



REGROUPEMENT
DES CENTRES D'AMITIÉ
AUTOCHTONES DU QUÉBEC

CI - 011M
C. P. PL 32
Loi sécurisation culturelle au sein
réseau santé services sociaux

Projet de loi no. 32 : Loi instaurant l'approche de la sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux

MÉMOIRE DU

Regroupement des centres d'amitié autochtones
du Québec

Présenté dans le cadre des Consultations particulières et
auditions publiques sur le projet de loi no 32

12 septembre 2023



Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec désire remercier Carole Lévesque, professeure chercheure à l'INRS et responsable du réseau DIALOG, pour sa contribution à la rédaction de ce mémoire.



Table des matières

Sommaire

1. Réduire les écarts, construire l'équité
2. Reconnaître l'expertise du Regroupement des centres d'amitié autochtones
3. Consolider les avancées systémiques en matière de sécurisation culturelle
4. Harmoniser la démarche de la sécurisation culturelle à l'échelle gouvernementale

Sources documentaires



Sommaire

Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) salue l'intention du Législateur dans le cadre du projet de loi no. 32, *Loi instaurant l'approche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux*. S'il trouve que le projet de loi est perfectible, le RCAAQ envisage que le PL32 peut aller encore plus loin afin de s'incarner dans des actions, des mesures et des pratiques concrètes permettant au gouvernement, en étroite collaboration avec les partenaires autochtones concernés, de consolider sa responsabilité populationnelle à l'égard de la population autochtone des villes et des territoires.

La démarche de la sécurisation culturelle, élaborée en Nouvelle-Zélande par le personnel soignant et médical maorie dans les années 1990, vise :

- **à mettre un frein aux pratiques discriminatoires** à l'égard des populations autochtones dans le domaine de la santé et dans d'autres domaines en transformant la nature et la portée de la prestation des services qui leur sont offerts;
- **à s'assurer que chaque personne autochtone engagée dans un parcours de santé et de mieux-être puisse recevoir tous les soins requis par son état**, soit informée des protocoles mis en place, soit convenablement accompagnée et guidée, reçoive une médication adéquate et que les barrières usuelles relatives à sa condition soient levées ou contournées, qu'elles soient linguistiques, administratives, culturelles, sociales ou bureaucratiques;
- **à restaurer les marqueurs culturels, les corpus de savoirs et de compétences ainsi que les filets de protection et de sécurité** qui contribuent à la santé et au mieux-être de la population autochtone de tous les âges, genres et appartenances;
- **à promouvoir la mise en place de modèles et pratiques culturels au sein des systèmes nationaux de prestation de soins de santé;**
- **à améliorer les conditions de santé de la population autochtone** de tous les âges, genres et appartenances en travaillant de concert à réduire les écarts et les inégalités entre les populations autochtones et les populations non autochtones.

Étant donné sa qualité de démarche collective d'intervention et d'action, la sécurisation culturelle requiert de toutes les parties en présence (réseau de la santé et des services sociaux, instances et organisations autochtones; actrices et acteurs gouvernementaux) **l'adhésion à une vision du mieux-être autochtone** qui va déterminer la nature des connaissances, compétences et pratiques à mobiliser, acquérir, s'approprier et mettre en œuvre dans le cadre d'initiatives concrètes.

Fort de ses travaux et expériences au regard de la mise en œuvre de la démarche de la sécurisation culturelle à l'intérieur de ses Centres affiliés, le RCAAQ propose **quatre recommandations** afin d'optimiser le projet de loi no 32 :

- **Recommandation 1** : Que le projet de loi no 32 conduise à l'amélioration tangible des conditions de vie et de santé de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit par une réduction significative des écarts entre la population québécoise et la population autochtone.
- **Recommandation 2** : Que le projet de loi no 32 reconnaisse la contribution unique du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et de ses centres affiliés à la mise en œuvre d'une démarche de sécurisation culturelle communautaire et culturellement ancrée pour le bénéfice de l'ensemble de la population autochtone.
- **Recommandation 3** : Que le projet de loi no 32 inclue des mécanismes et des mesures afin de combattre la discrimination et le racisme en consolidant ses avancées systémiques en matière de réconciliation avec les membres des Premières Nations et du Peuple Inuit.
- **Recommandation 4** : Que les dispositions du projet de loi no 32, à partir du réseau de la santé et des services sociaux, se déploient dans tous les ministères et que ses principes et orientations fassent l'objet d'une harmonisation au sein de l'État québécois.



1. Réduire les écarts, construire l'équité

Il existe d'importants écarts entre les conditions de santé et les conditions de vie sociale et économique de la population autochtone au Québec d'une part, et celles de la population québécoise dans son ensemble d'autre part. Les données mises au jour dans le cadre des travaux de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics (Commission Viens) ont permis de confirmer cette situation sur de nombreux plans. Les travaux réalisés au sein du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec ces dernières années ont permis d'en documenter la portée générale.

Les risques affectant la santé des Autochtones

Dès la naissance, les personnes autochtones de toutes origines s'exposent à **des risques pour la santé qui sont plus grands dans toutes les sphères de leur vie personnelle, familiale, communautaire et sociale** :

- incidence plus élevée de maladies chroniques, dont le diabète, les affections rénales, les affections pulmonaires et la tuberculose,
- fréquence accrue d'accidents, de suicide, de violence physique, psychologique et sexuelle;
- surpeuplement des maisons;
- problématiques psychosociales majeures avec notamment la toxicomanie et l'alcoolisme, souvent à un très jeune âge;
- pauvreté exacerbée;
- obésité endémique;
- fréquence très élevée du placement d'enfants en familles d'accueil non autochtones;
- taux de scolarisation et taux d'activité plus faibles;
- espérance de vie moindre;
- inégalités de genre;
- traumatismes intergénérationnels.

S'ajoutent des difficultés supplémentaires pour la population autochtone qui réside en milieu urbain :

- manque de soins et de ressources appropriés à leur situation;
- accès entravé aux services de santé et de services sociaux du réseau québécois;
- isolement social;
- surreprésentation parmi la population itinérante et en milieu carcéral;
- situations répétées de judiciarisation abusive et de profilage racial;
- conditions de logement insalubres et non sécuritaires;
- insécurité alimentaire et déficiences nutritionnelles;
- situations répétées de racisme et de discrimination;
- chômage chronique;
- absence d'accompagnement des filles et des femmes enceintes;
- apprentissages différés chez de nombreux enfants;
- abus de confiance à l'égard des aînés.

