional.

La mise en œuvre d'initiatives semblables, à plus petite échelle, a été réalisée dans différents systèmes de santé au Canada.<sup>9</sup>

Le contrôle des systèmes de santé par les Autochtones est de plus en plus reconnu comme un élément vital pour améliorer les résultats en matière de santé (Halseth & Murdock, 2020). Ces systèmes intègrent les perspectives autochtones sur la santé et le bien-être dans les soins de santé en permettant des solutions et des interventions aux problématiques de la santé qui sont issues des

---

<sup>9</sup> Le CCNSA a entrepris une analyse environnementale des initiatives de sécurité culturelle mises en œuvre au Canada, dont les chapitres pour certaines provinces et territoires ont déjà été publiés (NCCIH, 2024a, 2024b, 2024c, 2024d), pendant que d'autres sont sous presse.

communautés concernées. Par conséquent, ces systèmes offrent des approches plus holistiques des soins de santé qui reflètent mieux les besoins et les priorités des clients et des communautés (Marchildon et al., 2020). Le soutien pour des systèmes de santé contrôlés par des Autochtones a commencé dans les années 1980 avec la mise en œuvre par le gouvernement fédéral de la *Politique de transfert des services de santé* qui a permis aux communautés des Premières Nations d'assumer différents niveaux de responsabilités des soins de santé transférés du fédéral vers la communauté ou le conseil (Health Canada, 2005). D'autres mécanismes ont facilité le passage à des systèmes de santé contrôlés par les Autochtones, tels que les accords sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale, l'initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires<sup>10</sup> et d'autres accords de partenariats avec la participation des gouvernements autochtones et non autochtones, ainsi que des organisations représentatives, par exemple l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations (Health Canada, 2007; Webb, 2022). Ces mécanismes ont conduit à la création de modèles novateurs de gouvernance partagée en soins de santé, par exemple la création de la Northern Inter-Tribal Health Authority en Saskatchewan, la Tajiikeimik en Nouvelle-Écosse et la First Nations Health Authority en Colombie-Britannique. Ces mécanismes ont aussi conduit à une meilleure intégration de la santé physique et mentale et des comportements sains dans les soins médicaux occidentaux, qui soutiennent l'amélioration des résultats en matière de santé pour les populations autochtones (Lewis & Myhra, 2017; Stefanon et al., 2023). Les services de santé contrôlés par les Autochtones peuvent aider à améliorer l'accès à des services de santé culturellement adaptés et répondre aux iniquités en matière de santé souvent liées au racisme et à la discrimination systémiques (Marchildon et al., 2021).

Des initiatives ont aussi été mises en œuvre pour soutenir une plus grande participation autochtone à l'intérieur des systèmes de soins de santé conventionnels. Il s'agit par exemple de conseils consultatifs, de conseils ou de comités officiels dirigés par des Autochtones qui représentent et font valoir les besoins et les priorités des

peuples autochtones en matière de santé aux niveaux local, régional, provincial et territorial, de même que des politiques spécifiques aux Autochtones visant à combler les lacunes et à coordonner la prestation de services entre les différentes sphères de compétence (Webb, 2022). La Politique de santé applicable aux Autochtones de l'Ontario par exemple, vise à améliorer la santé des Autochtones par le renforcement de la participation de la communauté dans tous les aspects des programmes et des services, à toutes les étapes de planification, de conception, de mise en œuvre et d'évaluation (Webb, 2022). Néanmoins, en l'absence d'une politique nationale sur la santé autochtone claire et fondée sur les distinctions, les ambiguïtés relatives à l'exercice des compétences, les lacunes dans les services de santé et le financement insuffisant persisteront, en particulier pour les membres des Premières Nations non-inscrits, les Métis et les populations autochtones vivant en milieu urbain (Lavoie, 2013; Lavoie et al., 2007; Murdock, 2024; Webb, 2022).

Le gouvernement fédéral a reconnu que les peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis doivent faire face à des défis uniques pour avoir accès à des soins de santé axés sur la sécurité culturelle (ISC, 2021a). Il s'est également engagé à traiter les déterminants sociaux de la santé pour les peuples autochtones (ISC, 2023b); à faire avancer la réconciliation (TRC, 2015); à renouveler les relations avec les peuples autochtones fondées sur la reconnaissance des droits, le respect, la coopération et le partenariat (ISC, 2021b); et à s'assurer que les lois canadiennes s'harmonisent avec la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, y compris les droits inhérents à l'autodétermination (ISC, 2021a). Afin d'honorer ses engagements, le gouvernement fédéral a travaillé avec des organisations, des dirigeants, des professionnels de la santé et des experts en la matière membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis, pour élaborer conjointement une loi sur la santé autochtone fondée sur les distinctions. Cette loi vise à refléter les cultures, les aspirations et les besoins distincts des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis, ainsi qu'à encourager le respect et l'effort sincère pour assurer la sécurité et le bien-être de tous les peuples autochtones (ISC, 2023b).

