

À LA RECHERCHE DES
AUTOCHTONES DANS LES MESURES
LÉGISLATIVES ET LES POLITIQUES
SUR LA SANTÉ, 1970 À 2008

Projet de synthèse politique

NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH



CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

Remerciements

Ce rapport est l'aboutissement du travail réalisé au Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) dans le cadre de sa priorité stratégique en matière de politique sur la santé autochtone.

Le CCNSA tient à remercier la dynamique équipe qui a effectué la collecte et l'examen des données sur les politiques sanitaires ayant des répercussions sur la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis aux échelons du pays, des provinces et des territoires.

Il souhaite souligner le travail de la Dre Josée Lavoie, professeure agrégée à l'École des sciences de la santé de l'Université du Nord de la Colombie-Britannique (UNBC), qui a assuré la direction scientifique et générale du projet, mais a aussi motivé et stimulé l'équipe.

Le CCNSA tient à remercier les membres de l'équipe qui, sans relâche, ont apporté leur contribution à ce projet : Laverne Gervais, UNBC; Jessica Toner, UNBC; Odile Bergeron, Unité de santé publique des Autochtones de l'Institut national de santé publique du Québec et Ginette Thomas, CCNSA.

Les auteurs aimeraient exprimer leur reconnaissance au Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) pour le soutien fourni à l'occasion de ce projet. Nous remercions également toutes les personnes qui ont donné leur opinion et formulé des commentaires tout au long de ce travail.

© 2011 Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA). Le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone appuie le renouvellement du réseau de santé publique du Canada, afin qu'il soit inclusif et respectueux des diverses populations des Premières nations, inuites et métisses. Hébergé par l'Université du Nord de la Colombie-Britannique à Prince George (Colombie-Britannique), le CCNSA est financé par l'Agence de la santé publique du Canada. La production de ce rapport a été rendue possible grâce à la contribution financière de l'Agence de la santé publique du Canada. Les opinions exprimées dans le présent document ne représentent pas nécessairement le point de vue de l'Agence de la santé publique du Canada ou du CCNSA.

Il est possible de télécharger cette publication à l'adresse suivante : www.ccnsa.ca



TABLE DES MATIÈRES

| | |
|---|----|
| Remerciements | 2 |
| Sommaire | 5 |
| Acronymes et Abreviations | 9 |
| 1. Introduction | 11 |
| 1.1 Pourquoi se pencher sur les mesures législatives et les politiques? | 12 |
| 1.2 Portée | 13 |
| 1.3 Utilisation prévue | 14 |
| 2. Méthodologie | 15 |
| 2.1 Profil socio-démographique de la population autochtone | 15 |
| 2.2 Remarque sur la terminologie | 16 |
| 2.3 Les traités et les activités d'autonomie gouvernementale | 18 |
| 2.4 Les organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les provinces, les territoires et le Canada | 19 |
| 2.5 Les mesures législatives, les politiques et la santé autochtone | 19 |
| 2.6 La décentralisation et la régionalisation des services de santé | 20 |
| 3. Les peuples autochtones du Canada, des territoires et des provinces | 20 |
| 3.1 Profil socio-démographique | 21 |
| 3.2 Les organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les provinces, les territoires et le Canada | 22 |
| 3.3 Résumé | 23 |
| 4. Les peuples autochtones et le gouvernement fédéral | 23 |
| 4.1 Les documents essentiels | 23 |
| 4.2 La Loi sur les Indiens | 24 |
| 4.3 Les compétences fédérales, territoriales/provinciales et autochtones | 24 |
| 4.4 Le renforcement des relations et l'élimination des lacunes (l'Accord de Kelowna) | 25 |
| 4.5 Les ministères fédéraux actuels et leurs mandats | 25 |
| 4.6 Résumé | 28 |
| 5. Les traités, les activités d'autonomie gouvernementale et la santé | 29 |
| 5.1 Les traités historiques | 29 |
| 5.2 Les activités d'autonomie gouvernementale dans les territoires et les provinces | 30 |
| 5.3 Résumé | 31 |
| 6. L'environnement législatif et politique de la santé autochtone dans les territoires et les provinces | 31 |
| 6.1 Les mandats, les mesures législatives et les politiques propres aux Autochtones | 31 |
| 6.2 La décentralisation | 33 |
| 6.3 Résumé | 33 |
| 7. Les mécanismes émergents | 34 |
| 7.1 L'émergence de forums de coordination interorganisationnels | 34 |
| 7.2 Les autorités sanitaires intergouvernementales | 35 |
| 7.3 Résumé | 35 |
| 8. Conclusions | 35 |
| Références | 37 |
| Annexes | 43 |



SOMMAIRE



Le projet de synthèse politique a pour objectif la création d'un inventaire comparatif de la législation et des politiques de santé fédérales, provinciales et territoriales qui mentionnent spécifiquement les Autochtones, les Premières nations, les Inuits et les Métis vivant au Canada. Il vise à combler une importante lacune en matière d'information. Malgré les engagements renouvelés par les gouvernements de respecter le principe de l'équité en santé et d'entreprendre des démarches pour combler l'écart entre la santé des Autochtones et celle de leurs concitoyens, les études qui signalent les réponses juridiques et politiques sont rares.

Dans le cadre de ce projet, des données accessibles au public sur le Web ont été recueillies sur une période de un an (avril 2007 à mars 2008). Il a été décidé de se concentrer sur les recherches par Internet, car l'information y est publique

et facilement accessible, et parce qu'il peut s'agir d'un important outil de recherche et d'information pour les décideurs, les chercheurs, les utilisateurs et les ministères.

Enfin, ce rapport démontre que la politique sur la santé autochtone du Canada est une véritable mosaïque. Il existe une grande diversité en ce domaine dans toutes les provinces et tous les territoires. Du côté fédéral, l'environnement politique est bien plus implicite qu'explicite. Il en est ressorti des explications, des innovations et des lacunes. Ces points sont examinés plus bas.

Les traités et les activités d'autonomie gouvernementale

Une variété de mécanismes ont découlé des traités et des activités d'autonomie gouvernementale au Canada. Dans

certaines domaines, les traités historiques signés entre 1870 et 1929 restent en vigueur. Dans d'autres, des traités modernes ont été signés pour clarifier les ambiguïtés des traités historiques. Certains de ces traités modernes ont été signés dans des domaines où il n'existait aucun traité historique.

Les traités modernes ont débouché sur des arrangements différents. Les quatre régions inuites ont entrepris des activités qui ont pour résultat d'augmenter l'autonomie dans des domaines clés. *L'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut* a entraîné la création du territoire du Nunavut. Dans les régions d'Inuvialuit et du Nunatsiavut, les Inuits ont signé des ententes d'autonomie. Au Nunavik, la *Convention de la baie James et du Nord québécois* a donné naissance à un modèle unique en vertu duquel des structures gérées par des Inuits ont été créées (conseil de la santé et conseils scolaires). Une entente signée en 2007 doit aboutir à la création du gouvernement régional du Nunavik, qui aura un droit de regard sur toutes les structures créées dans la foulée de la *Convention de la baie James et du Nord québécois*, y compris les services de santé. Ce nouveau palier de gouvernement relèvera directement de l'Assemblée nationale du Québec. Ce modèle est unique au Canada.

L'Accord avec les Nisga'a, la *Convention de la baie James et du Nord québécois* et l'*Accord-cadre avec la Labrador Inuit Association* sont autant d'accords tripartites incluant des dispositions pour l'autonomie des services de santé.

Jusqu'à présent, la plupart des ententes d'autonomie ont été signées au Yukon et en Colombie-Britannique. Dans cette dernière province, l'*Accord avec les Nisga'a* incluait des services de santé, contrairement à celui avec les Sechelts.

Au Yukon, la plupart des ententes ne le prévoient pas.

Les mesures législatives et les politiques

Ce projet de synthèse politique se penche sur :

- les mesures législatives sur la santé en vigueur à l'échelon provincial, dans les territoires et les provinces, et les dispositions propres aux autochtones qui y sont énoncées
- les politiques sur la santé en vigueur à l'échelon provincial, dans les territoires et les provinces, et les dispositions propres aux autochtones qui y sont énoncées.

Nous avons tiré le schéma suivant.

À l'échelon national, il n'existe que deux politiques nationales sur la santé autochtone accessibles au public : la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens* et la *Politique de transfert des services de santé de 1989*. Il existe une ambiguïté sur la portée de l'application de la *Politique sur la santé des Indiens*, dont le texte n'indique pas si elle concerne les Indiens inscrits et non inscrits. Par ailleurs, elle ne mentionne pas les Inuits. La *Politique de transfert des services de santé* ne concerne que les Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits du Labrador.

À l'échelon des provinces et des territoires, certaines lois contiennent des dispositions qui précisent les responsabilités de ces gouvernements vis-à-vis de la santé autochtone. Ces dispositions sont cependant limitées et axées sur le champ d'application. Par exemple, les lois albertaines visent les établissements métis. Selon les législations de l'Alberta, de la Saskatchewan, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, le ministère

responsable de la santé peut opter pour un accord avec le Canada et/ou les Premières nations en ce qui concerne la prestation de services de santé, ce qui signifie clairement que la dispense de services ne relève pas du mandat de la province.

Les ententes d'autonomie, lorsqu'elles existent, définissent les domaines de compétence des divers gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones. Elles sont reprises par la législation. La législation sur la santé du Yukon, du Québec et de Terre-Neuve-et-Labrador contient des dispositions en lien avec les ententes en cours sur l'autonomie gouvernementale. Ces dispositions précisent les rôles et responsabilités de ces gouvernements en matière de santé uniquement dans les domaines visés par ces ententes.

Enfin, certaines provinces et certains territoires ont adopté des dispositions sur la guérison et les pratiques rituelles autochtones. Le Yukon est la seule province dont la législation sur la santé reconnaît la nécessité de respecter les pratiques de guérison traditionnelles.¹ En revanche, elle ne définit pas le contenu de ces pratiques. Le Québec, l'Ontario et le Manitoba mentionnent que les sage-femmes autochtones devraient être dispensées du contrôle prévu par le Code des professions. L'Ontario étend cette exemption aux guérisseurs traditionnels. Parallèlement, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ont adopté des lois sur la lutte contre le tabagisme stipulant clairement qu'elles ne concernent pas l'utilisation du tabac à des fins rituelles.

Les conclusions démontrent également l'existence d'un nombre limité de mesures législatives et de politiques propres aux autochtones. L'Ontario a été la

¹ La législation ne définit pas ce terme.

première province à créer une *Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones* en 1990, puis a franchi un grand pas avec sa *Politique de santé applicable aux autochtones* en 1994. La *Politique de santé applicable aux autochtones* joue le rôle de politique de régulation et permet au ministre de la Santé d'accéder aux inégalités dans la programmation en santé des Premières nations et des Autochtones, de répondre aux priorités autochtones, de modifier les programmes existants pour qu'ils répondent plus efficacement aux besoins, de favoriser la nouvelle répartition des ressources destinées aux initiatives autochtones, et d'améliorer l'interaction et la collaboration entre les directions ministérielles pour favoriser les approches holistiques de la santé. Il s'agit de la politique sur la santé autochtone la plus complète actuellement au Canada.

En Colombie-Britannique, la politique tripartite des Premières nations formée du *Transformative Change Accord* de 2005 et du *First Nations Health Plan* vise à aplanir les inégalités entre les Premières nations et les autres citoyens de la province en matière de santé, d'éducation et de logement. La politique vise également à clarifier les questions entourant le titre et les compétences autochtones. En revanche, il ne semble s'appliquer qu'aux Premières nations, à l'exclusion des autres groupes autochtones de Colombie-Britannique.

Un cadre semblable intitulé *Providing Health Care, Achieving Health – Mi'kmaq* a été créé en Nouvelle-Écosse en 2005. Ici encore, la stratégie est axée sur les besoins précis des Micmacs et non pas sur ceux des Métis ou des autres Autochtones de la province.

La politique d'autonomie et de santé des Métis

En ce qui concerne le Canada, il n'y a que dans les Territoires du Nord-Ouest que les Métis ont passé un accord exhaustif de revendication territoriale. Le document a été signé par le Canada, les Territoires du Nord-Ouest, les Dénés du Sahtu et les Métis. À notre connaissance, il s'agit du seul exemple d'engagement fédéral envers les droits territoriaux des Métis. Parallèlement, les Territoires du Nord-Ouest sont les seuls à donner aux Métis l'accès à un programme équivalent à celui du Canada pour les services de santé non assurés.

En Alberta, le *Métis Betterment Act* de 1938 a permis aux Métis d'obtenir de la terre. Sur douze règlements, il n'en reste que huit aujourd'hui. Ils ont entraîné la création d'une forme locale de gouvernement métis. Au fil des ans, la portée du pouvoir associé s'est modifiée. Toutefois, la loi n'a prévu aucune disposition en matière de santé ou de soins. Le *Métis Settlements Accord* de 1989, adopté en remplacement du *Métis Betterment Act* de 1938, comprend un certain nombre de dispositions sur la santé, prévoyant notamment le droit à :

- adopter des règlements pour promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être des résidents de la région d'établissement;
- investir dans le district hospitalier ou dans la région sanitaire relevant des régies régionales de santé et
- publier des règlements visant à contrôler la santé des habitants de la région d'installation et à limiter la propagation de maladies. Il est cependant notable que certaines dispositions des mesures législatives prises par l'Alberta indiquent s'appliquer aux établissements métis.

Au Manitoba, les Métis sont en train d'examiner les questions de revendication territoriale et d'autonomie.

La *Saskatchewan Métis Act* de 2002 reconnaît la contribution de la nation métisse dans la prestation des services de santé à ses membres.

L'émergence de forums interorganisationnels

Dans quelques provinces, on note l'émergence de forums interorganisationnels. Il s'agit souvent de comités ou de groupes de travail qui rassemblent des représentants des gouvernements fédéral, provinciaux et autochtones en vue d'examiner les politiques et les questions qui vont au-delà des limites des juridictions, et de trouver des solutions. Ce phénomène est relativement récent. En voici quelques exemples :

- Le *Plan tripartite pour la santé des Premières nations* de Colombie-Britannique a été adopté en 2007 dans le cadre d'un partenariat entre le gouvernement de la province, celui du Canada et le Conseil des leaders des Premières nations représentant l'Assemblée des Premières nations de la Colombie-Britannique. Le *Plan pour la santé* assure une nouvelle structure de gouvernance pour les services de santé des Premières nations dans la province. Il prévoit un organisme dirigeant de la santé des Premières nations (afin de concevoir et de superviser la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance), un conseil de la santé des Premières nations (servant de porte-parole pour les questions relevant de la santé), un comité consultatif de la santé des Premières nations tripartite (pour examiner et surveiller les plans et les résultats de santé et recommander des actions pour éliminer les écarts dans le domaine) et une association de directeurs et autres professionnels de la santé afin de créer et réaliser un plan de création de capacités des Premières nations.

- La *Saskatchewan Northern Health Strategy*, qui regroupe les Premières nations, les Métis, des municipalités du Nord, des régions régionales de la santé, des pouvoirs fédéraux et des pouvoirs provinciaux. Son objectif est d'explorer des domaines de collaboration, d'améliorer le continuum des soins pour tous les nordistes, de créer des stratégies afin de mieux utiliser les ressources et de résoudre les questions intergouvernementales.
- Le Manitoba Inter-Governmental Committee on First Nations Health, créé en 2003 pour recenser les priorités et coordonner et améliorer la santé des Premières nations au Manitoba. Ses membres sont des représentants de l'Assembly of Manitoba Chiefs, de Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin, de Southern Chiefs Organization Inc., de Santé des Premières nations et des Inuits (région du Manitoba), de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Manitoba, du ministère manitobain des Affaires autochtones et du Nord, de Services à la famille et Logement Manitoba, de Finances Manitoba et des Affaires indiennes et du Nord Canada.

Les autorités sanitaires intergouvernementales

Les autorités sanitaires intergouvernementales sont des organisations officielles créées par le biais de partenariats fédéral-provincial, de partenariats avec des Autochtones ou d'ententes d'autonomie. C'est le cas, par exemple, des structures de soins de santé issues de la Convention de la baie James et du Nord québécois. Uniques au Canada, ces structures sont financées conjointement par le gouvernement fédéral et le gouvernement provincial pour répondre aux besoins en santé des Inuits du Nunavik et des Cris de la baie James. Bien que leur gouvernance se fasse séparément, leur fonctionnement est intégré au réseau provincial de la santé.

L'Athabasca Health Authority de la Saskatchewan est également une de ces autorités sanitaires autochtones qui prolongent le réseau provincial des soins de santé tout en étant financées conjointement par le Canada et la province. Elle fournit des services à deux communautés des Premières nations et à trois communautés métisses.

Pour terminer, la Northern Intertribal Health Authority (NITHA) est le seul organisme en son genre au Canada. Il se base sur le regroupement en partenariat du Meadow Lake Tribal Council, des Premières nations du Lac La Ronge, de la Nation des Cris de Peter Ballantyne et du Grand conseil de Prince Albert. Ensemble, ces conseils tribaux et ces Premières nations représentent près de la moitié des Premières nations de la Saskatchewan. La NITHA propose de l'éducation et du soutien technique à ses partenaires dans les domaines de la lutte contre les maladies transmissibles, de l'épidémiologie et de la surveillance de l'état de santé.

Commentaires de conclusion

La politique sur la santé autochtone a fait l'objet de nombreux changements au cours des dix dernières années et les activités semblent redoubler d'intensité. Il n'en reste pas moins que cette analyse révèle que les mesures législatives, les politiques et les dispositions propres aux autochtones forment une mosaïque disparate, émaillée d'importantes lacunes. La plupart des dispositions s'attachent à préciser les limites de compétences fédérales-provinciales ou les responsabilités des provinces concernant les ententes d'autonomie en vigueur.

La complexité associée aux compétences a été évoquée et abordée sous l'angle de sa problématique par de nombreuses études ayant fait date et allant du rapport Hawthorn de 1966 (Hawthorn, 1966) au rapport du Comité consultatif

national sur le SRAS et la Santé publique (Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, 2003), en passant par la Commission royale sur les peuples autochtones (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996) ou encore la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada (Romanow, 2002). Malgré ces travaux, cette complexité semble augmenter, partiellement à cause du renforcement de la participation autochtone à l'autonomie gouvernementale et du manque de coordination entre le Canada et les provinces.

Bien que la multiplicité des autorités intervenant dans la politique, la planification et la prestation de services de santé suscite toujours des difficultés, on constate une tendance mondiale à promouvoir la participation des citoyens à la poursuite de l'égalité (Organisation mondiale de la santé et UNICEF, 1978; Organisation mondiale de la santé, 2008). Malgré ces tendances, les résultats de ce rapport suggèrent que la complexité en matière de compétences pourrait bien perdurer. Par conséquent, il conviendrait sans doute de préférer la coordination des politiques à leur consolidation, et donc, de favoriser et de soutenir des mécanismes intergouvernementaux.

ACRONYMES ET ABREVIATIONS



| | | | |
|---------------------|--|-------------------|---|
| APN | Assemblée des Premières Nations | ACM | Accord-cadre avec le Manitoba |
| AHA | Athabasca Health Authority | RNM | Ralliement national des Métis |
| SRMA | Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones | DGSM ^d | Direction générale des services médicaux |
| AIIAC | Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada | ANCA | Association nationale des centres d'amitié |
| CPA | Congrès des peuples autochtones | ONSA | Organisation nationale de la santé autochtone |
| PFSS | Partenariat fédéral pour les soins de santé | CCNSA | Centre de la collaboration nationale de la santé autochtone |
| SPNI ^a | Santé des Premières nations et des Inuits | NHS | Northern Health Strategy |
| DGSPNI ^b | Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada | SSNA | Services de santé non assurés |
| AINC ^c | Affaires indiennes et du Nord Canada | ONRIISC | Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire |
| AMIC | Association des médecins indigènes du Canada | NITHA | Northern Intertribal Health Authority |
| ITK | Inuit Tapiriit Kanatami | AFAC | National Women's Association of Canada |
| LIA | Labrador Inuit Association | ASPC | Agence de la santé publique du Canada |
| | | ARS | Autorité régionale de la santé |


^a Bureaux régionaux de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada. A pris le nom de DGSPNI jusqu'en 2007, après avoir remplacé la Direction générale des services médicaux (DGSM) en 1997.

^b A remplacé la Direction générale des services médicaux (DGSM) en 1997.

^c Auparavant ministère du Nord canadien et des Ressources nationales jusqu'en 1966. Auparavant (1867-1966), l'administration des Affaires indiennes et du Nord Canada a été assurée par divers ministères au cours des années, y compris par le Cabinet du secrétaire d'État, Citoyenneté et Immigration Canada, Mines et Ressources, Affaires du Nord et Ressources nationales.

^d Ancien nom de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.





À LA RECHERCHE DES AUTOCHTONES DANS LES MESURES LÉGISLATIVES ET LES POLITIQUES SUR LA SANTÉ



1. Introduction

Le réseau canadien de la santé est constitué de nombreux éléments interreliés et relevant du Canada, des provinces, des municipalités, des autorités autochtones ou du secteur privé (Wigmore et Conn, 2003). Au vu de la multiplicité des pouvoirs en jeu, il peut être vu comme une « mosaïque » de mesures législatives, de politiques et de relations. Il arrive parfois que cette association donne un réseau relativement cohérent. Dans la plupart des cas, cependant, ce réseau constitue au mieux un tissu lâche émaillé de lacunes et d'ambiguïtés.

Du côté des Autochtones,² les problèmes de compétences ont entraîné et favorisent encore la création de complexités qui compromettent leur accès aux soins et à la santé. Cette situation est détaillée dans le rapport de l'Assemblée des Premières

nations intitulé Cadre de santé publique des Premières nations (Assemblée des Premières nations, 2006b), le Métis Health Research Project du Ralliement national des Métis (RNM) (Canada, 2005) et le rapport d'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK) intitulé Document d'information sur la santé des Inuits (Inuit Tapiriit Kanatami, 2004). Les complexités et les ambiguïtés associées aux compétences créent des obstacles à l'accès aux services (Hawthorn, 1966; Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, 2003; Romanow, 2002). Elles existent pour diverses raisons.

Le partage des compétences : Le gouvernement fédéral est principalement chargé de compléter les services de santé dispensés aux Indiens de plein droit qui vivent en réserve et aux Inuits qui vivent dans leur territoire traditionnel au Québec et au Labrador. Seul un programme

² Le substantif « Autochtone » désigne les peuples des Premières nations, Inuits et Métis. Les membres des Premières nations sont parfois répartis en fonction de leur statut (de plein droit ou de fait) ou selon qu'ils vivent en réserve ou hors réserve.

(Services de santé non assurés, SSNA) vise tous les Indiens de plein droit et les Inuits, et ce, quel que soit leur lieu de résidence. Les Métis, les Indiens de plein droit hors réserve, les Indiens de fait et les Inuits vivant ou ayant accès à des soins hors de leur territoire traditionnel relèvent des gouvernements provinciaux.

Treize réseaux des soins de santé distincts : Les gouvernements provinciaux et territoriaux sont responsables de la prestation d'un certain nombre de services de santé définis par la Loi canadienne sur la santé de 1984. Ces services sont complétés par ceux visés par les priorités établies par le territoire ou la province. Étant donné qu'ils peuvent varier en fonction du lieu, il en va de même pour ceux reçus par les Autochtones qui vivent dans ces provinces et territoires.

La régionalisation : La plupart des provinces ont créé des conseils de santé ou des autorités sanitaires pour renforcer la participation des citoyens, établir des priorités à l'échelon régional, ainsi que coordonner et intégrer la prestation des services de santé (Kouri, 2002). La régionalisation a ajouté un degré de complexité et de variété dans les services complémentaires accessibles à tous les résidents, y compris les Autochtones.

Les activités d'autonomie gouvernementale : La tendance à l'autonomie gouvernementale donne aux Autochtones davantage d'occasions de participer à la prestation de services. Les accords entre les ministères de la santé, les ministères, les autorités sanitaires du Canada et des provinces et les communautés autochtones se sont multipliées. Les ententes d'autonomie sont sujettes à des limites géographiques dont il peut arriver qu'elles coïncident avec celles des autorités sanitaires provinciales. De plus, les relations entre les nations autochtones et les autorités sanitaires varient à travers le pays.

Les lacunes en matière d'information : Malgré les engagements renouvelés par les gouvernements de respecter le principe d'équité en santé et d'entreprendre des démarches pour combler l'écart entre la santé des Autochtones et celle de leurs concitoyens, nous n'avons trouvé aucune étude faisant mention de réponses juridiques et politiques. L'analyse documentaire effectuée dans le cadre de ce projet confirme que la plupart des recherches ont été axées sur une ou un nombre limité de politiques liées à un contexte juridique unique (provincial, territorial ou fédéral) (Lalonde et coll., 2009; Lavoie et coll., 2005; Lawrence, 2010; Quinonez et

Lavoie, 2009; Vukic et coll., 2009; Wearmouth et Wielandt, 2009).

Ce projet de synthèse politique a donc pour objectif de combler cette lacune. Plus précisément, ses objectifs étaient les suivants :

- a) dresser un inventaire comparatif des politiques et des mesures législatives fédérales, provinciales et territoriales en matière de santé qui mentionnent nommément les Premières nations, les Inuits et les Métis vivant au Canada;
- b) répertorier les dispositions sur la santé faisant partie de traités et d'ententes d'autonomie;
- c) recenser les tendances émergentes en matière de fragmentation et de coordination des compétences;
- d) consigner les possibilités, pour les Autochtones, de participer à la formulation des politiques, des programmes et des services de santé dans le cadre d'arrangements institutionnels.

1.1 Pourquoi se pencher sur les mesures législatives et les politiques?

Ce projet étudie les dispositions visant les Autochtones, inscrites dans des mesures législatives et des politiques nationales, territoriales ou provinciales. Pour un certain nombre de raisons, nous



avons décidé de nous concentrer sur les documents officiels qui encadrent les arrangements institutionnels. En premier lieu, les mesures législatives et les politiques officielles correspondent à des engagements gouvernementaux officiels et reflètent généralement des orientations à plus long terme. Même si la législation peut être modifiée ou abrogée et les politiques remplacées, leur caractère officiel constitue un engagement. La deuxième raison est d'ordre pragmatique. Bien que les mesures législatives et les politiques ne révèlent qu'un aspect du contexte et que les arrangements officiels puissent constituer un moyen de combler les écarts de compétences, le fait même que ces arrangements ne soient pas consignés les rend sujets à des modifications rapides ou à la dissolution suite à des changements d'orientation ou de priorités de la part du gouvernement, de la réduction du financement ou du roulement de personnel. En outre, il est difficile d'en faire le suivi.

La relation entre les politiques et les mesures législatives est complexe. La politique publique est souvent définie comme un processus au cours duquel des actions stratégiques (ou inactions) sont coordonnées par les pouvoirs publics afin d'intervenir dans des situations vues comme problématiques (voir des exemples

dans Parsons, 1995; Howlett et Ramesh, 2003). Une telle définition devrait englober les mesures législatives. D'aucuns considèrent les lois, la réglementation et les règlements comme des mesures législatives, et les décisions politiques comme des directives et des principes à caractère non obligatoire. Souvent, les politiques et les lois sont étroitement liées, car les orientations stratégiques de haut niveau mènent à l'adoption de mesures législatives. De surcroît, les législations consistent souvent en des documents dont la formulation floue peut entraîner l'adoption d'autres mesures législatives ou politiques visant à guider leur mise en œuvre. Néanmoins, les lignes directrices d'une politique ne peuvent pas contourner ou modifier des lois, ni entrer en conflit avec elles (y compris la législation qui y est subordonnée). La législation inscrit donc les objectifs de la politique sous une forme exécutoire (Legemaate, 2002).

Dans le cadre de ce rapport, le terme « politique sur la santé » désigne « l'énoncé d'une décision prise par un gouvernement pour contrôler le réseau des soins de santé en vue d'aider à résoudre des problèmes inhérents ou provoqués par ce réseau » (Walker et coll., 2003, p. 6). Les politiques peuvent se concentrer sur l'établissement des responsabilités et des

obligations redditionnelles; les décisions concernant le financement, le budget et la rémunération des services de soutien; ou encore la nature et la modalité de l'accès aux services et de la prestation (Lavis et coll., 2002). La « législation » ou les « mesures législatives » sur la santé peuvent être définies comme « l'ensemble de règles qui régissent la promotion et la protection de la santé, les services de santé, la répartition équitable des ressources disponibles et la situation juridique de toutes les parties concernées, comme les patients, les fournisseurs de services de santé, les établissements de santé et les organismes de surveillance » (Leenan, 1998).

1.2 Portée

Ce projet est sous-tendu par deux vastes zones de délimitation. En premier lieu, ce document se concentre exclusivement sur les politiques nationales, territoriales et provinciales sur la santé qui sont adoptées par les ministères de la santé. Il est important de signaler que chaque groupe autochtone possède sa propre définition de la santé, généralement plus large et plus holistique, et tenant compte de déterminants comme l'autodétermination, le logement, la terre, la langue, etc. (First Nations Regional Health Survey National Committee, 2005; Reading et coll., 2007). Toutefois, ce document n'adopte pas une approche globale des déterminants





sociaux de la santé. Telles qu'elles sont conçues par les ministères de la santé du Canada, des territoires et des provinces, la législation et les politiques sur la santé sont peu susceptibles de refléter la conception culturelle de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis. L'adoption d'une approche globale des déterminants sociaux de la santé aurait cependant signifié cataloguer chaque politique actuellement en vigueur au Canada, ce qui aurait constitué une tâche gigantesque! Il n'est resté pas moins que la méthodologie adoptée pour ce projet peut être réutilisée pour alimenter l'analyse politique dans d'autres domaines concernant les Autochtones au Canada.

En second lieu, ce document se concentre sur le texte des mesures législatives et des politiques. Ce projet n'a pas pour objectif de consigner le processus employé dans la création de chaque mesure législative ou politique, ni les moyens pris pour leur mise en œuvre. La consignation des

modes de mise en œuvre étant un exercice extrêmement utile, nous présenterons cependant dans la conclusion de ce document des recommandations d'études pouvant se révéler précieuses à partir des résultats de ce projet.