La somme de ces défis et leur cortège de complications qui mettent la vie de nombreuses personnes autochtones en danger, physiquement ou psychologiquement, crée une pression considérable sur les services de santé et services sociaux existants. Une situation qui explique en partie le peu de gains enregistrés ces dernières années dans l'état de santé de la population autochtone, qu'elle réside au sein des communautés territoriales (réserves) ou dans les villes de la province. **L'implantation d'une démarche de sécurisation culturelle au sein du réseau, telle que proposée par le projet de loi no 32, devrait conduire, à terme, à une amélioration sensible des conditions de santé de cette population et mettre l'accent sur les gains et les retombées positives.**



Revoir les termes de l'accessibilité

Si l'avenue d'une meilleure accessibilité aux services existants au sein du réseau de la santé et des services sociaux peut être explorée dans une visée de réduction des écarts, il demeure que **cette seule voie ne suffira pas pour apporter des réponses constructives et efficaces** aux problématiques diverses auxquelles font face les personnes autochtones au cours de leur existence. La preuve en est apportée par le fait que ces écarts se sont agrandis ces dernières années en dépit de nouveaux investissements en santé et en services sociaux de la part des gouvernements québécois et canadien.

La nature singulière des conditions de vie des personnes autochtones et le poids de leurs héritages requièrent de se pencher en premier lieu sur les facteurs constitutifs de leur condition, en d'autres mots, **les effets multiples et combinés d'une normalisation, d'une adaptation et d'un déploiement de pratiques soignantes et médicales qui ont évacué, et évacuent encore, les spécificités et singularités autochtones au nom de l'universalité et de l'assimilation.**

Cette singularité, selon les termes des travaux récents sur les déterminants autochtones de la santé de **l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones (2023)**, conduit à considérer **l'autochtonie (le fait d'être une personne autochtone) comme le premier déterminant transversal de la santé.**

Une démarche de sécurisation culturelle propose en conséquence une plus grande accessibilité non seulement physique et administrative aux services du réseau québécois mais également sociale et culturelle en se dotant de nouveaux cadres de référence et de nouveaux corpus d'indicateurs afin de planifier adéquatement l'action. Ces cadres et corpus doivent prendre en compte, aux côtés des savoirs scientifiques, les déterminants autochtones de la santé, les savoirs autochtones en matière de santé et de services sociaux de même que les systèmes de création et de transmission de ces savoirs. Le recours à de tels outils procureraient une base commune à l'élaboration de **stratégies d'accessibilité institutionnelles** plus efficaces et davantage en phase avec les réalités autochtones locales et régionales le cas échéant.

Par ailleurs, les questions relatives à l'accessibilité ne peuvent faire l'économie d'un autre ordre de réalités partagées par un très grand nombre de personnes autochtones. **Il s'avère en effet que ces dernières ne font pas confiance aux services et au personnel de santé du réseau québécois.** Dans de nombreux cas, cette confiance a été ébranlée, sinon détruite, par des expériences antérieures, du rejet, de l'incompréhension.

Il en résulte que ces personnes fréquentent encore moins les cliniques, les centres de santé et les hôpitaux, sauf en cas d'urgence, voire d'extrême urgence; une situation qui peut engendrer d'autres problèmes graves, dont des diagnostics tardifs, des traitements plus complexes, des chirurgies immédiates alors qu'elles auraient été évitables, le manque d'accompagnement et de ressources de proximité, une médication inappropriée, l'absence de suivi et de mesures de prévention et de postvention.

Repositionner la trajectoire institutionnelle des personnes autochtones

La proposition du projet de loi no 32 d'être plus accueillant et inclusif à l'égard des personnes autochtones afin de favoriser le développement de liens de confiance ne relève pas, à proprement parler, de la sécurisation culturelle : toutes les personnes qui fréquentent le réseau québécois, peu importe leur origine et leur provenance, devraient s'attendre à une telle intention bienveillante.

Une démarche de sécurisation culturelle ne peut donc s'en tenir aux comportements ou aux attitudes du personnel soignant aussi accueillant puisse-t-il être, et reposer de ce fait sur des interactions circonstancielles entre les personnes. Aucun membre du personnel médical ou soignant ne peut incarner à lui seul la sécurisation culturelle. La mise en œuvre de cette démarche commande l'apport d'apprentissages collectifs et non individuels.



La première orientation d'une démarche de sécurisation culturelle est de redéfinir la relation de nature systémique qui existe entre les Autochtones (en tant que peuples et groupes distincts) et le réseau de la santé et des services sociaux dans son entier. **Cette relation a été mise à mal par des décennies de décisions unilatérales à leur égard, de politiques arbitraires imposées et de choix médicaux et psychosociaux qui ne reflètent pas leurs aspirations, besoins, attentes, compétences, pratiques et savoirs.**

Ne pas faire confiance au réseau de la santé ne constitue en définitive qu'une composante d'une **trajectoire institutionnelle de longue haleine marquée par les ruptures et les échecs**. C'est l'ensemble de cette trajectoire d'assimilation vécue et reproduite d'une génération à l'autre par le passage des Autochtones au sein des institutions québécoises qui a mené à détruire **les connexions interpersonnelles, familiales et générationnelles qui étaient sources de confiance, d'équilibre et d'harmonie au sein du monde autochtone**. Ainsi, rebâtir la confiance requiert de s'instruire **de la nature de ces connexions et de trouver les moyens de les restaurer** afin de permettre aux personnes autochtones et à leur famille de renouer peu à peu les fils rompus par la marginalisation, la discrimination et le racisme.

À cet égard, **l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones** recommande de reconnaître, par le biais de diverses stratégies opérationnelles, la **guérison holistique intergénérationnelle** (avec son bagage de savoirs, de pratiques et de compétences éprouvées) et la **résurgence de la culture** comme déterminants majeurs de la santé et de l'équité en santé des populations autochtones.

Dès lors, une démarche de sécurisation culturelle se construit à l'échelle institutionnelle (et non à l'échelle interpersonnelle) en suggérant notamment la création de structures d'accueil, d'accompagnement et de médiation spécifiques au sein des établissements du réseau sans aucun doute, mais aussi et surtout **au sein d'instances autochtones, telles que les centres d'amitié autochtones**, qui œuvrent déjà auprès de la population autochtone de la province dans son ensemble.

Revoir et renouveler l'offre de services

Contribuer à une réduction des écarts entre les conditions de vie et de santé de la population autochtone et celles de la population québécoise **nécessite aussi de se pencher sur l'offre actuelle de services au sein du réseau**. La visée d'adapter cette offre à destination de la population autochtone, telle que proposée dans le projet de loi no 32, restera insuffisante tant et aussi longtemps que cette offre demeurera pensée, conçue et normalisée de manière unilatérale au sein du réseau, donc à l'extérieur du monde autochtone.

