

## **Réfugiés sanitaire : l'exode des réserves et la marginalisation des Autochtones atteints du diabète**

Eric Diotte Baccalauréat en Sociologie/Maîtrise en Service social

Étudiant au Doctorat en Sciences Sociales Appliquées/Université du Québec en Outaouais

### ***Introduction***

Depuis les cinquante dernières années, les pays occidentaux assistent à une révolution urbaine. Ce phénomène n'échappe pas aux Autochtones du Canada. En effet, peu après la Deuxième Guerre mondiale, la fin de la politique de restriction de la mobilité des Autochtones a permis à ceux-ci d'envisager de pouvoir participer pleinement à la sphère sociale, politique et économique de la société canadienne<sup>1</sup>. C'est ainsi qu'un certain nombre d'Autochtones choisirent de quitter leur communauté pour aller chercher du travail en milieu urbain. Le mouvement migratoire fut d'abord très modeste. En 1951, par exemple, seuls 251 Autochtones vivaient à Winnipeg alors qu'aujourd'hui, ils sont plus de 50 000. Il est estimé qu'ils seront près de 100 000 en 2020<sup>2</sup>. Bien qu'exemplaire, le cas de Winnipeg est loin d'être unique, et le taux d'urbanisation des Autochtones ne cesse d'augmenter partout au pays. Établi à 13% en 1961, ce taux atteint 31% en 1971, et 42% en 1981<sup>3</sup>. Le dernier recensement de 2001 indique que le pourcentage de personnes s'identifiant comme Autochtone vivant dans des régions urbaines s'élève maintenant à 49 %<sup>4</sup>. De ces 49 %, 80 % vivent dans de grandes régions métropolitaines dont Winnipeg, Edmonton Vancouver, Calgary, Toronto, Saskatchewan, Regina, Ottawa-Hull et Montréal<sup>5</sup>. Il est maintenant estimé que plus de 50% de la population autochtone habite en milieu urbain. L'urbanisation varie en fonction des groupes d'appartenance. 73 % des Autochtones non enregistrés et 68 % des Métis vivent en milieux urbains<sup>6</sup>, tandis que 50 % des Autochtones enregistrés vivent en milieux urbains<sup>7</sup>. Les Autochtones enregistrés ont donc moins tendance à s'urbaniser. Cette différence pourrait être due au fait que les Autochtones enregistrés vivant dans les réserves reçoivent certains droits territoriaux.

Plusieurs facteurs entraînent les autochtones à quitter les réserves pour s'installer en milieu urbain. Dans cet article, je m'intéresse à l'un d'entre eux, soit l'accessibilité des soins de santé. J'étudierai le phénomène par lequel les autochtones diabétiques quittent les réserves afin d'accéder à des soins de santé spécialisés.

À l'heure actuelle, il y a entre 80 000 et 120 000 Autochtones diabétiques au Canada. Les Autochtones ont trois fois plus de risque de développer cette maladie, qui est maintenant considérée un fléau, voire une épidémie. Cet article a pour objectif de jeter les bases d'une réflexion sur les liens entre l'urbanisation des Autochtones diabétiques et ses conséquences sur le développement des politiques publiques. D'une part, je m'intéresse aux différents facteurs qui contribuent au départ des Autochtones diabétiques pour les régions urbaines et à la réalité qui les

---

<sup>1</sup> Frideres et al., 2004

<sup>2</sup> Martin 2007

<sup>3</sup> Frideres et al., 2004

<sup>4</sup> Newhouse et Peters, 2003. Il est important de noter que selon la « définition plus générale de l'origine Autochtone » utilisée dans le recensement 2001, le taux d'urbanisation chez les Autochtones augmenterait de 49% à 56% (Siggnier 2003).

<sup>5</sup> Fridères et Gadzacz, 2005

<sup>6</sup> Norris et Clatworthy, 2006

<sup>7</sup> Ibid

attend une fois installés dans ces milieux. Je m'attarderai surtout sur les facteurs qui alimentent leur exclusion des services de santé urbains. Il est important de noter que l'exclusion que vivent les Autochtones aujourd'hui provient d'un processus historique. En effet, « le changement social, l'accès à la modernité, le conflit de cultures, l'inadaptation, la dépendance, les politiques d'assimilation, la domination et la colonisation » sont des facteurs historiques qui ont créé et alimenté l'exclusion des Autochtones<sup>8</sup>. À titre d'exemple, il y a aussi la mise des Autochtones dans les réserves au milieu du XIXe siècle, l'abolition des cérémonies culturelles et traditionnelles, la triste histoire des écoles résidentielles, la tentative d'abolition des réserves à la fin des années 1960 et la crise amérindienne des années 1990. En plus de provoquer des séquelles encore ressenties aujourd'hui, ces périodes historiques ont créé des images stéréotypées des Autochtones et alimentent la discrimination et l'exclusion qu'ils vivent toujours.

D'autre part, l'article analysera les politiques fédérales en matière de santé afin de déterminer si elles répondent réellement aux besoins des Autochtones diabétiques en milieu urbain. En prenant en considération les changements démographiques et leurs impacts sur le développement des politiques publiques, la conclusion se penchera sur la question de l'autonomie gouvernementale des Autochtones, notamment en ce qui a trait aux transferts de responsabilités dans le domaine de la santé. Je tenterai ainsi d'évaluer si l'autonomie gouvernementale peut offrir des stratégies et des espaces pour répondre aux besoins spécifiques des Autochtones diabétiques en milieu urbain.

Cet article est fondé sur une recherche documentaire que j'ai faite dans le cadre de mon mémoire de Maîtrise en service social. La méthode d'analyse utilisée est celle de l'analyse de contenu exploratoire visant « à découvrir la signification d'un message, que ce soit un discours, un récit de vie, un article de revue, un mémoire, etc. » (Mayer et Deslauriers, 2000 : 161). Elle m'a permis d'analyser les événements actuels et passés, et les phénomènes individuels et collectifs. Dans le cadre de cette recherche, l'analyse de contenu procède par thèmes déterminés et par une logique déductive, c'est-à-dire en s'inspirant d'une théorie existante.