Puisque ce document se base sur les renseignements accessibles au public sur le Web, ce rapport fait l'objet de restrictions évidentes. La recherche dans l'Internet s'avère difficile, car l'information change sans cesse et il n'existe pas d'uniformité dans les méthodes de référencement. Il est parfois difficile de vérifier l'exactitude des renseignements, qui doivent être validés auprès de nombreuses sources. En cas de doute, la confirmation a été obtenue auprès de sources multiples. Par ailleurs, il n'existe aucun moyen de savoir si un document est complet. Il se pourrait donc que ce rapport comporte des lacunes en matière d'information.

1.3 Utilisation prévue

Ce rapport répertorie les éléments rassemblés par les auteures. Il vise à étayer les analyses critiques. Pour des raisons de commodité, de grands tableaux de données ont été placés en annexe à la fin du rapport. Le rapport lui-même a été structuré en fonction des grandes sections suivantes.

Section 2 - Méthodologie : Cette section décrit la méthodologie adoptée pour regrouper les données présentées dans ce rapport. Elle indique également la provenance des renseignements et examine leurs forces et leurs limites.

Section 3 - Les peuples autochtones du Canada, des territoires et des provinces : Les Autochtones représentent 3,8 % de la population canadienne. Ce pourcentage varie considérablement à l'échelon des territoires et des provinces. Cette section vise à établir le contexte de l'examen des mesures législatives

et des politiques concernant les Autochtones. Elle débute par un profil sociodémographique des Autochtones au Canada, dans les territoires et dans les provinces. Elle est suivie d'un passage en revue des organismes autochtones ayant un mandat de santé au Canada, dans les territoires et dans les provinces.

Section 4 - Les peuples autochtones et le gouvernement fédéral : Le gouvernement fédéral joue un rôle très important en imprimant à l'échelon national les grandes orientations pour la création de politiques et des programmes qui reflètent les valeurs nationales. Son leadership dans l'adoption de la Loi canadienne sur la santé de 1984 ou en réponse à l'épidémie de SRAS en est un exemple typique. Cette section vise à souligner le rôle joué par le gouvernement fédéral dans la santé autochtone, tel qu'il est défini par les mesures législatives et les politiques. Elle débute par un examen des documents historiques d'importance qui restent d'actualité. Vient ensuite un examen du rôle des principaux ministères fédéraux en matière de santé autochtone.

Section 5 - Les traités, les activités d'autonomie gouvernementale et la santé : Les traités historiques et les tendances en matière d'activités d'autonomie gouvernementale ont débouché sur toute une variété d'initiatives et d'arrangements ayant favorisé la participation des Autochtones à la création de politiques et des prestations de services de santé. Cette section examine la manière dont les traités et les ententes d'autonomie ont encadré les responsabilités autochtones en matière de services de santé.

Section 6 - L'environnement juridique et politique de la santé autochtone : Cette section détaille les conclusions de cet examen des mesures législatives et des politiques territoriales et provinciales sur la santé qui comportent des dispositions visant les Autochtones, tout en soulignant les domaines dans lesquels on retrouve

des points forts et des lacunes. Elle examine également les occasions qu'ont les Autochtones et les communautés d'occuper une place au sein des régies régionales de la santé. Elle se conclut par un examen plus détaillé des principales mesures législatives et politiques sur la santé pouvant servir de modèles dans d'autres lieux.

Section 7 - Les mécanismes émergents : De manière récurrente, la fragmentation des compétences a soulevé des questions quant à la prestation des soins de santé pour les Autochtones. Au cours des dernières décennies, des mécanismes de coordination visant à combler les lacunes juridictionnelles sont apparus. Cette section explore les modèles émergents et leurs débouchés potentiels.

Section 8 - Conclusions : Cette dernière section reprend les principales conclusions et propose une orientation pour l'avenir.

Nous espérons que ce rapport profitera au travail soutenu effectué par les organisations autochtones en favorisant la santé communautaire, en appuyant la recherche en politique de santé autochtone et en éclairant les décideurs des provinces et des territoires ainsi que les communautés autochtones lors de l'examen des politiques.

2. Méthodologie

Ce projet de synthèse politique s'appuie sur les renseignements accessibles au public sur le Web. Pour diverses raisons, il a été décidé de se concentrer sur des recherches par Internet. En premier lieu, notre intention était de limiter la recherche à l'information facilement accessible au public afin d'assurer une uniformité dans l'identification des politiques et des mesures législatives en santé entre les différents gouvernements du Canada, des provinces et des territoires. Deuxièmement, l'Internet est un outil

important et sous-utilisé de recherche de politique et d'information pour les décideurs, les chercheurs, les utilisateurs et de nombreux ministères. Troisièmement, pour étendre ce sujet à des documents qui ne sont pas facilement accessibles par Internet, il aurait fallu identifier les principaux collaborateurs au sein de chaque ministère et les former pour assurer une uniformité dans la collecte d'information. Il aurait également fallu disposer de bien plus de ressources et de temps pour, en fin de compte, n'obtenir qu'un résultat médiocrement supérieur par rapport à celui obtenu par l'Internet.

Dans ce cadre de ce projet, les renseignements ont été compilés sur une période d'un an (avril 2007 à avril 2008). Les recherches par Internet ont été effectuées avec les termes et les combinaisons de mots suivants : autochtone, Premières nations, Inuit, Métis, Indien, *Amérindiens*, réserve, santé, médecine et médical. Les minuscules ont été employées pour éviter que l'emploi de majuscules n'empêche les moteurs de recherche sensibles à la casse de trouver les données.

Les principaux sites Web que nous avons explorés sont ceux de la bibliothèque du Parlement; de Santé Canada; de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC); d'Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC); du ministère canadien de la Justice; de Statistique Canada; du Portail des Autochtones au Canada; des provinces et des territoires, y compris des ministères responsables des affaires autochtones ou de la santé, et des organisations autochtones.

La définition et les enjeux méthodologiques qui sont apparus au cours de ce projet sont exposés plus bas.

2.1 Profil sociodémographique de la population autochtone

Les données du recensement publiées par Statistique Canada ont été utilisées pour

obtenir un profil sociodémographique des Premières nations, des Inuits et des Métis à l'échelon fédéral ainsi qu'à celui des territoires et des provinces.

Le recensement de 2006 indique un pourcentage accru d'Autochtones (Statistique Canada, 2008b). Les données recueillies et présentées par Statistique Canada sont utilisées par de nombreux bureaux différents à travers tout le Canada. Il convient toutefois de mentionner qu'un certain nombre de questions ont été soulevées sur l'interprétation de ces chiffres et leurs répercussions sur les Autochtones. Par exemple, l'Assemblée des Premières nations a récemment exprimé son inquiétude face à l'exactitude des chiffres récemment publiés du recensement de 2006 (Bailey, 2008). Il n'en reste pas moins que Statistique Canada est la seule source de données accessibles sur les trois groupes autochtones. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) conserve ses propres données sur les personnes inscrites en vertu de la Loi sur les Indiens. Il existe également un registre pour les Inuits. Ces ressources, cependant, ne concernent qu'une partie de l'ensemble de la population autochtone. En outre, elles ne sont pas accessibles au public.

Statistique Canada utilise ses propres catégories d'identification, soit Indien de l'Amérique du Nord, Métis, Inuit, Réponse unique et Réponse multiple. Plus précisément, l'identité autochtone « fait référence aux personnes ayant indiqué s'identifier à au moins un groupe autochtone, c'est-à-dire Indien de l'Amérique du Nord, Métis ou Inuit/Esquimau (Amérindien), ou ayant déclaré être un Indien des traités ou un Indien inscrit selon la Loi canadienne sur les Indiens, ou ayant déclaré être membre d'une bande indienne ou d'une Première nation » (Statistique Canada, 2004). Cette méthode se base sur la déclaration volontaire.

2.2 Remarque sur la terminologie

Au Canada, « Autochtone » est un terme générique qui désigne les Indiens, les Inuits et les Métis, selon la définition inscrite dans la Constitution canadienne modifiée en 1982. Nous avons conscience que ce terme recèle des complexités culturelles, législatives et administratives.

Dans ce document, il n'est utilisé que lorsque les énoncés en question concernent des Premières nations vivant en et hors réserve, des Inuits, des Métis et des personnes non inscrites ayant des ancêtres des Premières nations. Dans les autres cas, des termes faisant référence à eux-mêmes seront utilisés. Le mot « Indien » est employé lorsqu'il est cité dans des documents historiques ou en référence au terme juridique « Indiens » de la *Loi sur les Indiens*, définissant l'accès à certains programmes et avantages fédéraux.

2.2.1 Les Premières nations

Le terme « Premières nations » est le référent personnel privilégié par les peuples indigènes du Canada historiquement nommés « Indiens ». Ce terme collectif inclut de multiples nations, notamment les Nisga'a, les Cris, les Ojibwas, les Salish, les Mohawks, les Micmacs et les Innus, pour ne nommer que ceux-là. L'administration fédérale recense et reconnaît actuellement plus de 600 Premières nations (Canada, 2006b). Certaines organisations politiques et administratives ont été créées pour répondre aux exigences de la *Loi sur les Indiens*.

Le gouvernement fédéral fait la distinction entre les Indiens inscrits (de plein droit) et les Indiens non inscrits (de fait). Les termes « inscrit » et « de plein droit » sont utilisés de manière interchangeable dans ce rapport. Un Indien inscrit l'est en vertu de la *Loi sur les Indiens*. L'inscription garantit le droit de vivre dans une réserve et d'avoir accès aux avantages prévu par un traité ou une politique. La catégorie 24 de l'article 91 de la Loi constitutionnelle de 1867

reconnaît que les Indiens inscrits relèvent de la responsabilité fédérale. Ceux qui ne sont pas inscrits relèvent de la compétence provinciale. Globalement, ces distinctions deviennent plus floues dans les territoires, dont les gouvernements ont eu tendance à recourir à des règles d'admissibilité plus inclusives pour leurs programmes.

L'admissibilité à l'état d'Indien inscrit peut se perdre, et jusqu'à un certain point, s'obtenir. Du début des années 1900 à 1985, une Indienne inscrite qui épousait un homme qui n'était pas un Indien inscrit perdait son statut. Les enfants issus d'une telle union n'avaient pas le droit de s'inscrire. Par conséquent, nombreux sont ceux qui ont perdu le droit de vivre sur les réserves, près de leurs proches. En revanche, une femme non indienne (d'origine européenne ou autre) qui épousait un Indien gagnait le statut d'Indienne. Cette disposition discriminatoire a été supprimée de la *Loi sur les Indiens* lors de l'adoption du projet de loi C-31 en 1985. Comme le stipule la législation, ceux qui n'ont jamais perdu leur statut sont inscrits en tant qu'« Indiens » en vertu de l'article 6(1) de la Loi sur les Indiens. Ceux qui ont perdu leur statut avant 1985, par mariage ou par tout autre moyen discriminatoire, sont autorisés à s'inscrire en vertu de l'article 6(1) de la *Loi sur les Indiens*. Les catégories de classification 6(1) et 6(2) permettent d'obtenir l'intégralité du statut et les avantages. Les enfants issus de parents de la catégorie 6(1) sont classés dans la même catégorie. Les enfants issus de parents des catégories 6(1) et 6(2) sont classés dans la catégorie 6(1). Les enfants issus d'un parent de la catégorie 6(1) et d'un parent non inscrit sont classés dans la catégorie 6(2). Enfin, les enfants issus d'un parent de la catégorie 6(2) et d'un parent non inscrit sont considérés non inscrits. Ces derniers appartiennent à un groupe de plus en plus important, mais largement invisible au Canada (Clatworthy et Four Directions Project Consultants, 2001; Clatworthy, 2003). Ceux qui peuvent prouver leur

admissibilité ont la possibilité de devenir des Indiens inscrits.

Certaines communautés des Premières nations ont affirmé que les critères fédéraux consistent à les écarter. Par conséquent, certaines d'entre elles ont élargi leurs propres règles d'adhésion afin d'inclure les descendants d'ancêtres communs qui, autrement, n'auraient pas pu être inscrits en vertu de la *Loi sur les Indiens*. Toujours est-il que, pour le gouvernement fédéral, sa responsabilité de financement des services et autres programmes de santé se limite aux Indiens inscrits.

Dans ce document, nous avons employé les termes les plus courants par lesquels les Premières nations se désignent elles-mêmes. Ils proviennent généralement de l'anglais.

2.2.2 Les Inuits

Le terme « Inuit » est le terme par lequel les peuples de l'Arctique se désignent de manière collective. Les Inuits eux-mêmes attribuent différents noms aux groupes locaux (Pallurmiut, Inuvialuit, etc.), traduisant ainsi la complexité de l'histoire de l'Arctique et la subtilité des différences culturelles souvent ignorée des personnes

extérieures. La plupart des Inuits vivent dans l'une des quatre régions inuites, soit l'Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest, le Nunavut, le Nunavik au Québec, et le Nunatsiavut à Terre-Neuve-et-Labrador. Les Inuits de ces quatre régions ont entrepris des activités d'autonomie gouvernementale.

Dans la décision de 1939 *Esquimaux re* (*Esquimaux re* [1939] S.C.R. 104, [1939] 2 D.L.R. 417), la Cour suprême du Canada tranche et décide que les Inuits sont des « Indiens » dans le sens de l'*Acte de l'Amérique britannique du Nord de 1867* et que, par conséquent, ils relèvent de la responsabilité fédérale. Le *Loi sur les Indiens* de 1951 est amendée pour y inclure une disposition indiquant que « La mention d'un Indien, dans la présente loi, exclut une personne de la race d'autochtones communément appelés Inuit » (Leslie, 2002). Dans la *Loi sur les Indiens*, aucune disposition n'a jamais été étendue aux Inuits. Un registre inuit distinct définit un Inuit³ comme l'enfant d'un autre Inuit (Ontario Aboriginal Health Advocacy Health Initiative, 1999). Les origines mixtes n'ont aucune incidence sur le statut d'Inuit.

2.2.3 Les Métis

La région de Red River, située au nord de ce qui est devenu Winnipeg, est souvent considérée comme le lieu de naissance des Métis. Selon le Ralliement national des Métis, le peuple Métis est issu de relations entre des femmes indiennes et des hommes européens ayant eu cours dans le centre-ouest de l'Amérique du Nord avant que le Canada devienne une nation. Même si les premiers descendants de ces unions avaient des origines mixtes, la création progressive de communautés métisses à part des cultures et des établissements indiens et européens, ainsi que les mariages qui s'en sont suivis entre Métis, ont donné une nouvelle sorte d'Autochtones : les Métis.

Des communautés métisses distinctes sont nées de l'explosion du commerce de la fourrure au fil des voies d'eau utilisées pour leur transport et des Grands Lacs de l'Ontario, partout dans le Nord-Ouest et bien au nord du fleuve McKenzie. La population et les communautés métisses communiquaient par le biais du réseau hautement mobile du commerce de la fourrure, des tournées saisonnières, des liens avec la famille étendue et de l'identité collective (culture commune,



³ Le terme Inuit s'emploie au singulier, et Inuits au pluriel



langue, mode de vie, etc.). Les Métis ont forgé leur propre culture mixte et leur propre langue, le michif (ou mitchif). Après la Confédération, ils n'ont pas été autorisés à signer des traités. Tout comme les Indiens de fait et eux-mêmes descendants d'Indiens de plein droit et de non-autochtones, les Métis ne bénéficient pas des dispositions spéciales prévues par le gouvernement fédéral pour toute une catégorie de programmes, y compris les services de santé communautaire (Ralliement national des Métis, 2008).

De plus en plus, des communautés métisses sont reconnues sur le plan général, comme en Ontario, et sur le plan législatif, comme en Alberta. Dans le rapport de son dernier recensement, Statistique Canada signale des communautés composées de 25 % de Métis ou plus (Statistique Canada, 2008a).

Les documents et les politiques utilisent les deux orthographes suivantes : Métis et Metis. Pour des raisons d'uniformité,

la graphie Métis a été adoptée dans ce document.

2.3 Les traités et les activités d'autonomie gouvernementale

Dans le cadre de ce rapport, les recherches sur les traités et les activités d'autonomie gouvernementale ont été concentrées sur quatre types de documents : les traités historiques; les traités modernes ou accords sur une revendication territoriale; les ententes d'autonomie et les ententes propres à la santé, comme celles qui ont découlé de la Politique de transfert des services de santé (Santé Canada, 2007b). Bien que les documents n'évoquent pas tous directement la santé, les termes « santé », « médecine », « médical » et « docteur » ont fait l'objet d'une recherche dans chacun d'entre eux. Nous avons inclus une ou deux phrases pour indiquer rapidement si la santé était référencée dans ces documents, et de quelle manière. Nous avons inclus à ce rapport les documents ne comportant aucune mention de la santé s'ils avaient

une importance dans le contexte de la santé autochtone au Canada.

Un certain nombre de traités antérieurs à la confédération ont été signés, d'abord avec le gouvernement des colons français, puis avec celui des Anglais. De manière générale, les traités signés avant 1867 étaient des traités de paix et d'amitié. Les traités postérieurs à la confédération ont été signés entre 1870 et 1929. Ces « traités numérotés » (de 1 à 11) ont été négociés avec un certain nombre de Premières nations dans tout le Canada. Invariablement, ils concernaient la cession de terres dans le cadre de la création de l'État-nation canadien. Chaque traité historique dépasse les frontières des groupes culturels et des limites territoriales.

Depuis 1974, un certain nombre d'organisations des Premières nations et inuites ont participé à ce qui a été décrit comme le processus de négociation de traités modernes. Des ententes d'autonomie ont également été signées.

Depuis peu, les Métis ont eux aussi la possibilité de négocier des ententes d'autonomie. Les chercheurs doivent encore examiner les répercussions des activités d'autonomie gouvernementale sur des domaines sujets à des conflits de compétences.

2.4 Les organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les provinces, les territoires et le Canada Il existe un certain nombre d'organisations autochtones à l'échelon du pays, des territoires et des provinces. Ce projet est axé sur les organisations autochtones nationales, territoriales, provinciales et régionales principalement administrées et dirigées par des Autochtones. Certaines organisations, comme les associations de femmes autochtones, proposent l'accès et des services à tous les Autochtones, tandis que d'autres sont plus ciblées, comme c'est le cas pour les organisations de Premières nations, inuites ou métisses. Les organisations dotées d'éléments ou de services autochtones ont été exclues (p. ex. Registered Nurses Association of the Northwest Territories and Nunavut). L'analyse de leur impact sur la formulation de la politique de santé autochtone dépasse le cadre de ce document.

De plus en plus, des organisations autochtones régionales se sont vues donner l'occasion de participer à l'administration et à la prestation de services de santé aux Autochtones. Les profils communautaires d'AINC⁴ et le Portail des Autochtones au Canada⁵ ont été utilisés pour recenser le nombre de groupes concernés par la santé autochtone. Les Premières nations et les conseils tribaux constituent la plus grande partie des organisations autochtones.

Un conseil tribal est une institution à laquelle les bandes indiennes ou les Premières nations adhèrent sur une base volontaire en fonction de leurs intérêts, en

vue de dispenser des programmes et des services. Ces conseils peuvent passer des ententes avec AINC ou d'autres ministères fédéraux, et sont généralement chargés du développement économique, de la gestion financière, des services de santé, de la planification communautaire, des services techniques et de la gouvernance (Canada, 2004b). Bien que la situation puisse beaucoup varier selon l'endroit, les conseils tribaux participent souvent à la création de politiques de santé. L'adhésion se fait sur une base volontaire. Dans certaines régions, le nombre d'adhérents fluctue au fil de l'adhésion ou des départs des Premières nations. Les conseils tribaux et les bandes répertoriés depuis janvier 2008 sont énumérés à l'annexe B.

Le cas échéant, les organisations régionales inuites ont été consignées.

Les Métis des Territoires du Nord-Ouest, d'Alberta, de la Saskatchewan et du Manitoba sont organisés en associations locales. Ces organisations régionales locales représentent les préoccupations et les intérêts régionaux des organisations métisses territoriales ou provinciales. Celles qui existent apparaissent dans la liste.

Enfin, un certain nombre de groupes provinciaux ou territoriaux sont financés à la fois par le gouvernement fédéral et par le gouvernement provincial, comme le Grand conseil des Cris de la baie James au Québec ou l'Athabasca Health Authority en Saskatchewan. Leur nom s'accompagne de remarques concernant leur caractère unique.

2.5 Les mesures législatives, les politiques et la santé autochtone

Nous avons examiné les législations fédérales, territoriales et provinciales. Hors de tout cadre législatif, le gouvernement fédéral finance des services et des programmes de santé pour les Premières nations vivant dans les réserves et les Inuits

vivant dans leurs territoires traditionnels (Lavoie et coll., 2005). Dans le cadre de ce projet, les mandats des cinq organismes suivants ont été examinés : Patrimoine canadien, Partenariat fédéral pour les soins de santé, Affaires indiennes et du Nord Canada, Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada.

Le ministère du Patrimoine canadien, qui abrite la Direction générale des affaires autochtones, est responsable de 33 lois. Il se concentre principalement sur les Autochtones hors réserve. Bien qu'il ne s'occupe pas principalement de la santé, il possède un mandat de création de politiques, que nous avons considérées comme sortant du cadre de ce projet.

Le Partenariat fédéral pour les soins de santé (PFSS) a été créé en 1994. Il s'agit d'une alliance volontaire d'organisations du gouvernement fédéral chargée de dispenser des services de santé à des groupes de clients précis. Ce partenariat regroupe :

- Citoyenneté et Immigration Canada, qui fournit des services de santé à certaines classes de migrants (principalement des demandeurs d'asile et des réfugiés au sens de la Convention) ayant besoin d'aide pendant la période d'établissement au Canada
- Service correctionnel du Canada, qui fournit des services de santé aux détenus sous responsabilité fédérale et à certains anciens libérés conditionnels
- Le ministère de la Défense nationale, qui fournit des services de santé aux membres de la force régulière et aux membres admissibles de la Force de réserve
- Santé Canada, chargée de dispenser des services de santé aux Premières nations et aux Inuits, par le biais de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits

⁴Voir sdiprod2.inac.gc.ca/FNProfiles

⁵Voir www.aboriginalcanada.gc.ca/acp/site.nsf/fra/index.html

- La Gendarmerie royale du Canada, qui dispense des services à ses membres réguliers, aux membres civils admissibles (c.-à-d., aux membres civils blessés au cours de leurs fonctions) et aux membres retraités admissibles (c.-à-d., les membres retraités qui reçoivent une pension d'invalidité dans les cas de handicap dû au travail)
- Anciens Combattants Canada, qui fournit des services de santé aux anciens combattants et à d'autres personnes admissibles aux programmes.

Travaux publics et Services gouvernementaux Canada, le Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada et l'Agence de la santé publique du Canada participent aux discussions avec le PFSS. Le PFSS a pour but d'identifier, de promouvoir et de mettre en œuvre des programmes de santé plus efficaces et rentables par le biais de la collaboration. Les domaines de collaboration sont l'audiologie; les soins dentaires; la représentation fédérale, provinciale et territoriale; les ressources humaines en santé; la gestion de l'information sanitaire; le recyclage des fournitures médicales et de l'équipement; la santé mentale, la pharmacie et les soins oculaires. Cependant, l'adoption des politiques de santé axées sur les Autochtones ne relève pas du mandat du PFSS.

Le ministère canadien des Affaires indiennes et du Nord a la responsabilité des affaires indiennes à l'échelon fédéral. La santé des Indiens a d'abord été intégrée aux Affaires indiennes. En 1945, soit un an près sa création, elle a été transférée au ministère de la Santé nationale et du Bien-être social (désormais Santé Canada). Elle en dépend toujours. Bien que certains de ses programmes aient un certain lien avec la santé, le mandat du ministère canadien des Affaires indiennes et du Nord n'a pas de rapport avec ce domaine. Ce ministère

gère les structures et les dispositions associées à la *Loi sur les Indiens*.

Sur les cinq ministères mentionnés, seuls Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) ont un mandat en lien direct avec la santé autochtone. Ces mandats seront examinés dans les sections correspondantes.

Il est possible qu'il existe davantage de politiques sur la santé. Toutefois, seul un petit nombre d'entre elles est accessible par Internet, ce qui peut entraîner des lacunes en matière d'information. Par exemple, bien que les articles 73 et 81 de la *Loi sur les Indiens* fassent référence à la santé, leur portée est plutôt limitée. En outre, en ce qui concerne les politiques fédérales sur la santé autochtone créées suite aux présentations au Cabinet du Secrétariat du Conseil du Trésor⁶ du Canada, l'information accessible au public est largement limitée à de brefs condensés de ces présentations. Les présentations au Conseil du Trésor sont confidentielles, non accessibles au public et pourraient ne pas être consultées dans le contexte de ce rapport.

Les lacunes qui caractérisent les politiques en santé à l'échelon provincial et à l'échelon territorial sont semblables, car l'information n'était pas accessible de manière uniforme à travers les provinces/territoires. Dans certains cas, les sites Web des provinces et des territoires ont permis d'obtenir une liste des mesures législatives et des réglementations par ministère. La législation sur la santé (les lois) a alors été consignée pour chacun de ces ministères. Toutefois, dans plusieurs cas, les mesures législatives ou les réglementations n'étaient pas données par ministère. Une recherche par mot a alors été effectuée (à l'aide des termes indiqués plus haut) dans chaque site Web ministériel pour recenser les politiques/mesures législatives pertinentes.

Ces documents ont ensuite fait l'objet d'une recherche par mot afin de confirmer leur utilité. Toutes les recherches fructueuses ont été consignées.

2.6 La décentralisation et la régionalisation des services de santé

En partie, la décentralisation des systèmes de santé en régions régionales de la santé vise à augmenter la participation du public à la prise de décision (Kouri, 2002). Théoriquement, la régionalisation devrait renforcer la participation de chacun. Les Premières nations ont pu participer par le biais des bandes et des conseils tribaux, entre autres, particulièrement dans les régions éloignées et rurales. Il reste à savoir si et comment les Premières nations et les autres Autochtones participent à ce processus.

Cette section dresse le portrait des réseaux provinciaux de la santé. Elle indique également à quel point les politiques favorisent la participation des Autochtones aux régions régionales de la santé, là où elles ont été créées. Des détails sont fournis à l'annexe B. Les données utilisées dans cette section proviennent principalement du site Web du ministère de la santé provincial ou territorial.

3. Les peuples autochtones du Canada, des territoires et des provinces

Cette section vise à établir le contexte de l'examen des mesures législatives et des politiques concernant les Autochtones. Elle débute par un profil sociodémographique des Autochtones au Canada, dans les territoires et dans les provinces. Elle est suivie d'un passage en revue des organismes autochtones ayant un mandat de santé au Canada, dans les territoires et dans les provinces.

⁶Une présentation au Conseil du Trésor est un document officiel soumis par un ministère promoteur au nom d'une organisation fédérale qui cherche à obtenir une approbation ou un pouvoir du Conseil du Trésor pour une initiative que l'organisation serait autrement incapable d'entreprendre ou qui dépasse les pouvoirs qui lui ont été confiés (Canada, 2007a).

Tableau 1: Population appartenant à un groupe autochtone au Canada, 2006

| Nom géographique | A. Population totale | B. Population appartenant à un groupe | C. Amérindiens | D. Métis | E. Inuits | F. Population non autochtone | G. % de la population autochtone canadienne (colonne B divisée par la population du Canada) | H. Population autochtone en % de la population P ou T (colonne B divisée par la colonne A) |
|---------------------------|----------------------|---------------------------------------|----------------|----------|-----------|------------------------------|---|--|
| Canada | 31 241 030 | 1 172 785 | 698 025 | 389 780 | 50 480 | 30 068 240 | 3,8 % | |
| Yukon | 30 190 | 7 580 | 6 280 | 800 | 255 | 22 615 | 1 % | 25,1 % |
| Territoires du Nord-Ouest | 41 060 | 20 635 | 12 640 | 3 580 | 4 160 | 20 420 | 2 % | 50,3 % |
| Nunavut | 29 325 | 24 915 | 100 | 130 | 24 635 | 4 405 | 2 % | 85 % |
| Colombie-Britannique | 4 074 385 | 196 075 | 129 580 | 59 445 | 795 | 3 878 310 | 17 % | 4,8 % |
| Alberta | 3 256 355 | 188 365 | 97 275 | 85 495 | 1 610 | 3 067 990 | 16 % | 5,8 % |
| Saskatchewan | 953 850 | 141 890 | 91 400 | 48 120 | 215 | 811 960 | 12 % | 14,9 % |
| Manitoba | 1 133 515 | 175 395 | 100 640 | 71 805 | 565 | 958 115 | 15 % | 15,5 % |
| Ontario | 12 028 895 | 242 495 | 158 395 | 73 605 | 2 035 | 11 786 405 | 21 % | 2,0 % |
| Québec | 7 435 905 | 108 425 | 65 085 | 27 980 | 10 950 | 7 327 475 | 9 % | 1,5 % |
| Nouveau-Brunswick | 719 650 | 7 650 | 12 385 | 4 270 | 185 | 701 995 | 2 % | 2,5 % |
| Nouvelle-Écosse | 903 090 | 24 175 | 15 240 | 7 680 | 325 | 878 920 | 2 % | 2,7 % |
| Île-du-Prince-Édouard | 134 205 | 1 730 | 1 225 | 385 | 30 | 132 475 | 0 % | 1,3 % |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 500 610 | 23 455 | 7 765 | 6 470 | 4 715 | 477 160 | 2 % | 4,7 % |

Statistique Canada, 2007

3.1 Profil socio-démographique

Au total, le recensement de 2006 rapporte 1 172 790 personnes se déclarant d'identité autochtone, contre 976 305 en 2001. La répartition est mentionnée dans le Tableau 1. La croissance de la population autochtone est près de deux fois plus rapide que celle des autres Canadiens. Parallèlement, la population des Premières nations du Canada continue à croître plus rapidement que celle des autres Canadiens. Statistique Canada signale un têt de croissance de 14,6 % entre 2001 et 2006 (Statistique Canada, 2006a; 2006b). Ce taux s'élevait à 15,1 % entre 1996 et 2001. De son côté, la population inuite continue à croître à un taux constant. Statistique Canada signale un taux de croissance de

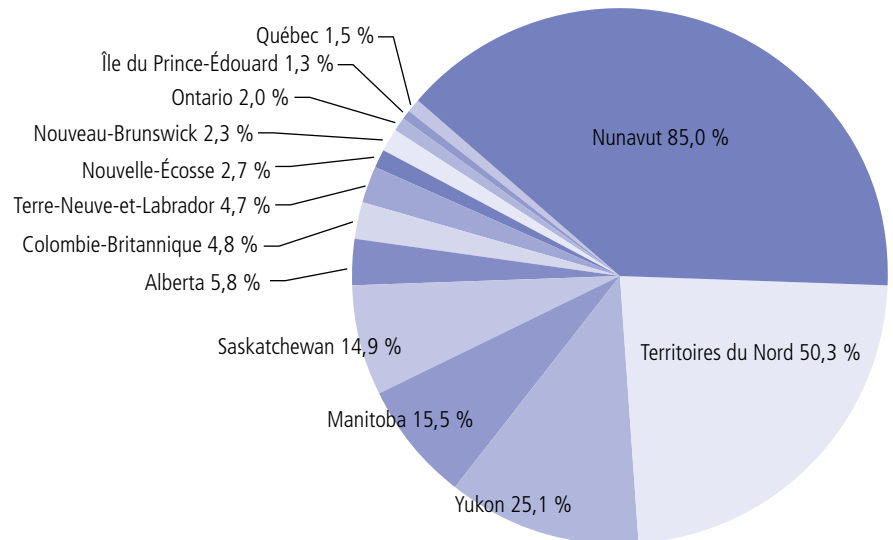


Figure 1: Pourcentage de population du territoire ou de la province déclarant appartenir à un groupe autochtone, 2006 (Statistique Canada, 2007)

12 % chez les Inuits entre 2001 et 2006 (Statistique Canada, 2006a; 2006b). De 1996 à 2001, le taux de croissance s'élevait à 12,1 %. La population métisse augmente plus rapidement que celles des Premières nations ou des Inuits. De 1996 à 2001, Statistique Canada signale un taux de croissance de 43,2 % pour cette population. De 2001 à 2006, il s'élevait à 33,3 % (Statistique Canada, 2006a; 2006b).