---

<sup>10</sup> L'enveloppe autochtone de l'initiative du Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires a soutenu l'intégration des services de soins de santé primaires par les populations autochtones, y compris les autorités sanitaires régionales administrées par des Autochtones (Santé Canada, 2007).

## Conclusion

Cette fiche d'information fournit une introduction générale sur la santé des peuples autochtones du Canada et sur le contexte dans lequel les communautés des Premières Nations, des Inuits et des Métis – et les praticiens de la santé, les décideurs et les chercheurs –, tentent d'améliorer la santé et le bien-être des populations autochtones. Ce contexte comprend un large aperçu de la situation démographique et géographique sur :

- les peuples autochtones au Canada,
- les facteurs déterminants qui influencent leur santé,
- les disparités actuelles en santé auxquelles font face les populations autochtones,
- les cadres de mesures en matière de santé publique autochtones,
- le cadre d'exercice des compétences sous-jacent à la prestation des programmes et des services de santé pour les populations des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

Ce portrait du contexte permet de souligner les défis complexes auxquels font face les peuples autochtones en matière de santé et de bien-être et comment ces défis n'ont pas été traités de manière adéquate par les services de santé conventionnels. Le contrôle des services de santé par les Autochtones est de plus en plus reconnu comme l'élément central pour relever ces défis. Cela a permis la création de services de santé innovants et intégrés qui reflètent le caractère holistique, culturellement adéquat et unique des cultures, des besoins et des aspirations des peuples des Premières Nations, des Inuits et des Métis.