### **Cadre théorique**

Plusieurs sociologues ont proposé des théories afin d'expliquer le phénomène de l'urbanisation. À titre d'exemple, Marx et Engels soutiennent que l'urbanisation est due à la division du travail entre la campagne et la ville, provoquée par l'émergence des industries modernes<sup>9</sup>. La ville est donc devenue l'espace privilégié des moyens de production et de l'appropriation du capital. Les théories de la modernisation, qui conçoivent la modernisation comme un processus où le développement économique domine, soutiennent que toute société passera d'un stade primitif à un stade moderne<sup>10</sup>. Dans cette perspective évolutionniste et réductrice, toute société finira par converger vers le modèle occidental dominant.

Dans un souci d'étudier l'urbanisation dans toute sa diversité, je privilégie l'approche de l'action historique, qui perçoit l'action de l'autochtone diabétique en tant que porteuse de sens, posée afin d'orienter réflexivement le futur<sup>11</sup>. Cette approche permet de comprendre les spécificités culturelles, institutionnelles et politiques de l'urbanisation. Elle ne généralise pas le phénomène

---

<sup>8</sup> Jaccoud, 1995; Silver, 2006

<sup>9</sup> Rémi et Voyé, 1974 ; Tabutin, 2000

<sup>10</sup> Tabutin, 2000

<sup>11</sup> Martin

de l'urbanisation. Au contraire, elle considère que le choix de s'urbaniser provient d'un processus réflexif influencé par le contexte socioculturel et les attributs personnels de l'Autochtone.

### **Les autochtones diabétiques en milieu urbain**

Bien que plusieurs raisons « positives » (éducation, emploi, s'échapper de la vie restrictive de la réserve, recherche d'opportunités) encouragent les Autochtones à quitter leur réserve, nombreux sont ceux qui s'exilent en ville pour des raisons de santé, dont les Autochtones atteints du diabète. Même si la *Loi canadienne sur la santé* stipule que tous les Canadiens ont droit à un accès raisonnable aux services de santé assurés, plusieurs Autochtones diabétiques résidant en milieu rural et en régions du Nord ont seulement accès à des services de santé de base. Lorsqu'ils requièrent des soins spécialisés, ils doivent se rendre en milieu urbain. Plusieurs Autochtones diabétiques choisissent donc de s'installer en milieu urbain afin d'éviter de nombreux déplacements.

Bien qu'un certain nombre d'Autochtones réussissent à s'adapter et à s'intégrer en milieu urbain, plusieurs d'entre eux vivent de façon marginale. Il existe en effet une disparité sur le plan socio-économique. Le taux de chômage est six fois plus élevé<sup>12</sup> chez les Autochtones en milieu urbain, et ils ont tendance à être discriminés sur le marché du travail en ce faisant offrir des emplois précaires. Le taux de chômage élevé et la précarité d'emploi que vivent les Autochtones en milieu urbain ont un impact important sur leur revenu. Selon le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 41,6 % des Autochtones en milieu urbain ont un revenu peu élevé, ce qui représente le double de la moyenne nationale<sup>13</sup>. Bien que plusieurs Autochtones quittent les réserves afin d'acquérir de l'éducation postsecondaire, leur niveau d'éducation demeure inférieur à celui de la population canadienne.

Attirés par les opportunités que promettent les grandes villes, plusieurs Autochtones viennent s'installer en milieu urbain dans l'intention d'améliorer leurs conditions de vie. En réalité, une fois installés, plusieurs d'entre eux vivent dans l'exclusion. Leur difficulté à s'intégrer au marché du travail et leur faible revenu les obligent à habiter des logements non abordables et de piètre qualité. Les conditions de logement dans les réserves et en milieu urbain s'avèrent donc similaires. En milieu urbain, 37 % des Autochtones dépensent plus de 30 % de leur revenu familial pour se loger, tandis que 15 % en dépensent plus de la moitié<sup>14</sup>. Cette réalité les oblige à habiter des logements surpeuplés situés dans des quartiers caractérisés de « ghettos »<sup>15</sup>. Coupés de leur milieu familial et culturel et confrontés à ces barrières, plusieurs Autochtones en milieu urbain ont tendance à s'isoler, à sombrer dans la dépression et à développer des comportements marginaux (toxicomanie, *etc.*)<sup>16</sup>.

En plus d'être exclus de la sphère socio-économique, les Autochtones diabétiques qui s'installent en milieu urbain sont également exclus des services de santé. Bien que peu documenté, ce

---

<sup>12</sup> Norris, 2004

<sup>13</sup> Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2004

<sup>14</sup> National Association of Friendship Centres, 2005

<sup>15</sup> Peters, 2004 : 6

<sup>16</sup> I.S.P.C., 2003

phénomène est bien réel : moins de 40% des Autochtones diabétiques visitent les services de santé en milieu urbain<sup>17</sup>. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette exclusion.

D'une part, elle provient du fait que le Canada est un des pays qui ne tient pas compte de la diversité médicale. Depuis plusieurs années, la profession médicale a assumé le contrôle des pratiques médicales, laissant tomber la médecine traditionnelle pratiquée par d'autres cultures. La profession et les institutions médicales se sont appropriées la production et le développement du savoir, permettant ainsi de légitimer leur pouvoir en ce qui a trait aux définitions des maladies et aux traitements médicaux<sup>18</sup>. L'écart qui subsiste entre les pratiques médicales institutionnelles et les pratiques médicales traditionnelles autochtones se traduit par une différence notable sur le plan de la communication. À titre d'exemple, les Autochtones définissent la santé et la maladie en termes « de balancement, d'harmonie, de vision holistique et de spiritualité »<sup>19</sup>. De leur côté, les professionnels de la santé définissent la santé en termes biologiques et la maladie comme « une dysfonction physique de l'individu »<sup>20</sup>. À la lumière de cette terminologie fort différente, il n'est pas surprenant de constater que les Autochtones ne comprennent pas le jargon médical et les traitements proposés par les professionnels de la santé. Plusieurs Autochtones diabétiques se sentent jugés et ne se sentent pas écoutés, compris et pris au sérieux par les professionnels de la santé<sup>21</sup>.