Statistique Canada attribue près de la moitié de la croissance de la population autochtone à des facteurs démographiques comme un taux de naissance élevé. Les autres facteurs sont le renforcement de la sensibilisation aux origines autochtones, l'augmentation de la déclaration volontaire des Métis et un dénombrement plus complet des réserves (Statistique Canada, 2008a; 2008b).

Cette optique nationale ignore la complexité et la diversité des Autochtones à travers le Canada, les territoires et les provinces. La proportion des Autochtones dans les territoires et les provinces est en lien direct avec ce projet. Comme le montre la figure 1, les Autochtones constituent une grande partie de la population des territoires, du Manitoba et de la Saskatchewan. En revanche, ils ne comptent que pour moins de 3 % en Ontario, au Québec, au Nouveau-Brunswick, en Nouvelle-Écosse et à l'Île-du-Prince-Édouard.

Un point principal émerge de l'examen ci-dessus. À l'échelon national, la population autochtone représente 3,8 % de la population globale. Elle ne peut pas espérer que ses intérêts soient représentés et protégés par le biais du seul processus démocratique (Schouls, 1996). D'autres arrangements sont nécessaires, comme l'inscription, dans la législation, de dispositions la concernant. Si la même logique s'applique aux Autochtones dans la plupart des provinces, ce n'est pas le cas des territoires où ils constituent une proportion importante des électeurs.

3.2 Les organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les provinces, les territoires et le Canada

Depuis les années 1960, des organisations autochtones ont été créées pour défendre les droits de leurs membres ou dans le courant d'activités d'autonomie gouvernementale. À l'échelon national, on compte sept organisations autochtones dont le mandat consiste à promouvoir les sujets associés à la santé, entre autres. Les descriptions suivantes sont extraites des sites Web de ces organisations.

L'Assemblée des Premières nations (APN) a été incorporée en 1969. Auparavant, elle portait le nom de Fraternité nationale des Indiens. L'APN est l'organisation canadienne qui représente les Premières nations à l'échelon national. Son secrétariat est chargé de présenter l'opinion des diverses Premières nations, par le biais de leurs dirigeants, sur des sujets comme les droits ancestraux et issus de traités, le développement économique, l'éducation, la langue, la littératie, la santé, le logement, le développement social, la justice, l'imposition, les revendications territoriales, l'environnement et une vaste gamme de questions courantes qui se posent de temps à autre. Vous trouverez davantage d'informations à www.afn.ca.

L'organisation Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), auparavant Inuit Tapirisat du Canada, est le porte-parole national des Inuits du Canada. Créée en 1971, elle représente et promeut les intérêts de cette population. Au cours de son histoire, ITK a efficacement fait la promotion des intérêts des Inuits en créant des relations constructives de coopération avec différents ordres de gouvernement au Canada, notamment dans le domaine des règlements en matière de revendications territoriales, et en représentant les Inuits au cours des pourparlers constitutionnels des années 1980. Vous trouverez davantage d'informations à www.itk.ca (en anglais seulement).

Depuis 1983, le Ralliement national des Métis (RNM) représente la nation métisse à l'échelon national et international. Son mandat et son orientation lui viennent de la direction démocratiquement élue des gouvernements métis de l'ouest de l'Ontario. Plus précisément, le RNM reflète et fait avancer les aspirations de ces gouvernements métis à l'échelon national et international. Vous trouverez davantage d'informations à www.metisnation.ca (en anglais seulement).

Le Congrès des Peuples Autochtones (CPA) représente les intérêts des Autochtones qui vivent hors réserve. Créé en 1971 sous le nom de Conseil national des autochtones du Canada, le CAP vise à restaurer la reconnaissance des Autochtones de fait et hors réserve, et à faire reconnaître leurs droits fondamentaux. Vous trouverez davantage d'informations à www.abo-peoples.org (en anglais seulement).

L'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) a été créée pour renforcer, promouvoir et favoriser le bien-être social, économique, culturel et politique des femmes des Premières nations et métisses vivant dans les sociétés des Premières nations, métisses et canadiennes. L'AFAC est un regroupement de treize organisations de femmes autochtones de l'ensemble du Canada. Cet organisation sans but lucratif a été incorporée en 1974. Vous trouverez davantage d'informations à www.nwac.ca/fr.

L'Association nationale des centres d'amitié (ANCA) a été créée en 1972 pour représenter le nombre croissant de centres d'amitié à l'échelon national. Les centres d'amitié sont des organisations sans but lucratif situées dans les divers centres urbains du Canada. Ils ont été créés pour répondre aux besoins des Autochtones vivant en milieu urbain. Vous trouverez davantage d'informations à nafc.ca/nous.htm.

L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) a été incorporée en 2000. L'ONSA est un organisme fondé sur la connaissance et dont le seul but est d'influencer et de faire progresser toutes les personnes, familles et communautés inuites, métisses et des Premières nations. Vous trouverez davantage d'informations à www.naho.ca/fr.

Des associations de professionnels de la santé autochtone ont également émergé au fil des ans pour promouvoir la création d'une main-d'œuvre autochtone en santé et l'intégration des valeurs autochtones dans la pratique. En voici quelques exemples :

- L'Association des médecins indigènes du Canada (AMIC);⁷
- L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC), créée en 1975. Vous trouverez davantage d'informations à www.anac.on.ca (en anglais seulement);
- L'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC), créée en 1992. Vous trouverez davantage d'informations à www.niichro.com/2004/index.php?lang=fr.

À l'échelon des territoires et des provinces, de nombreuses organisations sont nées, certaines dans le cadre des structures créées par la *Loi sur les Indiens* (bandes, conseils tribaux), d'autres dans la foulée des activités d'autonomie gouvernementale (p. ex., le Grand conseil des Cris). D'autres encore répondent à des besoins de promotion et de défense des droits (associations de femmes autochtones).

Les principales organisations autochtones possédant un mandat en santé sont mentionnées à l'annexe B. En tout, 41 organisations autochtones distinctes ont été recensées à l'échelon des territoires et des provinces seulement. Il se peut toutefois que la liste ne soit pas complète. Il existe également de

nombreuses organisations régionales et communautaires.

3.3 Résumé

L'un des principaux points qui émergent de ces conclusions est que bien que la population autochtone ne compte que pour 3,8 % de la population totale, elle constitue une importante partie de la population territoriale, où elle peut espérer influencer les politiques à travers le seul processus démocratique. Ailleurs, d'autres arrangements sont nécessaires, comme l'inscription, dans la législation, de dispositions visant les Autochtones.

Il existe de nombreuses organisations autochtones ayant un mandat axé sur la santé. Bien que ce projet ne vise pas à évaluer l'impact de ces organisations sur les décisions en matière de politique de santé autochtone, la situation est encourageante.

4. Les peuples autochtones et le gouvernement fédéral

Cette section explore les relations entre les Autochtones et le gouvernement fédéral. Ce dernier joue un rôle très important à l'échelon national pour fournir des grandes lignes des politiques et des programmes qui reflètent les valeurs nationales. Son leadership dans l'adoption de la *Loi canadienne sur la santé* de 1984 ou en réponse à l'épidémie de SRAS en est un exemple typique. Cette section débute par un examen des documents historiques d'importance qui restent d'actualité. Vient ensuite un examen du rôle des principaux ministères fédéraux en matière de santé autochtone.

4.1 Les documents essentiels

La Proclamation royale : Les relations du Canada avec les Autochtones prennent racine dans son histoire unique. Pour résumer, la Couronne britannique a publié la Proclamation royale en 1763 après la conquête de la Nouvelle-France en 1759.

La Proclamation royale visait à contenir l'expansion des colonies américaines vers l'Ouest et à former une alliance avec les populations autochtones afin de garantir la souveraineté de la Couronne britannique (Coates et Morrison, 1986). En substance, elle indiquait que les peuples indigènes du Canada n'étaient pas conquis et restaient propriétaires de leurs territoires ancestraux. Tout empiètement de la part des colons devait être approuvé par la Couronne, négocié par le biais d'un traité et indemnisé en bonne et due forme. Les terres autochtones ne pouvaient être achetées que par la Couronne (Roi George, 1763).

La Proclamation royale s'appliquait aux parties de l'actuel Canada qui étaient sous le joug britannique en 1763 (à l'exclusion de la Colombie-Britannique et des terres concédées à la Compagnie de la Baie d'Hudson). Elle a néanmoins continué à alimenter les relations entre le Canada et les Autochtones, ainsi que le concept des droits autochtones (Havemann, 1999).

L'Acte de l'Amérique britannique du Nord de 1867 (ou *Loi constitutionnelle* de 1867) marque la naissance du dominion fédéral. Le Canada est une fédération très décentralisée (Savoie, 1999). Selon la Loi constitutionnelle de 1867, les Affaires indiennes relèvent de la compétence fédérale, tandis que les services de santé relèvent du provincial. Comme le montre le Tableau 2 (voir p. 24), la formulation reste cependant générale et laisse une large place à l'interprétation.

L'article 35 de la révision constitutionnelle de 1982 reconnaît et affirme les droits ancestraux et issus de traités existants. La loi continue à indiquer que les Autochtones incluent les peuples indiens, inuits et métis. Les mots « Indien », « Inuit » ou « Métis » n'apparaissent nulle part ailleurs dans le document.

⁷ Vous trouverez davantage d'informations à www.ipac-amic.org

Tableau 2 : Domaines de compétence exclusive, 1867

| Domaines de compétence fédérale | Domaines de compétence provinciale |
|--|---|
| 91(24) Les Indiens et les terres réservées pour les Indiens. | 92(7) L'établissement, l'entretien et l'administration des hôpitaux, asiles, institutions et hospices de charité dans la province, autres que les hôpitaux de marine. |

La révision constitutionnelle de 1982 a tiré au clair le sujet des droits autochtones. L'article 25 garantit que les dispositions incluses en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* ne peut annuler ni supplanter les droits autochtones inscrits dans les traités, la Proclamation royale et les revendications territoriales.

Droits et libertés autochtones non touchés par la charte

25. Le fait que la présente charte garantit certains droits et libertés ne porte pas atteinte aux droits ou aux libertés – ancestraux, issus de traités ou autres – des peuples autochtones du Canada, notamment :

- a) aux droits ou libertés reconnus par la Proclamation royale du 7 octobre 1763
- b) aux droits ou libertés existants issus d'accords sur les revendications territoriales ou ceux susceptibles d'être ainsi acquis.

L'article 35 de la Constitution affirme les droits des peuples autochtones, et, pour la première fois dans l'histoire du Canada, reconnaît que les Métis en font partie.

Droits des peuples autochtones du Canada Reconnaissance des droits ancestraux et issus de traités

35. (1) Les droits existants - ancestraux ou issus de traités – des peuples autochtones du Canada sont reconnus et confirmés.
Définition du terme « Autochtones du Canada »
- 2) Dans la loi, « peuples autochtones du Canada » s'entend notamment des Indiens, des Inuits et des Métis du Canada.

Revendications territoriales

3) Il est entendu que sont compris parmi les droits issus de traités, dont il est fait mention au paragraphe (1), les droits existants issus d'accords sur des revendications territoriales ou ceux susceptibles d'être ainsi acquis. Les droits ancestraux ou issus de traités sont garantis également aux personnes des deux sexes.

4) Indépendamment de toute autre disposition de la présente loi, les droits – ancestraux ou issus de traités – visés au paragraphe 1) sont garantis également aux personnes des deux sexes.

Engagement à participer à la Conférence constitutionnelle

Les gouvernements fédéral et provinciaux sont liés par l'engagement de principe selon lequel le premier ministre du Canada, avant toute modification de la catégorie 24 de l'article 91 de la *Loi constitutionnelle de 1867*, de l'article 25 de la présente loi ou de la présente partie :

- a) convoquera une conférence constitutionnelle réunissant les premiers ministres provinciaux et lui-même et comportant à son ordre du jour la question du projet de modification
- b) invitera les représentants des peuples autochtones du Canada à participer aux travaux relatifs à cette question.

La question demeure de savoir si la révision constitutionnelle de 1982 a entraîné une redéfinition de la responsabilité fédérale vis-à-vis des Métis et des Indiens ne pouvant s'inscrire dans le cadre de la *Loi sur les Indiens* (Ralliement national des Métis, 2008). Depuis longtemps, les Métis affirment qu'ils devraient être inclus dans la catégorie « Indiens » selon la définition de la *Loi sur les Indiens* (Jackman, 2000).

Jusqu'à présent, l'admissibilité aux services fédéraux de santé n'a pas été étendue aux Métis ou aux Autochtones non admissibles en vertu de la *Loi sur les Indiens*.

4.2 La Loi sur les Indiens

La *Loi sur les Indiens* a été mise en œuvre en 1876. Elle définit le cadre légal de l'obligation du gouvernement fédéral envers la santé des Indiens à l'article 73 qui donne au gouverneur en conseil le pouvoir de faire des règlements, afin :

- a) de prévenir, limiter et contrôler la propagation de maladies dans les réserves, qu'elles soient infectieuses ou transmissibles ou non
- b) de dispenser des traitements médicaux et des services de santé destinés aux Indiens
- c) de prévoir l'hospitalisation et le traitement obligatoire en cas de maladies infectieuses chez les Indiens
- d) de prévoir l'inspection des lieux dans les réserves ainsi que leur destruction, leur modification ou leur rénovation
- e) d'éviter l'engorgement des lieux utilisés comme logements
- f) d'assurer des conditions sanitaires sur les réserves, dans des locaux privés comme dans les lieux publics (Canada, 1985a).

Il convient de préciser que le pouvoir de réglementation conféré par la *Loi sur les Indiens* ne donne pas une autorité suffisante pour bâtir un cadre réglementaire exhaustif de santé et de services sur les réserves des Premières nations. Le Loi ne s'étend pas aux Inuits.

4.3 Les compétences fédérales, territoriales/provinciales et autochtones

La relation entre le gouvernement fédéral et les pouvoirs territoriaux ou provinciaux est complexe. Les lois territoriales et provinciales qui tentent de réglementer les Indiens inscrits dans un domaine relevant exclusivement du fédéral sont invalides. Toutefois, celles qui ne font pas intrusion dans un de ces domaines peuvent s'appliquer aux Indiens (Ministry of

Aboriginal Relations and Reconciliation, Colombie-Britannique, 2010).

Certaines Premières nations ont avancé que les articles 73 et 81 de la *Loi sur les Indiens* leur confèrent une autorité sur la santé publique à l'intérieur des réserves (Assemblée des Premières nations, 2006a). L'article 81 intitulé « Pouvoir du conseil » permet aux bandes de passer des règlements en matière de santé. Cependant, l'article 4 (Application de la Loi) interdit l'adoption de règlements incompatibles avec les lois territoriales et provinciales sur la santé, et exige que les Premières nations se conforment plutôt à ces dernières.

Ce sujet de discussion est abordé sous l'angle de la problématique. Comme le fait remarquer le rapport du *Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique* :

Les tensions récurrentes entre le droit et les aspirations des Peuples autochtones à une plus grande autodétermination au sein de la fédération canadienne ainsi que l'incertitude entourant l'efficacité et l'efficacité du renforcement du modèle historique des systèmes de santé distincts pour les communautés des Premières nations et inuit présentent un défi permanent à la préparation de réponses adéquates. (Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique, 2003, p. 79)

Il est fort probable que ce débat se poursuivre pour quelque temps encore.

4.4 Le renforcement des relations et l'élimination des lacunes (l'Accord de Kelowna)⁸

En septembre 2004, une première rencontre entre les premiers ministres et les dirigeants autochtones a été organisée dans le cadre d'un engagement à créer un plan d'action pour améliorer l'accès de tous les Autochtones aux services de santé. Il

s'en est suivi des mois de discussions et de consultation par des groupes autochtones en vue de créer un document préliminaire sur l'amélioration de la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Le document a été déposé et a fait l'objet d'un débat lors d'une réunion des premiers ministres en novembre 2005, à Kelowna, en Colombie-Britannique. Par la suite, les premiers ministres et les dirigeants des Premières nations se sont engagés dans un plan à long terme d'une valeur de 5,1 millions de dollars, exposé dans le document *Les premiers ministres et dirigeants autochtones nationaux - Renforcer les relations et combler l'écart (plus connu sous le nom d'Accord de Kelowna)*. L'Accord et l'engagement financier associé ont fait long feu avec le changement de gouvernement fédéral. Deux provinces, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse, ont cependant adopté des politiques et des stratégies créées dans la foulée de ces discussions. Elles sont évoquées à la section 6.

4.5 Les ministères fédéraux actuels et leurs mandats

Comme l'explique la section sur la méthodologie, nous avons, dans le cadre de ce projet, examiné le mandat de cinq ministères, soit Patrimoine canadien, Partenariat fédéral pour les soins de santé, Affaires indiennes et du Nord Canada, l'Agence de la santé publique du Canada et Santé Canada. Santé Canada et l'Agence de la santé publique du Canada, qui jouent les deux rôles les plus importants, sont évoqués ci-dessous.

4.5.1 Santé Canada

Santé et Bien-être social Canada a été créé en 1944. Ce ministère a changé de nom et de structure bien des fois. Son dernier avatar, le ministère fédéral de la Santé, a été créé en vertu de la *Loi de 1996 sur le ministère de la Santé*. Cette loi établit que :

Les pouvoirs et fonctions du ministre s'étendent d'une façon générale à tous les domaines de compétence du Parlement liés à la promotion et au maintien de la santé de la population ne ressortissant pas de droit à d'autres ministères ou organismes fédéraux (Canada, 1996).

Son mandat est axé sur cinq rôles centraux :

- En premier lieu, Santé Canada administre la Loi canadienne sur la santé, qui décrit les valeurs et les principes essentiels du régime d'assurance-maladie.
- Deuxièmement, il constitue un soutien stratégique pour le Transfert canadien en matière de santé effectué par le gouvernement fédéral. Dans ce cadre, Santé Canada transfère des fonds aux organisations et aux communautés des Premières nations et inuites afin qu'elles dispensent des services de santé communautaire (voir plus bas le passage sur la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits). Le ministère octroie également des subventions et des contributions à diverses organisations qui favorisent la réalisation de ses propres objectifs.
- Troisièmement, Santé Canada fait office d'organisme de réglementation pour des milliers de produits comme les produits biologiques, les biens de consommation, les aliments, les dispositifs médicaux, les produits de santé naturels, les produits pharmaceutiques et les substances toxiques. Il diffuse également une vaste gamme de programmes et de services en santé et protection de l'environnement, et a des responsabilités dans le domaine de l'abus d'alcool ou d'autres drogues, de la politique en matière de tabac, de la santé en milieu de travail et de l'utilisation de produits de grande consommation. Parallèlement, il surveille les maladies, fait le suivi et prend des mesures au besoin.
- Quatrièmement, Santé Canada fournit

⁸Le terme « Accord de Kelowna » n'a jamais été employé lors de la rencontre des premiers ministres, et il n'apparaît sur aucun des documents. Il a été utilisé pour la première fois dans un article du Toronto Star datant de janvier 2006.

des prestations supplémentaires en santé aux Premières nations et aux Inuits admissibles, pour les produits pharmaceutiques, les services dentaires, les services de correction de la vue, le transport médical, les fournitures et l'équipement médical, l'intervention en situation de crise et le counseling en matière de santé mentale. Ce programme, qui porte le nom de Services de santé non assurés (SSNA), est évoqué plus bas.

- Enfin, Santé Canada joue un important rôle de fournisseur d'informations en santé (Santé Canada, 2007a).

La Loi ne parvient pas à préciser les responsabilités potentielles du ministère en ce qui concerne les questions de santé qui ne sont pas explicitement prises en charge par la législation provinciale, comme la santé publique et la prestation de services de santé sur les réserves.

Santé Canada et le ministère de la Santé sont responsables des 13 lois suivantes :

- *Loi sur la procréation assistée*
- *Loi canadienne sur la santé*
- *Loi sur le Centre canadien de lutte contre les toxicomanies*
- *Loi sur les Instituts de recherche en santé du Canada*
- *Loi réglementant certaines drogues et autres substances*
- *Loi sur les aliments et drogues*
- *Loi sur le contrôle des renseignements relatifs aux matières dangereuses*
- *Loi sur les produits dangereux*
- *Loi sur les produits antiparasitaires*
- *Loi sur l'indemnisation pour dommages causés par les pesticides*
- *Loi sur les dispositifs émettant des radiations*
- *Loi sur le tabac*
- *Loi canadienne sur la protection de l'environnement (administrée conjointement par Environnement Canada).*

Ces lois ne contiennent aucune disposition visant les Autochtones.

La Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) constitue le programme le plus vaste de Santé Canada. Il occupe les deux tiers de son budget annuel de trois milliards de dollars (Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada, 2008). Le rôle de Santé Canada dans la santé des Premières nations et des Inuits remonte à 1945, lorsque le Service de santé des indiens est transféré par les Affaires indiennes et commence à fournir directement des services aux peuples des Premières nations sur réserve et aux Inuits du Nord.

Par la suite, la DGSPNI passe lentement à la prestation de services directs aux communautés des Premières nations et inuites (Lavoie et coll., 2005). Vers la fin des années 1980, le transfert des responsabilités, une politique découlant de la création des ministères territoriaux de la santé, est largement entamé.⁹ Au milieu des années 1980, le gouvernement fédéral commence à prendre des arrangements administratifs pour donner aux communautés des Premières nations et inuites la possibilité d'exercer un plus grand contrôle sur les services de santé communautaires. Les mécanismes qui en découlent sont liés à deux politiques : la *Politique de 1979 sur la santé des Indiens* et la *Politique de transfert des services de santé de 1989*.

La *Politique sur la santé des Indiens* a été adoptée le 19 septembre 1979 (Crombie, 1979). Elle consiste en un document de deux pages guidé par un vaste objectif :

l'objectif de la *Politique fédérale sur la santé des Indiens* est d'améliorer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes (Santé Canada, 2007c, parag. 4).

Elle repose sur trois piliers visant l'amélioration de la santé des Indiens :

1. renforcer l'état de santé des Indiens par des moyens conçus et mis en œuvre par les communautés indiennes elles-mêmes;
2. renforcer les relations traditionnelles et les nouvelles relations entre le gouvernement fédéral, l'échelon provincial et les organisations gouvernementales des Indiens en favorisant leur participation à la planification, à l'établissement du budget et à la prestation de programmes de santé;
3. augmenter la capacité des communautés indiennes à jouer un rôle positif et actif au sein du réseau canadien de la santé et en ce qui concerne les décisions touchant à leur santé (Santé Canada, 2007c).

La *Politique sur la santé des Indiens* n'a pas débouché sur la formulation d'une stratégie de mise en œuvre avec des objectifs à court terme, à moyen terme et à long terme. L'adoption de cette politique a été suivie trois mois plus tard de la publication d'un document de discussion sur la santé des Indiens qui présentait les résultats d'une étude des services de santé aux Indiens sous la direction de la Direction générale des services médicaux (DGSM). Ce document contenait les quatre grandes recommandations suivantes :

1. mettre en place une communication efficace entre le peuple indien et Santé et Bien-être social grâce à la création de stratégies de communication convenues entre les parties;
2. renforcer considérablement les actions visant à réduire les maladies liées à l'environnement et promouvoir un milieu social sain dans les réserves indiennes;
3. parvenir à l'autodétermination des communautés indiennes en matière de santé;

⁹ Voir l'historique détaillé dans Dacks (1990)

Tableau 3 : Modèles de contrôle communautaire

| Modèle | Relève de la DGSPNI | | | Relève de l'AINC |
|----------------------------------|--|---|---|--|
| | Non transféré/non intégré | Intégré | Transfert | Autonomie |
| Admissibilité | Communautés au nord du 60e parallèle (les provinces) | Communautés du Yukon, Territoires du Nord-Ouest et au sud du 60e parallèle (les provinces) | Communautés au nord du 60e parallèle (les provinces) | Toutes les communautés |
| Durée de l'accord | Jusqu'à 3 ans en fonction des responsables du programme | Étape 1 : jusqu'à 1 an Étape 2 : jusqu'à 5 ans | 3 à 5 ans | 5 ans |
| Description | Tous les programmes transférables et non transférables sont financés en vertu d'accords séparés. | Tous les programmes transférables choisis par la communauté en vertu d'une entente unique de 3 à 5 ans. Programmes non transférables en vertu d'accords de contribution distincts. | Tous les programmes transférables choisis par la communauté en vertu d'une entente unique de 3 à 5 ans. Programmes non transférables en vertu d'accords de contribution distincts. | Tous les programmes de l'AINC et la plupart de ceux de la DGSPNI peuvent être inclus en fonction d'un accord unique souple. Les communautés peuvent choisir les programmes devant être inclus. |
| Souplesse de la ligne budgétaire | Non, sauf approbation préalable écrite de la DGSPNI | Avec approbation préalable écrite de la DGSPNI | Oui, parmi les programmes transférables. Impossible de réaffecter dans les programmes ciblés. | Oui, il s'agit du modèle le plus souple. |

4. encourager le développement communautaire grâce à la création du National Institute of Indian Health and Social Development (National Health and Welfare, 1979).

Le document réglait un certain nombre de questions, notamment celui du transfert des services de santé existants aux communautés indiennes. En 1982, le Programme pilote de santé communautaire était créé pour permettre aux Premières nations d'expérimenter différents modèles de prestation de services communautaires (Garro et coll., 1986).

Le terme « Indien » employé dans la Politique sur la santé des Indiens a créé des ambiguïtés. Il exclut clairement les communautés métisses, les Indiens de fait et les Indiens vivant hors des réserves. Parallèlement, la politique n'établit pas précisément si elle vise les Inuits.

La Politique de transfert des services de santé est le résultat le plus tangible de la Politique sur la santé des Indiens. Amorcée en 1989, elle a donné à des communautés uniques et à des conseils tribaux l'occasion d'accroître leurs responsabilités en matière de planification et de prestation de services de santé communautaire, et dans certains programmes régionaux (Lavoie et coll., 2005). Elle visait à promouvoir la prise en main des services de santé communautaire ainsi que certains programmes régionaux fournis par la DGSPNI. Les options sont décrites dans le Tableau 3. Depuis 2003, la DGSPNI compte 295 communautés ayant signé un accord de transfert.

Le modèle intégré a été créé en 1994 pour remplacer ce système. Conformément au rapport de 2005 présentant une Évaluation de la Politique de transfert des services de santé, ce modèle a été conçu pour donner davantage de contrôle aux communautés trop petites pour réussir un transfert (voir Lavoie et coll., 2005, pp. 43-44 pour un

examen plus détaillé). Les dispositions du modèle intégré ont été approuvées par diverses autorités du Conseil du Trésor et s'éloignent quelque peu de celles du transfert, dont les critères d'admission sont différents. Il en découle que les communautés des Premières nations du Yukon peuvent signer une entente intégrée, sans pour autant être admissibles au transfert (Lavoie et coll., 2005).

Depuis 2003, 176 communautés ont signé un accord intégré. Les communautés qui favorisent la souplesse peuvent négocier une entente d'autonomie, ce qui regroupe les programmes d'AINC et de la DGSPNI en un seul accord leur permettant de récupérer les fonds des programmes auparavant financés séparément (développement économique, éducation, santé, aide sociale, etc.). Depuis 2003, seulement 12 accords de ce type ont été signés. Enfin, les communautés qui ont choisi de ne pas profiter de ces options participent quand même à l'administration

d'un certain nombre de programmes,¹⁰ tous financés en vertu d'accords séparés et rigides (Santé Canada, 2003).

Les accords de transfert et les accords intégrés sont définis par une politique. Ces ententes sont inscrites dans des accords de contribution, qui, d'un point de vue juridique, constituent des contrats, à l'opposé des ententes d'autonomie qui entraînent des mesures législatives.

Avec toutes ces options, la DGSPNI peut également proposer certains services directs. Elle finance 34 programmes distincts (Santé Canada, 2007b). Environ un programme sur quatre ne peut être inclus dans un accord intégré, un accord de transfert ou une entente d'autonomie. Les communautés doivent les demander en déposant une proposition écrite, et en cas de réponse positive, gérer le financement à travers des accords de contribution distincts. Certaines préoccupations et questions administratives concernant la fragmentation associée à la multiplicité des petits programmes ont été soulevées dans trois évaluations séparées (Gibbons, 1992; Institute for Human Resource Development, 1995; Lavoie et coll., 2005).

Les nouvelles politiques en cours suggèrent que la DGSPNI continue à promouvoir l'autogestion, par les Premières nations et les Inuits, des services de santé communautaires (Santé Canada, 2008). D'autres possibilités ont émergé des processus uniques de négociations : la Convention de la baie James et du Nord québécois et l'Accord définitif Nisga'a en sont des exemples. Ils sont examinés à la section 5.