## Bibliographie (en anglais seulement)

- Allen, J., Wexler, L., & Rasmus, S. (2021). Protective factors as a unifying framework for strength-based intervention and culturally responsive American Indian and Alaska Native suicide prevention. *Prevention Science, 23*, 59-72.
- Assembly of First Nations (AFN). (2015). *Without denial, delay, or disruption: Ensuring First Nations children's access to equitable services through Jordan's Principle*. [https://www.unicef.ca/sites/default/files/2022-07/jpreport-final-en\\_0.pdf](https://www.unicef.ca/sites/default/files/2022-07/jpreport-final-en_0.pdf)
- Atkinson, D., Landy, R., St. Denys, R., Ogilvie, K., Lund, C., & Worthington, C. on behalf of the DRUM & SASH Team. (2023). The Red River Cart Model: A Métis conceptualization of health and well-being in the context of HIV and other STBBI. *Canadian Journal of Public Health, 114*, 856-866.
- Barnabe, C. (2021). Towards attainment of Indigenous health through empowerment: Resetting health systems, services and provider approaches. *BMC Global Health, 6*(2), e004052.
- Basu, N., Abass, K., Dietz, R., Krümmel, E., Rautio, A., & Weihe, P. (2022). The impact of mercury contamination on human health in the Arctic: A state of the science review. *Science of the Total Environment, 831*, 154793.
- Batal, M., & Decelles, S. (2019). A scoping review of obesity among Indigenous Peoples in Canada. *Journal of Obesity, 1*, 9741090.
- Beaudoin, V., Séguin, M., Chawky, N., Affleck, W., Chachamovich, E., & Turecki, G. (2018). Protective factors in the Inuit population of Nunavut: A comparative study of people who died by suicide, people who attempted suicide, and people who never attempted suicide. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(1), 144.
- Belzak, L., & Halverson, J. (2018). Evidence synthesis – The opioid crisis in Canada: A national perspective. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada, 30*(6), 224-234.
- Boyer, Y., Lavoie, J., Kornelsen, D., & Reading, J. (2021). Twenty years later: The RCAP legacy in Indigenous health system governance – what about the next twenty? In K. Graham & D. Newhouse (Eds.), *Sharing the land, sharing a future: The legacy of the Royal Commission on Aboriginal Peoples* (pp. 50-76). University of Manitoba Press.
- Browne, A. J., Varcoe, C., Lavoie, J., Smye, V., Wong, S. T., Krause, M., Tu, D., Godwin, O., Khan, K., & Fridkin, A. (2016). Enhancing health care equity with Indigenous populations: Evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research, 16*, 544.
- Bruce, S. G., Riediger, N. D., & Lix, L. M. (2014). Chronic disease and chronic disease risk factors among First Nations, Inuit and Métis populations of northern Canada. *Chronic Diseases and Injuries in Canada, 34*(4), 210-218.
- 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.
- Carrière, G., Garner, R., & Sanmartin, C. (2018). Social and economic characteristics of those experiencing hospitalizations due to opioid poisonings. *Health Reports, 29*(10), 23-28.
- Cascante, I., Al-Saidawi, H., McDonough, L., Adams, A., Brouard, F., & Litalien, M. (2022). *Auduzhe Mino Nesewinong Clinic (Place of Healthy Breathing): Advancing Indigenous health and data equity*. United Way Greater Toronto & Canadian Philanthropy Partnership Research Network. <https://www.unitedwaygt.org/wp-content/uploads/2022/08/advancing-indigenous-health-and-data-equity.pdf>
- Challacombe, L. (2024). *The epidemiology of HIV in Canada*. Community AIDS Treatment Information Exchange (CATIE). <https://www.catie.ca/sites/default/files/2024-01/fs-epi-hiv-01222024-en.pdf>
- Cheran, K., Murthy, C., Bornemann, E. A., Kamra, H. K., Alabbas, M., Elashahab, M., Abid, N., Manaye, S., & Venugopal, S. (2023). The growing epidemic of diabetes among the Indigenous population of Canada: A systematic review. *Cureus, 15*(3), e36173.
- Collier, B. (2020). *Services for Indigenous people living in urban areas*. Library of Parliament Background Paper, Publication No. 2020-66-E.
- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada. (2024). *Delivering on Truth and Reconciliation Commission Calls to Action*. Government of Canada. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1524494530110/1557511412801>
- Diabetes Canada. (2024). *Indigenous communities and diabetes*. <https://www.diabetes.ca/resources/tools---resources/indigenous-communities-and-diabetes>
- Disler, R., Glenister, K., & Wright, J. (2020). Rural chronic disease research patterns in the United States, Canada, Australia and New Zealand: A systematic integrative review. *BMC Public Health, 20*, 770.