L'exclusion des Autochtones diabétiques dans les services de santé urbains est également alimentée par des conceptions contraires. Chez les Autochtones, un individu ayant un excès de poids est considéré en bonne santé, tandis que chez les professionnels de la santé, avoir un excès de poids est considéré nuisible pour la santé<sup>22</sup>. Le traitement, quant à lui, se déroule dans un contexte de patient/médecin; les professionnels de la santé perçoivent le patient comme un être passif qui doit adhérer aux traitements qui lui sont prescrits<sup>23</sup>. Chez les Autochtones, le traitement est de nature holistique, c'est-à-dire qu'il doit permettre d'acquérir une meilleure connaissance et compréhension de soi sur les plans physique, émotionnel, mental et spirituel. Les Autochtones ne perçoivent pas la maladie comme un phénomène biologique. Au contraire, elle est perçue comme une « pénalité de leur transgression de l'ordre moral », et le traitement doit à la fois guérir la personne et renforcer l'ordre social et moral dans la communauté<sup>24</sup>. La maladie semble alors être une punition, et le traitement devient un acte social.

À la lumière de ces différentes croyances et conceptions, les Autochtones diabétiques perçoivent les services de santé comme des institutions totalitaires. Une fois le diagnostic de diabète posé, les professionnels de la santé évaluent le mode de vie du patient autochtone, lui imposent des changements alimentaires et exigent qu'il fasse de l'exercice quotidiennement afin de perdre du poids. Face à ces recommandations, l'Autochtone diabétique doit choisir d'adhérer à un nouveau mode de vie ou de demeurer fidèle à son mode de vie traditionnel. Bien que les

---

<sup>17</sup> Santé Canada, 2002

<sup>18</sup> Fassin, 2005

<sup>19</sup> Shah, 2004 : 267

<sup>20</sup> Ibid

<sup>21</sup> Shah et Dubeski, 1993

<sup>22</sup> Baclet, 2005

<sup>23</sup> Adelson, 2003

<sup>24</sup> Waldram et al., 1995 : 101

traitements qui leur sont proposés soient nécessaires pour contrôler le diabète, une majorité d'Autochtones refusent de les suivre.

La majorité des facteurs semblent provenir des contradictions entre le savoir populaire des Autochtones et le savoir expert des professionnels de la santé. En ignorant le savoir populaire, les professionnels de la santé ne prennent pas en considération les significations des symptômes le contexte particulier de l'histoire de vie du malade chez les Autochtones<sup>25</sup>. Si ce savoir était écouté, il se créerait une relation de confiance et peut-être que les traitements seraient mieux adaptés aux besoins spécifiques des Autochtones diabétiques.

Ces conditions urbaines font considérablement augmenter les mouvements migratoires des Autochtones. En effet, plusieurs d'entre eux déménagent d'une région urbaine à l'autre afin d'accéder à des soins de santé adaptés. Face à ces conditions et pour éviter l'isolement, certains d'entre eux décident de retourner dans leur réserve. Bien que ce retour leur permette de renouer des liens et d'entretenir de fortes relations d'entraide, aucun service de santé spécialisé ne leur est offert. C'est donc un retour à la case de départ. Ce phénomène de "*vas et viens*"<sup>26</sup> observé chez les autochtones diabétiques soulève des défis majeurs sur le plan des politiques en matière de santé autochtone. Avant d'aborder ce sujet, il me semble important de présenter une brève discussion sur le diabète chez les Autochtones.

### ***L'état de santé chez les Autochtones***

Il serait naïf de croire que les Autochtones ne souffraient d'aucun problème de santé avant d'entrer en contact avec les Européens. Selon Waldram *et al.*, ils auraient souffert de certains problèmes comme des ulcères, des infections de la gorge, des fièvres, *etc.* Par contre, aucune épidémie ne les menaçait.

À la suite des contacts avec les Européens, de l'introduction de certains animaux comme les vaches, les cochons, les poules et les canards et de l'introduction des postes de traite de la fourrure, les Autochtones ont commencé à souffrir de maladies infectieuses inconnues à leurs yeux. Plusieurs épidémies d'influenza, de varicelle, de fièvre jaune et de tuberculose ont menacé les Autochtones et provoqué une baisse dramatique de cette population<sup>27</sup>, voire la disparition de certains peuples. À titre d'exemple, la population autochtone a diminué de 53 % dans l'Arctique, de 89 % dans l'Ouest et de 95 % en Californie<sup>28</sup>. Cette dépopulation est également observée chez les Beothuks. En 1768, on comptait 350 Beothuks à Terre-Neuve. À la suite de leur contact avec les Européens et de la propagation des maladies dont la tuberculose, on en dénombrait plus que 72 en 1811, et 13 en 1823. En 1829, Shanawdithit, la dernière des Beothuks, est morte à Terre-Neuve<sup>29</sup>.

Depuis ce temps, que ce soit dans les réserves ou hors réserves, les Autochtones maintiennent un niveau de santé inférieur à la population canadienne. Plusieurs d'entre eux souffrent d'hépatite A, d'hépatite B, de méningite, de maladies gastro-intestinales, de problèmes de santé mentale, de

---

<sup>25</sup> Massé, 1995

<sup>26</sup> Norris et Clatworthy, 2006 : 10

<sup>27</sup> Waldram *et al.*, 1995

<sup>28</sup> Ibid

<sup>29</sup> Ibid

maladies transmises sexuellement et d'arthrite. Le VIH/SIDA prend de l'ampleur chez les Autochtones. En 2004, 15 % des nouveaux cas de VIH ont été diagnostiqués chez les Autochtones<sup>30</sup>, qui formaient seulement 3.3% de la population canadienne. Peu après la fin de la Deuxième Guerre mondiale, certaines maladies chroniques comme les maladies cardiovasculaires et l'hypertension ont fait leur apparition dans la population autochtone. C'est toutefois le diabète qui inquiète de plus en plus les professionnels en matière de santé.

### ***Le diabète chez les Autochtones***

Avant les années 1940, le diabète était inconnu chez les Autochtones. À la fin des années 70, et surtout au cours des années 80, les professionnels en matière de santé ont remarqué une prévalence élevée du diabète de type 2 parmi les Autochtones. Les hommes Autochtones ont en effet trois fois plus de risque de développer le diabète, et les femmes Autochtones cinq fois plus<sup>31</sup>. Il est estimé qu'en 2004, environ 8,2 % des Autochtones ont été diagnostiqués diabétiques de type 2 alors que 2,9 % de la population canadienne a reçu le même diagnostic<sup>32</sup>. Si la tendance se maintient, la prévalence du diabète chez les Autochtones risque de s'accroître de 300 % d'ici 2016<sup>33</sup>.