Une démarche de sécurisation culturelle requiert de renouveler et de diversifier l'offre de services elle-même en proposant une gamme de nouveaux services trouvant ancrage dans les modes d'organisation sociale et les principes de vie, de mieux-être et de guérison autochtones. Dans la foulée, elle requiert aussi de créer des espaces d'interface afin d'assurer la complémentarité entre l'offre autochtone et l'offre du réseau québécois en matière de santé physique, de santé publique, de santé communautaire ou de santé mentale.

À terme, ce sont de nouveaux modèles en santé et mieux-être autochtones qui verront le jour et qui permettront d'inclure, au sein de **l'écosystème québécois de la santé et des services sociaux, une offre de nouveaux services appropriés aux réalités singulières et aux enjeux sociosanitaires** de la population autochtone de la province.



Le **Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec**, soucieux de contribuer à l'instauration d'une **véritable démarche de sécurisation culturelle au sein du réseau de la santé et des services sociaux**, recommande :

RECOMMANDATION 1

Que le projet de loi n° 32 conduise à l'amélioration tangible des conditions de vie et de santé de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit par une réduction significative des écarts entre la population québécoise et la population autochtone.

Pour ce faire, le **Regroupement propose la mise en œuvre de plusieurs pratiques institutionnelles** dans le but :

1. de rejoindre la population autochtone de la province dans toute sa diversité et son déploiement géographique;
2. de mettre à sa disposition de nouveaux protocoles de soins, moyens d'intervention et outils de gestion;
3. d'accroître la fréquentation du réseau québécois par les personnes et les familles autochtones;
4. de maintenir et d'optimiser les conditions propices à un meilleur accès aux services et à leur dispensation à partir des centres d'amitié autochtones affiliés au Regroupement;
5. de contribuer directement à une transformation significative des conditions de santé et de la qualité de vie de la population autochtone.

Parmi ces pratiques, on retrouve :

- La conception de nouveaux cadres de référence et de nouveaux corpus d'indicateurs afin de planifier et de déployer l'action structurante en matière de santé et de services sociaux;
- L'élaboration de stratégies d'accessibilité institutionnelles afin d'engager les établissements du réseau dans des changements de nature systémique et structurelle;
- La revitalisation des connexions culturelles autochtones et la restauration des filets de protection par l'implantation d'activités collectives et communautaires soutenant le retour de l'équilibre individuel et l'harmonie au sein des familles et des générations;
- La reconnaissance de la guérison holistique intergénérationnelle et de la résurgence culturelle comme principes thérapeutiques actifs;
- Le développement, au sein de l'écosystème québécois de la santé et des services sociaux, d'une gamme de services culturellement sécurisants et pertinents pour le bénéfice des personnes autochtones de tous les âges, les genres et les appartenances.



2. Reconnaître l'expertise du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec

Il y a déjà plusieurs décennies que la présence autochtone dans les villes du Québec n'est plus le fait du hasard ou d'un passage occasionnel. Cette présence est une réalité sociologique reposant sur des évidences ethnographiques largement documentées et elle connaît une croissance exponentielle. Pour des milliers de membres des Premières Nations et du Peuple Inuit, la ville est devenue une composante structurante et déterminante de leur existence.

La population autochtone urbaine au Québec

Selon les données recensées par Statistique Canada en 2021, quelque 144 000 membres des Premières Nations et du Peuple Inuit résident dans la province de Québec ¹; **de ce nombre plus de 61 %, soit approximativement 88 500 personnes, détiennent une résidence permanente dans les villes de la province.**