Bien qu'il ne s'agisse pas d'une politique, le Programme de services de santé non assurés (SSNA) mérite d'être brièvement évoqué. Selon la Loi canadienne sur la santé, les services de santé assurés (financés) par l'État sont l'hospitalisation ainsi que l'accès aux

médecins généralistes et aux spécialistes. Les services non assurés sont ceux pour lesquels les particuliers doivent payer ou faire payer leur assurance. Le complément des services assurés varie quelque peu d'une province et d'un territoire à l'autre. Par exemple, le Manitoba prend complètement en charge les services de chiropractie, tandis que la Colombie-Britannique n'en couvre qu'une partie.

Les Indiens inscrits vivant en réserve et hors réserve et les Inuits de partout au Canada ont droit aux services prévus par le programme de SSNA. Ce programme prend en charge le coût des médicaments, des soins de la vue, des soins dentaires, de l'équipement médical et du transport médical. Le financement du transport médical se limite aux Indiens inscrits vivant dans des réserves et aux Inuits du Nunavik et du Nunatsiavut qui doivent quitter leur territoire traditionnel pour se faire soigner dans des centres urbains. Les territoires ont adopté des définitions légèrement différentes.

Souvent, les Autochtones voient la SSNA comme un droit à la santé issu d'un traité (Assemblée des Premières nations, 2005). Ce n'est pas l'opinion du gouvernement fédéral (Boyer, 2004). Historiquement du moins, sa position était que les services étaient étendus aux Indiens pour des raisons humanitaires (voir Waldram et coll., 2006, p. 178-181 pour un examen plus détaillé). En ce qui concerne l'époque actuelle, il ne s'est pas prononcé clairement sur ce sujet.

4.5.2 L'Agence de la santé publique du Canada

L'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) a été créée en 2004 par une loi du Parlement (Canada, 2006a) après l'épidémie de syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) de 2003. Le rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique (Comité consultatif

national sur le SRAS et la Santé publique, 2003) a établi que la fragmentation des compétences entre le Canada et les provinces en matière de soins de santé relevait d'un problème de santé publique créant des obstacles à l'accès aux soins.

À l'heure actuelle, l'ASPC propose un certain nombre de programmes de santé hors réserves. Ces programmes sont spécialement conçus pour combler les besoins de populations isolées, notamment les Autochtones vivant hors réserve. S'il existe des politiques propres aux autochtones, nous n'avons pas été en mesure de les trouver. Le Plan stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada : 2007-2012 mentionne que l'ASPC prévoit renforcer ses capacités en matière de santé autochtone et créer un solide cadre politique et stratégique pour la santé publique de cette population. Pour y parvenir, elle propose de créer et d'entretenir des relations de collaboration avec des organisations autochtones nationales et régionales ainsi qu'avec d'autres ministères fédéraux (Canada, 2007b). Les autorités provinciales et territoriales ne sont pas mentionnées.

4.6 Résumé

Le gouvernement fédéral reconnaît avoir une relation spéciale avec les Autochtones. La reconnaissance de cette relation s'est tout d'abord limitée aux Premières nations (Indiens), puis s'est étendue aux Inuits en 1939. Suite à la révision constitutionnelle de 1982, les Métis sont désormais considérés comme des Autochtones. Que les compétences fédérales s'étendent aux Métis et aux personnes non admissibles selon la Loi sur les Indiens est une question de point de vue. Jusqu'à présent, les services ne leur sont pas accessibles.

Les domaines constitutionnels de compétence fédérale/provinciale restent définis de manière floue, ce qui laisse la place à la confusion et aux lacunes en cas de

¹⁰ P. ex. : Programme des infirmières en santé communautaire, Programme des représentants de la santé communautaire, Initiative Grandir ensemble, Pour des collectivités en bonne santé, Programme canadien de nutrition prénatale. Voir la liste détaillée dans le recueil des programmes de la DGSPNI (Santé Canada, 2007b)

changement de politique ou d'émergence de nouveaux problèmes. La compétence en matière de santé publique dans les réserves en est un exemple typique.

Comme il a été expliqué ci-dessus, les politiques fédérales qui alimentent les questions de compétences en matière de santé autochtone sont insuffisantes et sans véritables liens. Les politiques fédérales ne répondent pas aux besoins des Métis ou des personnes qui ne peuvent pas être inscrites au titre d'Indiens en vertu de la Loi sur les Indiens. Ces politiques ne sont pas reliées à des mesures législatives autres que la Loi sur les Indiens et la Loi canadienne de 1984 sur la santé. Les dispositions de ces lois sont formulées d'une façon floue qui laisse la place à l'interprétation.

L'Agence de la santé publique du Canada a entrepris des négociations avec les ministères fédéraux et les organisations autochtones pour établir une politique globale de santé publique autochtone. Cette politique pourrait constituer une solution partielle à ce problème. Elle pourrait toutefois ne pas parvenir complètement à préciser les autres questions de compétence ou donner une orientation aux territoires et aux provinces.

5. Les traités, les activités d'autonomie gouvernementale et la santé

Certains traités comme de nombreuses ententes d'autonomie ont forgé le cadre des responsabilités autochtones en matière de services de santé. Peu de traités avaient été signés avant la Confédération. La plupart d'entre eux étaient des traités de paix et d'amitié qui n'entraînaient pas la cession de terres. Il y a cependant eu des exceptions. Les traités de cession des terres du Haut-Canada et du Bas-Canada, les traités Robinson et Williams et les traités Douglas sont des traités antérieurs à la

Confédération qui ont débouché sur la cession de terres.

Les traités signés après la Confédération étaient généralement associés à la cession de terres. Un ensemble de traités communément appelés les traités numérotés ont été signés pour faciliter la progression des colons vers l'Ouest. Les frontières de ces traités s'étendaient sur de vastes parcelles de terres, et ne tenaient pas compte de la vision qu'avaient les Autochtones de leurs propres territoires traditionnels. Finalement, un certain nombre de traités numérotés ont été signés avant la création des provinces et des territoires de l'Ouest. Il n'est donc pas étonnant que certains d'entre eux ne respectent pas les frontières provinciales et territoriales actuelles (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2008). Les limites fixées par ces mêmes traités ignoraient les frontières traditionnelles, allant jusqu'à diviser certaines nations.

Au cours des dernières décennies, certaines nations autochtones ont signé des traités modernes ou des accords de revendication territoriale. Les traités historiques et les tendances en matière d'autonomie ont entraîné divers arrangements et initiatives qui ont favorisé la participation des Autochtones aux politiques en santé et à la prestation de services. Chacun d'entre eux fait l'objet d'un examen.

5.1 Les traités historiques

Cette section résume les conclusions tirées de l'examen des traités numérotés, dont la liste est donnée à l'annexe C. Seul le traité n° 6 comprend des dispositions précises sur la prestation de soins de santé, dont la « clause de la trousse de soins ».¹¹ Cette clause donne au gouvernement fédéral la responsabilité de protéger les Premières nations contre les fléaux et la famine, et de placer une « trousse de soins » dans la demeure de chaque agent du ministère. Les raisons qui motivent cette demande

des Premières nations sont clairement expliquées dans les registres d'Alexander Morris, le Commissaire aux traités de l'époque. Voici ce qu'il écrit :

Les Indiens étaient inquiets au sujet de l'avenir. Ils voyaient les réserves de nourriture, les bisons, disparaître, et ils étaient anxieux et désespérés... Ils avaient besoin de manger. La variole les avait décimés par centaines quelques années auparavant, et ils redoutaient les fléaux et la famine (1880, p. 178).

Des requêtes de même type sont faites lors des négociations précédant les traités n° 8, 10 et 11. Elles comportent, dans les détails, des demandes pour obtenir des médicaments et un médecin résident. Ces requêtes n'ont toutefois pas été intégrées dans le texte de ces traités. Cependant, les notes du Commissaire aux traités font clairement état de l'engagement de fournir des médicaments (Canada, 1899; Canada, 1906; Canada, 1921).

Même si, pour de nombreuses Premières nations, ces dispositions signifient que le gouvernement fédéral est tenu de fournir des services de santé complets, la position de ce dernier est que la prestation de soins médicaux relève de la politique et non du droit (Boyer, 2004). Cette position se base sur un règlement publié en 1966 par la Cour suprême de la Saskatchewan (l'appel Johnston), établissant que :

la clause [de la trousse de soins] en soi ne donne pas aux Indiens le droit absolu de l'utiliser et d'en profiter, mais ces droits, tels qu'ils ont été conférés, sont assujettis aux directives de l'agent des sauvages (Canada, 1966, p. 753).

Conformément à cette interprétation, le gouvernement fédéral a tout pouvoir pour déterminer la légitimité des demandes de soins de santé des Indiens et les leur accorder gratuitement ou de manière payante.

¹¹ Armoire à pharmacie contenant les médicaments disponibles à l'époque.

Depuis, une approche plus générale de l'interprétation des traités a été adoptée par les tribunaux canadiens. En 1989, la cour d'appel de Colombie-Britannique réclamait une interprétation plus équitable, plus large et plus généreuse en faveur des Indiens et indiquait que le traité devait être interprété dans des termes naturellement compréhensibles par ces derniers, que la Couronne devait éviter les transactions trop dures et que l'interprétation des formulations ambiguës ne devrait pas porter préjudice aux Indiens s'il était possible d'en faire une autre (Claxton et Saanichton Marina Ltd, 1989).

En outre, le règlement d'un cas présenté en 1999 par la nation crie Wuskwi Sipihk du Manitoba critiquait l'interprétation restrictive de l'appel Johnston et faisait le commentaire suivant :

il est clair que la Cour d'appel de la Saskatchewan a adopté ce qui est désormais vu comme une mauvaise approche avec la lecture littérale et restrictive de la clause de la trousse de soins lors de la décision de 1966 dans Johnston... Dans un contexte actuel, la clause nécessiterait probablement la prestation d'une vaste gamme de services médicaux contemporains (Canada, 1999, p. 5).

Il reste encore à ce règlement à influencer la position du gouvernement du Canada en matière de politique.

5.2 Les activités d'autonomie gouvernementale dans les territoires et les provinces

Les traités modernes ont été signés sur des sujets n'ayant jamais été négociés par les traités historiques (p. ex., la Convention de la baie James et du Nord québécois, Canada, 1974; l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut, Canada, 1993; et l'Accord définitif Nisga'a et coll., 1999). Chaque traité moderne et chaque entente d'autonomie a débouché sur des arrangements différents. Par exemple, les quatre régions inuites ont

Tableau 4 : Extraits de dispositions législatives qui précisent les compétences

| Loi | Disposition |
|--|---|
| Public Health Act de l'Alberta, 2000 | « 65 1) Lorsqu'une ordonnance est publiée en vertu de l'article 62 concernant les terres patentées selon la définition de la Métis Settlements Act, la régie régionale de la santé peut envoyer un avis de risque sanitaire au registraire du bureau d'enregistrement des établissements métis et ce dernier doit inscrire cet avis dans le registre du titre de la terre visée par l'ordonnance. 2) Un avis de risque sanitaire inscrit en vertu de cet article n'expire pas et ne peut être annulé, sauf sur réception par le registraire du bureau d'enregistrement des établissements métis d'un avis écrit produit par la régie régionale de la santé qui demande son annulation. 3) Lors de l'inscription de l'avis de risque sanitaire, le registraire du bureau d'enregistrement des établissements métis doit informer la personne au nom de qui le titre Métis est enregistré ainsi que toutes les personnes concernées par ledit titre » (Alberta, 2000e). |
| Alberta Hospitals Act de 2000 | La partie 3 - Régime de prestations pour hospitalisation établit que, au nom du gouvernement de l'Alberta, le ministre peut passer une entente avec le gouvernement du Canada dans le cadre des contributions du Canada concernant les coûts défrayés par la province pour les services aux Indiens des réserves provinciales (Alberta, 2000d). |
| Saskatchewan Public Health Act de 1994 | « Afin d'exécuter cette loi dans l'esprit, le ministre peut passer des ententes avec un pouvoir local, le gouvernement du Canada ou ses bureaux, le gouvernement d'une autre province ou territoire du Canada ou ses bureaux, une bande indienne ou toute autre personne » (Saskatchewan, 1994). |
| Loi de l'Ontario sur les soins de longue durée | « 7) Le ministre désigne comme organisme de services polyvalent : a) un organisme agréé qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'une première nation si le ministre a conclu une entente avec la Première nation en vertu de l'alinéa 9(1)a) et que l'organisme agréé satisfait aux exigences en matière de désignation comme organisme de services polyvalent énoncées dans l'entente; b) un organisme agréé qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'un groupe de Premières nations si le ministre a conclu une entente avec le groupe de Premières nations en vertu de l'alinéa 9 (1) b) et que l'organisme agréé satisfait aux exigences en matière de désignation comme organisme de services polyvalent énoncées dans l'entente; c) un organisme agréé qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'une communauté autochtone si le ministre a conclu une entente en vertu de l'alinéa 9 (1) c) avec l'organisme agréé ou une organisation autochtone autre que l'organisme agréé et que celui-ci satisfait aux exigences en matière de désignation comme organisme de services polyvalent énoncées dans l'entente » (Ontario, 1994a). |
| Loi sur la santé publique du Nouveau-Brunswick | « 58(1) Sous réserve de l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, le ministre peut passer et modifier des ententes avec c) le conseil d'une bande tel que la Loi sur les Indiens » (Canada, 1985a) le définit, une municipalité ou une communauté rurale, aux fins de l'organisation et de la fourniture des programmes et services de la santé publique, la prévention des maladies et des blessures et la promotion et la protection de la santé de la population du Nouveau-Brunswick ou de tout groupe de celle-ci (Nouveau-Brunswick, 1998). |

entrepris des activités autonomes qui ont pour résultat d'augmenter l'autonomie dans des domaines clés.

• L'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut a entraîné la

création du territoire du Nunavut.

- Dans les régions d'Inuvialuit et du Nunatsiavut, les Inuits ont signé des ententes d'autonomie.
- Au Nunavik, la Convention de la baie James et du Nord québécois a donné

naissance à un modèle unique en vertu duquel des structures inuites créées (conseil de la santé et conseils scolaires) ont été vues comme le prolongement de structures du gouvernement provincial. Une entente signée en 2007 doit aboutir à la création du gouvernement régional du Nunavik, qui aura un droit de regard sur toutes les structures créées dans la foulée de la Convention de la baie James et du Nord québécois. Ce nouveau palier de gouvernement relèvera directement de l'Assemblée nationale du Québec (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2007).

La plupart des ententes d'autonomie et des traités modernes ont établi la compétence du gouvernement autochtone en matière de santé. Financées conjointement par les gouvernements fédéral et provincial pour répondre aux besoins en santé des Inuits du Nunavik et des Cris de la baie James, les structures de soins de santé issues de la Convention de la baie James et du Nord québécois sont uniques au Canada (Canada, 1974). Bien qu'elles soient gérées par les pouvoirs autochtones, elles sont également liées au réseau provincial des soins de santé.

En outre, l'Accord avec les Nisga'a, la Convention de la baie James et du Nord québécois et l'Accord-cadre avec la Labrador Inuit Association sont des accords tripartites incluant des dispositions pour l'autonomie des services de santé. Les nouveaux arrangements comprennent des dispositions qui établissent clairement les compétences, les rôles, les responsabilités, ainsi que les mécanismes visant à régler les problèmes de compétences éventuels. Encore une fois, chaque entente est unique en soi, et crée des arrangements et des obligations chaque fois différentes. Il est notable que les ententes d'autonomie signées dans les territoires ne comprennent aucune disposition sur des services de santé. C'est également le cas de la Loi sur l'autonomie gouvernementale de la bande indienne secheltes, même si cette entente

comporte une disposition autorisant la Première nation à adopter des lois sur les services de santé sur les terres secheltes (Canada, 1986).

5.3 Résumé

De tous les traités historiques, six seulement comportent des dispositions sur la santé. Une affaire de 1999 a infirmé les interprétations précédentes de la portée de la clause de la trousse de soins. Il lui reste à influencer les politiques. Les ententes d'autonomie signées par les Nisga'a, les Inuits du Nunatsiâq et du Nunavik ainsi que par les cris de la baie James comprennent des dispositions sur les services de santé. Ce n'est pas le cas de toutes ces ententes.

Ces accords ont donné aux Autochtones l'occasion de participer aux activités de création de politiques, de planification et de prestation des soins de santé. Cette situation contraste avec les possibilités étendues aux signataires des traités historiques, limitées à la participation à la planification, à la gestion et à la prestation de services de santé communautaires dans le cadre de la *Politique de transfert des services de santé*.

6. L'environnement législatif et politique de la santé autochtone dans les territoires et les provinces

Cette section détaille les conclusions de l'examen des mesures législatives et des politiques territoriales et provinciales qui contiennent des dispositions sur les Autochtones, tout en mentionnant les points forts et les lacunes. Les possibilités de participation des Autochtones issues de la décentralisation des réseaux provinciaux des soins de santé sont ensuite explorées. Cette section se conclut par un examen plus détaillé des principales mesures législatives et politiques pouvant servir de modèles dans d'autres lieux.

6.1 Les mandats, les mesures législatives et les politiques propres aux Autochtones
Les résultats des cadres législatifs territoriaux et provinciaux sur la santé sont résumés à l'annexe A et détaillés à l'annexe E.

Les dispositions juridictionnelles : Notre examen des faits montre que la législation de certains territoires et certaines provinces contient des dispositions qui précisent les responsabilités de ces gouvernements en matière de santé autochtone. Ces dispositions sont cependant limitées et axées sur un champ d'application précis. Par exemple, les lois albertaines visent les établissements métis. Selon les législations de l'Alberta, de la Saskatchewan, de l'Ontario et du Nouveau-Brunswick, le ministère peut opter pour un accord avec le Canada et/ou les Premières nations en ce qui concerne la prestation de services de santé, ce qui signifie clairement que cette dernière ne relève pas du mandat de la province. Des exemples sont donnés dans le tableau 4 ci-dessous.

Au Yukon, au Québec et à Terre-Neuve-et-Labrador, la législation sur la santé contient des dispositions concernant les ententes d'autonomie et les traités modernes en vigueur, qui établissent clairement les responsabilités de ces gouvernements territoriaux et provinciaux en santé, uniquement dans les domaines visés par ces ententes. Par exemple, si la *Yukon Health Act* souligne l'importance des partenariats avec des groupes autochtones, elle stipule également que l'*Accord de revendication territoriale du Yukon* ou la *Loi sur l'autonomie gouvernementale des Premières nations du Yukon* l'emporte en cas de conflit (Yukon, 2002a). La *Loi de 1991 sur les services de santé et les services sociaux* définit le processus de traitement des plaintes liées à l'accès aux services par les signataires de la *Convention de la baie James et du Nord québécois*. Des dispositions semblables existent à Terre-Neuve-et-Labrador, comme l'explique le tableau 5 (voir p. 32).

Politiques et mesures législatives qui évoquent les pratiques traditionnelles de guérison : Comme l'indique le tableau 6, certaines mesures législatives comprennent des dispositions concernant les pratiques traditionnelles de guérison.¹² Il n'y a qu'au Yukon que la législation sur la santé reconnaît la nécessité de respecter les pratiques traditionnelles de guérison et l'importance des partenariats avec les Autochtones. Pour le Québec, le Manitoba et l'Ontario, les sage-femmes autochtones devraient être dispensées du contrôle prévu par le Code des professions. Les dispositions concernées se trouvent dans la *Loi sur les sages-femmes*. L'Ontario étend ces mêmes dispenses aux guérisseurs traditionnels.

Enfin, la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick et l'Île-du-Prince-Édouard ont adopté des mesures législatives de lutte contre le tabagisme stipulant qu'elles ne concernent pas l'utilisation du tabac à des fins rituelles (Alberta, 2005; Colombie-Britannique, 1996u; Manitoba, 2004; Nouveau-Brunswick, 1998; 2004; Ontario, 2006c; Île-du-Prince-Édouard, 2006; Saskatchewan, 2001b).

Politiques propres aux autochtones : Il existe un nombre restreint de politiques propres aux autochtones à travers le Canada. L'Ontario a été la première province à créer une *Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones* en 1990, puis a franchi un grand pas avec sa *Politique de santé applicable aux autochtones* en 1999 (Ontario Aboriginal Health Advocacy Health Initiative, 1994). La *Politique de santé applicable aux autochtones* joue le rôle de *politique de régulation* et permet au ministre de la Santé d'accéder aux inégalités dans la programmation en santé des Autochtones, de répondre aux priorités autochtones, de modifier les programmes existants pour qu'ils répondent plus efficacement aux besoins, de favoriser la nouvelle répartition

Tableau 5 : Extraits de mesures législatives qui précisent les responsabilités en lien avec les ententes d'autonomie

| Act | Provision |
|---|---|
| Health and Community Services Act de Terre-Neuve-et-Labrador (1995) | « 2.1 Cette loi et les règlements pris en application doivent être lus et appliqués en relation avec l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador et, lorsqu'une disposition de cette loi ou des règlements pris en application sont incompatibles ou en conflit avec une disposition, une clause ou une condition de l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador, la disposition, la clause ou la condition de cet accord aura préséance sur celle de la loi » (Terre-Neuve-et-Labrador, 1995). |

Tableau 6 : Dispositions législatives qui évoquent les pratiques traditionnelles de guérison

| Nom de la loi, document | Rapport avec la santé autochtone |
|---|--|
| Yukon Health Act de 2002 | Cette loi souligne l'importance des partenariats avec les groupes autochtones et du respect des pratiques de guérison traditionnelles. Elle stipule également que l'Accord de revendication territoriale du Yukon ou la Loi sur l'autonomie gouvernementale des Premières nations du Yukon l'emporte en cas de conflit (Yukon, 2002a). |
| La Loi de 1997 sur les sages-femmes du Manitoba | 8(5) Le conseil créera a) un comité permanent qui se chargera de recruter et sélectionner des représentants du public pour siéger dans ses rangs et dans les comités de l'ordre; b) un comité permanent pour conseiller ce dernier sur les questions en liens avec les questions d'obstétrique chez les femmes autochtones (Manitoba, 1997b). |
| La Loi ontarienne de 1991 sur les sage-femmes | Exception dans le cas des sages-femmes autochtones 3) Tout autochtone qui offre des services traditionnels de sage-femme peut a) employer le titre de « sage-femme autochtone », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue; b) se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario à titre de sage-femme autochtone (Ontario, 1991a). |
| Loi ontarienne de 1991 sur les professions de la santé réglementées | Non-application aux guérisseurs et sages-femmes autochtones 35. 1) La présente loi ne s'applique pas aux personnes suivantes : (a) les guérisseurs autochtones qui offrent des services traditionnels de guérisseur aux autochtones ou aux membres d'une communauté autochtone; (b) les sages-femmes autochtones qui offrent des services traditionnels de sage-femme aux autochtones ou aux membres d'une communauté autochtone. Soumission à la compétence de l'ordre (2) Malgré le paragraphe 1), un guérisseur autochtone ou une sage-femme autochtone qui est membre d'un ordre est soumis à la compétence de l'ordre. Définitions (3) Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article, « guérisseur autochtone » : autochtone qui offre des services traditionnels de guérisseur (aboriginal healer) « sage-femme autochtone » : autochtone qui offre des services traditionnels de sage-femme (aboriginal midwife) (Ontario, 1991b). |

des ressources destinées aux initiatives autochtones, et d'améliorer l'interaction et la collaboration entre les directions ministérielles pour favoriser les approches holistiques de la santé. Il s'agit de la

politique la plus complète actuellement au Canada. C'est peut-être à cause de cette politique que l'Ontario est également le seul à avoir créé un plan complet d'intervention en cas d'épidémie de grippe

comprenant une section destinée aux communautés des Premières nations. Ce plan détaille les procédures et politiques d'urgence en cas de pandémie, et recense les besoins des communautés des Premières nations dans les cas d'épidémie de grippe. Il précise également les rôles et les responsabilités du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, de Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI) et des communautés des Premières nations lors de la réponse qui s'impose (Ontario, 2006b).

En Colombie-Britannique, la politique tripartite des Premières nations formée du *Transformative Change Accord* de 2005 et du *First Nations Health Plan* vise à éliminer les inégalités entre les Premières nations et les autres citoyens de la province en matière de santé, d'éducation et de logement. Elle est également destinée à préciser les points entourant le titre et les compétences autochtones. Toutefois, elle vise explicitement les Premières nations et ne répond pas aux besoins des autres groupes autochtones de la province (First Nations Leadership Council et coll., 2006).

Une politique semblable a été créée en Nouvelle-Écosse. La stratégie de 2005 intitulé *Providing Health Care, Achieving Health – Mi'kmaq* est axée sur les besoins des Micmacs, sans toutefois se préoccuper de ceux des Métis et des autres Autochtones de la province (Micmacs et coll., 2005).

Politiques et mesures législatives propres aux Métis : Au Canada, il n'y a que dans les Territoires du Nord-Ouest que les Métis ont passé un accord exhaustif de revendication territoriale.¹³ Le document a été signé par le Canada, les Territoires du Nord-Ouest, les Dénés du Sahtu et les Métis. Il s'agit du seul cas d'engagement fédéral envers les droits territoriaux des

Métis. Les Territoires du Nord-Ouest sont également les seuls à s'être dotés d'une politique de santé des Métis (Northwest Territories Health and Social Services, 2008). Elle se limite toutefois à leur accorder l'accès aux services de santé non assurés comme aux Indiens inscrits.

En Alberta, le *Métis Betterment Act* de 1938 a permis aux Métis d'obtenir des terres. Douze règlements ont été passés. Il en reste huit actuellement. Ils ont entraîné la création d'une forme locale de gouvernement métis. Au fil des ans, la portée du pouvoir associé s'est modifiée. Toutefois, la loi n'a prévu aucune disposition en matière de santé ou de soins. Le *Métis Settlements Accord* de 1989, adopté en remplacement du *Métis Betterment Act* de 1938, comprend un certain nombre de dispositions en matière de santé, prévoyant notamment le droit à a) adopter des règlements pour promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être des résidents de la région d'établissement; b) investir dans le district hospitalier ou dans la région sanitaire relevant des régies régionales de santé et c) faire des règlements visant à contrôler la santé des habitants de la région d'installation et à limiter la propagation de maladies. Depuis lors, les Métis de l'Alberta se sont attachés à obtenir plus de contrôle sur certaines questions comme le logement, le bien-être des enfants, la santé et les institutions juridiques (Ralliement national des Métis, 2007). La législation sur la santé en Alberta étend ces questions aux établissements métis.

En Saskatchewan, la *Saskatchewan Métis Act* de 2002 (Saskatchewan, 2001a) reconnaît la contribution de la nation métisse dans la prestation des services de santé à ses membres. Cette reconnaissance n'a cependant pas entraîné la création de mécanismes officiels visant à mieux

permettre aux Métis de participer à l'établissement de priorité ou à la prise de décisions en santé.

6.2 Décentralisation

La plupart des provinces et des territoires (à l'exception de l'Île-du-Prince-Édouard, des Territoires du Nord-Ouest, et plus récemment, de l'Alberta) ont adopté des modèles décentralisés de prestation des soins de santé. La décentralisation est le transfert du pouvoir du ministère de la Santé aux régies régionales chargées de l'établissement de priorités et de la gestion des ressources humaines en santé (Saltman et coll., 2007). Elle vise à accroître les occasions de participation citoyenne à l'établissement de priorités locales.

Nos conclusions démontrent que les réseaux provinciaux des soins de santé les plus décentralisés n'ont adopté aucun mécanisme pour assurer la représentation des Autochtones. La Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse se sont dotées de dispositions qui stipulent que la composition du conseil d'administration doit refléter celle de la population desservie par les régies. Les Autochtones ne sont pas mentionnés explicitement.

L'Ontario est la seule province à avoir créé un conseil constitué d'Autochtones et chargé de donner des conseils pour l'établissement de priorités régionales en santé, assurés par les réseaux locaux d'intégration des services de santé. Les dispositions en question sont mentionnées au tableau 7 (voir p. 34). Les documents examinés dans le cadre de cette analyse sont énumérés à l'annexe F.

6.3 Résumé

Les données explorées plus haut décrivent l'environnement législatif et politique de la santé autochtone dans les provinces et les territoires. Il montre que, malgré

¹² Les mesures législatives et les politiques consultées ne donnent cependant pas une définition de ce terme.

¹³ De telles ententes sont négociées dans les régions du pays où les droits et titres ancestraux n'ont jamais été réglés par un traité ou par un autre moyen juridique. Il s'agit d'ententes durables et ayant force obligatoire qui constituent des traités modernes entre des groupes de requérants autochtones, le Canada et la province ou le territoire en question (AINC, 2009, Revendications globales, consulté sur <http://www.ainc-inac.gc.ca/al/ldc/ccl/index-fra.asp>)

Tableau 7 : Dispositions visant la participation autochtone inscrites dans les réseaux provinciaux de soins de santé décentralisés

| | |
|----------------------|---|
| Colombie-Britannique | L'article 7.6.4 établit que « la composition des conseils d'administration du secteur public devrait refléter la composition géographique de la population » (The Board Resourcing and Development Office, 2007). |
| Ontario | Selon les <i>Principes régissant le processus des nominations</i> , « Les personnes choisies doivent refléter le vrai visage de l'Ontario au point de vue de la diversité et de la représentation régionale. » La <i>Loi sur l'intégration du système de santé local</i> prévoit la création d'un conseil de la santé des Autochtones et des Premières nations pour conseiller le ministre sur les questions de santé et de services de santé (Secrétariat des nominations publiques de l'Ontario, 2007). |
| Nouvelle-Écosse | Comme l'indiquent les règlements, « doivent être vus comme des critères dans l'évaluation des candidats en vue de la nomination : les caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, la géographie ou l'appartenance à un groupe défavorisé (Gouvernement de Nouvelle-Écosse, 2000). |

les progrès réalisés dans l'adoption de mesures législatives et de politiques qui contiennent des dispositions visant les Autochtones, il en ressort toujours une mosaïque. Les cadres législatifs se montrent peu soucieux des besoins des Autochtones. Ils visent surtout à préciser les compétences, et font preuve de partialité même pour cette question. Les politiques restent rares. Les différences sont nombreuses d'une province ou d'un territoire à l'autre, et il existe de nombreuses lacunes.