La prévalence du diabète chez les Autochtones est un champ d'intérêt important dans le domaine de la santé publique. Bien que ce phénomène soit encore inexpliqué, trois grandes approches théoriques dont l'approche génétique, l'approche culturelle et l'approche sociale, tentent de le cerner. Sans porter de regard critique, j'en ferai une brève description afin de saisir où se situent les débats épistémologiques.

### ***Vulnérabilité génétique, culturelle ou social***

Selon l'approche génétique appuyée par les milieux biomédicaux et bioculturalistes, la prévalence du diabète chez les Autochtones serait causée par des facteurs génétiques dont l'âge et l'intolérance au glucose, l'infériorité génétique transmise par la mère souffrant du diabète gestationnel, etc. Selon le postulat principal de cette approche, la prévalence du diabète chez les Autochtones serait l'aboutissement d'un processus d'inadaptation génétique dû aux périodes de longue famine provoquées par les fluctuations saisonnières. Le métabolisme des Autochtones aurait donc créé un « gène économe » pour leur permettre de garder des réserves de gras et de sucre durant ces périodes de famines<sup>34</sup>. Inadapté au mode de vie moderne, ce gène serait coupable de l'accumulation de gras, de l'hyperglycémie et de l'obésité chez les Autochtones. Les Autochtones seraient donc « biologiquement désavantagés par rapport aux nouvelles réalités apportées par la modernité et soumis à l'emprise des lois naturelles »<sup>35</sup>. Cette approche s'apparente à la sociobiologie et au Darwinisme social. Elle met l'accent sur la structure génétique des Autochtones et non sur leur environnement socioculturel. Le capital génétique des Autochtones n'aurait donc pas évolué dans le processus de la « sélection naturelle »<sup>36</sup>.

---

<sup>30</sup> Santé Canada, 2005

<sup>31</sup> Ibid

<sup>32</sup> National Association of Friendship Centres, 2005

<sup>33</sup> Roy, 1999

<sup>34</sup> Roy, 2004

<sup>35</sup> Roy, 2004 : 196

<sup>36</sup> Blais et Mulligan-Roy, 2001 : 1643

Selon l'approche culturelle, la prévalence du diabète chez les Autochtones est engendrée par un processus historique d'acculturation au cours duquel les Autochtones ont graduellement adopté plusieurs aspects de la culture dominante. Plusieurs Autochtones ont en effet abandonné leur mode de vie traditionnel pour se sédentariser. Au cours de ce processus, plusieurs d'entre eux ont remplacé leur alimentation traditionnelle à haute teneur en protéines et en fibres par une alimentation à haute teneur en calories, en gras saturés et en sucre. Ces changements d'habitudes alimentaires trop rapides et parfois même forcés ont tendance à faire augmenter l'obésité et la prévalence du diabète de type 2 chez les Autochtones<sup>37</sup>.

L'approche sociale met plutôt l'accent sur les facteurs sociaux et environnementaux afin d'expliquer la prévalence du diabète chez les Autochtones. Dans cette optique, le faible niveau de scolarisation, les mauvaises conditions des logements et la pauvreté des Autochtones favorisent un mode de vie moins sain, plus propice au développement de maladies infectieuses et chroniques dont le diabète<sup>38</sup>. Par exemple, selon cette approche, il existe un lien direct entre la discrimination que vivent les Autochtones sur le marché du travail et leur vulnérabilité au diabète. Plusieurs recherches démontrent que le faible revenu des Autochtones ne leur permet pas d'avoir une alimentation saine<sup>39</sup>. Le domaine médical a démontré que le stress vécu par les individus ayant un niveau de vie inférieur « a des répercussions négatives sur le corps et suscite notamment l'accumulation de matières grasses et une diminution de la tolérance au glucose »<sup>40</sup>. Le stress associé à l'exclusion que vivent les Autochtones représente donc une piste d'explication de leur propension au diabète. En suggérant que la prévalence du diabète chez les Autochtones est occasionnée par leur statut social inférieur, l'approche sociale s'inscrit en continuité des explications fournies par l'approche culturelle. Les facteurs sociaux liés à la prévalence du diabète chez les Autochtones sont les résultats à long terme de leur acculturation.

### ***Initiatives politiques***

Peu importe l'idéologie politique qui règne, les Autochtones ont toujours été désavantagés en matière de politique de santé. Mercer (2001) explique bien les différences qui existent entre les idéologies politiques dominantes au Canada, soit les idéologies libérale et conservatrice. En théorie, l'idéologie libérale met l'accent sur le droit de l'individu; elle stipule donc que l'Autochtone doit être traité comme tout autre individu en étant intégré dans la société. L'idéologie conservatrice, quant à elle, met l'accent sur l'importance de l'individu dans le groupe ou la communauté et sur la reconnaissance politique et légale des Autochtones en tant que membres d'un groupe. Elle reconnaît la culture, l'identité et les droits collectifs des Autochtones<sup>41</sup>. Que ce soit sous le règne libéral ou conservateur, la relation historique entre le gouvernement fédéral et les Autochtones est qualifiée de négligente et paternaliste. Avant les années 1970, les politiques fédérales avaient pour principal objectif l'assimilation des Autochtones à la société canadienne. À titre d'exemple, il y avait les écoles résidentielles, la perte du statut indien chez les femmes autochtones qui se mariaient avec un non autochtone, *etc.* Les Autochtones qui résistaient à l'assimilation étaient isolés dans des petits lopins de terre nommés réserves.

---

<sup>37</sup> Roy, 2002

<sup>38</sup> Tjepkema, 2002 ; Shah, 2004 ; Fridères et Gadzacz, 2005

<sup>39</sup> Roy, 2002

<sup>40</sup> I.S.P.C., 2003 : 23

<sup>41</sup> Mercer, 2001

La réponse politique du gouvernement fédéral en ce qui a trait au taux élevé de maladies chez les Autochtones consistait à prévenir la propagation qui menaçait la population Canadienne. Les politiques de santé étaient dominées par le monde médical et par une approche orientée vers la maladie. Le gouvernement fédéral refusait catégoriquement que les Autochtones participent à la planification et à l'organisation des services de santé<sup>42</sup>. Il ne semblait pas se préoccuper d'offrir les services de santé de base aux Autochtones, mais plutôt de contrôler et de réduire les dépenses liées au remboursement des services de santé des Autochtones qui avaient quitté les réserves.