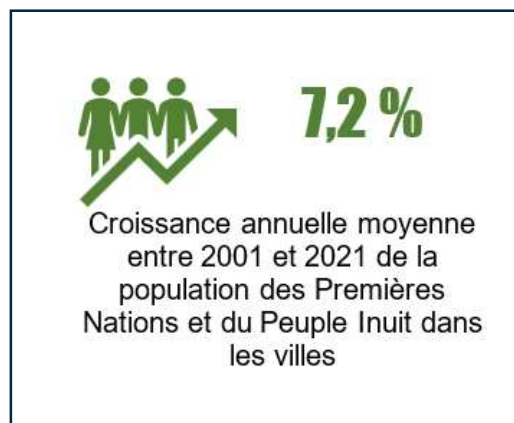
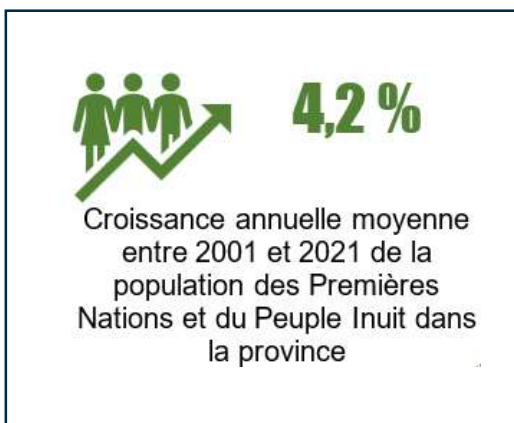
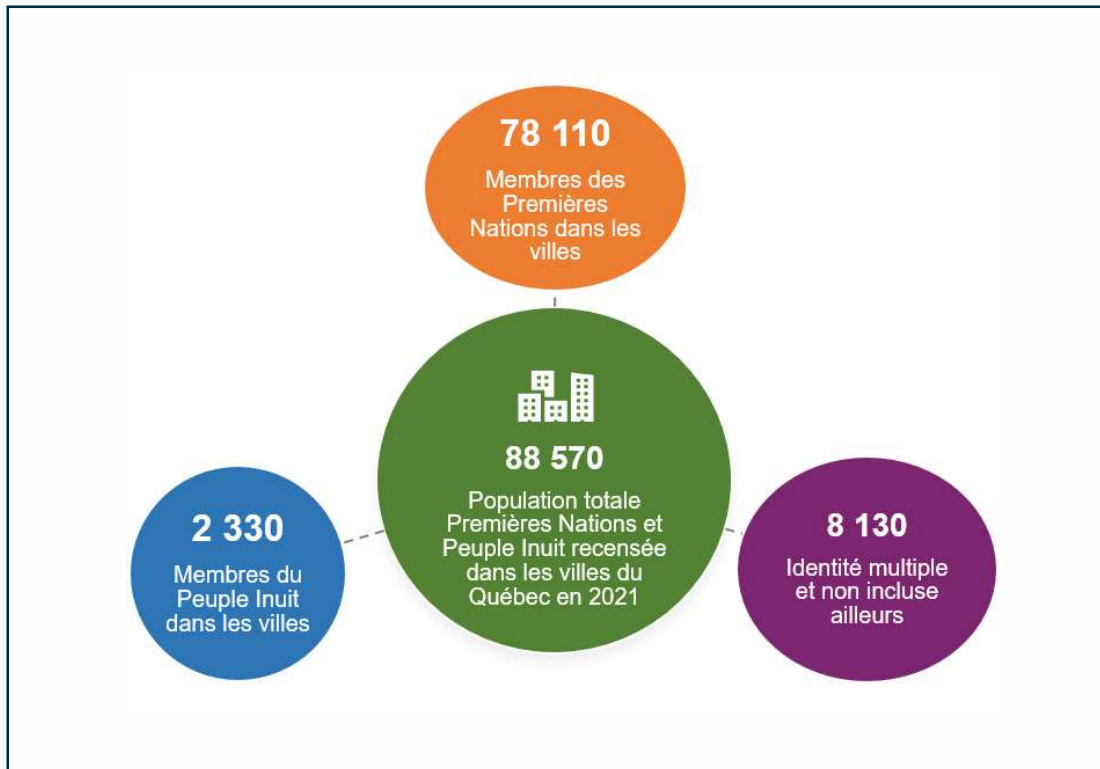
- À l'échelle de la province, la population des Premières Nations et du Peuple Inuit a augmenté de 127 % depuis le début du 21^e siècle, pour un **taux de croissance annuelle moyen de 4,2 %**;
- Pour sa part, et **pour la même période, la population autochtone urbaine s'est accrue de 298 %, pour un taux de croissance annuelle moyen de 7,2 %**;
- De manière générale, on constate que la **population autochtone des villes croît presque deux fois plus rapidement** que celle dont la résidence déclarée se situe dans les communautés autochtones territoriales (réserves);
- En constante croissance depuis les deux dernières décennies, **la population autochtone urbaine se répartit aujourd'hui dans 658 municipalités** de la province;
- **Quarante-six villes comptent au moins 6 % de membres des Premières Nations et du Peuple Inuit** parmi leur population ; quarante de ces villes sont petites et comptent moins de 2 500 résident.e.s;
- À **La Tuque**, la part des effectifs des **Premières Nations et du Peuple Inuit représente 8,8 %** de la population totale de la ville ; à **Maniwaki** elle atteint 6,5 % de la population totale;
- **Trente-trois villes de la province comptent au moins 400 membres des Premières Nations et du Peuple Inuit** ; ces 33 villes regroupent 58 % de l'ensemble de la population autochtone urbaine de la province. Les effectifs des Premières Nations ont doublé, triplé ou même plus dans la plupart de ces villes depuis 2001;
- **En moyenne, les femmes des Premières Nations et du Peuple Inuit sont plus nombreuses (52,8 %) que les hommes (47,2 %)** parmi la population autochtone urbaine de tous les âges. Dans le cas spécifique **de la population inuit, la proportion moyenne de femmes atteint 58,8 %** ; à titre d'exemple, on compte trois femmes inuit pour un inuk dans la ville de Montréal (**une proportion de 75 %**);
- La part des effectifs âgés de **plus de 55 ans parmi les membres des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes est supérieur** à la part du même groupe d'âge à l'échelle provinciale. Cette situation s'explique par le mauvais état de santé de nombreuses personnes autochtones au fur et à mesure qu'elles avancent en âge ; dans plusieurs cas, ces personnes souhaitent se rapprocher à la fois de leur famille déjà installée dans une ville et des établissements hospitaliers en espérant obtenir de meilleurs soins;

¹ Deux sources de données particulières sont considérées ici : les recensements quinquennaux de Statistique Canada et le *Registre des Indiens*. Il importe de retenir que chacune des sources présente des limites méthodologiques relatives à l'enregistrement, aux résidences multiples non déclarées ou aux échantillons considérés dont il faut tenir compte lors du traitement et des analyses. Néanmoins, en tenant compte de ces limites, il est possible d'en retirer des indications de plusieurs ordres ainsi que d'identifier quelques repères de nature sociodémographique, voire de documenter certaines tendances populationnelles générales, notamment lorsque ces tendances se répètent à l'intérieur de grandes périodes.



- La population autochtone qui fréquente les centres d'amitié autochtones au Québec **déborde facilement le bassin des personnes autochtones dénombrées au sein des villes d'accueil de ces centres** pour inclure de nombreuses personnes et familles dont le lieu de résidence déclarée est une communauté autochtone territoriale (réserve) ; **la zone d'influence territoriale d'un centre d'amitié autochtone s'étend bien au-delà de la ville où il est établi;**
- En raison d'une hypermobilité caractéristique de toutes les populations autochtones à travers le pays, de **nouveaux modes d'alternance résidentielle, professionnelle ou scolaire** et de **nouveaux corridors de déplacement entre les villes et les communautés autochtones territoriales (réserves)** sont apparus ces dernières années.

La population autochtone résidente des villes du Québec en 2021, selon les données de Statistique Canada



Le Mouvement des centres d'amitié autochtones

Au Québec, il faut remonter aux années 1970 pour comprendre les diverses dimensions de la présence autochtone dans les villes et en suivre le parcours à la fois social, culturel, politique ou économique.

Invisible au sein de la société et ignorée pendant longtemps des gouvernements, **cette présence s'est notamment catalysée à travers le Mouvement des Centres d'amitié autochtones implanté dans la province depuis plus de 50 ans.**

Au Canada, ce Mouvement est en marche depuis plus de 70 ans. Au début de leur existence, les centres d'amitié jouaient deux rôles principaux : « ils servent d'abord de points de ralliement pour les Autochtones des villes dont les conditions de vie sont souvent caractérisées par la pauvreté, l'isolement et un très faible accès aux services publics; ensuite ils constituent des lieux d'accueil pour les personnes des communautés territoriales (réserves) éloignées dont l'état de santé requiert une hospitalisation ou des soins spécialisés hors communauté. »

Cette mission des centres d'amitié est toujours au cœur de leur action puisque **la philosophie du mouvement est fondée sur le soin et la sollicitude.** Cette mission ne s'est jamais démentie ; bien au contraire, elle s'est consolidée au fil du temps et s'est déployée dans de nombreux domaines, à un point tel que ses leaders animent et dirigent aujourd'hui **la plus grande infrastructure de services en milieu urbain pour la population autochtone du Québec.**

La principale qualité du mouvement réside dans son ancrage communautaire. L'existence d'un centre d'amitié, il y a 50 ans comme aujourd'hui, émane toujours **d'une mobilisation citoyenne de la part de personnes qui souhaitent se donner collectivement des moyens, des leviers et des occasions d'améliorer leurs conditions de vie et, dans la foulée, de confirmer leur appartenance à une communauté autochtone urbaine d'action et d'engagement.** Ce sont des liens d'équité, de respect et de solidarité que les centres d'amitié tissent jour après jour autour de leurs membres afin de les accompagner à chaque moment dans leur trajectoire de vie.