Une fois regroupées, les mesures législatives et les politiques fédérales, provinciales et territoriales manquent de continuité. Elles se montrent également incapables de régler les changements de pouvoirs associés aux changements de législation ou découlant de nouveaux arrangements comme la décentralisation ou les ententes d'autonomie.

Il n'en reste pas moins que certaines politiques propres aux Autochtones sont dignes de mention. Jusqu'à présent, celles qui ont été adoptées par l'Ontario sont les plus complètes. Récemment, la Colombie-Britannique et la Nouvelle-Écosse ont, elles aussi, adopté leurs propres politiques. Certaines dispositions législatives dispensent les sages-femmes

et les guérisseurs autochtones des limites de pratique inscrites dans les codes professionnels. Elles pourraient servir de modèle pour les autres gouvernements.

7. Les mécanismes émergents

Comme nous l'avons indiqué dans l'introduction, la question de la fragmentation des compétences a régulièrement été soulevée dans les études nationales et par les organisations autochtones du pays. Au cours des dernières décennies, des mécanismes de coordinations visant à combler les lacunes juridictionnelles sont apparus. De manière générale, ces mécanismes relèvent de deux vastes domaines : les modèles de coordination interorganisationnels et les autorités sanitaires intergouvernementales. Cette section explore les mécanismes émergents et leurs débouchés potentiels.

7.1 L'émergence de forums de coordination interorganisationnels

Dans quelques provinces, on note l'émergence de forums visant à coordonner les diverses sphères de compétences. Leur fonctionnement est celui de comités (et non pas d'organisations officielles) qui rassemblent des intervenants en santé autochtone.

Ces forums incluent généralement les organisations autochtones ainsi que les ministères fédéraux et provinciaux. Leur rôles peuvent varier, mais il consiste généralement dans le partage et la coordination de l'information. Ce phénomène est relativement récent. En voici quelques exemples :

- Le *Plan tripartite pour la santé des Premières nations de Colombie-Britannique* a été adopté en 2007 à la suite d'un partenariat entre le gouvernement de la province, celui du Canada et le Conseil des leaders des Premières nations représentant l'Assemblée des Premières nations de la Colombie-Britannique. Le *Plan pour la santé* assure une nouvelle structure de gouvernance pour les services de santé des Premières nations dans la province. Il prévoit un organisme dirigeant de la santé des Premières nations (afin de concevoir et de superviser la mise en place d'une nouvelle structure de gouvernance), un conseil de la santé des Premières nations (servant de porte-parole pour les questions relevant de la santé), un comité consultatif de la santé des Premières nations tripartite (pour examiner et surveiller les plans et les résultats de santé et recommander des actions pour éliminer les écarts dans le domaine) et une association de directeurs et autres professionnels de la santé afin de créer et réaliser un plan de création de capacités des Premières nations (First Nations Leadership Council et coll., 2007).
- La Saskatchewan *Northern Health Strategy (NHS)*, qui regroupe les Premières nations, les Métis, des municipalités du Nord, des régies régionales de la santé, des pouvoirs fédéraux et des pouvoirs provinciaux. La NHS a été créée en 2001 pour explorer les domaines de collaboration, améliorer le continuum des soins pour tous les résidents du Nord, concevoir des stratégies pour mieux utiliser les ressources existantes et résoudre

les problèmes interorganisationnels (Northern Health Strategy, 2008).

- Le *Manitoba Inter-Governmental Committee on First Nations Health*, créé en 2003 pour recenser les priorités et coordonner et améliorer la santé des Premières nations au Manitoba. Ses membres sont des représentants de l'Assemblée of Manitoba Chiefs, de Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin, de Southern Chiefs Organization Inc., de Santé des Premières nations et des Inuits (région du Manitoba), de l'Agence de la santé publique du Canada, de Santé Manitoba, du ministère manitobain des Affaires autochtones et du Nord, de Services à la famille et Logement Manitoba, de Finances Manitoba et des Affaires indiennes et du Nord Canada.

7.2 Les autorités sanitaires intergouvernementales

Les autorités sanitaires intergouvernementales sont des organisations officielles créées par le biais de partenariats fédéral-provincial, de partenariats avec des Autochtones ou d'ententes d'autonomie. C'est le cas, par exemple, des structures de soins de santé uniques issues de la *Convention de la baie James et du Nord québécois*. Uniques au Canada, ces structures sont financées conjointement par les gouvernements fédéral et provincial pour répondre aux besoins en santé des Inuits du Nunavik et des Cris de la baie James. Elles constituent un prolongement du réseau provincial des soins de santé.

L'Athabasca Health Authority (AHA) de Saskatchewan est elle aussi une autorité sanitaire autochtone financée à la fois par le Canada et par la province. On peut également la considérer comme un prolongement, non officiel toutefois, du réseau provincial des soins de santé. L'Athabasca Health Authority (AHA) a été créée en 1995 en vertu de la *Loi de 1995 sur les sociétés sans but lucratif*.

Elle ne relève pas de la *Regional Health Services Act*. Elle fait l'objet d'une entente de financement fédéral-provincial en vue de dispenser des services de santé à quatre communautés métisses du bassin d'Athabasca : Campbell Portage, Stony Rapids, Wollaston Lake Uranium City, et les communautés des Premières nations de Fond du Lac et de Black Lake (Athabasca Health Authority, 2006).

Pour terminer, la Northern Intertribal Health Authority (NITHA) est un partenariat du Meadow Lake Tribal Council, des Premières nations du Lac La Ronge, de la Nation des Cris de Peter Ballantyne et du Grand conseil de Prince Albert. Ensemble, ces conseils tribaux et ces Premières nations représentent près de la moitié des Premières nations de la Saskatchewan. La NITHA est la seule organisation de santé des Premières nations de ce type au Canada. Elle propose de l'éducation et du soutien technique à ses partenaires dans les domaines de la lutte contre les maladies transmissibles, de l'épidémiologie et de la surveillance de l'état de santé. Son financement est assuré par un accord de contribution avec la DGSPNI.

7.3 Résumé

Phénomènes récents, les forums de coordination interorganisationnels et les autorités sanitaires intergouvernementales démontrent l'existence d'une plus grande collaboration de la part des gouvernements pour établir des organisations de santé locales ou régionales. Des modèles de coordination ont été créés pour régler les problèmes interorganisationnels à l'échelon régional (la Northern Health Strategy) ou provincial (comme en Colombie-Britannique ou au Manitoba). Bien que ce soit encourageant, ces mécanismes ne donnent pas le pouvoir de changer la législation et d'adopter des politiques. Et leur efficacité à régler les problèmes intergouvernementaux peut être restreinte par les mesures législatives, les politiques et les budgets élaborés à l'échelon national et provincial. Il n'en

reste pas moins qu'il s'agit d'un pas dans la bonne direction.

8. Conclusions

Ce projet de synthèse politique visait à établir la carte des mesures législatives et des politiques existantes qui contiennent des dispositions propres aux Autochtones. Il faut reconnaître l'important travail sur la santé autochtone qui est accompli hors des cadres législatifs et politiques. Ce travail peut inclure prendre la création de processus de collaboration, l'entrée d'Autochtones à des conseils de santé, la création de nouveaux programmes et de nouveaux modèles de prestation favorisant la réactivité, ainsi que d'autres types d'initiatives.

Il est possible d'avancer que ces initiatives pourraient tenir lieu de politiques, mais elles seraient alors non écrites, de portée régionale, non officielles ou non accessibles au public. Dans le cadre de ce projet, nous avons décidé de ne pas les consigner, car la tâche aurait été colossale, d'une part parce que ce travail n'est pas très documenté, et d'autre part parce qu'il arrive souvent que les initiatives de bonne volonté qui ont lieu hors des cadres législatifs et des politiques officielles ont la vie courte. Ce sont les premières touchées par les réductions budgétaires, les changements de gouvernement et de personnel, et par d'autres pressions.

Les mesures législatives et les politiques constituent des engagements à long terme, généralement alimentés par un financement. Elles jouent un rôle important pour maintenir la cohérence des réseaux de soins de santé et pour réaliser des objectifs d'importance pour les Autochtones, le pays, le territoire ou la province. Elles sont également importantes pour intégrer des principes s'appuyant sur certaines valeurs comme l'équité, la réactivité et la participation du public.

Ce projet démontre qu'au cours des dernières 40 années, des efforts considérables ont été faits pour inclure des dispositions visant les Autochtones dans la législation et dans la création de politiques qui leur sont propres. Il subsiste cependant des lacunes et des ambiguïtés en matière de compétences. En outre, les politiques sont largement restées silencieuses sur les besoins des Autochtones ne pouvant être inscrits en vertu de la Loi sur les Indiens et pour les Métis.

Nous espérons que ce rapport favorisera les analyses critiques dans les recherches sur les politiques de santé autochtone. De notre côté, ce projet a soulevé de nombreuses questions, par exemple :

1. Sachant que l'ensemble actuel de politiques en santé autochtone constitue une mosaïque, à quoi devraient ressembler ces politiques? Quels principes et quelles valeurs devraient-elles refléter? Quelles sont les dispositions qui devraient être inscrites dans la législation? Quelles sont les dispositions qui devraient être inscrites dans les politiques?
2. Les modèles d'ententes d'autonomie actuels qui incluent des dispositions pour des mécanismes de santé efficaces sont-ils propres à améliorer la santé des Autochtones et aider les communautés à croître, s'épanouir et prospérer? Consistent-ils uniquement en un transfert des responsabilités fédérales, territoriales et provinciales vers un gouvernement autochtone?
3. L'augmentation des activités d'autonomie gouvernementale à travers le pays a-t-elle influencé les réseaux provinciaux et territoriaux de la santé ainsi que les décisions politiques?
4. L'émergence des autorités sanitaires autochtones financées par la province du Québec (Cris de la baie James et Inuits du Nunavik), de la Saskatchewan

(Athabasca Health Authority) et de la Colombie-Britannique (Nisga'a) est relativement récente. En comparaison avec les autres autorités sanitaires provinciales, ces organisations occupent une position légèrement différente dans leur réseau provincial des soins de santé. De quelle manière gèrent-elles leurs responsabilités envers leurs communautés, le réseau provincial des soins de santé et leurs bailleurs de fonds?

Ce ne sont que quelques-unes des questions soulevées au cours de ce projet. Les lecteurs auront sûrement les leurs.

Bien que ce projet ait identifié de nombreuses lacunes et soulevé de nombreuses questions, il a également répertorié les importants changements survenus au cours des 40 dernières années, et nous espérons qu'il générera une réflexion, des recherches et des discussions pour les 40 prochaines années.





RÉFÉRENCES

Aboriginal Council of Winnipeg. 2007. Mission/vision. Winnipeg, Manitoba. Aboriginal Council of Winnipeg (En ligne). Accessible au http://abcouncil.org/index/index.php?option=com_content&task=view&id=22

Alberta. 2000a. Ambulance Services Act.

Alberta. 2000b. Government Organization Act.

Alberta. 2000c. Health Professions Act.

Alberta. 2000d. Hospitals Act.

Alberta. 2000e. Public Health Act.

Alberta. 2000f. Regional Health Authorities Act.

Alberta. 2005. Tobacco Reduction Act, S.A. 2005, c. T-3.8.

Alberta et Alberta Federation of Métis Settlements Association. 1990. Métis Settlements Accord Implementation Act.

Assemblée des Premières Nations. 2005. First Nations action plan for Non-insured Health Benefits. Ottawa, Ontario. Assemblée des Premières nations.

Assemblée des Premières Nations. 2006a. Briefing note to the National Chief: Report of the Expert Panel on Safe Drinking Water for First Nations. Ottawa, Ontario. Assemblée des Premières nations.

Assemblée des Premières Nations. 2006b. Santé publique pour les Premières nations : Un cadre pour l'amélioration de la santé de nos peuples et de nos collectivités. Ottawa, Ontario. Assemblée des Premières nations.

Athabasca Health Authority. 2006. Athabasca Health Authority. Black Lake, Saskatchewan. Athabasca Health Authority (En ligne). Accessible au <http://www.athabascahealth.ca/>

Bailey, S. 2008. Big reserves refuse to take part in census. Winnipeg Free Press, 14 janvier.

Boyer, Y. 2004. Discussion paper series on Aboriginal health, legal issues: No. 3, The international right to health for Indigenous peoples in Canada. Ottawa, Ontario. Organisation nationale de la santé autochtone, Native Law Centre, University of Saskatchewan.

Colombie-Britannique. 1996a. Health Act.

Colombie-Britannique. 1996b. Health Authorities Act.

Colombie-Britannique. 1996c. Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act.

Colombie-Britannique. 1996d. Health Emergency Act.

Colombie-Britannique. 1996e. Health Professions Act.

Colombie-Britannique. 1996f. Health Research Foundation Act (abrogée).

Colombie-Britannique. 1996g. Health Special Account Act.

Colombie-Britannique. 1996h. Hearing Aid Act.

Colombie-Britannique. 1996i. Hospital (Auxiliary) Act (abrogée).

- Colombie-Britannique. 1996j. Hospital Act.
- Colombie-Britannique. 1996k. Hospital District Act.
- Colombie-Britannique. 1996l. Hospital District Finance Act (abrogée).
- Colombie-Britannique. 1996m. Hospital Insurance Act.
- Colombie-Britannique. 1996n. Indian Advisory Act.
- Colombie-Britannique. 1996o. Indian Self-Government Enabling Act.
- Colombie-Britannique. 1996p. Medical and Health Care Services Special Account Act (abrogée).
- Colombie-Britannique. 1996q. Medical Practitioners Act.
- Colombie-Britannique. 1996r. Medicare Protection Act.
- Colombie-Britannique. 1996s. Mental Health Act.
- Colombie-Britannique. 1996t. Ministry of Health Act.
- Colombie-Britannique. 1996u. Tobacco Control Act, [RSBC1996] CHAPTER 451.
- Colombie-Britannique. 2002. Health and Social Services Delivery Improvement Act.
- Colombie-Britannique. 2003. Health Sector Partnerships Agreement Act.
- British Columbia Ministry of Aboriginal Relations and Reconciliation. 2010. Landmark Cases. Victoria, Colombie-Britannique. Ministry of Aboriginal Relations and Reconciliation.
- Canada. 1871. Traités nos 1 et 2 conclus entre sa Majesté la Reine et les Chippaouais et les Cris du Manitoba et des territoires adjacents, et adhésions à ces derniers, transcrit de : Edmond Cloutier, C.M.G., O.A., D.S.P. Imprimeur de la Reine pour le Canada, Ottawa, 1957. Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Canada. 1873. Traité n° 3 conclu entre Sa Majesté la Reine et la tribu des Saulteux de la nation des Ojibeways et un point situé à l'angle Nord-Ouest du lac des Bois et adhésions à ce dernier (réimprimé en 1966), (réimprimé en 1978), transcrit de : Roger Duhamel, F.R.S.C. Ottawa (N° de (N° Ci 72-0366)). Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1874. Traité n° 4 conclu entre Sa Majesté la Reine et les tribus indiennes des Cris et des Saulteux à Qu'Appelle et à Fort Ellice. Format un peu différent de l'original, Transcrit de : Roger Duhamel, F.R.S.C. 1966 (N° de (N° Ci 72-0466)). Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1875. Traité n° 5 conclu entre Sa Majesté la Reine et les tribus indiennes des Saulteux et des Cris de la savane à la rivière Berens et à Norway House et adhésions à ce dernier. Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1876. Copie du Traité n° 6 conclu entre Sa Majesté la Reine et les Cris des Plaines, les Cris des Bois et d'autres tribus indiennes aux Forts Carlton et Pitt et à Battle River, et adhésions à ce dernier, Roger Duhamel, F.R.S.C., 1964 (N° de cat. : R33-0664, IAND Publication n° QS-0574-000-EE-A-1) Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1877. Copie du Traité n° 7 et de son supplément entre Sa Majesté la Reine et les Pieds-Noirs et d'autres tribus indiennes, à Blackfoot Crossing, sur la rivière Bow, et à Fort Macleod, réimprimé à partir de l'édition de 1877 par Roger Duhamel, F.R.S.C., 1966 (N° de cat. : Ci 72-0766, IAND Publication n° QS-0575-000-EE-A) Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1898. Acte du Territoire du Yukon, 1898, Acte ayant pour objet de pourvoir à l'administration du district du Yukon (sanctionné le 13 juin 1898) (N° 61 Victoria, c. 6 (Canada)). Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1899. Traité n° 8 conclu le 21 juin 1899 et adhésions, rapports et autres. Transcrit de : Réimprimé à partir de l'édition de 1899 par Roger Duhamel, F.R.S.C. Imprimeur de la Reine pour le Canada 1966 (N° de cat. : Ci 72-0866, IAND Publication n° QS-0576-000-EE-A-16) Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1906. Traité n° 10 et rapports des commissaires. Réimprimé à partir de l'édition de 1907 par Roger Duhamel, F.R.S.C. (N° de cat. : Ci 72-1066, IAND Publication n° QS-2048-000-EE-A-11) Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1921. Traité n° 11 (27 juin 1921) et adhésion à ce dernier (17 juillet 1922) rapports et autres documents annexés. Rapport du commissaire sur le traité n° 11, Ottawa, 12 octobre 1921. D. C. Scott, Mr, surintendant général adjoint, ministère des Affaires indiennes. Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1929. Traité de la baie James - Traité n° 9 (conclu en 1905 et 1906) et adhésions à ce dernier signées en 1929 et 1930. Réimprimé à partir de l'édition de 1931 par Roger Duhamel, F.R.S.C. 1964 (N° de cat. : Ci 72-0964, IAND Publication n° QS-0577-000-EE-A-1) Ottawa, Ontario. Imprimeur de la Reine pour le Canada.
- Canada. 1966. Regina v. Johnston, 56 D.L.R. (2d) 749 Saskatchewan Court of Appeal, Culliton C.J.S., Woods, Brownridge, Maguire and Hall J.J.A., 17 March 1966. Regina, Saskatchewan. Cour d'appel de la Saskatchewan.
- Canada. 1974. Convention de la baie James et du Nord québécois (CBJNQ). Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Canada. 1984. Revendication de l'Arctique de l'Ouest convention définitive des Inuvialuit. Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada. 150
- Canada. 1985a. Loi sur les Indiens (L.R., 1985, ch. I-5).
- Canada. 1985b. Loi sur les Territoires du Nord-Ouest.
- Canada. 1986. Loi sur l'autonomie gouvernementale de la bande indienne sechelte, L.C. 1986, c. 27.
- Canada. 1993. Accord sur les revendications territoriales du Nunavut.
- Canada. 1994. Loi sur le règlement de la revendication territoriale des Dénés et Métis du Sahtu.
- Canada. 1996. Loi sur le ministère de la Santé.
- Canada. 1999. Nation Crie de Wuskwi Sipihk c. Canada (Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social) entre la nation crie Wuskwi Sipihk, la nation crie Mathias Colomb, la nation crie Opaskwayak, la nation crie Sapotewayek, la nation crie Mosakahiken, la Première nation de Grand Rapids et la nation crie Chemawawin, demanderesse, et Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le Ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, défendeur (1999) JCF (N° 82 dossier de la cour T-383-98 Cour fédérale du Canada - Winnipeg, Manitoba Hargrave, protonotaire. 21 janvier 1999. JCF (N° 82 dossier de la cour n° T-383-98.
- Canada. 2002. Projet de loi C-39, Loi sur le Yukon.
- Canada. 2004a. Convention de la baie James et du Nord québécois et Convention du Nord-Est québécois. Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Canada. 2004b. Programme des conseils tribaux. Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada (en ligne). Accessible au <http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/gov/igsip/tcf/index-fra.asp>
- Canada. 2005. Métis Health Research Project: An environmental scan of Métis health needs and services. Ottawa, Ontario. Direction des politiques, planification et analyse stratégiques, Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits Santé Canada.
- Canada. 2006a. Projet de loi C-5 : Loi sur l'Agence de la santé publique du Canada.

- Canada. 2006b. Questions les plus fréquemment posées à propos des Autochtones. Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada (en ligne). Accessible au <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/mr/is/info125-fra.asp>
- Canada. 2006c. Répertoire de politique sur les traités : guides des traités. Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada (en ligne). Accessible au http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/trts/hti/site/guindex_f.html
- Canada. 2007a. Guide pour la préparation de présentations au Conseil du Trésor : Qu'est-ce qu'une présentation au Conseil du Trésor? Ottawa, Ontario. Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada (En ligne). Accessible au http://www.tbs-sct.gc.ca/pubs_pol/opepubs/tbm_162/gptbs-gppct01-fra.asp
- Canada. 2007b. Plan stratégique de l'Agence de la santé publique du Canada : 2007–2012 Ottawa, Ontario. Agence de la santé publique du Canada.
- Canada, Premières nations du Yukon et Yukon. 1993. Accord-cadre définitif entre le gouvernement du Canada, le conseil des indiens du Yukon et le gouvernement du Yukon.
- Canada, gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et le peuple tlicho. 2003. Accord tlicho.
- Première nation Carcross/Tagish et Yukon. 2003. Accord de transfert des programmes et services destinés à la Première nation Carcross/Tagish, concernant le programme des Affaires indiennes et inuites et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits du gouvernement du Canada.
- Clatworthy, S. 2003. Impacts of the 1985 Amendments to the Indian Act on First Nations Populations. Dans J.P. White, P.S. Maxim et D. Beavon (éd.), *Aboriginal conditions: Research as a foundation for public policy* (pp. 63-90). Vancouver, C.-B. UBC Press.
- Clatworthy, S. et Four Directions Project Consultants. 2001. First Nations membership and Registered Indian status. Headingley, Manitoba. Southern Chiefs Organization Manitoba.
- Claxton et Saanichton Marina Ltd. 1989). *Claxton v. Saanichton Marina Ltd* (1989) 3 C.N.L.R.
- Coates, K. S. et Morrison, W. R. 1986. Rapport de Recherche sur le Traité - Traité n° 5 (1875). Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Crombie, T. H. D. (1979). Statement on Indian health policy. Ottawa, Ontario. National Health and Welfare.
- Dacks, G. 1990. Devolution and constitutional development in the Canadian north. Ottawa, Ontario. Carleton University Press.
- First Nations Chiefs Health Committee. 2007. Mission statement. First Nations Chiefs Health Committee (en ligne). Accessible au http://www.fnchc.ca/index.php?option=com_content&task=view&id=28&Itemid=73
- First Nations Leadership Council, Canada et Colombie-Britannique. 2007. 2006. First Nations health plan: Memorandum of Understanding.
- First Nations Leadership Council, Canada et Colombie-Britannique. 2007. 2007. Plan tripartite pour la santé des Premières nations, consulté le 4 novembre 2010 sur http://hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/alt_formats/fnihb-dgspni/pdf/pubs/services/2007-06_tripartite_plan-fra.pdf
- First Nations Regional Health Survey National Committee. 2005. Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS). Résultats de l'enquête de 2002-2003 sur les enfants, les jeunes et les adultes dans les communautés des Premières Nations. Ottawa, Ontario. First Nation and Inuit Regional Health Survey National Committee.
- Garro, L. C., Roulette, J. et Whitmore, R. G. 1986. Community control of health care delivery: The Sandy Bay experience. *Canadian Journal of Public Health*, 77, pp. 281-284.
- Gibbons, A. 1992. Short-term evaluation of Indian health transfer. Victoria, Colombie-Britannique. Adrian Gibbons and Associate.
- Gouvernement du Québec. 2005. Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux, Loi sur les, L.R.Q. c. A-8.1.
- Gouvernement de l'Alberta. 2008. Regional Health Authority Membership Regulation, Alta. Reg. 164/2004.
- Gouvernement de Colombie-Britannique, gouvernement du Canada et Conseil des leaders des Premières nations représentant l'Assemblée des Premières nations de la Colombie-Britannique. 2005. Transformative Change Accord.
- Gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador. 2005. Regional Integrated Health Authorities Order, N.L.R. 18/05.
- Gouvernement de Nouvelle-Écosse. 2000. District Health Authorities Nominee Selection Regulations made under clause 84(2)(d) of the Health Authorities Act S.N.S. 2000, c. 6 N.S. Reg. 121/2000.
- Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest. 1988. Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act, R.S.N.W.T. 1988, c. T-3. T-3.
- Havemann, P. 1999. Indigenous peoples' rights in Australia, Canada & New Zealand. Oxford. Oxford University Press.
- Hawthorn, H. B. 1966. A survey of the contemporary Indians of Canada: Economic, political, educational needs and policies Part 1 (The Hawthorn Report). Ottawa, Ontario. Division des affaires indiennes.
- Santé Canada. 2003. Transfert du contrôle aux communautés des Premières nations et des Inuits, Rapport annuel, 2002-2003 : Direction des politiques de programmes, du Secrétariat de transfert et de la planification, Division des modes de financement en matière de santé. Ottawa, Ontario. Ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada.
- Santé Canada. 2007a. Rapport annuel de 2005-2006 sur l'application de la Loi canadienne sur la santé. Ottawa, Ontario. Centre de publication de Santé Canada.
- Santé Canada. 2007b. Santé des Premières nations et des Inuits - Recueil des programmes. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits.
- Santé Canada. 2007c. Politique de 1979 sur la santé des indiens. Ottawa, Ontario. Santé Canada. Consulté en ligne le 16 novembre 2010 au http://hc-sc.gc.ca/ahe-asc/branch-dirgen/fnihb-dgspni/poli_1979-fra.php.
- Santé Canada. 2008. Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones. Ottawa, Ontario. Santé Canada (en ligne). Accessible au <http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php>
- Howlett, M. et Ramesh, M. 2003. Studying public policy: Policy cycles and policy subsystems. 2e éd. Oxford. Oxford University Press.
- Affaires indiennes et du Nord Canada. 1992. Entente sur la revendication territoriale globale des Gwich'in - Volume 1. Ottawa, Ontario. Honorable Tom Siddon, C.P. député, ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien.
- Affaires indiennes et du Nord Canada (2007). Signature d'une entente de principe sur le gouvernement régional du Nunavik : une étape sans précédent est franchie Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Affaires indiennes et du Nord Canada. 2008. Traités historiques. Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada.
- Institute for Human Resource Development. 1995. Long term evaluation of the Health Transfer Initiative. Alberta. Institute for Human Resource Development.
- Inuit of Nunavut Settlement Area et Canada. 1993. Accord entre les Inuits de la région du Nunavut et Sa Majesté la Reine du chef du Canada.

- Inuit Tapiriit Kanatami. 2004. Backgrounder on Inuit Health, for discussion at health sectorial meeting, November 4th and 5th, 2004, Ottawa, Ontario. Ottawa, Ontario. Inuit Tapiriit Kanatami.
- Jackman, M. 2000. Constitutional jurisdiction over health in Canada. *Health Law Journal*, 8, pp. 95-117.
- Roi George. 1763. La Proclamation royale.
- Le roi George et les Indiens Chippaouis de Christian Island. G. I. a. R. 1923. Indian Treaty: Copy of The Treaty Made October 31, 1923.
- Le roi George et les Indiens Mississauga de Rice Lake. M. L. S. L. A. A. 1923. Indian Treaty: Copy of The Treaty Made November 15, 1923.
- Kouri, D. 2002. Is regionalization working? *Canadian Healthcare Manager*, 1er octobre.
- Lalonde, A.B., Butt, C. et Bucio, A. 2009. Maternal health in Canadian Aboriginal communities: Challenges and opportunities. *J.Obstet.Gynaecol. Can.*, 31, pp. 956-962.
- Lavis, J.N., Ross, S.E., Hurley, J.E., Hohenadel, J.M., Stoddart, G.L., Woodward, C.A. et coll. 2002. Examining the role of health services research in public policymaking. *Milbank Q.*, 80, pp. 125-154.
- Lavoie, J.G., O'Neil, J., Sanderson, L., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J. et coll. 2005. The evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer policy. Winnipeg, Manitoba. Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research.
- Lawrence, H.P. 2010. Oral health interventions among Indigenous populations in Canada. *Int. Dent.J.*, 60, pp. 229-234.
- Leenen, H. 1998. Health law and health legislation: Possibilities and limits. *International Digest of Health Legislation*, 49, pp 77-87.
- Legemaate, J. 2002. Integrating health law and health policy: A European perspective. *Health Policy*, 60, pp. 101-110.
- Leslie, J. F. 2002. Indian Act: an historical perspective. *Canadian Parliamentary Review*, Summer.
- Manitoba. 1987a. Loi sur la santé publique.
- Manitoba. 1987b. The Sanatorium Board of Manitoba Act.
- Manitoba. 1996. Loi sur les offices régionaux de la santé. .
- Manitoba. 1997a. Accord-cadre avec le Manitoba.
- Manitoba. 1997b. Loi sur les sages-femmes.
- Manitoba. 2004. Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs.
- Manitoba. 2008. Community/region index for Regional Health Authorities. Winnipeg, Manitoba.
- Manitoba Health (En ligne). Accessible au <http://www.gov.mb.ca/health/rha/commreg.pdf>
- Ralliement national des Métis. 2007. Definition of Métis. The Métis Nation of Alberta (En ligne). Accessible au <http://www.albertametis.com/MNAHome/MNA-Membership-Definition.aspx>
- Ralliement national des Métis. 2008. Who are The Metis? Ottawa, Ontario. Ralliement national des Métis.
- Mi' kmaq. Nova Scotia. Canada Tripartite Forum. 2005. Providing health care, and achieving health. Halifax, Nouvelle-Écosse. Health Working Group Subcommittee.
- Morris, A. 1880. The Treaties of Canada with the Indians of Manitoba and the North-West Territories including the negotiations on which they were based. Toronto, Ontario. Belfords, Clarke and Co.
- Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. 2003. Leçons de la crise du SRAS : Renouveau de la santé publique au Canada. Un rapport du Comité consultatif national sur le SRAS et la Santé publique. Octobre 2003. Ottawa, Ontario. Santé Canada.
- National Health and Welfare. 1979. Indian Health Discussion Paper. Ottawa, Ontario. National Health and Welfare.
- Nouveau-Brunswick. 1998. Loi sur la santé publique.
- Nouveau-Brunswick. 2002a. Health renewal: Report from the Premier's Health Quality Council. Fredericton, Nouveau-Brunswick. Gouvernement du Nouveau-Brunswick.
- Nouveau-Brunswick. 2002b. Regional Health Authorities Act.
- Nouveau-Brunswick. 2004. Loi sur les endroits sans fumée.
- Terre-Neuve-et-Labrador. 1990. Neglected Adults Welfare Act.
- Terre-Neuve-et-Labrador. 1995. Health and Community Services Act.
- Terre-Neuve-et-Labrador. 1998a. Child Care Services Act.
- Terre-Neuve-et-Labrador. 1998b. Child, Youth and Family Services Act.
- Terre-Neuve-et-Labrador. 1999. Adoption Act.
- Terre-Neuve-et-Labrador. 2008. Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador.
- Nation Nisga'a, Canada et Colombie-Britannique. 1999. Accord définitif Nisga'a.
- Northern Health Strategy. 2008. Northern Health Strategy. Prince Albert, Saskatchewan. Northern Health Strategy (En ligne). Accessible au <http://www.healthnorth.ca/splash.asp>
- Territoires du Nord-Ouest. 1988a. Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act.
- Territoires du Nord-Ouest. 1988b. Loi sur l'assurance-maladie.
- Territoires du Nord-Ouest. 1988c. Policy: Medical Travel.
- Territoires du Nord-Ouest. 1988d. Loi sur la santé publique.
- Territoires du Nord-Ouest. 1994. Loi sur le règlement de la revendication territoriale des Dénés et Métis du Sahtu.
- Territoires du Nord-Ouest. 1998. Policy: Extended Health Benefits.
- Territoires du Nord-Ouest. 1999. Health and Social Services Establishment Policy.
- Territoires du Nord-Ouest. 2003. Policy: Metis Health Benefits.
- Northwest Territories Health and Social Services. 2008. Métis health benefits. Yellowknife, TNO. Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (En ligne). Accessible au http://www.hlthss.gov.nt.ca/english/services/health_care_plan/metis_benefits/default.htm
- Nouvelle-Écosse 1989a. Health Act.
- Nouvelle-Écosse 1989b. Health Services and Insurance Act.
- Nouvelle-Écosse 1989c. Hospitals Act.
- Nouvelle-Écosse 2000. Health Authorities Act.
- Ontario. 1990a. Loi sur la protection et la promotion de la santé.
- Ontario. 1990b. Loi sur les services sociaux dispensés aux Indiens.
- Ontario. 1991a. Loi sur les sages-femmes.
- Ontario. 1991b. Loi sur les professions de la santé réglementées.
- Ontario. 1994a. Loi sur les soins de longue durée.
- Ontario. 1994b. New Directions: Aboriginal Health Policy for Ontario.
- Ontario. 2006a. Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local.
- Ontario. 2006b. Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe de 2008. Toronto, Ontario. Ministère de la Santé et des Soins de longue durée.
- Ontario. 2006c. Loi favorisant un Ontario sans fumée.
- Ontario Aboriginal Health Advocacy Health Initiative. 1999. Resource manual. Toronto, Ontario. Ontario Federation of Indian Friendship Centres (En ligne).