Ce n'est qu'à partir des années 1970, face aux manifestations et aux pressions exercées par les Autochtones afin de réclamer un contrôle dans le développement de leurs communautés, que le gouvernement fédéral s'est penché sur les inégalités dans ses relations avec les Autochtones. Plusieurs études et recherches ont été effectuées dans le but de bien comprendre les effets de ces inégalités et de proposer des solutions. C'est en 1978 que le gouvernement a annoncé les principaux piliers de sa politique en matière de santé autochtone. Reconnaisant les torts causés par les politiques négligentes et paternalistes passées, la politique en matière de santé autochtone met l'accent sur le développement des communautés, l'amélioration des conditions socio-économiques et le renforcement de la relation entre les Autochtones et le gouvernement fédéral<sup>43</sup>. Bien que, par cette politique, le gouvernement fédéral veuille améliorer les conditions de santé des Autochtones, ceux-ci n'ont aucun pouvoir dans le développement des services de santé. Le but ultime de cette politique reste toujours l'intégration des Autochtones dans les services de santé modernes. Cette nouvelle vision politique n'a donc pas provoqué de changement majeur. La relation entre les Autochtones et le gouvernement fédéral sera changée à jamais à partir des années 1990.

En 1990, la province du Québec a été secouée par l'évènement historique de la Crise d'Oka où les Mohawks ont bloqué des routes afin de manifester contre l'agrandissement du terrain de golf d'Oka sur leur terre ancestrale. Cet évènement a provoqué un affrontement important entre les Autochtones, le gouvernement du Québec, le gouvernement fédéral, les services policiers provinciaux et l'armée canadienne. En 1992, à la suite de cet évènement, la Commission royale sur les peuples autochtones a été mise sur pied par le gouvernement fédéral. Ayant comme thèmes récurrents la santé et la guérison, la Commission avait quatre objectifs : 1) l'équité en matière de santé et d'accès aux services de santé, 2) le respect de l'approche holistique, 3) un plus grand contrôle des services par les Autochtones, et 4) la reconnaissance de la diversité des communautés Autochtones. En affirmant que 90% des déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones ne sont pas seulement de nature médicale mais aussi de nature matérielle et socio-économique<sup>44</sup>, cette commission a remis en question la prédominance du domaine médical en ce qui attrait aux politiques de santé en matière autochtone.

Les conclusions du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones ont amené le gouvernement fédéral à considérer l'importance du savoir traditionnel, l'opinion des Autochtones et la collaboration intersectorielle entre ses ministères dans le développement des politiques, notamment celles en matière de santé autochtone. La responsabilité d'élaborer des politiques en

---

<sup>42</sup> Franks, 2000

<sup>43</sup> Mercer, 2001

<sup>44</sup> Abele, 2007



matière autochtone est maintenant partagée entre les Affaires Indiennes et du Nord Canada, Santé Canada, Justice Canada, Pêches et Océans, Ressources humaines et Développement social Canada et Industrie Canada<sup>45</sup>. L'impact des manifestations des Autochtones et de la Commission royale sur les peuples autochtones a donc favorisé la création d'un processus de consultation entre les Autochtones et le gouvernement fédéral en ce qui a trait au développement des politiques en matière de santé et à la gestion des services de santé. Selon Abele (2007), ce processus consultatif comporte deux bienfaits importants. D'une part, il permet aux Autochtones de se familiariser avec les rouages du système politique canadien et de s'en faire une opinion. D'autre part, cette collaboration permet aux fonctionnaires de se familiariser avec la culture, les croyances et les besoins spécifiques des Autochtones en matière de santé<sup>46</sup>. Dans le cadre de la délégation du Canada à la sixième séance de l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones de 2007, le discours de Catherine Adam<sup>47</sup> a témoigné de la collaboration entre les Autochtones et le gouvernement fédéral en ce qui concerne le développement des politiques en matière de santé autochtone.

« L'abolition de l'écart de santé entre les peuples des Premières nations, les Inuits et les Métis d'une part et le reste des Canadiens d'autre part est un objectif que partagent les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones. Le gouvernement fédéral s'est engagé à collaborer avec les Canadiens autochtones pour améliorer leur état de santé et continuera de travailler en partenariat avec les intervenants afin d'élaborer des solutions adaptées sur le plan culturel qui produiront des résultats réels et mesurables<sup>48</sup>. »

La collaboration à laquelle Madame Adam fait référence a permis l'élaboration de plusieurs politiques en matière de santé autochtone. À titre d'exemple, *l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone* vise à augmenter le nombre de travailleurs autochtones dans le domaine de la santé. *Le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA)* a pour objectif d'adapter les services de santé aux besoins des Autochtones et de réduire le temps d'attente pour ces services. Un soutien financier a aussi été accordé afin de permettre l'élaboration d'indicateurs de la santé adaptés aux Autochtones sur le plan culturel.<sup>49</sup>

Cette collaboration peut également être observée sur le plan du développement des politiques en matière de diabète chez les Autochtones. Afin d'apporter une réponse à la forte croissance du diabète dans les communautés autochtones, le gouvernement fédéral a élaboré l'initiative sur le diabète chez les Autochtones, qui a pour objectif la réduction du diabète et de ses complications chez les Autochtones. Afin de s'assurer que l'initiative réponde aux besoins spécifiques des Autochtones diabétiques, elle est supervisée par un comité formé de représentants du gouvernement fédéral, d'organisations autochtones et du Congrès de l'Association nationale autochtone du diabète (ANAD).