Bien avant l'heure, le mouvement des centres d'amitié autochtones du Québec a fait de la sécurisation culturelle **une clé centrale d'affirmation identitaire et un espace d'engagement socioculturel** dans sa lutte aux inégalités et dans la défense des droits des citoyen.ne.s autochtones des villes, en matière de santé comme en d'autres domaines tels que l'éducation, le logement, l'employabilité, la justice.

En articulant son action autour de la **régénérescence des pratiques de soins et d'accompagnement autochtones** et en travaillant avec des détentrices et détenteurs de savoirs reconnus, le mouvement entretient en continu **des ponts de compréhension et de réconciliation** entre la population autochtone urbaine et la population québécoise d'une part, et entre les citoyen.ne.s autochtones et les instances gouvernementales québécoises d'autre part.

Devant le racisme et la discrimination, hier comme aujourd'hui², le Mouvement propose des alternatives constructives et invite au dialogue. Devant l'adversité et les injustices, le Mouvement ouvre de **nouvelles voies d'espoir et de mieux-être** pour ses membres et les accompagne dans leurs efforts pour reprendre pied dans leur existence.

² Dans une enquête récente menée par l'Alliance ODENA auprès de 1000 personnes autochtones dans 12 villes de la province, au moins la moitié des répondant.e.s a estimé vivre de la discrimination sur une base quotidienne; une proportion qui peut être plus élevée dans certaines villes comme Senneterre ou Val-d'Or (Lévesque *et al.* 2015).



LES CENTRES D'AMITIE AUTOCHTONES AFFILIES

Au Québec, dix centres d'amitié autochtones et trois points de services communautaires sont réunis aujourd'hui sous la bannière provinciale du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec. Près du tiers de la population autochtone urbaine de la province réside dans une des 13 villes où est établi un centre ou un point de services. Une partie des centres, comptant plusieurs décennies d'existence, a été créée dans les années 1970. Une seconde partie a vu le jour depuis les années 2000, au fur et à mesure que la population autochtone urbaine grandissait et se diversifiait et que les besoins augmentaient.

Organismes à vocation sociale, communautaire et citoyenne accueillant des personnes autochtones de genres et d'âges diversifiés, les centres incarnent de l'intérieur les principes fondateurs de la sécurisation culturelle puisqu'ils constituent des instances autochtones de coopération et de délibération démocratique; leur culture organisationnelle collégiale et participative mise sur l'agentivité et l'innovation et la totalité de leurs actions est façonnée par un souci de partage et une visée collective de mieux-être. Les centres agissent comme des moteurs de cohésion sociale au sein des villes ou municipalités où ils sont établis physiquement et, par extension, au sein de leur région respective compte tenu de leur rayonnement qui déborde largement leurs villes d'accueil.

Au cours des dernières années, plusieurs centres ont installé en leurs murs des cliniques de santé afin de répondre plus efficacement aux besoins et demandes de leurs membres; le personnel tente régulièrement de pallier les lacunes du réseau québécois et de contourner les embûches qui laissent sans réponse et sans soin des personnes et des familles autochtones aux prises avec de sérieuses problématiques. Des gains se profilent à l'horizon mais le travail à faire s'inscrit nécessairement dans la durée.

LE REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIE AUTOCHTONES DU QUEBEC

Instance fédératrice des centres d'amitié et des points de services affiliés, le Regroupement a été mis sur pied en 1976, dans la foulée de l'association nationale canadienne créée pour sa part en 1972. A l'instar des centres d'amitié qui ont connu un essor déterminant au cours des deux dernières décennies, le Regroupement a aussi connu un déploiement et un rayonnement significatifs; il a notamment développé d'étroites collaborations avec plusieurs instances gouvernementales, à l'échelle provinciale comme à l'échelle municipale, dans le but d'arrimer ses actions aux politiques publiques en vigueur, tout en assurant une vigilance afin que les démarches, intérêts, besoins et aspirations des populations autochtones soient pris en compte et s'incarnent dans des actions concrètes. Il vise ainsi à concilier la gestion gouvernementale avec les finalités sociales et culturelles autochtones dans l'optique d'asseoir son modèle de gouvernance communautaire autochtone.

Cette vigilance se manifeste également dans le cadre d'une participation active à des tables gouvernementales de concertation et de coordination des services; elle est entretenue dans l'espace public par une prise de parole constante, orientée et documentée; elle se nourrit de travaux de recherche qui misent sur la coproduction et la mobilisation des connaissances et sur le croisement entre savoirs scientifiques et savoirs autochtones.

Le Regroupement apporte un soutien institutionnel à chacun de ses centres et points de services, autant dans leurs actions quotidiennes que dans leurs interactions avec leurs propres partenaires des milieux où ils sont implantés; les centres exercent cependant leur pleine liberté d'action, étant donné leur spécificité locale, pour traduire leur adhésion à la mission commune du Mouvement.

Ce sont plusieurs centaines de personnes aux expertises diverses et complémentaires, dont une grande majorité de personnes autochtones, qui œuvrent désormais aux destinées du Regroupement et des centres.



EXEMPLES DE CLINIQUES EN SANTE AUTOCHTONE ACTIVES AU SEIN DU REGROUPEMENT

La Clinique Acokan, Centre d'amitié autochtone de La Tuque, en collaboration avec le CIUSSS-Mauricie-Centre-du-Québec;

Le Wellness Centre, Centre d'amitié autochtone de Maniwaki, en collaboration avec le CISSS-Outaouais et le CISSS-Laurentides;

La Clinique Uatik, Centre multi-services Mamuk, en collaboration avec le CIUSSS-Capitale Nationale;

Le Centre de services de santé communautaire Nitnat, Centre d'amitié autochtone de Québec, en collaboration avec le CIUSSS-Capitale Nationale.

L'INITIATIVE MINO PIMATISI8IN EN SANTE ET MIEUX-ETRE AUTOCHTONES Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et Centre intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue

Cette initiative est le résultat d'un travail conjoint qui a débuté au tournant des années 2010. Davantage qu'un partenariat actif, la coopération entre les deux instances a donné lieu à la constitution d'une réelle zone d'interface culturelle et institutionnelle au sein de laquelle une nouvelle offre de services en santé et mieux-être autochtones est en cours d'élaboration.