- 
- Fernández-Llamazares, Á. Garteizgogea, M., Basu, N., Brondizio, E. S., Cabeza, M., Martínez-Alier, J., McElwee, P., & Reyes-García, V. (2020). A state-of-the-art review of Indigenous Peoples and environmental pollution. *Integrated Environmental Assessment and Management*, 16(3), 324-341.
- Fletcher, C., Riva, M., Lyonnais, M.-C., Baron, A., Saunders, I., Lynch, M., & Baron, M. (2024). Epistemic inclusion in the Qanuilirpita? Nunavik Inuit health survey: Developing an Inuit model and determinants of health and well-being. *Canadian Journal of Public Health*, 115, 20-30.
- Government of Alberta. (2024). *Métis settlements locations*. <https://www.alberta.ca/metis-settlements-locations>
- Government of Canada. (2021). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act*, S.C. 2021, c. 14.
- Graham, S., Muir, N. M., Formsma, J. W., & Smylie, J. (2023). First Nations, Inuit and Métis Peoples living in urban areas of Canada and their access to healthcare: A systematic review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(11), 5956.
- Hahmann, T., & Kumar, M. B. (2022). Unmet health care needs during the pandemic and resulting impacts among First Nations people living off reserve, Métis and Inuit. *StatCan COVID-19: Data to Insights for a Better Canada*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/45-28-0001/2022001/article/00008-eng.htm>
- Hahmann, T., Lee, H., & Godin, S. (2024). *Indigenous foster children living in private households: Rates and sociodemographic characteristics of foster children and their households*. Statistics Canada, Catalogue no. 41-20-0002.
- Haight, W., Waubanasum, C., Glesener, D., & Marsalis, S. (2018). A scoping study of Indigenous child welfare: The long emergency and preparations for the next seven generations. *Children and Youth Services Review*, 93, 397-410.
- Halseth, R. (2024). *Considerations, implications, and best practices for public health surveillance in Indigenous communities*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Halseth, R., & Murdock, L. (2020). *Supporting Indigenous self-determination in health: Lessons learned from a review of best practices in health governance in Canada and internationally*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Hatt, L. (2021). *The opioid crisis in Canada*. Library of Parliament, Publication No. 2021-23-E. <https://bdp.parl.ca/staticfiles/PublicWebsite/Home/ResearchPublications/HillStudies/PDF/2021-23-E.pdf>
- Hayward, A., Cidro, J., & Roulette, C. (2020). Identifying the gaps: A scoping review of urban Indigenous health and wellness studies in Manitoba and Saskatchewan. *Canadian Journal of Urban Research*, 29(2), 32-54.
- Health Canada. (2005). *Ten years of health transfer First Nation and Inuit control*. Government of Canada. Retrieved March 4, 2013 from [http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/\\_agree-accord/10\\_years\\_ans\\_trans/index-eng.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/pubs/finance/_agree-accord/10_years_ans_trans/index-eng.php)
- Health Canada. (2007). *Primary Health Transition Fund: Summary of initiatives: Final edition*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/services/health-care-system/reports-publications/primary-health-care/summary-initiatives-final-edition-march-2007.html>
- Heidinger, L. (2022). Violent victimization and perceptions of safety: Experiences of First Nations, Métis and Inuit women in Canada. *Juristat*, April 16. Canadian Centre for Justice and Community Safety Statistics.
- Henry, R., Lavalley, A., Van Styvendale, N., & Innes, R. A. (2018). Introduction. In R. Henry et al. (eds.), *Global Indigenous health: Reconciling the past, engaging the present, animating the future* (pp. 3-24). University of Arizona Press.
- Hodgson, C. R., DeCoteau, R. N., Allison-Burbank, J. D., & Godfrey, T. M. (2022). An updated systematic review of risk and protective factors related to the resilience and well-being of Indigenous youth in the United States and Canada. *American Indian & Alaskan Native Mental Health Research*, 29(3), 136-195.
- Hurd, K., & Barnabe, C. (2018). Mortality causes and outcomes in Indigenous populations of Canada, the United States, and Australia with rheumatic disease: A systematic review. *Seminars in Arthritis and Rheumatism*, 47(4), 586-592.
- Indigenous Corporate Training. (2020). *What is an Indigenous medicine wheel?* <https://www.ictinc.ca/blog/what-is-an-indigenous-medicine-wheel>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2019). *New funding and policy approach for First Nations kindergarten to Grade 12 education*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/news/2019/01/new-funding-and-policy-approach-for-first-nations-kindergarten-to-grade-12-education.html>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2021a). *Backgrounder: United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act*. Government of Canada. <https://www.justice.gc.ca/eng/declaration/about-appropos.html>