Face au taux d'urbanisation élevé des Autochtones diabétiques et pour répondre à leurs besoins grandissants, le gouvernement fédéral a créé le *Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain (PPMAHRIMU)*, qui a

---

<sup>45</sup> Mercer, 2001

<sup>46</sup> Abele, 2007

<sup>47</sup> Directrice exécutive de l'élaboration des systèmes de santé de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

<sup>48</sup> Adam, 2007

<sup>49</sup> Ibid

comme objectif principal d'offrir des services et des programmes en promotion de la santé adaptés sur le plan culturel<sup>50</sup>. Ce programme permet de financer des projets de prévention du diabète et de promotion de la santé pour les Autochtones en milieu urbain. Il finance présentement plus de 32 projets à travers le Canada<sup>51</sup> dont le centre de santé autochtone Wabano et le centre Inuits Tungasuvvingatm. En 2007, le gouvernement fédéral a alloué une somme de 400 millions de dollars versés sur cinq ans afin de poursuivre la lutte contre le diabète, de promouvoir la santé maternelle et infantile et de prévenir le suicide dans les communautés autochtones<sup>52</sup>.

Bien que ces initiatives politiques soient développées en collaboration avec les communautés autochtones, qu'elles permettent de promouvoir une saine alimentation et qu'elles offrent des outils de prévention pour les Autochtones diabétiques en milieu urbain, je soulève deux critiques. D'une part, le *Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain* ne prend pas en considération l'impact du taux de mouvements migratoires élevé chez les Autochtones en milieu urbain. À titre d'exemple, si un autochtone diabétique vivant en milieu urbain décide de déménager dans une autre ville afin de se trouver un emploi convenable, il n'a aucune garantie de pouvoir accéder à des services de santé adaptés à ses besoins. Autrement dit, en ignorant le taux élevé de migration entre les centres urbains, la stratégie politique n'assure pas la continuité des soins de santé adaptés aux Autochtones diabétiques. D'autre part, la collaboration entre le gouvernement fédéral et les communautés autochtones en ce qui concerne le développement des politiques en matière de santé me paraît superficielle. Bien que le gouvernement fédéral collabore avec certaines communautés autochtones à l'élaboration de politiques et de services en matière de santé, il est réticent à leur transférer le plein pouvoir de la gestion des services de santé. Le gouvernement conserve le contrôle des dépenses. Les communautés ainsi que les organisations autochtones urbaines dépendent toujours du financement offert par le gouvernement et doivent constamment répondre à des critères préétablis. Dans cette optique, je crois que l'autonomie gouvernementale peut représenter une stratégie importante pour répondre aux besoins des Autochtones diabétiques en milieu urbain.

***Conclusion : L'autonomie gouvernementale en tant que stratégie pour répondre aux besoins des Autochtones diabétiques en milieu urbain.***

L'autonomie gouvernementale n'est pas un phénomène politique récent chez les Autochtones : elle a été exercée pendant des siècles avant l'arrivée des Européens au Canada<sup>53</sup>. Elle est ancrée dans les croyances et l'histoire des autochtones, pour qui « le créateur a donné un territoire à chaque nation ainsi que la responsabilité de s'en occuper »<sup>54</sup>. Face à l'échec des gouvernements à offrir des services et des programmes adaptés aux besoins de la population autochtone et au refus de leur transférer le plein pouvoir dans la gestion des services de santé urbains, l'autonomie gouvernementale est perçue comme étant une solution. Une pleine autonomie gouvernementale permettrait aux Autochtones vivant en milieu urbain d'exercer leur pouvoir dans les prises de décision en matière de politique et de programmes de santé. Elle leur permettrait de développer

---

<sup>50</sup> Santé Canada, 2000

<sup>51</sup> Santé Canada, 2005

<sup>52</sup> Ibid

<sup>53</sup> Levi, 2000

<sup>54</sup> Levi, 2000 : 1

des services de santé adaptés à leurs besoins tout en préservant leur identité et leur culture<sup>55</sup>. Elle favorise donc la justice sociale ainsi que la détermination personnelle et le développement des communautés autochtones.

Bien que l'autonomie gouvernementale ait plusieurs bienfaits pour la population autochtone, le gouvernement fédéral a mis plusieurs décennies avant de reconnaître et de lui attribuer un statut particulier. Avant les années 70, le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux refusaient toute demande des Autochtones concernant l'autonomie gouvernementale. En 1982, à la suite des manifestations et des moyens de pression exercés par les Autochtones, le gouvernement fédéral a créé un comité spécial de la Chambre des Communes afin d'examiner les questions juridiques liées à l'autonomie gouvernementale chez les Autochtones. Le comité a conclu que le gouvernement fédéral doit reconnaître l'autonomie gouvernementale en tant que droit ancestral. Depuis ce temps, l'article 35 de la Loi constitutionnelle de 1982 reconnaît l'autonomie gouvernementale comme un droit acquis pour la population autochtone, sans toutefois la définir<sup>56</sup>.

En 1995, face au prolongement des revendications exercées par les Autochtones afin d'acquérir une plus grande autonomie dans l'élaboration de politiques et dans la gestion des services, le gouvernement fédéral a adopté la politique sur l'autonomie gouvernementale, qui « reconnaît le droit inhérent aux Autochtones à l'autonomie gouvernementale »<sup>57</sup>. Il est toutefois important de noter que cette politique ne permet pas la souveraineté et la création d'États autochtones indépendants. Le processus de négociation qu'elle a engendré a permis aux nations autochtones de participer à la fédération canadienne et de mettre en place des structures gouvernementales à l'intérieur de leur territoire. Selon Franks (2000), l'autonomie gouvernementale est maintenant acquise grâce à trois processus. D'une part, elle est reconnue au moyen de traités déjà signés entre une nation autochtone reconnue selon la loi et le gouvernement fédéral. D'autre part, elle est admise à l'aide de la *Politique du Canada sur les revendications territoriales globales* qui permet aux Autochtones de se réappropriier leur terre et sa gestion. L'autonomie gouvernementale peut finalement être accordée par l'entremise du transfert des responsabilités à un groupe d'appartenance indien défini selon la *Loi sur les Indiens*<sup>58</sup>. Depuis ce temps, nous assistons à la création de plusieurs gouvernements autochtones autonomes, notamment au Nunavut, au Yukon, au Manitoba, au Québec, etc.