Dans ce contexte, le CAAVD a été reconnu officiellement comme espace de dispensation de services avec ses propres équipes cliniques et son bassin de professionnel.le.s

LA SOCIETE IMMOBILIERE DU REGROUPEMENT DES CENTRES D'AMITIE AUTOCHTONES DU QUEBEC

En 2019, le Regroupement a créé la Société immobilière du RCAAQ afin de répondre plus efficacement aux besoins croissants et de plus en plus pressants de la population autochtone urbaine en matière de logement étudiant. Cette nouvelle instance, dont la mission est en phase directe avec les principes et valeurs de la sécurisation culturelle du Mouvement des centres d'amitié, développe des projets résidentiels pour les Autochtones dans les villes de Sept-Îles, Trois-Rivières, Québec (sur le campus de l'Université Laval) et Chibougamau. Ces projets immobiliers sont conçus de manière à créer des milieux de vie communautaires pour les étudiant.e.s autochtones qui désirent poursuivre leur formation académique.

L'existence de ces milieux de vie facilite la transition entre les communautés territoriales et les villes tout en contribuant à réduire les obstacles qui entravent généralement le cheminement scolaire des personnes autochtones et à diminuer les écarts socioéconomiques entre la population autochtone et la population québécoise. Ces milieux de vie communautaires accueillent autant les personnes seules que les familles le cas échéant.

Plus que de simples résidences étudiantes, ces nouveaux complexes immobiliers réunissent des conditions propices à l'épanouissement des étudiant.e.s autochtones et au maintien des liens familiaux et communautaires constitutifs de leur mieux-être.



Au-delà du partenariat, une co-responsabilité

Le projet de loi no 32 suggère de favoriser le partenariat avec les Autochtones ainsi qu'une communication efficace avec eux. À cet égard, le Regroupement des centres d'amitié autochtones, dont les expériences partenariales fructueuses et innovantes avec des instances gouvernementales et des instances autochtones se comptent par dizaines, propose d'optimiser la relation partenariale souhaitée pour en arriver à un réel partage de responsabilités au regard des services de santé et de services sociaux à offrir à la population autochtone.

Un précédent à cet égard a été conclu en novembre 2022 au moment de la signature d'une **Entente de co-responsabilité entre le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or**. Cette entente reconnaît notamment le rôle majeur des travaux du CAAVD dans le champ de la santé publique, de la santé physique ou de l'intervention psychosociale, et définit les paramètres nécessaires à leur déploiement au sein du réseau de la santé et des services sociaux. **Une telle entente est unique au pays.**

Il ne fait aucun doute qu'en vertu de cette entente officielle, les deux instances se positionnent à l'avant-garde **des initiatives contemporaines en matière de réconciliation et de décolonisation**, en opérant une rupture claire avec les pratiques hiérarchiques et déterministes précédentes. Elle ouvre la porte à une nouvelle ère dans les relations entre Autochtones et non-Autochtones en matière de santé : celle de la co-responsabilité. **Les dispositions de cette entente trouvent leur ancrage dans les principes fondateurs de la sécurisation culturelle et traduisent l'engagement mutuel des parties**; elles visent :

- une acceptation pleine et entière des ruptures qui ponctuent les parcours de vie des personnes et des groupes autochtones en reconstituant le récit colonial et ses dynamiques d'implantation;
- la régénérescence de savoirs, compétences et pratiques éprouvés en restaurant les filets de protection personnelle, générationnelle et communautaire;
- une transformation significative des conditions de santé et de la qualité de vie de la population autochtone en institutionnalisant de nouvelles pratiques et de nouveaux protocoles.

De la part du Regroupement des centres d'amitié, cette entente illustre clairement **l'affirmation et la reconnaissance d'une différence autochtone égalitaire qui se prolonge jusque dans l'adoption de processus décisionnels partagés**. À une échelle institutionnelle, cette entente **s'inscrit pleinement dans un modèle de gouvernance communautaire autochtone**.

Sous un angle stratégique, **en souscrivant à cette avancée de nature systémique**, le Regroupement marque une fois de plus son adhésion aux grands principes de la sécurisation culturelle **en travaillant de concert avec le réseau québécois et en partageant une finalité, des intérêts et des modalités de coopération communes afin d'atteindre l'objectif d'une réduction des écarts entre la population autochtone et la population québécoise**.

Une démarche de sécurisation culturelle se doit d'entretenir une visée transformatrice et systémique à chacune des étapes de sa mise en œuvre et de son institutionnalisation.



Le **Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec**, souhaitant poursuivre son engagement à la conception d'une nouvelle gamme de services de santé et de services sociaux culturellement pertinents, signifiants et sécurisants, recommande :

RECOMMANDATION 2

Que le projet de loi no 32 reconnaisse la contribution unique du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et de ses centres affiliés à la mise en œuvre d'une démarche de sécurisation culturelle communautaire et culturellement ancrée pour le bénéfice de l'ensemble de la population autochtone.

Pour ce faire, le **Regroupement propose la mise en œuvre de nouvelles pratiques institutionnelles** dans le but :

1. de faire des Centres d'amitié autochtones la porte d'entrée vers le réseau de la santé et des services sociaux;
2. d'inscrire l'offre de services des centres au sein de l'écosystème des services du réseau de la santé et des services sociaux;
3. de reconnaître la capacité à offrir, dans leurs murs des centres, un continuum de services, interventions et soins pertinents et sécurisants;
4. d'optimiser et de faire connaître les enseignements et les retombées des initiatives actuelles au sein du réseau.

Parmi ces pratiques, on retrouve :

- La création de zones de complémentarité et d'espaces d'interface culturelle et institutionnelle entre les Centres d'amitié autochtones et les instances régionales du réseau de la santé et des services sociaux;
- Le maintien et la pérennisation, tel que recommandé par la Commission Viens, des initiatives en santé autochtone déjà en marche dans plusieurs centres d'amitié;
- L'adoption d'un plan stratégique commun de la part des diverses instances du réseau québécois en matière de services destinés à la population autochtone afin de contrer la fragmentation des initiatives.



3. Consolider les avancées systémiques en matière de sécurisation culturelle

Au cours des dernières années, le gouvernement québécois s'est démarqué en soutenant diverses actions de nature systémique qui visent à combler des lacunes de différentes natures dans l'offre de services destinés à la population autochtone. Mais il est encore trop tôt pour déterminer dans quelle mesure elles ont contribué à la visée générale de réduction des écarts entre la population québécoise et la population autochtone. Bien que les tâches à venir seront considérables et qu'elles nécessiteront de nombreux engagements, les avancées actuelles ouvrent néanmoins la voie vers une plus grande acceptation des principes de la sécurisation culturelle.