- Indigenous Services Canada (ISC). (2021b). *Principles respecting the Government of Canada's relationship with Indigenous Peoples*. Government of Canada. <https://www.justice.gc.ca/eng/csj-sjc/principles-principes.html>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2023a). *An update on the socio-economic gaps between Indigenous Peoples and the non-Indigenous population in Canada: Highlights from the 2021 census—A compendium report to the Department's 2023 annual report to Parliament*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1690909773300/1690909797208#chp3-5>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2023b). *Co-developing distinctions-based Indigenous health legislation*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1611843547229/1611844047055>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2024a). *Reducing the number of Indigenous children in care*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1541187352297/1541187392851>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2024b). *Tuberculosis in Indigenous communities*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1570132922208/1570132959826>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2024c). *Primary Health Care Authority*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1524852370986/1615723657104>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2024d). *About the Non-Insured Health Benefits program*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1576790320164/1576790364553>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2024e). *Indigenous health care in Canada*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1626810177053/1626810219482>
- Inter-Agency Support Group on Indigenous Peoples' Issues. (2014). *The health of Indigenous Peoples*. Background paper for the 2014 World Conference on Indigenous Peoples, United Nations. <https://www.un.org/en/ga/69/meetings/indigenous/pdf/IASG%20Thematic%20Paper%20-%20Health%20-%20rev1.pdf>
- Inuit Tapiriit Kanatami. (2024). *Inuit Child First Initiative*. <https://www.itk.ca/projects/inuit-child-first-initiative/>
- Isaac, T., & Hoekstra, A. (2017). Identity and federalism: Understanding the implications of Daniels v. Canada. *The Supreme Court Law Review: Osgoode's Annual Constitutional Cases Conference*, 8(3), 26-51.
- Kennedy, A., Sehgal, A., Szabo, J., McGowan, K., Lindstrom, G., Roach, P., Crowshoe, L. (L.), & Barnabe, C. (2022). Indigenous strengths-based approaches to healthcare and health professions education – Recognising the value of Elders' teachings. *Health Education Journal*, 81(4), 423-438.
- Kim, P. J. (2019). Social determinants of health inequities in Indigenous Canadians through a life course approach to colonialism and the Residential School System. *Health Equity*, 3(1), 378-381.
- Kirmayer, L., Simpson, C., & Cargo, M. (2003). Healing traditions: Culture, community and mental health promotion with Canadian Aboriginal peoples. *Australasian Psychiatry*, 11(s1), S15-S23.
- Kumar, M. B., & Tjepkema, M. (2019). Suicide among First Nations people, Métis and Inuit (2011-2016): Findings from the 2011 Canadian Census Health and Environment Cohort (CanCHEC). *National Household Survey: Aboriginal Peoples*. Statistics Canada. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/pub/99-011-x/99-011-x2019001-eng.htm>
- Lavoie, J. G. (2013). Policy silences: Why Canada needs a national First Nations, Inuit and Métis health policy. *International Journal of Circumpolar Health*, 72, 22690.
- Lavoie, J. G., Forget, E., O'Neil, J. D. (2007). Why equity in financing First Nations on-reserve health services matters: Findings from the 2005 National Evaluation of the Health Transfer Policy. *Healthcare Policy*, 2(4), 79-96.
- Lavoie, J. G., Kornelsen, D., & Boyer, Y. (2021). Patchy and southern centric: Rewriting health policies for northern and Indigenous Canadians. In R. Schiff & H. Møller (eds.), *Health and healthcare in northern Canada* (pp. 377-395). University of Toronto Press.