Bien que le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux aient reconnu l'autonomie gouvernementale chez les Autochtones en milieu urbain, sa concrétisation demeure ambiguë. En principe, tout comme dans les réserves, l'autonomie gouvernementale permet aux autochtones en milieu urbain de participer à l'élaboration de politiques et de créer et gérer des services et des institutions qui conviennent à leurs besoins particuliers, notamment en matière de santé. Elle leur permet également de se mobiliser et d'acquérir un pouvoir dans la résolution de leurs problèmes<sup>59</sup>. L'autonomie gouvernementale constitue donc un outil permettant d'éliminer la

---

<sup>55</sup> Ibid

<sup>56</sup> Levi, 2000

<sup>57</sup> Affaire indienne et du Nord Canada, 2004 : 1

<sup>58</sup> Franks, 2000

<sup>59</sup> Cameron, 2000

marginalisation des Autochtones urbains sur le plan économique, social et culturel et de leur accorder une plus grande autonomie vis-à-vis les institutions dominantes dont celles de la santé.

En ce qui concerne les Autochtones diabétiques en milieu urbain, je crois qu'une plus grande autonomie dans l'élaboration de politique et la création de services de santé leur permettrait d'offrir des soins qui répondent à la fois à leurs besoins physiques et spirituels. Autrement dit, elle leur permettrait de s'éloigner du modèle médical dominant dans les institutions de santé pour se rapprocher d'un modèle de nature holistique. Cependant, il est important que les programmes de prévention et les services offerts par un gouvernement autochtone autonome ne renient pas le modèle médical dominant dans les institutions. Le diabète est une maladie qui requiert des suivis et des traitements médicaux. La collaboration entre le modèle médical et le modèle de santé holistique est donc impérative. Certains services de santé urbains ont été développés pour les Autochtones atteints du diabète à la suite de l'acquisition d'une plus grande autonomie. À titre d'exemple, le Centre Wabano, qui offre des services de prévention et de santé primaire pour les Autochtones dans la région d'Ottawa, a créé un programme de prévention du diabète chez les Autochtones. Le programme met l'accent sur l'importance de l'alimentation traditionnelle, de l'activité physique et de la sensibilisation au diabète et à ses complications.

Bien qu'une plus grande autonomie ait été acquise dans certaines régions, la concrétisation de l'autonomie gouvernementale représente toujours un défi majeur. Conscients du défi occasionné par la distribution géographique des Autochtones en milieu urbain, Wherret, Brown (1995) et Depew (1994) expliquent que l'autonomie gouvernementale en milieu urbain peut se concrétiser de trois façons. D'une part, lorsque la population autochtone est dispersée dans un centre urbain, l'autonomie gouvernementale peut se fonder sur la communauté d'intérêts<sup>60</sup>. D'autre part, lorsque la population autochtone est concentrée dans un secteur urbain donné, l'autonomie gouvernementale peut se fonder sur le quartier, où des programmes et services sont mis en place afin de répondre aux besoins économiques, psychologiques et politiques de la population<sup>61</sup>. Lorsque le territoire occupé par une population autochtone urbaine fait partie d'une assise territoriale, l'autonomie gouvernementale peut se concrétiser selon le modèle extraterritorial. Ce modèle englobe le modèle de gouvernement fondé sur la communauté d'intérêts et le modèle fondé sur le quartier. Le gouvernement selon le modèle extraterritorial s'occupe donc de la création et de la gestion des services de santé, d'aide à l'enfance, d'aide aux familles, de l'éducation, *etc.*<sup>62</sup>. À notre avis, seul un gouvernement autonome fondé sur le modèle extraterritorial permettra aux Autochtones en milieu urbain de s'approprier un plein contrôle dans l'élaboration de politiques en matière de santé autochtone ainsi que dans la création et la gestion de services de santé. Pour qu'un tel gouvernement soit mis en place, un nombre adéquat d'Autochtones doivent résider dans une région urbaine et y avoir un sentiment d'appartenance. Mais tant et aussi longtemps que la mobilité migratoire sera élevée chez les Autochtones en milieu urbain, il sera très difficile pour eux de développer un gouvernement autonome fondé sur le modèle extraterritorial.

---

<sup>60</sup> Wherret et Brown 1995

<sup>61</sup> Depew, 1994

<sup>62</sup> Ibid

## Bibliographie

- ABELE, Frances (2007), ‘‘Betwenn Respect and Control: Traditional Indigenous Knowledge in Canadian Public Policy’’ in *Critical Policy Studies*, Edited by Michael Orsini and Miriam Smith, UBC Press, Vancouver, pp. 233-255.
- ADAM, Catherine (Mai 2007), *Exposé de la délégation du Canada à la sixième séance de l’instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones*, [http://www.ainc-inac.gc.ca/ird/2007/hel\\_f.html](http://www.ainc-inac.gc.ca/ird/2007/hel_f.html).
- AFFAIRES INDIENNES ET DU NORD CANADA (2004), *L’autonomie gouvernementale des Autochtones*.
- ANDELSON, Naomi (2003), *Reducing health disparities and promoting equity for vulnerable populations: Aboriginal Canada*, Canadian Institutes of Health Research, 96 p.
- BACLET, Nadine (2005), « Alimentation et migration. Respecter les habitudes du pays d’origine pour favoriser l’adaptation : l’exemple du diabète » dans *Alimentation et précarité*, Numéro 28, pp. 16-17.
- BLAIS, L. et L. MULLIGAN-ROY (2001), « Sociologie et maladies mentales » dans *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-social*, Directeurs : P. Lalonde, F. Grunberg et J. Aubut, Montréal, Éditions Gaëtan Morin, pp. 1632-1646.
- CAMERON, Angela (2000), *Canadian urban Aboriginal peoples: Focus on law and policy*.
- DEPEW, Robert C. (1994), *Modèles de gouvernement Autochtone en milieu urbain*, Affaires indiennes et du Nord Canada.
- FASSIN, Didier (2005), « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie » dans *Anthropologie médicale : Ancrages locaux, défis globaux*, Sous la direction de Francine Saillant et Serge Genest, Presse de l’université Laval, Economica, Anthropos, pp. 383-399.
- FRANKS, C.E.S. (2000), ‘‘Indian Policy: Canada and the United States Compared’’ in *Aboriginal Rights and Self-Government: The Canadian and Mexican Experience in North America Perspective*, Edited by Curtis Cook and Juan D. Lindau, McGill-Queen’s University Press, Montreal, pp. 221-263.
- FRIDERES, James S. et al. (2004), ‘‘Government policy and the spatial redistribution of Canada’s Aboriginal peoples’’ in *Population mobility and Indigenous peoples in Australasia and North America*, Edited by John Taylor and Martin Bell, London, Routledge, Taylor & Francis Group, pp. 94-114.
- FRIDERES, James S. and René R. GADACZ (2005), *Aboriginal peoples in Canada*, Seventh edition, Toronto, Pearson Prentice Hall, 442 p.
- INITIATIVE SUR LA SANTÉ DE LA POPULATION CANADIENNE (ISPC) (2003), *Collectivités Autochtones en milieu urbain : Procès-verbal de la Table ronde sur la santé des Autochtones en milieu urbain du 21 mars 2003*, Ottawa, Institut canada d’information sur la santé, 28 p.
- JACCOUD, Mylène (1995), « L’exclusion sociale et les Autochtones » dans *Lien social et politique*, Vol. 34, p. 93-100.
- LEVI, Albert (1996), « Une relation à redéfinir » dans *Rapport de la Commission royale sur les Peuples autochtones*, Ottawa.
- MARTIN Thibault, (2007) « Banking in Winnipeg’s Aboriginal and Impoverished Neighborhood », *The Canadian Journal of Native Studies*, XXVI, (2): 329-357.
- MARTIN, Thibault (2007), *Pour une sociologie de l’autochtonisme*.