Le premier signe de la part du gouvernement en matière d'avancée systémique a été donné en 2019 au moment la présentation des excuses de l'État québécois en réponse à l'appel à l'action no. 1 du rapport de la Commission Viens.

Appel à l'action n° 1

Présenter des excuses publiques aux membres des Premières Nations et aux Inuit du Québec pour les préjudices causés par les lois, les politiques, les normes ou les pratiques des services publics à leur encontre.

Le projet de loi no 32

L'exemple du présent projet de loi s'inscrit à cette enseigne. Si de nombreuses initiatives entourant le déploiement de la démarche de sécurisation culturelle ont pris place en Ontario, en Alberta ou en Colombie-Britannique ces dernières années, aucune des provinces canadiennes n'a encore inscrit ses intentions dans un projet de loi. A cet égard, le gouvernement du Québec est plus proche des orientations adoptées par le gouvernement de la Nouvelle-Zélande afin de combattre le racisme et la discrimination à l'encontre de la population maorie dans diverses sphères de la société néozélandaise, dont plus particulièrement en santé et en éducation.

Bien que ce projet de loi no 32 soit perfectible et que plusieurs de ses dispositions doivent être amendées, comme nous l'avons déjà souligné, **il offre néanmoins une opportunité inédite de prendre la mesure du chemin parcouru et du chemin à parcourir quant à une transformation des façons de faire au sein du réseau québécois de la santé et des services sociaux.**

Les milieux de vie étudiants et communautaires

Les investissements consentis par le gouvernement ces dernières années dans le financement des projets de développement immobilier destinés aux étudiant.e.s autochtones et à leur famille dans plusieurs villes de la province, **constituent hors de tout doute une autre avancée systémique** étant donné :

- que ces projets apportent une réponse directe à des enjeux majeurs en matière d'éducation, de persévérance scolaire et de réussite éducative parmi la population autochtone;
- que cette réponse de type structurel renvoie à un des déterminants autochtones de la santé les plus probants et dont les conséquences débordent le cadre bâti : le logement;
- que la conception de ces nouveaux milieux de vie communautaire repose sur la prise en compte des réalités individuelles, familiales et intergénérationnelles de la population autochtone;
- que l'objectif entretenu vise à promouvoir des pratiques égalitaires et participatives au sein de ces milieux de vie, des valeurs incontournables d'une démarche de sécurisation culturelle.



Les cliniques de santé autochtone au sein du Regroupement des centres d'amitié autochtones

A l'instar des projets immobiliers, **le gouvernement a aussi investi d'importantes ressources dans le développement des cliniques en santé autochtone** dont nous avons parlé à la section précédente. Ces investissements font suite également à plusieurs recommandations de la Commission Viens au regard des changements souhaités au sein du réseau.

En ouvrant la porte à la conception et à la mise en pratique de nouvelles offres de services en santé et mieux-être autochtones de la part des équipes qui évoluent dans les centres d'amitié, le gouvernement reconnaît l'importance d'agir sur le plan de la culture organisationnelle du réseau québécois et de revoir, dans la foulée, les termes de l'équité en santé.

L'entente de co-responsabilité entre le CISSS de l'Abitibi-Témiscamingue et le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or

Il ne fait aucun doute que cette toute récente entente illustre de manière tangible l'engagement du gouvernement à soutenir l'action des centres d'amitié et, par extension, celle du Regroupement lui-même, dans une visée transformatrice qui s'inscrit dans la durée. Cette entente marque le début d'une nouvelle ère dans les relations entre les Autochtones et les Québécois.e.s en matière de santé et de services sociaux.

Ce principe de co-responsabilité repose sur la reconnaissance égalitaire des apports de chacune des parties au mieux-être de la population autochtone et à la création d'un nouvel espace de coconstruction et d'innovation à l'intérieur duquel se dessinent des réponses durables aux enjeux de société auxquels la population autochtone de Val-d'Or est confrontée.

Le **Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec**, souligne les efforts déjà consentis par le gouvernement et souhaite l'inciter à poursuivre sur sa lancée; il recommande à cet effet :

RECOMMANDATION 3

Que le projet de loi no 32 inclue des mécanismes et des mesures afin de combattre la discrimination et le racisme en consolidant ses avancées systémiques en matière de réconciliation entre la population québécoise et les Peuples autochtones.

Pour ce faire, le **Regroupement propose dans un premier temps les actions suivantes:**

- L'adoption formelle du Principe de Joyce et de ses dispositions par l'État québécois;
- L'élaboration d'une stratégie de mise en œuvre du Principe de Joyce pour l'ensemble de la population autochtone de la province;
- L'adoption de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones;
- L'élaboration conjointe d'une stratégie de mise en œuvre de la Déclaration en contexte autochtone.

Le Regroupement propose dans un deuxième temps les actions suivantes:

- L'élaboration conjointe d'un plan d'action intégrant des mécanismes et des mesures qui tiennent compte de la situation sociodémographique et socioéconomique qui caractérise les différents segments populationnels des Premières Nations et du Peuple Inuit;
- La définition d'un plan distinct visant la situation des femmes et des filles autochtones résidant en milieu urbain;
- La conception, avec le concours du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec et des centres d'amitié affiliés, de modules de formation afin de constituer un réseau urbain de navigatrices et navigateurs culturels susceptibles d'œuvrer autant au sein des centres d'amitié qu'au sein des établissements du réseau québécois.



4. Harmoniser les orientations de la démarche de sécurisation culturelle à l'échelle gouvernementale

La démarche de sécurisation culturelle, bien qu'ayant été élaborée et problématisée au départ dans le contexte des soins infirmiers et médicaux, connaît depuis son origine des applications dans tous les domaines de l'appareil gouvernemental, notamment en éducation, en justice, en économie, en employabilité, en habitation. Dans l'histoire plus ancienne et plus récente des Peuples autochtones installés au Québec, les actions gouvernementales dans leur ensemble ont engendré des lois, des politiques, des programmes et des décisions qui ont entravé et entravent encore leur trajectoire personnelle, familiale ou institutionnelle avec les conséquences que l'on connaît et que nous avons évoqué dans les sections précédentes de ce mémoire. Il n'y a qu'à rappeler les séjours dans les pensionnats de générations d'enfants autochtones et leurs séquelles qui ont traversé le temps, ou encore les terres confisquées au nom du développement.