- Secrétariat des nominations publiques de l'Ontario. 2007. Information générale. Toronto, Ontario. Secrétariat des nominations publiques de l'Ontario.
- Île-du-Prince-Édouard. 2006. Tobacco Sales and Access.
- Québec. 1998. La politique de la santé et du bien-être. Québec, Québec. Gouvernement du Québec.
- Québec. 2001. Loi sur la santé publique.
- Québec. 2002. Loi sur les services préhospitaliers d'urgence.
- Québec. 2004. L'intégration des services de santé et des services sociaux.
- Québec. 2005. Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux.
- Québec. 2008a. Loi sur les autochtones Cris, Inuit et Naskapis.
- Québec. 2008b. Loi sur l'assurance médicaments.
- Québec. 2008c. Loi sur la protection de la jeunesse.
- Quinonez, C. R. et Lavoie, J. G. 2009. Existing on a boundary: The delivery of socially uninsured health services to Aboriginal groups in Canada. *Humanity & Society*, 33, pp. 35-55.
- Parsons, W. 1995. Public policy: An introduction to the theory and practice of policy analysis. Northampton, Manitoba. Edward Elgar.
- Reading, J. L., Kmetz, A. et Gideon, V. 2007. First Nations wholistic policy and planning model: Discussion paper for the World Health Organisation, Commission on Social Determinants of Health. Ottawa, Ontario. Assemblée des Premières nations.
- Romanow, C. R. J. 2002. Guidé par nos valeurs : L'avenir des soins de santé au Canada. Ottawa, Ontario. Gouvernement du Canada.
- Commission royale sur les peuples autochtones (1996). À l'aube d'un rapprochement Points saillants du rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. Ottawa, Ontario. Ministre des Approvisionnements et Services du Canada.
- Saltman, R. B., Bankanskaite, V. et Vrangback, K. 2007. Decentralization in health care. European Observatory on Health Care Systems. Londres, Royaume-Uni. McGraw Hill Open University Press.
- Saskatchewan. 1993. The Health Districts Act.
- Saskatchewan. 1994. The Public Health Act, 1994.
- Saskatchewan. 1995. Vital Statistics Act.
- Saskatchewan. 2001a. Métis Act, S.S. 2001, c. M-14.01.
- Saskatchewan. 2001b. Tobacco Control Act.
- Saskatchewan. 2002. The Regional Health Services Act.
- Saskatchewan Health. 2008. Regional health governance, Becoming a Board Member. Regina, Saskatchewan. Saskatchewan Health (En ligne).
- Savoie, D. J. 1999. Governing from the centre: the concentration of power in Canadian politics. Toronto, Ontario. University of Toronto Press.
- Schouls, T. 1996. Aboriginal peoples and electoral reform in Canada: Differentiated representation versus voter equality. *Canadian Journal of Political Science*, 29, pp. 729-749.
- Statistique Canada. 2004. Dictionnaire du recensement de 2001 - Référence. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (en ligne).
- Statistique Canada. 2006a. Population ayant une identité autochtone, chiffres de 2001, pour le Canada, les provinces et les territoires - Données-échantillon (20 %). Statistique Canada (En ligne). Accessible au <http://www12.statcan.ca/english/census01/products/highlight/Aboriginal/Page.cfm?Lang=F&Geo=PR&View=1a&Table=1&StartRec=1&Sort=2&B1=Counts01&B2=Total>
- Statistique Canada. 2006b. Identité autochtone (8), région de résidence (6), groupes d'âge (12) et sexe (3) pour la population, pour le Canada, les provinces et les territoires, Recensement de 2006 - Données-échantillon (20 %). Statistique Canada (En ligne). Accessible au <http://www12.statcan.ca/census-recensement/2006/dp-pd/tbt/Rp-fra.cfm?TABID=1&LANG=F&A=R&APATH=3&DETAIL=0&DIM=0&FL=A&FREE=0&GC=01&GID=614135&GK=1&GRP=1&O=D&PID=89121&PRID=0&PTYPE=88971,97154&S=0&SHOWALL=0&SUB=0&Temporal=2006&THEME=73&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&D1=0&D2=0&D3=0&D4=0&D5=0&D6=0>
- Statistique Canada. 2007. Population d'identité autochtone (3), statut d'Indien inscrit (3), groupes d'âge (11B), sexe (3) et région de résidence (7) pour la population, pour le Canada, les provinces et les territoires, recensement de 2001 - Données-échantillon (20 %). Statistique Canada (En ligne). Accessible au <http://www12.statcan.ca/francais/census01/products/standard/themes/RetrieveProductTable.cfm?Temporal=2001&PID=62719&GID=355313&METH=1&APATH=3&PTYPE=55440&THEME=45&AID=0&FREE=0&FOCUS=0&VID=0&VNAMEE=&VNAMEF=&GC=99&GK=NA&SC=1&SR=1&RL=0&CPP=99&RPP=9999&d1=1&d2=0&d3=0>
- Statistique Canada. 2008a. Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006. Ottawa, Ontario. Statistique Canada (en ligne).
- Statistique Canada. 2008b. Peuples autochtones du Canada : La proportion d'Autochtones par rapport à l'ensemble de la population est en hausse. Ottawa, Ontario. Série Analyses de Statistique Canada (En ligne). Accessible au http://www12.statcan.ca/francais/census01/Products/Analytic/companion/abor/canada_f.cfm
- Surtees, R. J. 1986. Treaty research report - The Williams Treaties. Ottawa, Ontario. Affaires indiennes et du Nord Canada.
- The Board Resourcing and Development Office. 2007. Appointment guidelines, governing boards and other public sector organizations. Victoria, Colombie Britannique. Ministry of Health.
- Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada. 2008. Partie I et II - Budget principal des dépenses de 2007-2008. Ottawa, Ontario. Secrétariat du Conseil du Trésor du Canada.
- Vukic, A., Rudderham, S. et Misener, R. M. 2009. A community partnership to explore mental health services in First Nations communities in Nova Scotia. *Can.J.Public Health*, 100, pp. 432-435.
- Waldram, J. B., Herring, D. A. et Young, T. K. 2006. Aboriginal health in Canada : historical, cultural and epidemiological perspectives. (éd. 2e édition) Toronto, Ontario. University of Toronto Press.
- Walker, W., Harremoes, P., Rotmans, J., Van Der Sluijs, J., Van Asselt, M., Janssen, P. et coll. 2003. Defining uncertainty: A conceptual basis for uncertainty management in model-based decision support. *Integrated Assessment*, 4, pp. 5-17.
- Wearmouth, H. et Wielandt, T. 2009. 'Reserve is no place for a wheelchair': Challenges to consider during wheelchair provision intended for use in First Nations community. *Disabil.Rehabil.Assist.Technol.*, 4, pp. 321-328.
- Wigmore, M. et Conn, K. 2003. Evolving control of community health programs. Ottawa, Ontario. Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada
- Organisation mondiale de la santé (OMS). 2008. Soins de santé primaires. Genève. Organisation mondiale de la santé (en ligne). Accessible au http://www.who.int/topics/primary_health_care/fr/index.html
- Organisation mondiale de la santé et UNICEF. 1978. Primary health care: International Conference on Primary Health Care 1978 Alma-Ata, Kazakhstan. Genève. Organisation mondiale de la santé. 2007.
- Yukon. 1971. Health Care Insurance Plan Act.
- Yukon. 1994. Extended Health Care Benefits Regulation.
- Yukon. 2002a. Health Act.
- Yukon. 2002b. Health Care Insurance Plan Act.





ANNEXES



Annexe A

Résumé des conclusions - mosaïque législative (l) et politique (p) : les territoires et les provinces

Annexe B

Organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les territoires et les provinces

Annexe C

Traités et activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

Annexe D

Activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

Annexe E

Législation et documents territoriaux et provinciaux sur la santé autochtone

Annexe F

Décentralisation des soins de santé

Annexe A

Résumé des conclusions - mosaïque législative (l) et politique (p) : les territoires et les provinces

| Résumé des conclusions - mosaïque législative (l) et politique (p) : les territoires et les provinces | | | | | | | | | | | | | |
|---|----|-----------------|------------------|-------|-----------------|----|-----------------|-----------------|----|----|----|----------|----------|
| | YK | T.-N.-O. | NU ¹⁴ | C.-B. | AB | SK | MB | ON | QC | NB | NÉ | Î.-P.-É. | T.-N.-L. |
| Dispositions de la législation établissant clairement les responsabilités en matière de santé autochtone | | L ¹⁵ | | | L ¹⁶ | | | | | | | | |
| Dispositions indiquant que le ministère peut décider de signer une entente avec le Canada et/ou les Premières nations pour la prestation de services de santé | | | | | L | L | L ¹⁷ | L | L | L | | | |
| Législation sur la santé contenant des dispositions en lien avec les traités modernes en vigueur | L | | | | | | | | L | | | | L |
| Législation sur la santé reconnaissant la nécessité de respecter les pratiques traditionnelles de guérison | L | | | | | | | | | | | | |
| Dispositions reconnaissant que les guérisseurs autochtones traditionnels devraient être dispensés du contrôle prévu par le Code des professions | | | | | | | L ¹⁸ | L ¹⁹ | | | | | |
| Dispositions insistant sur l'importance des partenariats, le partage d'informations ou la consultation avec les groupes autochtones | L | | | P | | | L | L | | | | | |
| Mesures législatives de lutte contre le tabagisme stipulant qu'elles ne concernent pas l'utilisation du tabac à des fins rituelles | | | | L | L | L | L | L | | L | | L | |
| Cadre politique de santé autochtone pour tout le territoire ou toute la province | | | | P | | | | P | | | P | | |

¹⁴Le Nunavut a été retiré des Territoires du Nord-Ouest. Son gouvernement a été créé en 1999, et les responsabilités en matière de prestation des soins de santé aux communautés qu'il abrite ont été transférées à son gouvernement en 2003. Actuellement les services de santé du territoire sont pris en charge en vertu de la Loi de 1988 sur l'assurance-maladie des Territoires du Nord-Ouest.

¹⁵Disposition propre aux Métis.

¹⁶Dispositions existantes établissant que la législation s'applique aux établissements Métis.

¹⁷Destiné uniquement aux programmes contre la tuberculose.

¹⁸Dispositions spéciales pour les sage-femmes autochtones.

¹⁹Dispositions visant les guérisseurs traditionnels et les sage-femmes.

Annexe B

Organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les territoires et les provinces

| Organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les territoires et les provinces  | | |
|--|--|--|
| Province/Territoire | Organisation couvrant l'ensemble du territoire ou de la province | Organisations régionales |
| Yukon | <ul style="list-style-type: none"> Conseil des Premières nations du Yukon The Yukon Aboriginal Women's Council | <ul style="list-style-type: none"> Trois conseils tribaux reconnus par AINC (nation Daak Ka Tlingit, conseil tribal Kaska, conseil tutchoni du Sud) représentant 18 bandes reconnues par AINC |
| Territoires du Nord-Ouest | <ul style="list-style-type: none"> Bureau régional de l'Assemblée des Premières nations dans les Territoires du Nord-Ouest Association des femmes autochtones des Territoires du Nord-Ouest | <ul style="list-style-type: none"> Nation Dene des Territoires du Nord-Ouest Conseil métis de Fort Providence Conseil métis de Fort Resolution Corporation régionale d'Inuvialuit Cinq conseils tribaux (Premières nations Deh Cho, conseil tribal Gwich'in, Conseil tribal de l'Akaitcho (corporation tribale du traité 8 pour les Territoires du Nord-Ouest), Conseil des Dogrib signataires du traité 11, Conseil des Déné du Sahtu) représentant 29 établissements financés par le gouvernement fédéral |
| Nunavut | <ul style="list-style-type: none"> The Inuit Women's Group | <ul style="list-style-type: none"> Il existe trois organisations régionales (Association inuite de Kitikmeot, Kivalliq Inuit Association et Qikiqtani Inuit Association). Ensemble, elles représentent toutes les communautés inuites touchées par l'<i>Accord sur les revendications territoriales du Nunavut</i>. Toutefois, leur mandat ne concerne pas spécifiquement la santé. |
| Colombie-Britannique | <ul style="list-style-type: none"> Assemblée des Premières nations de Colombie-Britannique Sommet des Premières nations de Colombie-Britannique First Nations Health Council de Colombie-Britannique²⁰ Union of British Columbia Indian Chiefs Métis Provincial Council of British Columbia United Native Nations Red Road HIV/AIDS Network Healing Our Spirit British Columbia Aboriginal HIV AIDS Society | <ul style="list-style-type: none"> Ensemble, 27 conseils tribaux représentent 198 Premières nations de Colombie-Britannique (Carrier Chilcotin Tribal Council, Carrier Sekani Tribal Council, Fraser Thompson Indian Services Society, Gitksan Local Services Society (ou Gitksan Government Commission), Haida Tribal Society, Ktunaxa Kinbasket Treaty Council,²¹ Waikuitl District Council, Lillooet Tribal Council, Lower Stl'at'imx Tribal Council, Musgamagw Tswawtaineuk Tribal Council, Naut'sa mawt Tribal Council, Nicola Tribal Council, Northern Shuswap Tribal Council, Nuw-chah-nulth Tribal Council, Okanagan Nation Alliance, Oweekeno-Kitasoo-Nuxalk Tribal Council, Shuswap Nation Tribal Council, Squamish Nation Network, Sto:lo Nation, Sto:lo Tribal Council, Treaty 8 Tribal Association, Tsilhqot'in National Government) Les autres organisations régionales sont la Gitksan Chiefs' Office, la nation Heiltsuk, le gouvernement Nisga'a Lisims, le bureau des Wet'suwet'en, le Squamish Nation Network et la Nisga'a Valley Health Authority Two Rivers Métis Society Vancouver Métis Community Association |
| Alberta | <ul style="list-style-type: none"> Le Grand Council of Treaty n° 8, la Treaty n° 7 Management Corporation et la Confederacy of Treaty No. 6 First Nations représentent les intérêts des signataires des traités. Métis Settlements General Council Métis Nation of Alberta | <ul style="list-style-type: none"> Ensemble, huit conseils tribaux représentent 35 premières nations (Athabasca Tribal Council Limited, Kee Tas Kee Now Tribal Council, Lesser Slave Lake Indian Regional Council, North Peace Tribal Council, Treaty 7 Management Corporation, Tribal Chiefs Ventures Incorporated, Western Cree Tribal Council, Yellowhead Tribal Development Foundation). L'Alberta compte 11 Premières nations indépendantes (qui ne sont pas affiliées à un conseil tribal). Métis Regional Councils²² La nation Aseniwuche Winewak (le peuple cri des montagnes Rocheuses) représente six établissements dont les membres sont des Indiens non inscrits de descendance cri, Beaver, Stoney et iroquoise |

²⁰Le First Nations Chiefs' Health Committee (CHC) de Colombie-Britannique a été créé en octobre 1997 par une résolution du Sommet des Premières nations. Le CHC a été créé pour diriger et orienter la création des politiques, des programmes et des services de santé des Premières nations et lui apporter un soutien politique constant. Le CHC est le mécanisme reconnu pour travailler avec les gouvernements du Canada, de la province et des Premières nations sur la création de politiques et de priorités (First Nations Chiefs Health Committee, 2007). En 2007, il a pris le nom de First Nations Health Council.

²¹Le Ktunaxa Kinbasket Treaty Council comprend cinq bandes de Colombie-Britannique et deux des États-Unis. Celles de Colombie-Britannique sont la Première nation ?Akisq'nuk, Lower Kootenay, St. Mary's, Tobacco Plains.

²²Nous ne sommes pas en mesure d'affirmer le nombre exact de ces établissements.

Organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les territoires et les provinces



| Province/ Territoire | Organisation couvrant l'ensemble du territoire ou de la province | Organisations régionales |
|-------------------------|---|--|
| Saskatchewan | <ul style="list-style-type: none"> · Federation of Saskatchewan Indian Nations · Saskatchewan Native Council · Métis Nation – Saskatchewan | <ul style="list-style-type: none"> · Neuf conseils tribaux reconnus par AINC représentent 63 Premières nations (Agency Chiefs Tribal Council, Battlefords Agency Tribal Chiefs Inc, Northwest Professional Services Crop, File Hills Qu'appelle Tribal Council Inc., Meadow Lake Tribal Council Program Services Inc., Prince Albert - PADC Management Company Ltd., Saskatoon Tribal Council, Touchwood Agency Tribal Council Inc., Yorkton Tribal Administration Inc.) · La Saskatchewan compte également neuf Premières nations indépendantes (non affiliée à un conseil tribal) · Le Fort Carlton Agency Council et le Southeast Treaty n° 4 Tribal Council ne sont pas des conseils tribaux reconnus par AINC. Ils représentent chacun deux Premières nations répertoriées indépendantes par AINC · La Northern Intertribal Health Authority est une organisation régionale qui regroupe le Meadow Lake Tribal Council, le Prince Albert Grand Council, la Première nation La Ronge et la nation crie Peter Ballantyne · 130 associations métisses locales dans 12 régions |
| Manitoba | <ul style="list-style-type: none"> · Assembly of Manitoba Chiefs · Manitoba Métis Federation · Métis Women of Manitoba · Mother of Red Nations Women's Council of Manitoba | <ul style="list-style-type: none"> · Sept conseils tribaux représentent 54 Premières nations (Dakota Ojibway Tribal Council, Interlake Reserves Tribal Council, Island Lake Tribal Council, Keewatin Tribal Council, Southeast Resource Development Council, Swampy Cree Tribal Council, West Region Tribal Council). Il existe également neuf Premières nations indépendantes (non affiliées à un conseil tribal). · Il existe 27 Premières nations du Nord affiliées à Manitoba Keewatinook Ininew Okimowin Inc., et 33 Premières nations du Sud affiliées à la Southern Chiefs Organization · Aboriginal Council of Winnipeg, Inc. est une organisation autochtone communautaire dirigée par ses membres. Elle fait office de porte-parole politique et d'organisme de défense des droits de la communauté autochtone de Winnipeg (Aboriginal Council of Winnipeg, 2007). |
| Ontario | <ul style="list-style-type: none"> · Chiefs of Ontario · Union of Ontario Indians · Métis Nation of Ontario · Ontario Native Women's Association | <ul style="list-style-type: none"> · La nation Nishnawbe Aski (NAN) représente 49 communautés des Premières nations vivant dans le territoire du Traité de la baie James (Traité n° 9) et dans certaines parties ontariennes du Traité n° 5 · Seize conseils tribaux représentent 99 Premières nations (Anishinaabeg of Kabapikotawangag Resource Council Inc., Bimose Tribal Council, Independent First Nations Alliance, Keewaytinook Okimakanak/Northern Chiefs Council, Matawa First Nations Management Inc., Mushkegowuk Tribal Council, Nokiiwin Tribal Council Inc., North Shore Tribal Council, Ogemawahj Tribal Council, Pwi-di-goo-zing-ne-yaa-zhing Advisory, Shibogama First Nations Council, Southern First Nation Secretariat, United Chiefs & Councils of Manitoulin Island, Waabnoong Bemjiwang Association of First Nations, Wabun Tribal Council and Windigo First Nations Council). Il existe également 40 Premières nations indépendantes (non affiliées à un conseil tribal). · Trente conseils communautaires reconnus représentent les intérêts des Métis à l'échelon régional |
| Québec | <ul style="list-style-type: none"> · Les Premières nations du Québec et du Labrador et leur organisme de santé, la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador · Autochtones du Québec inc. · Alliance autochtone du Québec inc. | <ul style="list-style-type: none"> · Sept conseils tribaux représentent 26 Premières nations (Conseil Tribal de la Nation Algonquine Anishinabeg, Algonquins Nations Programs and Services Secretariat, Conseil de la nation Atikamekw, Conseil tribal Mamuitun, Grand Conseil Waban-Aki Inc., Mi'gmawei Mawiomis Secretariat, Regroupement Mamit Innuat inc.). Il existe également 5 autres communautés indépendantes (non affiliées à un conseil tribal). · Le Grand conseil des Cris et la Société Makivik sont deux organisations issues de la Convention de la baie James et du Nord québécois. Le Grand conseil des Cris représente dix communautés, contre 14 pour la Société Makivik. |
| Pan-Atlantic coalition | <ul style="list-style-type: none"> · Atlantic Policy Congress of First Nations Chiefs Secretariat (siège social en Nouvelle-Écosse) | |

Organisations autochtones ayant un mandat politique en santé dans les territoires et les provinces

| Province/ Territoire | Organisation couvrant l'ensemble du territoire ou de la province | Organisations régionales |
|-------------------------|---|--|
| Nouveau-Brunswick | <ul style="list-style-type: none"> Union of Nouveau-Brunswick Indians New Brunswick Aboriginal Peoples Council | <ul style="list-style-type: none"> Trois conseils tribaux représentent 14 Premières nations (Mawiw Council, North Shore Micmac District Council, Saint John River Valley Tribal Council). Seule une Première nation est considérée indépendante (non affiliée à un conseil tribal). |
| Nouvelle-Écosse | <ul style="list-style-type: none"> Union of Nova Scotia Indians Confederacy of Nova Scotia Métis Nova Scotia Women's Association | <ul style="list-style-type: none"> Deux conseils tribaux représentent 13 Premières nations (Union of Nova Scotia Indians - Advisory Services and the Confederacy of Mainland Micmacs) |
| Île-du-Prince-Édouard | <ul style="list-style-type: none"> Native Council of Prince Edward Island | <ul style="list-style-type: none"> Il n'existe aucun conseil tribal reconnu par l'AINC sur l'Î.-P.-É. Cependant, la Mi'kmaq Confederacy of Prince Edward Island inc. représente deux Premières nations de cette province |
| Terre-Neuve-et-Labrador | <ul style="list-style-type: none"> Federation of Newfoundland Indians Ktaqamkuk Mi'kmaq Alliance Labrador Inuit Association Newfoundland Aboriginal Women's Network | <ul style="list-style-type: none"> Il existe trois communautés des Premières nations, dont aucune n'est représentée par un conseil tribal. Les deux communautés inuites du Labrador sont toutefois affiliées avec la Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador. En outre, une Première nation s'applique actuellement à obtenir la reconnaissance d'AINC |

Annexe C

Traites et activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

Traites et activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|---------------------|------------|--|---|---|
| Traité Robison | 1850, 1853 | Les Traités Robison concernent la cession ou l'achat de terres. Ils garantissent un accès permanent aux terres pour la chasse et la pêche par les Premières nations signataires, jusqu'à ce que la Couronne les vende à des intérêts privés. | Ontario : Sa Majesté la Reine, et Joseph Peau de Chat, John Trimway, Mishe, Muckqua, Totormenai, chefs, et Jacob Wusseba, Ahruntohiwagabon, Michel Shebageshick, Manitoshainse et Chigenaus, hommes marquants parmi les Indiens Ojibeways, habitant la rive nord du lac Supérieur dans ladite province du Canada. | Les Traités Robison ne contiennent aucune disposition traitant de la santé (Surtees, 1986). |
| Les Traités Douglas | 1850, 1854 | Terres sur l'île de Vancouver | Colombie-Britannique : Représentants de Sa Majesté la reine Victoria et de la tribu Teechamitsa Tribe. | Les Traités Douglas ne contiennent aucune disposition traitant de la santé Canada, 2006c). |
| Traité n° 8 | 1871 | Le Traité n° 1 concerne une petite partie de terre située au sud du Lac Winnipeg et du Lac Manitoba, au Manitoba | Manitoba : Sa Majesté la Reine et les Chippaouais et les Cris du Manitoba et des territoires adjacents, et adhésions à ces derniers. | Le Traité n° 1 ne contient aucune disposition traitant de la santé (Canada, 1871). |
| Traité n° 2 | 1871 | Le Traité n° 2 concerne une petite partie de la Saskatchewan, et selon le gouvernement de la Saskatchewan, aucune Première nation du Traité n° 2 ne vit en Saskatchewan (Saskatchewan, 2007) | Manitoba : Sa Majesté la Reine et la tribu d'Indiens Chippaouais, habitants du pays à l'intérieur des limites, principalement des Ojibeways. Saskatchewan : Sa Majesté la Reine et la tribu d'Indiens Chippaouais. | Le Traité n° 2 ne contient aucune disposition traitant de la santé (Canada, 1871). |

Traités et activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone



| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|----------------|-----------|---|---|---|
| Le Traité n° 3 | 1873 | Le Traité n° 3 est un traité de cession de 14 245 000 hectares de terres que le Canada pourra utiliser pour l'agriculture, la colonisation et l'exploitation des minerais. | Manitoba : Sa Majesté la Reine et la tribu des Saulteux de la nation des Ojibeways à un point situé à l'angle Nord-Ouest du lac des Bois et adhésions à ce dernier Ontario : Sa Majesté la Reine et la tribu des Saulteux de la nation des Ojibeways à un point situé à l'angle Nord-Ouest du lac des Bois et adhésions à ce dernier | Le Traité n° 3 ne contient aucune disposition traitant de la santé (Canada, 1873) |
| Traité n° 4 | 1874 | Le Traité n° 4 comprend le sud de la Saskatchewan ainsi qu'une petite portion de l'Ouest du Manitoba et le Sud-Est de l'Alberta. | Saskatchewan : Sa Majesté la Reine et les tribus indiennes des Cris et des Saulteux Manitoba : Sa Majesté la Reine et les tribus indiennes des Cris et des Saulteux. | Les Traités n° 4 (Canada, 1874) et n° 5 (Canada, 1875) ne contiennent aucune disposition traitant de la santé. Toutefois, un médecin associé au ministère des Affaires indiennes était présent au moment de la signature du Traité pour dispenser des soins aux Indiens réunis pour signer. |
| Traité n° 5 | 1875 | Le Traité n° 5 a été signé les 20 et 25 septembre 1875. Ce traité a été signé en deux étapes séparées, pour le nord et le sud. En 1875, la partie sud du Traité est négociée. | Ontario : Sa Majesté la Reine et les tribus indiennes des Saulteux et des Cris de la savane à la rivière Berens et à Norway House Saskatchewan : Traité n° 5 conclu entre Sa Majesté la Reine et les tribus indiennes des Saulteux et des Cris de la savane à la rivière Berens et à Norway House et adhésions à ce dernier Manitoba : Traité n° 5 conclu entre Sa Majesté la Reine et les tribus indiennes des Saulteux et des Cris de la savane à la rivière Berens et à Norway House et adhésions à ce dernier | Le Traité n° 5 ne contient aucune disposition traitant de la santé. Toutefois, un médecin associé au ministère des Affaires indiennes était présent au moment de la signature du Traité pour dispenser des soins aux Indiens réunis pour signer (Canada, 1875). |
| Traité n° 6 | 1876 | Le Traité n° 6 a été signé en 1876 à Fort Carlton, Fort Pitt et Battle River avec des adhésions des représentants de Sa Majesté la reine Victoria, des Indiens Cris des plaines et des bois et d'autres tribus d'Indiens. | Alberta : Représentants de Sa Majesté la reine Victoria, des Indiens Cris des plaines et des bois et d'autres tribus d'Indiens Saskatchewan : Représentants de Sa Majesté la reine Victoria, des Indiens Cris des plaines et des bois et d'autres tribus d'Indiens | Le Traité n° 6 inclut la clause de la trousse de soins qui promet l'accès à une trousse de soins (armoire à médicaments), le traitement contre les fléaux ou la famine générale. Cette clause forme la base du droit à la santé du traité (Canada, 1876). |
| Traité n° 7 | 1877 | Le Traité n° 7 concerne la partie sud de l'Alberta et a été signé le 22 septembre et le 4 décembre 1877. Il englobe la partie sud de l'Alberta. Le Traité visait à fournir un mille carré de terre à chaque famille indienne, ainsi qu'une quantité limitée de têtes de bétail, et un peu d'équipement fermier. | Alberta : Sa Majesté la Reine et les Pieds-Noirs et d'autres tribus indiennes, à Blackfoot Crossing, sur la rivière Bow, et à Fort Macleod | Le Traité n° 7 ne contient aucune disposition traitant de la santé (Canada, 1877) |