- MASSÉ, R. (1995), « Les interprétations et les explications de la maladie : Le savoir populaire en tant que système culturel », Chapitre 8, dans *Culture et santé publique*, Boucherville, Éditions Gaëtan Morin, pp. 275-312.
- MAYER, Robert et Jean-Pierre DESLAURIERS, « Chapitre 7 : L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie » dans *Méthode en intervention sociale*, Robert Mayer, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs, Montréal, Paris, Gaëtan Morin éditeur, 2000, pp. 159-189.
- MERCER, Geoffrey (2001), “Aboriginal Peoples: Health and Healing” in *Aboriginal People and Other Canadians: Shaping new relationships*, Edited by Martin Thornton and Roy Todd, International Canadian Studies Series, Ottawa: University of Ottawa Press.
- NATIONAL ASSOCIATION OF FRIENDSHIP CENTRES (NAFC) (2005), “Urban Aboriginal peoples: A challenge to national character” in *Social inclusion: Canadian perspectives*, Halifax, Edited by Ted Richmond and Anver Saloojee, Fernwood Publishing, p. 215-228.
- NEWHOUSE, David R. et Evelyn J. Peters (2003), « Introduction » dans *Des gens d'ici : Les Autochtones en milieu urbain*, sous la direction de David Newhouse et Evelyn J. Peters, Canada, Projet de recherche sur les politiques, pp. 7-16.
- NORRIS, Mary Jane and Stewart CLATWORTHY (2006), *Aboriginal mobility and migration in Canada: Factors, policy implications and responses*, Ottawa, Aboriginal Policy Research Conference, March 21-23, 18 p.
- PETERS, Evelyn (2004), *Three myths about aboriginals in cities*, Ottawa, Canadian Federation for the Humanities and Social Sciences, 16 p.
- REMY, J. et VOYÉ, L. (1974), *La ville et l'urbanisation*, Duclot, Gembloux, 252 p.
- ROY, Bernard (1999), « Le diabète chez les Autochtones : Regard sur la situation à Betsiamites, Natashquan et la Romaine », dans *Recherches amérindiennes au Québec*, Vol. 39, No. 3, pp. 3-18.
- ROY, Bernard (2002), *Sang sucré, pouvoirs codés et médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : Les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*, Thèse de Doctorat en Anthropologie, Université Laval, 402 p.
- ROY, Bernard (2004), « Vulnérabilité des Autochtones ou regard tutélaire des milieux de santé » dans *Identités, vulnérabilités, communautés*, Directeurs : F. Saillant, M. Clément et C. Gaucher, Québec, Éditions Nota Bene, pp. 189-229.
- SANTÉ CANADA (2000), Initiative sur le diabète chez les Autochtones : Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain, Ottawa, Programme cadre, 10 p.
- SANTÉ CANADA (2002), *Diabetes in Canada*, Second Edition, Center for Chronic Disease Prevention and Control Population and Public Health Branch, Ottawa, 75 p.
- SANTÉ CANADA (2005), *Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain : Projets financés en 2003-2004*, Ottawa, 30 p.
- SANTÉ CANADA (2005), Initiative sur le diabète chez les Autochtones : Rapport sommaire des consultations, Ottawa.
- SANTÉ CANADA (2005), Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada, Ottawa, 135 p.
- SECRÉTARIAT DU CONSEIL DU TRÉSOR DU CANADA (2004), « Chapitre 4 : Les peuples Autochtones » dans : *Le rendement du Canada 2004*.

- SHAH, Chandrakant P. et DUBERSKI (1993), “First Nations peoples in urban settings” in *Health and culture: Exploring the relationships in policies, professional practice and education*, Volume 1, Edited by Ralph Masi, Lynette Mensah and Keith A. McLeod, Oakville, Mosaic Press, pp. 71-94.
- SHAH, Chandrakant P. (2004), “The health of Aboriginal peoples” in *Social determinants of health*, Toronto, Canadian Scholars’ Press Inc., p.267-280.
- SIGGNER, Andrew J. (2003), « Population Autochtones urbaines : mise à jour d’après les données du recensement de 2001 » dans *Des gens d’ici : Les Autochtones en milieu urbain*, sous la direction de David Newhouse et Evelyn J. Peters, Canada, Projet de recherche sur les politiques, pp. 17-24.
- SILVER, Jim (2006), “Building a path to a better future: Urban aboriginal people” in *In their own voices: Building urban aboriginal communities*, Halifax, Fernwood Publishing, pp. 10-39.
- TABUTIN, Dominique (2000), *La ville et l’urbanisation dans les théories du changement démographique*, Texte publié sous la responsabilité de l’auteur, 38 p.
- TJEPKEMA, Michael (2002), *The Health of Aboriginal Off-reserve Aboriginal Population*, Supplement Health Report, Volume 13, Statistics Canada.
- WALDRAM, James B. et al. (1995), *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives*, Toronto, University of Toronto Press, 334 p.