Loin d'être déconnectés de l'univers de la santé, ces domaines sont à la source de situations et de conditions, voire d'inégalités, de rapports de pouvoir et de rapports sociaux, qui jouent un rôle structurant dans l'accès ou non à de meilleures conditions de vie et à une meilleure santé pour la population autochtone : ils forment la gamme des déterminants autochtones de la santé.

Il est bien connu que la vision du mieux-être autochtone déborde le cadre strict de la santé physique pour englober l'ensemble des composantes de l'environnement personnel, familial, culturel, social et territorial. En s'interinfluençant ces composantes provoquent des changements dans l'état de santé de la personne, de là la nécessité d'étendre les principes clés de la sécurisation aux autres champs d'application constitutifs des réalités et enjeux autochtones. Le racisme et la discrimination ne sont pas spécifiques à un domaine en particulier, de même l'exposition à des traumatismes ne tient pas à un secteur plutôt qu'à un autre. Leurs effets se font sentir dans toutes les sphères de la vie et de la société.

En prenant appui sur les déterminants de la santé autochtone tels que documentés par l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones, le **Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec**, recommande :

RECOMMANDATION 4

Que les dispositions du projet de loi no 32, à partir du RSSS, se déploient dans tous les ministères et que ses principes et orientations fassent l'objet d'une harmonisation au sein de l'État québécois.

Pour ce faire, le **Regroupement propose les actions suivantes :**

- La constitution de cadres de référence et de corpus d'indicateurs complémentaires afin de mieux circonscrire la portée des déterminants autochtones de la santé et les liens de causalité existants entre eux;
- La formation de tous les gestionnaires qui interagissent avec des instances autochtones;
- La conception d'une stratégie de communication destinée à l'ensemble de la fonction publique;
- La rédaction d'un plan gouvernemental interministériel pour la mise en œuvre de la sécurisation culturelle.



Sources documentaires

Allan, B. et Smylie, J. (2015). *First Peoples, Second Class Treatment. The role of racism in the health and well-being of Indigenous peoples in Canada*. Toronto : Wellesley Institute.

Boyer, Y. (2015), *Moving Aboriginal Health Forward: Discarding Canada's Legal Barriers*. Saskatoon : Purich Publishing Limited.

Cabinet du ministre de la santé et Cabinet du ministre responsable des relations avec les Premières Nations et les Inuit. (2021). *Le gouvernement du Québec investira 27,4 M\$ pour bonifier les soins de santé et les services sociaux destinés aux Autochtones en milieu urbain*. Gouvernement du Québec (28 mai).

Cloutier, É., Dugré, S., Salée, D., Comat, I. et Lévesque, C. (2009). *Enjeux et défis en santé et services sociaux pour les Autochtones en milieu urbain*. Cahier ODENA n° 2009-04. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.

Cloutier, É., Laroche, S., Lévesque, C. et Wawanoloath, M.-A. (2018). *Mino Pimatizi8in*. Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or et Centre intégré de santé et de services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue, Val-d'Or.

Gouvernement du Québec. (2023). *Suivi de la commission Viens*. <https://www.quebec.ca/gouvernement/portrait-quebec/premieres-nations-inuits/commission-viens>

Gouvernement du Québec. (2022). *Ensemble pour les prochaines générations. Plan d'action gouvernemental pour le mieux-être social et culturel des Premières Nations et des Inuit, 2022-2027*. Québec. https://cdn-contenu.quebec.ca/cdn-contenu/adm/min/conseil-executif/publications-adm/srpn/administratives/plan_action/2022-2027/PAGMSCPNI_22-27.pdf

Gouvernement du Québec. 2019. *Rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation, progrès*, Québec.

Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N. M. et Reading, C. (2015). *Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada. Beyond the Social*. Toronto: Canadian Scholars' Press.

Lévesque, C. et Cloutier, E. (2011). Une société civile autochtone au Québec. Dans C. Lévesque, N. Kermaol et D. Salée (dir.), *L'activisme autochtone : hier et aujourd'hui*. 16-19. Cahier DIALOG n° 2011-01. Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montréal.

Lévesque C. 2015. Promouvoir la sécurisation culturelle pour améliorer la qualité de vie et les conditions de santé de la population autochtone, *Revue Droits et Libertés* (numéro spécial Décolonisation et droits des peuples autochtones) 34 (2) : 16-19.

Lévesque C., Cloutier, E., Sirois, T., Radu, I et Labrana, R. (2015). Récit d'une relation fructueuse entre des leaders autochtones, des intervenants et des chercheurs engagés dans une démarche de coproduction des connaissances : la création, la mise en œuvre et les réalisations de l'Alliance de recherche ODENA, in Boîte à outils des principes de la recherche en contexte Autochtone, Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL), UQAT, UQO et Réseau DIALOG.

Lévesque C., Cloutier, E., Radu, I., Parent-Manseau, D., Laroche, S et et Blanchet-Cohen, N. (2019). *Innovation sociale et transformation institutionnelle en contexte autochtone. La Clinique Minowé au Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or*. [Cahier ODENA 2019-01]. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.

Lévesque C., Radu, I. et Tran, N. (2018). *Organisation des services de santé au Canada et au Québec*. Revue de littérature déposée dans le cadre de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics. Institut national de la recherche scientifique (INRS), Montréal.



Lévesque C., Cloutier, E., Desbiens, C., Sirois, T., Blanchet-Cohen, N. et Kermoal, N. (2022). L'action collective des femmes à travers le mouvement social des centres d'amitié autochtones au Québec, *Revue d'études autochtones*, 51 (2-3): 53-62.

Nursing Council of New Zealand. (2011). *Guidelines for Cultural Safety, the Treaty of Waitangi and Maori Health in Nursing Education and Practice*. Wellington, Nursing Council of New Zealand.

Nations Unies. (2023). *Déterminants autochtones de la santé dans le Programme de développement durable à l'horizon 2030*. Instance permanente sur les questions autochtones, NU.

Radu, I., Gagnon, M. et Lévesque, C. (2023). *Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Québec 2001 à 2021*. Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec, Montréal.

Ramsden, I. M. (2002). *Cultural safety and nursing education in Aotearoa and Te Wai-pounam*. [Thèse de doctorat, Victoria University of Wellington]. New Zealand. <https://www.croakey.org/wp-content/uploads/2017/08/RAMSDEN-I-Cultural-Safety-Full.pdf>

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec-RCAAQ. (2017a). *Soutenir les familles autochtones vivant en milieu urbain*. RCAAQ, Wendake.

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec-RCAAQ. (2017a). *Pour l'amélioration des conditions de vie des Aînés autochtones dans les villes*. RCAAQ, Wendake.