Traités et activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|----------------------|-----------|---|---|--|
| Traité n° 8 | 1899 | Le Traité n° 8 a été signé en juin 1899 entre Sa Majesté la Reine et diverses Premières nations au Petit lac des Esclaves. La zone visée couvre 840 000 kilomètres carrés situés dans la partie nord du Canada qui englobe la moitié nord de l'Alberta, l'angle nord-ouest de la Saskatchewan et le Nord de la Colombie-Britannique. Le Traité n° 8 est le premier à reconnaître la coexistence des Indiens et des Métis. | <p>Alberta : La reine Victoria et diverses Premières nations du Petit lac des Esclaves (Cris, Chippewa, Beaver)</p> <p>Saskatchewan : La reine Victoria et diverses Premières nations du Petit lac des Esclaves</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : La reine Victoria et diverses Premières nations du Petit lac des Esclaves (Cris, Chippewa, Beaver)</p> | Le Traité n° 8 ne contient aucune disposition traitant de la santé. Des demandes à cet effet avaient été faites lors des négociations. Elles comportaient, dans les détails, des demandes pour obtenir des médicaments et un médecin résident. Ces requêtes n'ont toutefois pas été intégrées dans le texte de ces traités. Cependant, les notes du Commissaire aux traités font clairement état de l'engagement à fournir des médicaments (Canada, 1899). |
| Traité n° 9 | 1905-06 | Le Traité n° 9, également connu sous le nom de Traité de la baie James, concerne près des deux tiers du Nord de l'Ontario. Il est le premier traité pour lequel la province a participé aux négociations. | Ontario : Le gouvernement du Canada a signé le Traité n° 9 avec les Premières nations cris et chippewa du Nord de l'Ontario | Il semblerait qu'alors que les signataires croyaient qu'une assistance médicale serait fournie tous les ans au moment de la rente, le rapport des commissaires et le texte du Traité restent muets à ce sujet (Canada, 1929) |
| Traité n° 10 | 1906 | Le Traité n° 10 concerne 220 000 kilomètres carrés au nord de la Saskatchewan et de l'Alberta, principalement des terres réputées impropres à l'exploitation agricole. Le texte du Traité n° 10 reconnaît la coexistence des Indiens et des Métis. | Saskatchewan : Sa Majesté le Roi de la Grande-Bretagne et de l'Irlande et les indiens Chippeyans, Cris et autres habitants du territoire concerné par le Traité | Le Traité n° 10 (Canada, 1906) ne contient aucune disposition traitant de la santé. Lors des négociations, des requêtes dans ce sens ont été faites. Elles comportaient, dans les détails, des demandes pour obtenir des médicaments et un médecin résident. Ces requêtes n'ont toutefois pas été intégrées dans le texte de ces traités. Cependant, les notes du Commissaire aux traités font clairement état de l'engagement à fournir des médicaments. |
| Traité n° 11 | 1921 | Le Traité n° 11 concerne la moitié ouest des Territoires du Nord-Ouest, y compris la partie sud-est du Yukon Il a été signé le 26 juillet 1921 à la rivière Arctic Red et à Fort McPherson le 28 juillet 1921 | <p>Yukon : Les tribus Esclaves, Plats-Côtés-de-Chien, Kutchins et Peau-de Lièvres et Sa Majesté la Reine du chef du Canada</p> <p>Territoires du Nord-Ouest : Le roi George V et 21 Premières nations dans ce qui est devenu les Territoires du Nord-Ouest</p> | Le texte du Traité n° 11 ne contient aucune disposition traitant de la santé. Des demandes à cet effet avaient été faites lors des négociations, y compris la demande de médicaments et d'un médecin résident. Cependant, les notes du Commissaire aux traités font clairement état de l'engagement à fournir des médicaments (Canada, 1921). |
| Les Traités Williams | 1923 | Les Traités Williams étaient associés à la cession de terres. Ils concernaient plus particulièrement trois parcelles de terrain totalisant plus de 20 000 milles carrés. | Ontario : Le gouvernement du Canada et les Indiens Mississauga du lac Rice, du lac Mud, du lac Scugog et d'Alderville et les Indiens Chippaouis de Christian Island, Georgina et Rama | Les Traités Williams ne contiennent aucune disposition traitant de la santé (Le roi George et les Indiens Mississauga du lac Rice, 1923; Le roi George et les Indiens Chippaouis de Christian Island, 1923) |

Traités et activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|------------------------------------|-----------|--|--|---|
| Métis Betterment Act ²³ | 1939 | La loi Métis Population Betterment Act, plus tard renommée Métis Betterment Act, a été promulguée par la province de l'Alberta en 1938. Un comité conjoint composé de représentants du gouvernement et des Métis identifia des terres pour des colonies métisses. Douze colonies métisses furent créées : Big Prairie (Peavine), Caslan (sud de Lac La Biche), Cold Lake East Prairie (sud de Lesser Slave Lake); Elizabeth (à l'est d'Elk Point); Fishing Lake, Gift Lake (ou Utikuma); Kikino (originalement appelé Beaver River ou Goldfish Lake); Paddle Prairie (ou Keg River); Touchwood; Marlboro; Wolf Lake (nord de Bonnyville). | Alberta : Le gouvernement d'Alberta et les Métis d'Alberta | Cette loi ne concerne pas la santé ou les services de santé |

Annexe D

Activites d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|--|-----------|---|--|--|
| Convention de la baie James et du Nord québécois | 1975 | Cette entente est connue pour être le premier traité moderne signé au Canada. Il définit les droits des Cris et des Inuits concernant la terre et les ressources (Canada, 2004a). | Québec : Les Cris de la baie James et les Inuits du Nunavik, les gouvernements du Québec et du Canada | Le Conseil Cri de la santé et des services sociaux de la baie James et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik ont été créés en 1978 à l'issue de la <i>Convention de la baie James et du Nord québécois</i> , et chargés d'administrer et de dispenser des services de santé et des services sociaux à tous les Québécois par le biais de programmes provinciaux, ainsi que les services fournis aux Premières nations et aux Inuits par le gouvernement fédéral |
| Convention du Nord-Est québécois | 1978 | Cette convention est un mécanisme visant à définir les droits des Naskapis sur la terre et les ressources (Canada, 2004a) | Québec : Les Naskapis, les gouvernements du Québec et du Canada | Suite à la <i>Convention du Nord-Est québécois</i> , un comité consultatif de la santé et des services sociaux a été créé pour représenter les intérêts des Naskapis. Conformément à l'entente, les services sont dispensés par le système de santé québécois. |
| Convention définitive des Inuvialuits | 1984 | Cette entente vise à donner des droits, des avantages et une indemnité en échange du droit des Inuvialuits dans les Territoires du Nord-Ouest et du Yukon | Yukon : Les Inuvialuits et les gouvernements du Canada et des Territoires du Nord-Ouest Territoires du Nord-Ouest : Le Comité d'étude des droits des autochtones, représentant les Inuvialuits de la région désignée des Inuvialuits et le gouvernement du Canada | La convention a établi le Programme de développement social des Inuvialuits, créé pour améliorer la santé, l'éducation, le logement et les normes de vie des Inuvialuits. Les sujets visés sont le logement, la santé, le bien-être, la santé mentale, l'éducation, les aînés et la conservation des pratiques et des points de vue traditionnels dans la région désignée des Inuvialuits. Le Canada accepte d'octroyer un financement spécial destiné à la réalisation de ces objectifs par les Inuvialuits. En vertu de cette convention, la santé publique continue à relever de la compétence territoriale (Canada, 1984). |

²³ Ces renseignements proviennent de l'Alberta online encyclopedia (http://www.albertasource.ca/metis/fr/people_and_communities/issues_betterment.htm). Il n'a pas été possible d'obtenir une copie originale de la Loi

Activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|---|-----------|--|---|---|
| Loi sur l'autonomie gouvernementale de la bande indienne sechelte | 1986 | La loi accorde à la bande sechelte le pouvoir de déléguer son autorité et de négocier des ententes sur des sujets donnés. La bande indienne sechelte détient un statut municipal en vertu de la législation provinciale. | Colombie-Britannique : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, la province de Colombie-Britannique et la bande indienne sechelte | Selon l'article 14, le conseil a, dans la mesure où l'y autorise la constitution de la bande, le pouvoir d'édicter des textes législatifs sur i) les services de santé dans les limites de ces terres (Canada, 1986) |
| Métis Settlements Accord | 1989 | L' <i>Alberta-Métis Settlement Accord</i> a été passé le 1er juillet 1989 entre le premier ministre Getty et Randy Harder, président de la Federation of Métis Settlements. Il a contribué à résoudre les problèmes de litige entre la province et la fédération. En 1990, le gouvernement de l'Alberta a mis en vigueur la <i>Métis Settlements Land Protection Act</i> , la <i>Métis Settlements Act (MSA)</i> , la <i>Métis Settlement Accord Act</i> et la <i>Constitution of Alberta Amendment Act</i> . Durant la signature de l'accord en 1990, l'Alberta Federation of Métis Settlements a pris le nom de Métis Settlements General Council. | Alberta : Le gouvernement d'Alberta et les Métis d'Alberta | L'accord inclut un certain nombre de dispositions sur la santé, dont a) le droit de faire des règlements pour promouvoir la santé, la sécurité et le bien-être des résidents de la région d'établissement; b) le droit d'investir dans le district hospitalier ou dans la région sanitaire relevant des régies régionales de santé; c) le droit de faire des règlements visant à contrôler la santé des habitants de la région d'installation et à limiter la propagation de maladies (Alberta et Alberta Federation of Métis Settlements Association, 1990) |
| Entente sur la revendication territoriale globale des Gwich'in | 1992 | L' <i>Entente sur la revendication territoriale globale des Gwich'in accorde au Conseil tribal Gwich'in</i> la propriété de 16 264 kilomètres carrés de terre dans la région visée par l' <i>Entente avec les Gwich'in</i> et au Yukon. Les ententes essaient de clarifier les droits concernant la terre et les ressources. | Territoires du Nord-Ouest : Le gouvernement du Canada, les Gwich'in (représentés par le Conseil tribal des Gwich'in) à Fort McPherson, Territoires du Nord-Ouest Yukon : Le Conseil tribal des Gwich'in, Sa Majesté la Reine du chef du Canada | Cette entente constitue un cadre visant à éclairer les discussions sur l'autonomie en matière de programmes. Il précise les droits soulignés dans le Traité n° 11. 11. Les services de santé sont l'un des domaines cités en vue des discussions d'autonomie ultérieures (Affaires indiennes et du Nord Canada, 1992). |
| L'Accord-cadre définitif | 1993 | Reconnaît les importantes contributions de la population indienne et des Premières nations du Yukon à l'histoire et à la culture du Yukon et du Canada, et améliore leur capacité à participer pleinement à tous les aspects de l'économie de la province | Yukon : Les Premières nations du Yukon, le gouvernement du Canada et le gouvernement du Yukon | L'accord-cadre comprend une disposition qui donne le droit aux Premières nations de négocier des ententes d'autonomie à titre individuel. Il précise également que ses propres dispositions doivent viser la santé et la sécurité du public. En outre, la plupart des références à la santé concernent principalement les services sociaux. Toutes les ententes d'autonomie ont été examinées dans le cadre des dispositions sur la santé. Toutes incluent des dispositions permettant aux Premières nations de négocier une <i>Entente de transfert financier pour l'autonomie gouvernementale</i> pouvant inclure des services de santé. Il semblerait que, jusqu'à présent, l'Accord avec les Premières nations de Carcross-Tagish (voir plus bas) soit le seul à prévoir des services de santé (Canada et coll., 1993). |

Activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone



| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|--|---|---|---|---|
| Accord sur le règlement de la revendication territoriale des Dénés et Métis du Sahtu | 1993 | Cet accord reconnaît aux Dénés et aux Métis du Sahtu la propriété de terres dans la vallée du fleuve Mackenzie. Le gouvernement du Canada a accepté de négocier des ententes d'autonomie communautaire par communauté avec les cinq communautés de Colville Lake, Fort Good Hope, Tulita, Deline et Norman Wells, dans le Sahtu. | Territoires du Nord-Ouest : Cette entente a été signée le 6 septembre 1993 entre le gouvernement du Canada et les Métis de Fort Good Hope, Fort Norman et Norman Wells dans la région du Sahtu de la vallée Mackenzie, représentés par le Conseil tribal du Sahtu | L'accord-cadre comprend une disposition qui donne le droit aux Premières nations signataires de négocier, à titre individuel, des ententes d'autonomie incluant des services de santé. Il précise également que ses propres dispositions doivent viser la santé et la sécurité du public. En outre, la plupart des références à la santé concernent principalement les services sociaux (Canada, 1994). |
| Accord sur les revendications territoriales du Nunavut | 1993 | L'accord consistait en la première étape vers la création du nouveau territoire du Nunavut. Ses modalités incluent la compétence sur les sujets territoriaux : l'aménagement de la faune, l'aménagement et le développement du territoire, les impôts sur la propriété foncière et la gestion des ressources naturelles sont transférés au nouveau gouvernement (Accord entre les Inuits de la région du Nunavut et le Canada, 1993) | Nunavut : Les Inuits de la région du Nunavut et le gouvernement du Canada | L'accord a débouché sur la création du nouveau territoire du Nunavut, dirigé par un gouvernement populaire. Les responsabilités de ce gouvernement sont semblables à celles des Territoires du Nord-Ouest, et ses pouvoirs incluent des programmes socio-économiques comme la santé, les services sociaux, la langue, la culture, le développement durable et les finances. |
| Accord-cadre avec le Manitoba | En 1994, pour 10 ans, prolongé de 3 ans | L'Initiative sur l'Entente-cadre du Manitoba (ACM) a été signée en décembre 1994 dans le cadre d'un engagement à long terme pour instaurer un gouvernement autonome au Manitoba. L'entente engageait l'Assembly of Manitoba Chiefs et le gouvernement fédéral sur un processus de 10 ans devant se terminer en décembre 2004. Il visait à démanteler les opérations régionales de l'AINC au Manitoba, à reconnaître et développer les gouvernements des Premières nations du Manitoba et à restaurer leur autorité. | Manitoba : Assembly of Manitoba Chiefs et le gouvernement fédéral | Bien qu'il n'existe que peu de données sur les détails des discussions entreprises, il semblerait que la santé en fasse partie (Manitoba, 1997a). |
| Indian Self-Government Enabling Act | 1996 | La loi vise à aider les bandes, les municipalités et le gouvernement à participer à la mise en place de systèmes d'impôt foncier parallèles respectant à la fois les lois indiennes sur l'impôt foncier et la loi provinciale | Colombie-Britannique : Loi du parlement, gouvernement de Colombie-Britannique | Cette loi ne contient aucune disposition traitant de la santé. Elle entreprend cependant un processus traitant de l'autonomie des Autochtones dans la province (Colombie-Britannique, 1996o) |

Activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone



| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|--------------------------|-----------|---|--|---|
| Indian Advisory Act | 1996 | Cette loi établit que le lieutenant gouverneur en conseil doit créer le Comité consultatif des Indiens de Colombie-Britannique qui conseillera le ministre sur tous les sujets concernant le statut et les droits des Indiens | Colombie-Britannique : Loi du parlement, gouvernement de Colombie-Britannique | Cette loi ne contient aucune disposition traitant de la santé. Elle entreprend cependant un processus traitant de l'autonomie des Autochtones dans la province (Colombie-Britannique, 1996n). |
| Accord définitif Nisga'a | 1999 | La loi accorde à la nation Nisga'a le pouvoir de déléguer son autorité et de négocier des ententes sur des sujets donnés | Colombie-Britannique : Sa Majesté la Reine du chef du Canada, la province de Colombie-Britannique et la bande indienne Nisga'a | Les articles 82 à 86 de l'accord concernent précisément les services de santé et donnent au gouvernement Nisga'a Lisims le pouvoir de promulguer des lois concernant les services de santé sur les terres Nisga'a. À la demande de n'importe quelle partie, des négociations seront entreprises pour s'entendre sur la prestation et l'administration, par le gouvernement Nisga'a, des services et des programmes de santé fédéraux et provinciaux pour toutes les personnes résidant sur les terres Nisga'a. En vertu de ces ententes, les citoyens Nisga'a et ceux qui ne le sont pas seront traités de la même façon en matière de prestation de services et de programmes de santé. L'entente confère également au gouvernement Nisga'a Lisims le pouvoir de promulguer des lois concernant l'autorisation ou la délivrance de permis aux personnes qui pratiquent en temps que guérisseurs traditionnels sur les terres Nisga'a. Cependant, ce pouvoir n'inclut pas la réglementation des produits ou des substances déjà réglementés en vertu de lois fédérales ou provinciales d'application générale (Nation Nisga'a et coll., 1999). |
| The Métis Act | 2001 | La loi vise à reconnaître la contribution des Métis et à traiter avec certaines institutions métisses | Saskatchewan : Loi du gouvernement de la Saskatchewan | Cette loi établit que le gouvernement de la Saskatchewan et la nation métisse qui y vit collaboreront dans un processus bilatéral pour régler des questions importantes pour le peuple Métis, notamment a) l'établissement de capacités, b) les terres, c) l'exploitation forestière, d) la gouvernance. Elle vise à reconnaître la contribution des Métis au développement et à la prospérité du Canada, notamment : h) le rôle de leadership des institutions métisses dans la création de services éducatifs, sociaux et sanitaires à la population métisse, et la contribution de ces institutions dans la prestation de ces services. La loi ne prend pas d'engagement précis en ce qui concerne la gouvernance et la santé (Saskatchewan, 2001a). |

Activités d'autonomie gouvernementale en lien avec la santé autochtone

| Entente | Signature | Description | Par | Lien avec la santé |
|---|-----------|---|---|--|
| Accord tlicho | 2003 | L'accord confère aux Tlichos certains droits et avantages sur la terre et les ressources, l'autonomie aux citoyens tlichos ainsi que les pouvoirs gouvernementaux | Territoires du Nord-Ouest : Le Conseil des Dogribs signataires du traité n° 11, le gouvernement du Canada et le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest | En ce qui concerne les services, l'accord précise que des ententes intergouvernementales doivent être négociées entre les Dogribs et le gouvernement territorial avant son entrée en vigueur. Les services de santé sont cités de manière explicite |
| Canada et coll., 2003). | 2003 | Cet accord transfère les responsabilités de la santé et d'autres services à la Première nation | Yukon : Première nation Carcross/Tagish, Affaires indiennes et inuites et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits du gouvernement du Canada | Cette entente reconnaît que le Canada – Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits – ne gèrera plus, n'administrera plus et ne dispensera plus les programmes et services d'accès initiaux. Une fois l'entente en vigueur, la responsabilité en est assumée par la Première nation (Première nation Carcross/Tagish et coll., 2003). |
| Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Nunavik (NILCA) | 2007 | Il s'agit d'un accord de principe régissant la création du gouvernement régional du Nunavik. Cette future institution régionale, qui sera créée par des mesures législatives et en référerà à l'Assemblée nationale, rassemblera trois principales organisations créées par la <i>Convention de la baie James et du Nord québécois</i> , soit : la Société Makivik, la Commission scolaire Kativik et la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2007). Il s'agit d'un modèle de gouvernement autonome unique au Canada. | Québec : Les Inuits du Nunavik (la Société Makivik, le gouvernement du Québec, le gouvernement du Canada | Cette entente consolide les pouvoirs des Inuits du Nunavik sur les institutions créées dans le cadre de la <i>Convention de la baie James et du Nord québécois</i> de 1975 |

Annexe E

Legislation et documents territoriaux et provinciaux sur la santé autochtone

| Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone | | | |
|---|--|-----------------------|---|
| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
| Yukon | Loi sur le Yukon | 1898 | Cette loi ne contient aucune disposition sur la santé ou les Autochtones (Canada, 1898) |
| Yukon | Health Care Insurance Plan Act | 1971 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier (Yukon, 1971) |
| Yukon | Extended Health Care Benefits Regulation | 1994 | Ce règlement ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Yukon, 1994) |
| Yukon | Projet de loi C-39, Loi sur le Yukon | 2002 | Cette loi remplace le Yukon Act (voir plus bas le Yukon Act de 2002) (Canada, 2002) |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone

| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|---------------------------|---|-----------------------|--|
| Yukon | Health Act | 2002 | Cette loi souligne l'importance des partenariats avec les groupes autochtones et du respect des pratiques de guérison traditionnelles. Elle stipule également que le l'Accord de revendication territoriale du Yukon ou la Loi sur l'autonomie gouvernementale des Premières nations du Yukon l'emportent en cas de conflit (Yukon, 2002a). |
| Yukon | Health Care Insurance Plan Act | 2002 | Cette loi ne contient aucune disposition ciblant la santé ou les Autochtones en particulier (Canada, 2002b) |
| Yukon | Yukon Act | 2002 | Il y est fait référence aux droits Autochtones, mais rien n'est dit sur la santé (Canada, 2002) |
| Territoires du Nord-Ouest | Revendication de l'Arctique de l'Ouest | 1984 | Convention définitive des Inuvialuits. L'entente ne débouche pas sur un transfert des responsabilités concernant les services de santé de la part du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest au profit des Inuvialuits (Canada, 1984). |
| Territoires du Nord-Ouest | Loi sur les Territoires du Nord-Ouest | 1985 | Il y est fait référence aux droits de chasse des Inuits et des Indiens ainsi qu'aux lois visant précisément les Inuits. Il n'y a aucune référence à la santé (Canada, 1985b). |
| Territoires du Nord-Ouest | Hospital Insurance and Health and Social Services Administration Act (anciennement la Loi sur les services d'assurance-hospitalisation des Territoires du Nord-Ouest) | 1988 | La loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Territoires du Nord-Ouest, 1988a) |
| Territoires du Nord-Ouest | Loi sur la santé publique | 1988 | La loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Territoires du Nord-Ouest, 1988d) |
| Territoires du Nord-Ouest | Loi sur l'assurance-maladie | 1988 | La loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Territoires du Nord-Ouest, 1988b) |
| Territoires du Nord-Ouest | Déplacement pour soins médicaux | 1998 | Dans cette politique, les peuples Métis sont considérés à part (Territoires du Nord-Ouest, 1988c) |
| Territoires du Nord-Ouest | Prestations d'assurance-maladie complémentaires | 1998 | Dans cette politique, les peuples Métis sont considérés à part (Territoires du Nord-Ouest, 1998) |
| Territoires du Nord-Ouest | Loi sur le règlement de la revendication territoriale des Dénés et Métis du Sahtu | 1994 | La loi ne mentionne pas la santé (Territoires du Nord-Ouest, 1994) |
| Territoires du Nord-Ouest | Politique sur les établissements de santé et de services sociaux. | 1999 | Cette politique ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Territoires du Nord-Ouest, 1999) |
| Territoires du Nord-Ouest | Prestations de maladie pour les Métis | 2003 | Pour être admissibles à ces prestations, les clients doivent : <ul style="list-style-type: none"> · résider dans les T.-N.-O. et être inscrits au régime d'assurance-maladie gouvernemental · avoir des ancêtres chez les Ojibway, les Esclaves, les Gwich'in, les Dogribs, les Peau-de Lièvres ou les Cris · résider ou utiliser et occuper le bassin du Mackenzie au ou avant le 1er janvier 1921, être un membre accepté de la communauté, ou avoir été adopté avant la majorité (Territoires du Nord-Ouest, 2003) |
| Colombie-Britannique | Health Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996a) |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone



| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|------------------------|--|-----------------------|--|
| Colombie-Britannique | Health Authorities Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996b) |
| Colombie-Britannique | Health Care (Consent) and Care Facility (Admission) Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996c) |
| Colombie-Britannique | Health Emergency Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996d) |
| Colombie-Britannique | Health Professions Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996e) |
| Colombie-Britannique | Health Research Foundation Act (abrogée) | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996f) |
| Colombie-Britannique | Health Special Account Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996g) |
| Colombie-Britannique | Hearing Aid Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996h) |
| Colombie-Britannique | Hospital Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996j) |
| Colombie-Britannique | Hospital (Auxiliary) Act (abrogée) | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996i) |
| Colombie-Britannique | Hospital District Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996k) |
| Colombie-Britannique | Hospital District Finance Act (abrogée) | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996l) |
| Colombie-Britannique | Hospital Insurance Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996m) |
| Colombie-Britannique | Medical and Health Care Services Special Account Act (abrogée) | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996p) |
| Colombie-Britannique | Medical Practitioners Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996q) |
| Colombie-Britannique | Medicare Protection Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996r) |
| Colombie-Britannique | Mental Health Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996s) |
| Colombie-Britannique | Ministry of Health Act | 1996 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 1996t) |
| Colombie-Britannique | Health and Social Services Delivery Improvement Act | 2002 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 2002) |
| Colombie-Britannique | Health Sector Partnerships Agreement Act | 2003 | Cette loi ne contient aucune disposition concernant les Autochtones en particulier (Colombie-Britannique, 2003) |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone

| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|------------------------|---------------------------------|-----------------------|---|
| Colombie-Britannique | Transformative Change Accord | 2005 | <p>L'accord a été signé en 2005 entre le gouvernement de Colombie-Britannique, celui du Canada et le Conseil des leaders des Premières nations représentant l'Assemblée des Premières nations de la Colombie-Britannique. C'est un engagement à combler le fossé qui existe entre les Premières nations de Colombie-Britannique et les autres résidents en matière de santé, d'éducation, de logement et pour régler le problème des droits et des titres des Autochtones (gouvernement de Colombie-Britannique et coll., 2005).</p> <p>L'accord a débouché sur un plan de santé de dix ans pour les Premières nations (First Nations Leadership Council et coll., 2006).</p> |
| Colombie-Britannique | Tobacco Control Act | 1996 | <p>3) Le paragraphe 2) ne s'applique pas à l'utilisation rituelle du tabac dans ou sur une propriété scolaire si cette utilisation est approuvée par le conseil et est effectuée</p> <p>a) en lien avec une activité culturelle autochtone traditionnelle, ou</p> <p>b) par un groupe prescrit dans un but prescrit (Assemblée des Premières nations, 2006a; Colombie-Britannique, 1996u)</p> |
| Alberta | Ambulance Services Act | 1990 | La loi établit explicitement que les services qu'elle inclut s'étendent aux municipalités, y compris les établissements métis (Alberta, 2000a) |
| Alberta | Government Organization Act | 1994 | L'Annexe 6 – Sujets intergouvernementaux et autochtones de la loi indique explicitement que les pouvoirs et les devoirs généraux du ministère s'étendent aux établissements métis. La loi est muette en ce qui concerne les réserves indiennes (Alberta, 2000b). |
| Alberta | Health Professions Act | 1999 | La partie 5 – Arrangements commerciaux - Conduite d'une pratique précise que les municipalités, y compris les établissements métis, n'ont pas le pouvoir de demander un permis municipal aux membres d'une profession de la santé réglementée (Alberta, 2000c) |
| Alberta | Hospitals Act | 1980 | La partie 3 – Régime de prestations pour hospitalisation établit que, au nom du gouvernement de l'Alberta, le ministre peut passer une entente avec le gouvernement du Canada dans le cadre des contributions du Canada concernant les coûts défrayés par la province pour les services aux Indiens des réserves provinciales (Alberta, 2000d) |
| Alberta | Loi sur la santé publique | 1984 | <p>La loi précise la responsabilité vis-à-vis des établissements métis ainsi que la relation avec eux. Elle s'étend à ces établissements. Elle détaille également le processus de publication des avis de risque sanitaire :</p> <p>Avis de risque sanitaire – Terre patentée des Métis</p> <p>65 1) Lorsqu'une ordonnance est publiée en vertu de l'article 62 concernant les terres patentées selon la définition de la Métis Settlements Act, la régie régionale de la santé peut envoyer un avis de risque sanitaire au registraire du bureau d'enregistrement des établissements métis et ce dernier soit inscrire cet avis dans le registre du titre de la terre visée par l'ordonnance.</p> <p>2) Un avis de risque sanitaire inscrit en vertu de cet article n'expire pas et ne peut être annulé, sauf sur réception par le registraire du bureau d'enregistrement des établissements métis d'un avis écrit produit par la régie régionale de la santé qui demande son annulation.</p> <p>3) Lors de l'inscription de l'avis de risque sanitaire, le registraire du bureau d'enregistrement des établissements métis doit informer la personne au nom de qui le titre Métis est enregistré ainsi que toutes les personnes concernées par ledit titre.</p> <p>La loi est muette quant à son application sur les réserves indiennes (Alberta, 2000e).</p> |
| Alberta | Regional Health Authorities Act | 2000 | La Regional Health Authorities Act ne traite pas de la relation entre les Autochtones et la santé, même si elle définit les établissements métis comme des municipalités (Alberta, 2000f) |
| Alberta | Tobacco Reduction Act | 2005 | Rien dans cette loi ne porte atteinte au droit des Autochtones quant aux pratiques ou cérémonies spirituelles ou culturelles (Alberta, 2005) |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone



| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|------------------------|--------------------------------------|-----------------------|--|
| Saskatchewan | The Health Districts Act | 1993 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier (Saskatchewan, 1993) |
| Saskatchewan | The Public Health Act | 1994 | Afin d'exécuter cette loi dans l'esprit, le ministre peut passer des ententes avec un pouvoir local, le gouvernement du Canada ou ses bureaux, le gouvernement d'une autre province ou territoire du Canada ou ses bureaux, une bande indienne ou tout autre personne (Saskatchewan, 1994) |
| Saskatchewan | Vital Statistics Act | 1995 | Divisions de l'enregistrement : 35(3) Chaque agence indienne de la Saskatchewan est une division de l'enregistrement. Registres de la division : 36 (2) Chaque surintendant des Indiens de la Saskatchewan est autorisé à agir en tant que registraire de la division formée par l'agence indienne sous son autorité. Enregistrements – Rémunération : 40 Les registres de division et les surintendants des Indiens seront rémunérés par les municipalités et d'autres personnes selon les modalités et les sommes prévues dans les règlements. Règlements : 60 Le lieutenant-gouverneur en conseil peut faire des règlements : e.1) pour prescrire les frais de chaque enregistrement en incluant un montant annuel maximum ou minimum à payer par la municipalité ou toute autre personne aux registres des divisions et aux surintendants des Indiens pour les enregistrements (Saskatchewan, 1995). |
| Saskatchewan | The Regional Health Services Act | 2002 | Pouvoirs administratifs : 5) Une régie régionale de la santé peut, pour exercer ses attributions en application du paragraphe 27(1) : a) passer des accords avec le gouvernement du Canada ou ses bureaux, le gouvernement de la Saskatchewan ou ses bureaux, le gouvernement d'une autre province ou d'un autre territoire du Canada ou ses bureaux, des municipalités, une autre organisation gouvernementale, des bandes indiennes ou une autre personne; 6) La Saskatchewan Cancer Agency peut, pour exercer ses attributions en application de cette loi et de la Cancer Agency Act : a) passer des accords avec le gouvernement du Canada ou ses bureaux, le gouvernement de la Saskatchewan ou ses bureaux, le gouvernement d'une autre province ou d'un autre territoire du Canada ou ses bureaux, des municipalités, une autre organisation gouvernementale, des bandes indiennes ou une autre personne (Saskatchewan, 2002). |
| Saskatchewan | Tobacco Control Act | 2001 | Interdiction de fournir du tabac à des jeunes 5) Rien dans cet article n'interdit à quiconque de donner du tabac ou un produit du tabac à un jeune s'il le fait dans le cadre exclusif des pratiques ou cérémonies spirituelles ou culturelles autochtones. 11(2) Sous réserve du paragraphe 3), il est interdit de fumer ou de détenir du tabac allumé dans un lieu public fermé. 3) Le paragraphe 2) ne s'applique pas à : c) un lieu public fermé utilisé, avec le consentement de son propriétaire, pour des pratiques ou cérémonies spirituelles ou culturelles autochtones, si l'utilisation de tabac ou de produits du tabac fait partie intégrante de ces activités menées dans le lieu fermé en question (Saskatchewan, 2001b). |
| Manitoba | The Sanatorium Board of Manitoba Act | 1987 | Pouvoir du conseil : 3(2) Afin d'atteindre les buts et les objectifs du conseil et sans préjudice de la portée générale du paragraphe 1), le conseil peut v) coopérer avec le ministère concerné du gouvernement du Canada, pour s'efforcer de créer un programme satisfaisant de lutte contre la tuberculose destiné à la population indienne du Manitoba; (Manitoba, 1987b) |
| Manitoba | Loi sur la santé publique | 1987 | 12.2(1) Afin de prévenir ou de contenir une menace pour la santé publique ou d'y faire autrement face, le ministre, la personne que celui-ci désigne ou le médecin hygiéniste en chef peut communiquer des renseignements aux entités mentionnées ci-après et recevoir des renseignements de ces entités : une bande au sens de la Loi sur les Indiens (Manitoba, 1987a) |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone

| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|------------------------|--|-----------------------|---|
| Manitoba | Loi sur les offices régionaux de la santé | 1996 | 24(2) Au cours de l'élaboration de son projet de plan sanitaire régional, l'office régional de la santé consulte les personnes qu'il estime indiquées. Il peut notamment consulter des municipalités, des bandes indiennes et des ministères ou des organismes gouvernementaux (Manitoba, 1996). |
| Manitoba | Loi sur les sages-femmes | 1997 | 8(5) Le conseil créera a) un comité permanent qui se chargera de recruter et sélectionner des représentants du public pour siéger dans ses rangs et dans les comités de l'ordre; b) un comité permanent pour conseiller ce dernier sur les questions en lien avec les questions d'obstétrique chez les femmes autochtones (Manitoba, 1997b). |
| Manitoba | Loi sur la protection de la santé des non-fumeurs | 2004 | Selon l'article 5.1, la loi n'a pas pour effet d'interdire a) aux Autochtones d'utiliser du tabac; b) aux personnes qui ne sont pas des Autochtones d'utiliser du tabac en compagnie d'Autochtones; dans le cadre de pratiques ou de cérémonies traditionnelles autochtones de nature spirituelle ou culturelle (Manitoba, 2004). |
| Ontario | Loi sur la protection et la promotion de la santé | 1990 | Partie VI – Circonscriptions sanitaires et conseils de santé 50. 1) Le conseil de santé d'une circonscription sanitaire et le conseil de bande d'une réserve située dans cette circonscription peuvent passer une entente écrite stipulant que, a) le conseil de santé accepte de fournir des programmes et des services de santé aux membres de la bande; b) le conseil de bande accepte d'assumer les responsabilités de conseil de la municipalité au sein de la circonscription sanitaire. Nomination d'un membre par le conseil de bande 2) Le conseil de bande qui a passé l'entente a le droit de nommer un membre de la bande au poste de membre du conseil de santé de la circonscription sanitaire. Nomination conjointe 3) Les conseils de deux ou plusieurs bandes ayant signé des ententes en vertu du paragraphe 1) ont le droit de nommer conjointement une personne au poste de membre du conseil de santé de la circonscription sanitaire, plutôt que de choisir chacun leur candidat (Ontario, 1990a). |
| Ontario | Loi sur les services sociaux dispensés aux Indiens | 1990 | Indiens admissibles aux prestations d'assurance sociale Tous les Indiens résidant en Ontario ont le droit de percevoir des prestations prévues par la <i>Loi sur les prestations familiales</i> ou la <i>Loi de 1997 sur le Programme ontarien de soutien aux personnes handicapées</i> comme toute autre personne. Ententes Canada-Ontario autorisées 3. Avec l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, le ministre peut conclure des accords avec la Couronne du chef du Canada ou un de ses organismes, a) afin d'indemniser les sociétés d'aide à l'enfance qui offrent leurs installations et services aux Indiens b) afin d'indemniser les autorités qui exploitent un foyer de soins de longue durée qui offre un logement et des soins aux Indiens c) relativement au paiement du coût de l'aide fournie aux Indiens aux termes de la <i>Loi sur l'aide sociale générale</i> ou aux termes de la <i>Loi de 1997 sur le programme Ontario au travail</i> d) relativement au paiement du coût des services de réadaptation fournis aux Indiens e) relativement à la fourniture et au paiement des autres services propres à favoriser le bien-être des Indiens (Ontario, 1990b). |
| Ontario | Loi sur les sages-femmes | 1991 | Exception dans le cas des sages-femmes autochtones 3) Tout autochtone qui offre des services traditionnels de sage-femme peut a) employer le titre de « sage-femme autochtone », une variante ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue b) se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario à titre de sage-femme autochtone (Ontario, 1991a) |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone

| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|------------------------|--|-----------------------|--|
| Ontario | Loi sur les professions de la santé réglementées | 1991 | <p>Non-application aux guérisseurs et sages-femmes autochtones 35. 1) La présente loi ne s'applique pas aux personnes suivantes :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) les guérisseurs autochtones qui offrent des services traditionnels de guérisseur aux Autochtones ou aux membres d'une communauté autochtone b) les sages-femmes autochtones qui offrent des services traditionnels de sage-femme aux Autochtones ou aux membres d'une communauté autochtone <p>Soumission à la compétence de l'ordre 2) Malgré le paragraphe 1) un guérisseur autochtone ou une sage-femme autochtone qui est membre d'un ordre est soumis à la compétence de l'ordre.</p> <p>Définitions 3) Les définitions qui suivent s'appliquent au présent article « guérisseur autochtone » Autochtone qui offre des services traditionnels de guérisseur. (aboriginal healer) « sage-femme autochtone » Autochtone qui offre des services traditionnels de sage-femme (aboriginal midwife) (Ontario, 1991b)</p> |
| Ontario | New Directions: Aboriginal Health Policy for Ontario | 1994 | <p>Cette politique a été rédigée en collaboration par des organisations des Premières nations/ autochtones et le ministère de la Santé. Elle a mené à la publication du manuel de l'Ontario Aboriginal Health Advocacy Initiative (Ontario, 1994b).</p> |
| Ontario | Loi sur les soins de longue durée | 1994 | <p>Agrément des organismes 5. 1) Le ministre, b) doit agréer i) un organisme qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'une Première nation, si le ministre a conclu une entente avec la Première nation en vertu de l'alinéa 9 (1) a) et que l'organisme satisfait aux exigences en matière d'agrément énoncées dans l'entente ii) un organisme qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'un groupe de Premières nations pour fournir un service communautaire, si le ministre a conclu une entente avec le groupe de Premières nations en vertu de l'alinéa 9 (1) b) et que l'organisme satisfait aux exigences en matière d'agrément énoncées dans l'entente iii) un organisme qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'une communauté autochtone pour fournir un service communautaire, si le ministre a conclu une entente en vertu de l'alinéa 9 (1) c) avec l'organisme ou une organisation autochtone autre que l'organisme et que celui-ci satisfait aux exigences en matière d'agrément énoncées dans l'entente.</p> <p>Partie V – Ententes avec des Premières nations ou des organisations autochtones 9. Ententes avec des Premières nations ou des organisations autochtones 9. 1) Le ministre peut :</p> <ul style="list-style-type: none"> a) conclure avec une Première nation une entente visant à fournir des services communautaires à la population de la Première nation b) conclure avec un groupe de Premières nations une entente visant à fournir des services communautaires à la population de celles-ci c) conclure avec une organisation autochtone une entente visant à fournir des services communautaires aux membres d'une ou de plusieurs communautés autochtones. <p>Idem (2) L'entente conclue en vertu du paragraphe 1) peut prévoir des questions en plus ou à la place de celles que prévoient la présente loi ou les règlements et peut également prévoir la non-application d'une ou de plusieurs dispositions de la présente loi ou des règlements à une Première nation, à une communauté autochtone ou à une organisation visée à l'alinéa e) de la définition du terme « organisme » figurant au paragraphe 2 (1)</p> |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone

| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|------------------------|---|-----------------------|---|
| Ontario | Long-Term Care Act (cont'd) | 1994 | Partie VI – Organismes de services polyvalents Premières nations et communautés autochtones 7) Le ministre peut désigner un organisme agréé comme organisme de services polyvalent : a) un organisme agréé qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'une Première nation si le ministre a conclu une entente avec la Première nation en vertu de l'alinéa 9 (1) a) et que l'organisme agréé satisfait aux exigences en matière de désignation comme organisme de services polyvalent énoncées dans l'entente b) un organisme agréé qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'un groupe de Premières nations si le ministre a conclu une entente avec le groupe de Premières nations en vertu de l'alinéa 9 (1) b) et que l'organisme agréé satisfait aux exigences en matière de désignation comme organisme de services polyvalent énoncées dans l'entente c) un organisme agréé qui est une organisation qui exerce ses activités sous l'autorité d'une communauté autochtone si le ministre a conclu une entente en vertu de l'alinéa 9 (1) c) avec l'organisme agréé ou une organisation autochtone autre que l'organisme agréé et que celui-ci satisfait aux exigences en matière de désignation comme organisme de services polyvalent énoncées dans l'entente (Ontario, 1994a) |
| Ontario | Ontario Aboriginal Health Policy for Ontario Manual (OAHAI) | 1999 | Ce manuel a été conçu et diffusé pour aider diverses organisations autochtones à informer leur clientèle. Elle découle des nouvelles orientations (New Directions). Il est très difficile de se procurer une version en ligne de l'OAHAI. Cette politique est cependant associée à la SRMA (Ontario Aboriginal Health Advocacy Health Initiative, 1999). |
| Ontario | Plan ontarien de lutte contre la pandémie de grippe | 2006 | L'article 20 vise les communautés des Premières nations. Il détaille les procédures et politiques d'urgence en cas de pandémie, et recense les besoins des communautés des Premières nations dans les cas d'épidémie de grippe. Il précise également les rôles et les responsabilités du ministère ontarien de la Santé et des Soins de longue durée, de Santé des Premières nations et des Inuits (SPNI) et des communautés des Premières nations lors de la réponse qui s'impose (Ontario, 2006b). |
| Ontario | Loi favorisant un Ontario sans fumée | 2006 | 13. 1) Le présent article a pour objet de reconnaître l'usage traditionnel du tabac qui fait partie intégrante de la culture et de la spiritualité autochtones. Non-application de l'art. 3 2) L'article 3 n'a pas pour effet d'interdire à quiconque de donner du tabac à un autochtone qui est ou semble âgé de moins de 19 ans ou 25 ans, selon le cas, si le don est fait dans le cadre d'une activité autochtone traditionnelle de nature culturelle ou spirituelle. Non-application des interdictions de fumer 3) Aucune disposition d'une loi, d'un règlement ou d'un règlement municipal qui interdit l'usage du tabac dans un endroit, y compris l'article 9 de la présente loi : a) n'a pour effet d'interdire à un autochtone de fumer du tabac ou de tenir du tabac allumé dans cet endroit s'il s'agit d'une activité autochtone; b) n'a pour effet d'interdire à une personne non autochtone de fumer du tabac ou de tenir du tabac allumé dans cet endroit s'il s'agit d'une activité autochtone traditionnelle de nature culturelle ou spirituelle qui est exercée avec un autochtone. Zone réservée à l'usage traditionnel du tabac 4) À la demande d'un pensionnaire autochtone, l'exploitant d'un hôpital, d'un établissement, d'un foyer ou d'un endroit énoncé ci-dessous réserve une zone fumeurs à l'intérieur, distincte des zones où l'usage du tabac est permis par ailleurs, pour l'usage du tabac dans le cadre d'une activité autochtone traditionnelle de nature culturelle ou spirituelle : 1. Les hôpitaux au sens de la Loi sur les hôpitaux publics. 2. Les hôpitaux privés au sens de la Loi sur les hôpitaux privés. 3. Les établissements psychiatriques désignés. 4. Les foyers de soins de longue durée au sens de la Loi sur les foyers de soins de longue durée. 5. Les foyers de soins spéciaux au sens de la Loi sur les foyers de soins spéciaux. 6. Un établissement de bienfaisance au sens de la Loi sur les établissements de bienfaisance. 7. Un foyer dans le sens de la Loi sur les foyers pour personnes âgées et les maisons de repos. 8. Les endroits qui font partie d'une catégorie prescrite. (Ontario, 2006c) |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone

| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|------------------------|--|-----------------------|---|
| Ontario | Loi sur l'intégration du système de santé local | 2006 | <p>Préambule La population de l'Ontario et son gouvernement :</p> <p>g) reconnaissent le rôle des Premières nations et des peuples autochtones dans la planification et la prestation de services de santé au sein de leurs collectivités;</p> <p>Rapports, 13. (1) Chaque réseau local d'intégration des services de santé présente au ministre, dans le délai que précise celui-ci, un rapport annuel sur ses affaires et activités au cours de son exercice précédent.</p> <p>Contenu, 3) Le rapport annuel comprend ce qui suit :</p> <p>b) des données se rapportant expressément aux questions de santé autochtones dont le réseau local d'intégration des services de santé a traité.</p> <p>Partie III - Planification et engagement, Plan stratégique provincial</p> <p>14. 1) Le ministre élabore pour le système de santé un plan stratégique provincial qui comprend une vision, un ensemble de priorités et une orientation stratégique, et il en met des copies à la disposition du public aux bureaux du ministère.</p> <p>Conseils, 2) Le ministre crée les conseils suivants :</p> <p>1. Un conseil des services de santé aux Autochtones et aux Premières nations pour le conseiller sur les questions relatives à la santé et à la prestation de services qui concernent les Autochtones et les Premières nations et sur les priorités et stratégies à intégrer au plan stratégique provincial à l'égard de ces peuples.</p> <p>Engagement de la collectivité, 16. 1) Les réseaux locaux d'intégration des services de santé engagent de façon soutenue la collectivité des diverses personnes et entités qui œuvrent au sein du système de santé local au sujet du système, notamment le plan de services de santé intégrés, et lors de l'établissement des priorités. 2006, c. 4, art. 16 (1).</p> <p>Fonctions, 4) Lorsqu'il engage la collectivité comme le prévoit le paragraphe (1), le réseau local d'intégration des services de santé engage :</p> <p>a) l'entité de planification des services de santé aux Autochtones et aux Premières nations de la zone géographique du réseau qui est prescrite (Ontario, 2006a).</p> |
| Québec | Loi sur la protection de la jeunesse | 1977 | <p>37.5 Afin de mieux adapter les modalités d'application de la présente loi aux réalités autochtones, le gouvernement est autorisé à conclure, conformément à la loi, avec une nation autochtone représentée par l'ensemble des conseils de bande des communautés qui la constituent, avec une communauté autochtone, représentée par son conseil de bande ou par le conseil du village nordique, avec un regroupement de communautés ainsi représentées ou, en l'absence de tels conseils, avec tout autre regroupement une entente établissant un régime particulier de protection de la jeunesse applicable à un enfant dont la sécurité ou le développement est ou peut être considéré comme compromis au sens de la présente loi (Québec, 2008c)</p> |
| Québec | Loi sur les autochtones Cris, Inuit et Naskapis | 1978 | <p>La loi ne fait pas référence à des services de santé. Elle définit les bénéficiaires cris, inuits et naskapis (Québec, 2008a)</p> |
| Québec | Loi sur les villages cris et le village naskapi | 1978 | <p>La loi ne fait pas référence à des services de santé. Elle vise à créer des municipalités dans des réserves cris et naskapis.</p> |
| Québec | Loi sur le ministère de la Santé et des Services sociaux | 1985 | <p>La loi ne fait pas référence aux Autochtones, aux Amérindiens, aux Indiens, aux Inuits ou aux Métis</p> |
| Québec | Loi sur les services de santé et les services sociaux | 1991 | <p>La loi ne fait pas référence aux Autochtones, aux Amérindiens, aux Indiens, aux Inuits ou aux Métis. Pour les signataires de la Convention de la baie James et du Nord québécois, la loi donne un processus de traitement des plaintes en lien avec l'accès aux services.</p> |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone

| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|------------------------|--|-----------------------|--|
| Québec | Politique de la santé et du bien-être | 1992 | Cette politique définit les objectifs généraux en matière de santé. Les groupes Autochtones sont mentionnés dans le contexte des populations à risque. La politique établit que, pour être efficaces, les interventions doivent être adaptées aux besoins de ces groupes à risques (Québec, 1998). |
| Québec | Loi sur l'assurance médicaments | 1996 | La loi ne fait pas référence aux Autochtones, aux Amérindiens, aux Indiens, aux Inuits ou aux Métis (Québec, 2008b) |
| Québec | Loi sur la santé publique | 2001 | La loi ne fait pas référence aux Autochtones, aux Amérindiens, aux Indiens, aux Inuits ou aux Métis (Québec, 2001) |
| Québec | Loi sur les services préhospitaliers d'urgence | 2002 | La loi ne fait pas référence aux Autochtones, aux Amérindiens, aux Indiens, aux Inuits ou aux Métis (Québec, 2002) |
| Québec | Loi sur les agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux | 2003 | La loi ne fait pas référence aux Autochtones, aux Amérindiens, aux Indiens, aux Inuits ou aux Métis (Québec, 2005) |
| Québec | L'intégration des services de santé et des services sociaux - Le projet organisationnel et clinique et les balises associées à la mise en œuvre des réseaux locaux de services de santé et de services sociaux | 2004 | Les groupes Autochtones sont mentionnés dans le contexte des populations à risque (Québec, 2004) |
| New Brunswick | Loi sur la santé | 1973 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier |
| New Brunswick | Loi sur les services hospitaliers | 1973 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier |
| New Brunswick | Loi sur le paiement des services médicaux | 1973 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier |
| New Brunswick | Loi sur les services hospitaliers | 1973 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier |
| New Brunswick | Loi sur les services d'assistance médicale | 1973 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier |
| New Brunswick | Loi sur la santé mentale | 1973 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier |
| New Brunswick | Loi sur les services d'ambulance | 1990 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier |
| New Brunswick | Loi sur les services à la santé mentale | 1997 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone

| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|-------------------------|---|-----------------------|---|
| Nouveau-Brunswick | Loi sur la santé publique | 1998 | Partie V – Administration Le ministre peut passer des ententes 58(1) Sous réserve de l’approbation du lieutenant-gouverneur en conseil, le ministre peut passer et modifier des ententes avec c) le conseil d’une bande tel que la Loi sur les Indiens (Canada) le définit, une municipalité ou une communauté rurale, aux fins de l’organisation et de la fourniture des programmes et services de la santé publique, la prévention des maladies et des blessures et la promotion et la protection de la santé de la population du Nouveau-Brunswick ou de tout groupe de celle-ci (Nouveau-Brunswick, 1998). |
| Nouveau-Brunswick | Loi sur les régies régionales de la santé | 2002 | Partie II – Pouvoirs et fonctions du ministre Ententes conclues par le ministre 13 Aux fins de la présente loi, le ministre peut conclure et modifier des ententes avec un conseil de bande tel que défini dans la Loi sur les Indiens (Canada), Division C – Pouvoirs, fonctions et responsabilités des régies régionales de la santé Ententes conclues par les régies régionales de la santé 37 Une régie régionale de la santé peut conclure et modifier des ententes aux fins de la présente loi et des règlements avec un conseil de bande tel que défini dans la Loi sur les Indiens (Canada), (Nouveau-Brunswick, 2002b). |
| Nouveau-Brunswick | Loi sur les endroits sans fumée | 2004 | Champ d’application 2(2) Rien dans la présente loi ne saurait porter atteinte aux droits des peuples autochtones quant aux rituels traditionnels autochtones ou les pratiques ou cérémonies culturelles autochtones (Nouveau-Brunswick, 2004) |
| Nouvelle-Écosse | Health Act | 1989 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier (Nouvelle-Écosse, 1989a) |
| Nouvelle-Écosse | Health Services and Insurance Act | 1989 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier (Nouvelle-Écosse, 1989b) |
| Nouvelle-Écosse | Hospitals Act | 1989 | Cette loi ne contient aucune disposition visant les Autochtones en particulier (Nouvelle-Écosse, 1989c) |
| Nouvelle-Écosse | Health Authorities Act | 2000 | 4 (1) Le processus de sélection établi en vertu du paragraphe 3(2) doit être accessible, public et transparent à tous les égards, notamment en ce qui concerne : d) la possibilité pour les demandeurs de se déclarer membres de groupes minoritaires, comme les invalides, les Premières nations, les minorités visibles et culturelles, etc. ; (Nouvelle-Écosse, 2000) |
| Île-du-Prince-Édouard | Tobacco Sales and Access | 2006 | 6) Rien dans cet article n’interdit à quiconque de donner du tabac à une personne qui est ou semble âgé de moins de 19 ans s’il le fait dans le cadre exclusif des pratiques ou rituels traditionnels ou culturels autochtones (Île-du-Prince-Édouard, 2006) |
| Terre-Neuve-et-Labrador | Neglected Adults Welfare Act | 1990 | Droits des Inuits du Labrador 2.1 Cette loi doit être lue et appliquée en relation avec l’Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador et, lorsqu’une disposition de cette loi est incompatible ou en conflit avec une disposition, une clause ou une condition de l’Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador, la disposition, la clause ou la condition de cet accord aura préséance sur celle de la loi. (Newfoundland and Labrador, 1990) |

Législation et documents territoriaux au sujet de la santé autochtone



| Territoire ou province | Nom de la loi, document | Année de la signature | Rapport avec la santé autochtone |
|-------------------------|--|-----------------------|--|
| Terre-Neuve-et-Labrador | Health and Community Services Act | 1997 | <p>Droits des Inuits du Labrador</p> <p>2.1 Cette loi et les règlements pris en application doivent être lus et appliqués en relation avec l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador et, lorsqu'une disposition de cette loi ou des règlements pris en application est incompatible ou en conflit avec une disposition, une clause ou une condition de l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador, la disposition, la clause ou la condition de cet accord aura préséance sur celle de la loi (Terre-Neuve-et-Labrador, 1995)</p> |
| Terre-Neuve-et-Labrador | Child Care Services Act | 1998 | <p>Droits des Inuits du Labrador</p> <p>3.1 (1) Cette loi et les règlements pris en application doivent être lus et appliqués en relation avec l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador et, lorsqu'une disposition de cette loi ou des règlements pris en application sont incompatibles ou en conflit avec une disposition, une clause ou une condition de l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador, la disposition, la clause ou la condition de cet accord aura préséance sur celle de la loi ou dudit règlement</p> <p>(2) Si, en vertu de cette loi ou des règlements pris en application, un directeur délivre un permis, il peut y ajouter des conditions générales que le détenteur du permis devra respecter afin de se conformer aux termes de l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador (Terre-Neuve-et-Labrador, 1998a)</p> |
| Terre-Neuve-et-Labrador | Child, Youth and Family Services Act | 1998 | <p>Principes régissant l'intérêt supérieur</p> <p>3. 3) Cette loi et les règlements pris en application doivent être lus et appliqués en relation avec l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador et, lorsqu'une disposition de cette loi ou des règlements pris en application sont incompatibles ou en conflit avec une disposition, une clause ou une condition de l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador, la disposition, la clause ou la condition de cet accord aura préséance sur celle de la loi ou dudit règlement (Terre-Neuve-et-Labrador, 1998b)</p> |
| Terre-Neuve-et-Labrador | Adoption Act | 1999 | <p>Principes régissant l'intérêt supérieur</p> <p>3. 3) Cette loi et les règlements pris en application doivent être lus et appliqués en relation avec l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador et, lorsqu'une disposition de cette loi ou des règlements pris en application sont incompatibles ou en conflit avec une disposition, une clause ou une condition de l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador, la disposition, la clause ou la condition de cet accord aura préséance sur celle de la loi ou dudit règlement (Terre-Neuve-et-Labrador, 1998b)</p> |
| Terre-Neuve-et-Labrador | Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador | 2004 | <p>38. La Health and Community Services Act est modifiée par l'ajout du paragraphe suivant immédiatement après l'article 2 :</p> <p>Droits des Inuits du Labrador</p> <p>2.1 Cette loi et les règlements pris en application doivent être lus et appliqués en relation avec l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador et, lorsqu'une disposition de cette loi ou des règlements pris en application sont incompatibles ou en conflit avec une disposition, une clause ou une condition de l'Accord de principe sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador, la disposition, la clause ou la condition de cet accord aura préséance sur celle de la loi (Terre-Neuve-et-Labrador, 2008)</p> |

Annexe F

Decentralisation des soins de santé

| Décentralisation des soins de santé | | | | |
|-------------------------------------|--|--|---------|--|
| Province/territoire | Structure régionale | Création | Membres | Dispositions dans lesquelles la participation des Autochtones est inscrite |
| Yukon | Non régionalisée | | | |
| Territoires du Nord-Ouest | 8 autorités sanitaires et des services sociaux, dont 5 conseils régionaux de la santé, 2 conseils communautaires et 1 qui dessert l'ensemble du territoire | 1997-1998, restructurée en 2002 | Nommé | Aucune disposition particulière pour assurer la représentation des Autochtones (gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, 1988) |
| Nunavut | Non régionalisée | | | |
| Colombie-Britannique | 5 régies régionales de la santé et 1 autorité des services de santé provinciaux | 1997, restructurée en 2001 | Nommé | L'article 7.6.4 établit que « la composition des conseils d'administration du secteur public devrait refléter la composition géographique de la population » (The Board Resourcing and Development Office, 2007) |
| Alberta | 9 régies régionales de la santé, chaque ARS inclut des conseils de santé communautaires | 1994, restructurée en 2003 | Nommé | Aucune disposition particulière pour assurer la représentation des Autochtones (gouvernement d'Alberta, 2008) |
| Saskatchewan | 13 régies régionales de la santé, chaque ARS inclut des réseaux consultatifs communautaires | 1992, restructurée en 2001-2002 | Nommé | Aucune disposition particulière pour assurer la représentation des Autochtones (Saskatchewan Health, 2008) |
| Manitoba | 11 régies régionales de la santé, chaque ARS inclut des conseils consultatifs de district de santé | 1997-1998, restructurée en 2002 | Nommé | Aucune disposition particulière pour assurer la représentation des Autochtones (Manitoba, 2008) |
| Ontario | 14 réseaux locaux d'intégration des services de santé | Conseils de santé de district en 1973, RLISS en 2005 | Nommé | Selon les Principes régissant le processus des nominations, « Les personnes choisies doivent refléter le vrai visage de l'Ontario au point de vue de la diversité et de la représentation régionale. » La Loi sur l'intégration du système de santé local prévoit la création d'un conseil de la santé des Autochtones et des Premières nations pour conseiller le ministre sur les questions de santé et de services de santé (Secrétariat des nominations publiques de l'Ontario, 2007). |
| Québec | 18 Agences de développement de réseaux locaux de services de santé et de services sociaux | 1989-1992, restructurée en 2003, continu en 2005 | Nommé | Aucune disposition particulière pour assurer la représentation des Autochtones (gouvernement du Québec, 2005) |

Décentralisation des soins de santé



| Province/territoire | Structure régionale | Création | Membres | Dispositions dans lesquelles la participation des Autochtones est inscrite |
|-------------------------|--|---|-----------|---|
| Nouveau-Brunswick | 8 régions régionales de la santé | 1993-1994, restructurée en 2002 | Élu/Nommé | Aucune disposition particulière pour assurer la représentation des Autochtones (Nouveau-Brunswick, 2002a) |
| Nouvelle-Écosse | 9 autorités sanitaires de district | 1996, restructurée en 2001 | Nommé | Comme l'indiquent les règlements, « doivent être vus comme des critères dans l'évaluation des candidats en vue de la nomination : les caractéristiques démographiques comme l'âge, le sexe, l'appartenance ethnique, la géographie ou l'appartenance à un groupe défavorisé (gouvernement de Nouvelle-Écosse, 2000) |
| Île-du-Prince-Édouard | Non régionalisée | 1993-1994, restructurée en 2003, abolie en 2005 | | |
| Terre-Neuve-et-Labrador | 4 régions régionales de la santé intégrées | 1994, restructurée en 2003-2004, 2005 | Nommé | Aucune disposition particulière pour assurer la représentation des Autochtones (gouvernement de Terre-Neuve-et-Labrador, 2005) |

sharing knowledge · making a difference
partager les connaissances · faire une différence



NATIONAL COLLABORATING CENTRE
FOR ABORIGINAL HEALTH
CENTRE DE COLLABORATION NATIONALE
DE LA SANTÉ AUTOCHTONE

POUR DE PLUS AMPLES RENSEIGNEMENTS :
UNIVERSITÉ DU NORD DE LA COLOMBIE-BRITANNIQUE
3333 UNIVERSITY WAY, PRINCE GEORGE, C.-B V2N 4Z9

1 250 960 5250
CCNSA@UNBC.CA
WWW.CCNSA.CA