- Lavoie, J.G., Kornelsen, D., Wylie, L., Mignone, J., Dwyer, J., Boyer, Y., Boulton, A., & O'Donnell, K. (2016). Responding to health inequities: Indigenous health system innovations. *Global Health, Epidemiology and Genomics*, 1, 1-10.

- Lee, N. R., King, A., Vigil, D., Mullaney, D., Sanderson, P. R., Ametepée, T., & Hammitt, L. L. (2023). Infectious diseases in Indigenous populations in North America: Learning from the past to create a more equitable future. *The Lancet - Infectious Diseases*, 23(10), E431-E444. DOI: 10.1016/S1473-3099(23)00190-1.
- Lewis, M. E., & Myhra, L. L. (2017). Integrated care with Indigenous populations: A systematic review of the literature. *American Indian and Alaska Native Mental Health Research*, 24(3), 88-111.
- Loppie, C., & Wien, F. (2022). *Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants model*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Ma, J., Fallon, B., & Richard, K. (2019). The overrepresentation of First Nations children and families involved with child welfare: Findings from the Ontario Incidence Study of Reported Child Abuse and Neglect 2013. *Child Abuse & Neglect*, 90, 52-65.
- Marchildon, G. P., Allin, S., & Merkur, S. (2020). Canada: Health system review. In R. Busse et al. (eds.), *Health systems in transition*, 22(3), 2-228. World Health Organization & European Observatory on Health Systems and Policies.
- Marchildon, G. P., Lavoie, J. G., & Harrold, H. J. (2021). Typology of Indigenous health system governance in Canada. *Canadian Public Administration*, 64(4), 561-586.
- Marsden, N., Star, L., & Smylie, J. (2020). Nothing about us without us in writing: Aligning the editorial policies of the Canadian Journal of Public Health with the inherent rights of Indigenous Peoples. *Canadian Journal of Public Health*, 111, 822-825.
- Mackean, T., Shakespeare, M., & Fisher, M. (2022). Indigenous and non-Indigenous theories of wellbeing and their suitability for wellbeing policy. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(18), 11693.
- Murdoch, L. (2024). *The health of Indigenous people residing in urban centres*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Naem, M., Amri, M., & O'Campo, P. (2023). Health equity cannot be sought without the consideration of racism in equity-focused urban health initiatives. *Journal of Urban Health*, 100, 834-838.
- National Association of Friendship Centres. (2021). *Urbanization and Indigenous Peoples in Canada*. Submission to the Office of the High Commissioner for Human Rights, United Nations. <https://nafc.ca/downloads/un-questionnaire-from-the-special-rapporteur-on-the-rights-of-indigenous-peoples-2021.pdf>
- National Collaborating Centre for Aboriginal Health (NCCAHA). (2013). *An overview of Aboriginal health in Canada*. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/context/FS-OverviewAboriginalHealth-EN.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2017a). *Housing as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-Housing-SDOH2017-EN.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2017b). *Employment as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. <https://www.ccsa-nccah.ca/docs/determinants/FS-Employment-SDOH-2017-EN.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2017c). *Education as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. [https://www.nccih.ca/495/Education\\_as\\_a\\_social\\_determinant\\_of\\_First\\_Nations,\\_Inuit\\_and\\_M%C3%A9tis\\_health.nccih?id=226](https://www.nccih.ca/495/Education_as_a_social_determinant_of_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_health.nccih?id=226)
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (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 Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2020). *Economic development as a social determinant of First Nations, Inuit and Métis health*. <https://www.nccih.ca/docs/determinants/FS-EconomicDevelopmentSDOH-2020-EN.pdf>

- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2022). *Climate change and Indigenous Peoples' health in Canada*. [https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10367/Climate\\_Change\\_and\\_Indigenous\\_Peoples\\_Health\\_EN\\_Web\\_2022-03-22.pdf](https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10367/Climate_Change_and_Indigenous_Peoples_Health_EN_Web_2022-03-22.pdf)
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2024a). Chapter 3: Cultural safety initiatives in British Columbia. In *Indigenous cultural safety: An environmental scan of cultural safety initiatives in Canada*. [https://www.nccih.ca/495/Indigenous\\_cultural\\_safety\\_\\_An\\_environmental\\_scan\\_of\\_cultural\\_safety\\_initiatives\\_in\\_Canada\\_-\\_Chapter\\_3\\_-\\_Cultural\\_safety\\_initiatives\\_in\\_British\\_Columbia.nccih?id=10422#:text=Leading%20examples%20of%20BC's%20cultural,cultural%20safety%20policies%20and%20campaigns%20](https://www.nccih.ca/495/Indigenous_cultural_safety__An_environmental_scan_of_cultural_safety_initiatives_in_Canada_-_Chapter_3_-_Cultural_safety_initiatives_in_British_Columbia.nccih?id=10422#:text=Leading%20examples%20of%20BC's%20cultural,cultural%20safety%20policies%20and%20campaigns%20)
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2024b). Chapter 4: Cultural safety initiatives in Alberta. In *Indigenous cultural safety: An environmental scan of cultural safety initiatives in Canada*. [https://www.nccih.ca/495/Indigenous\\_cultural\\_safety\\_-\\_An\\_environmental\\_scan\\_of\\_cultural\\_safety\\_initiatives\\_in\\_Canada\\_-\\_Chapter\\_4\\_\\_Cultural\\_safety\\_initiatives\\_in\\_Alberta\\_\\_nccih?id=10433#:text=Chapter%204%20of%20the%20NCCIH's,%20in%20partnership%20with%20other](https://www.nccih.ca/495/Indigenous_cultural_safety_-_An_environmental_scan_of_cultural_safety_initiatives_in_Canada_-_Chapter_4__Cultural_safety_initiatives_in_Alberta__nccih?id=10433#:text=Chapter%204%20of%20the%20NCCIH's,%20in%20partnership%20with%20other)
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2024c). Chapter 5: Cultural safety initiatives in Saskatchewan. In *Indigenous cultural safety: An environmental scan of cultural safety initiatives in Canada*. <https://www.nccih.ca/docs/cultural/CS-CHPTS-05-SK-EN-Web.pdf>
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2024d). Chapter 6: Cultural safety initiatives in Manitoba. In *Indigenous cultural safety: An environmental scan of cultural safety initiatives in Canada*. [https://www.nccih.ca/495/Indigenous\\_cultural\\_safety\\_-\\_An\\_environmental\\_scan\\_of\\_cultural\\_safety\\_initiatives\\_in\\_Canada\\_-\\_Chapter\\_6\\_-\\_Cultural\\_safety\\_initiatives\\_in\\_Manitoba\\_\\_nccih?id=10435](https://www.nccih.ca/495/Indigenous_cultural_safety_-_An_environmental_scan_of_cultural_safety_initiatives_in_Canada_-_Chapter_6_-_Cultural_safety_initiatives_in_Manitoba__nccih?id=10435)
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2024e). *Landscapes of First Nations, Inuit, and Métis health: An environmental scan of organizations, literature and research, 4<sup>th</sup> edition*.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2024f). *Sexually transmitted and blood-borne infections in Indigenous populations: Background paper*.
- Northern Contaminants Program Secretariat. (2017). *Contaminants in Canada's North: State of knowledge and regional highlights*. Government of Canada. <https://pubs.aina.ucalgary.ca/ncp/83805.pdf>
- Okpalauwaekwe, U., Ballantyne, C., Tunison, S., & Ramsden, V. R. (2022). Enhancing health and wellness by, for and with Indigenous youth in Canada: A scoping review. *BMC Public Health*, 22, 1630.
- Paraschak, V. (2013). Hope and strength(s) through physical activity for Canada's Aboriginal Peoples. In C. Hallinan & B. Judd (Eds.), *Native games: Indigenous Peoples and sports in the post-colonial world, Volume 7* (pp. 229-246). Emerald Group Publishing Limited.
- Phillips-Beck, W., Sinclair, S., Campbell, R., Star, L., Cidro, J., Wicklow, B., Guillemette, L., Morris, M. I., & McGavock, J. M. (2018). Early-life origins of disparities in chronic diseases among Indigenous youth: Pathways to recovering health disparities from intergenerational trauma. *Journal of Developmental Origins of Health and Disease*, 10(Spec. Iss. 1), 115-122.
- Prince, S. A., McDonnell, L. A., Turek, M. A., Visintini, S., Nahwegahbow, A., Kandasamy, S., Sun, L. Y., & Coutinho, T. (2018). The state of affairs for cardiovascular health research in Indigenous women in Canada: A scoping review. *Canadian Journal of Cardiology*, 34(4), 437-449.
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2023). *A vision for public health assessment in Canada by 2030: Public discussion guide*. Government of Canada. [https://publications.gc.ca/collections/collection\\_2024/asp-phac/HP5-167-1-2023-eng.pdf](https://publications.gc.ca/collections/collection_2024/asp-phac/HP5-167-1-2023-eng.pdf)
- Public Health Agency of Canada (PHAC). (2024). *Tuberculosis in Canada: 2012-2021 expanded report*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/content/dam/phac-aspc/documents/services/publications/diseases-conditions/tuberculosis-canada-expanded-report-2012-2021/tuberculosis-canada-expanded-report-2012-2021.pdf>
- Quinn, A. (2019). Nurturing identity among Indigenous youth in care. *Child & Youth Services*, 41(1), 1-22.
- Redvers, J. M. (2020). "The land is a healer": Perspectives on land-based healing from Indigenous practitioners in northern Canada. *International Journal of Indigenous Health*, 15(1), 90-107.
- Schiff, R., Freill, H., & Hardy, C. N. (2021). Understanding barriers to implementing and managing therapeutic diets for people living with chronic kidney disease in remote Indigenous communities. *Current Developments in Nutrition*, 5(1), nzaa175.
- Schill, K., Terbasket, E., Thurston, W. E., Kurtz, D., Page, S., McLean, F., Jim, R., & Oelke, N. (2019). Everything is related and it all leads up to my mental well-being: A qualitative study of the determinants of mental wellness amongst urban Indigenous Elders. *British Journal of Social Work*, 49, 860-879.
- Shin, H. D., Carrier, L., Dame, J., Padley, M., Daclan, A., Wong, H., Dass, R., Dorey, R.A., Stirling-Cameron, E., Langley, J., & Curran, J. A. (2024). Resilience and protective factors for mental health among Indigenous youth in Canada: A scoping review. *medRxiv, preprint*. <https://doi.org/10.1101/2024.08.05.24311522>.

- Statistics Canada. (2022a). The Indigenous population continues to grow and is much younger than the non-Indigenous population, although the pace of growth has slowed. *The Daily*, September 21. <https://www150.statcan.gc.ca/n1/daily-quotidien/220921/dq220921a-eng.htm>
- Statistics Canada. (2022b). Population and dwelling counts, by city census metropolitan area. *Focus on Geography Series, 2021 Census of population*. Government of Canada. <https://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2021/as-sa/fogs-spg/page.cfm?topic=8&lang=E&dguid=2021A000011124>
- Statistics Canada. (2023). Canada's Indigenous population. *StatsCan Plus*, June 21. Government of Canada. <https://www.statcan.gc.ca/o1/en/plus/3920-canadas-indigenous-population>
- Stelkia, K., Manshadi, A., Adams, E., Wieman, C., & Reading, J. (2023). Weaving promising practices to transform Indigenous population health and wellness reporting by indigenous indicators in First Nations health. *International Journal of Indigenous Health*, 18(1), 1-11.
- Stefanon, B. M., Tsetso, K., Tanche, K., & Morton Ninomiya, M. E. (2023). Effective health and wellness systems for rural and remote Indigenous communities: A rapid review. *International Journal of Circumpolar Health*, 82(1), 2215553.
- Stewart, W., & Panahi, A. (n.d.). *Distinctions based approaches to Métis mental wellness and substance use supports*. Métis National Council. <https://www.metisnation.ca/uploads/documents/Wendy%20Stewart%20%20Distinctions%20Based%20Approaches%20to%20Me%CC%81tis%20Mental%20Wellness%20and%20Read-Only-pptx-1.pdf>
- Tagalik, S. (2018). Inuit knowledge systems, Elders, and determinants of health: Harmony, balance, and the role of holistic thinking. In M. Greenwood, S. de Leeuw, & N. M. Lindsay (eds.), *Determinants of Indigenous Peoples' health, Second edition: Beyond the social* (pp. 93-101). Canadian Scholars Press.
- Tanner, B., Plain, S., George, T., George, J., Mushquash, C. J., Bernards, S., Morton Ninomiya, M., & Wells, S. (2022). Understanding social determinants of First Nations health using a four-domain model of health and wellness based on the Medicine Wheel: Findings from a community survey in one First Nation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(5), 2836.
- Toombs, E., Kowatch, K. R., & Mushquash, C. J. (2016). Resilience in Canadian Indigenous youth: A scoping review. *International Journal of Child and Adolescent Resilience*, 4(1), 4-32.
- Toombs, E., Lund, J. I., Mushquash, A. R., & Mushquash, C. J. (2022). Intergenerational residential school attendance and increased substance use among First Nation adults living off-reserve: An analysis of the Aboriginal Peoples Survey 2017. *Frontiers in Public Health*, 10, 1029139.
- Trocmé, N., Knoke, D., & Blackstock, C. (2004). Pathways to the overrepresentation of Aboriginal children in Canada's child welfare system. *Social Service Review*, 78(4), 577-600.
- Truth and Reconciliation Commission of Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to action*. [https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls\\_to\\_action\\_english2.pdf](https://www2.gov.bc.ca/assets/gov/british-columbians-our-governments/indigenous-people/aboriginal-peoples-documents/calls_to_action_english2.pdf)
- Turner, A. (2016). Living arrangements of Aboriginal children aged 14 and under. *Insights on Canadian Society*. Statistics Canada, Catalogue #75-006-X.
- Vervoort, D., Kimmaliardjuk, D. M., Ross, H. J., Fremes, S. E., Ouzounian, M., & Mashford-Pringle, A. (2022). Access to cardiovascular care for Indigenous Peoples in Canada: A rapid review. *CJC Open*, 4(9), 782-791.
- Walls, M., Hautala, D., Cole, A., Kosobuski, L., Weiss, N., Hill, K., & Williams, S. O. (2022). Socio-cultural integration and holistic health among Indigenous young adults. *BMC Public Health*, 22, 1002.
- Walter, M., & Suina, M. (2019). Indigenous data, indigenous methodologies and indigenous data sovereignty. *International Journal of Social Research Methodology*, 22(3), 233-243.
- Webb, D. (2022). *Indigenous health in federal, provincial, and territorial health policies and systems*. National Collaborating Centre for Indigenous Health. [https://www.nccih.ca/495/Indigenous\\_health\\_in\\_federal,\\_provincial,\\_and\\_territorial\\_health\\_policies\\_and\\_systems.nccih?id=10401](https://www.nccih.ca/495/Indigenous_health_in_federal,_provincial,_and_territorial_health_policies_and_systems.nccih?id=10401)
- Wilkinson, A., Schiff, R., Kidd, J., & Møller, H. (2022). Acknowledging colonialism in the room: Barriers to culturally safe care for Indigenous Peoples. *International Journal of Critical Indigenous Studies*, 15(2), 143-159.
- World Health Organization. (2023). *The health of Indigenous Peoples*. Seventy-Sixth World Health Assembly, Agenda item 16.3. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA76/A76\\_R16-en.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA76/A76_R16-en.pdf)
- Yellowhead Institute. (2023). *Calls to action accountability: A 2023 status update on reconciliation*. <https://yellowheadinstitute.org/trcl>

