



# LA SANTÉ DES AUTOCHTONES DANS LES POLITIQUES ET LES SYSTÈMES DE SANTÉ FÉDÉRAUX, PROVINCIAUX ET TERRITORIAUX

*Denise Webb, M. Sc.*

Centre de collaboration nationale  
de la santé autochtone



National Collaborating Centre  
for Indigenous Health

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

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

Voir le rapport connexe du CCNSA : *À la recherche des Autochtones dans la législation et les politiques sur la santé de 1970 à 2008 : projet de synthèse des politiques*. Lavoie et al. (2011). Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

Cette publication peut être téléchargée depuis le site Web [ccnsa.ca](http://ccnsa.ca).

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

Référence bibliographique : Webb, D. (2022). *La santé des Autochtones dans les politiques et les systèmes de santé fédéraux, provinciaux et territoriaux*. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

The English version is also available at [nccih.ca](http://nccih.ca) under the title: *Indigenous health in federal, provincial, and territorial health policies and systems*.

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

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

ISBN (format imprimé) : 978-1-77368-373-7  
ISBN (format en ligne) : 978-1-77368-374-4



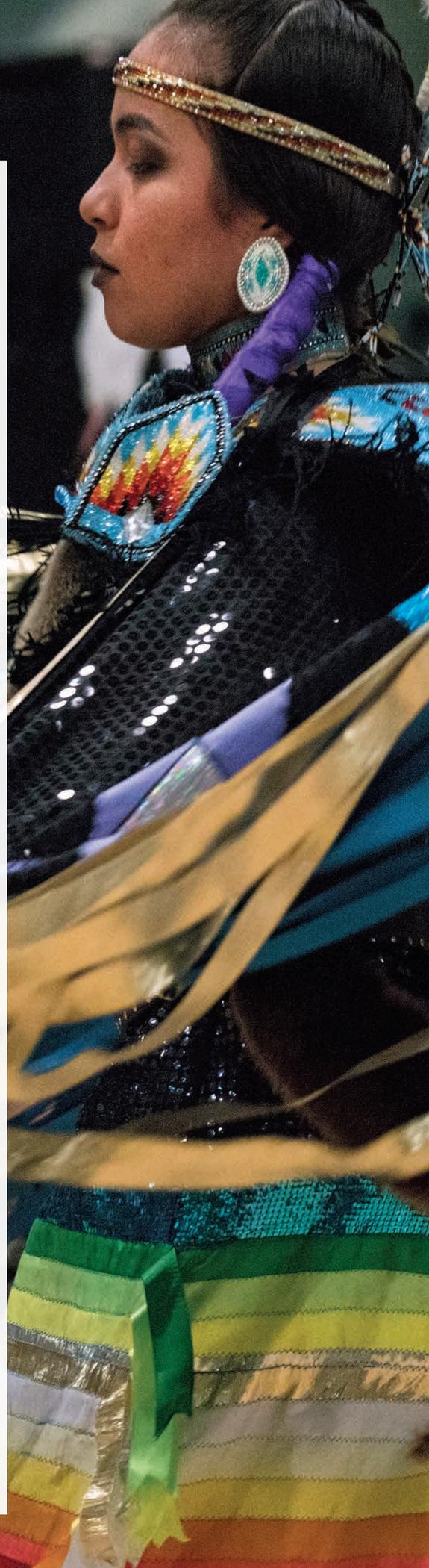
Télécharger des publications à [ccnsa.ca/524/Recherche\\_de\\_publication.nccih](http://ccnsa.ca/524/Recherche_de_publication.nccih)



Download publications at [nccih.ca/34/Publication\\_Search.nccih](http://nccih.ca/34/Publication_Search.nccih)



[issuu.com/nccah-censa/stacks](http://issuu.com/nccah-censa/stacks)



# TABLE DES MATIÈRES



LISTE DES ACRONYMES -----	5
1. CONTEXTE -----	6
1.1 Définitions en contexte -----	10
1.2 Organisation du rapport -----	11
2. MÉTHODOLOGIE -----	12
2.1 Stratégie de recherche n° 1 : lois et politiques de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux -----	12
2.2 Stratégie de recherche n° 2 : traités modernes et accords sur l'autonomie gouvernementale -----	13
2.3 Limites du présent rapport -----	13
3. CONCLUSIONS : LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET LA SANTÉ DES AUTOCHTONES -----	14
3.1 Politique et législation historique fédérales -----	14
3.1.1 Doctrine de la découverte -----	14
3.1.2 Proclamation royale de 1763 -----	15
3.1.3 <i>Acte de l'Amérique du Nord britannique (1867)</i> -----	16
3.1.4 <i>Loi sur les Indiens (1876)</i> -----	17
3.2 Ministères du gouvernement du Canada et santé des Autochtones -----	18
3.2.1 Services aux Autochtones Canada -----	19
3.3 Compétence fédérale pour les soins de santé et conflits avec les provinces et les territoires -----	24
3.3.1 Compétences autochtones à l'égard des soins de santé conformément à la <i>Loi sur les Indiens</i> -----	26
3.4 Renforcer les relations et la santé des Autochtones -----	26
3.4.1 Commission royale sur les peuples autochtones (1996) -----	27
3.4.2 L'Accord de Kelowna (2005) -----	27
3.4.3 La Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) ---	28
3.4.4 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019) -----	28
3.4.5 Stérilisation forcée et contrainte des personnes au Canada (2021, 2022) -----	29
3.4.6 Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones -----	30
3.5 Résumé -----	34

4. CONSTATATIONS : TRAITÉS, ACTIVITÉS D'AUTONOMIE GOUVERNEMENTALE ET SANTÉ DES AUTOCHTONES -----	36
4.1 Traités historiques -----	36
4.2 Traités modernes et accords sur l'autonomie gouvernementale ----	38
4.3 Résumé-----	42
5. CONSTATATIONS : LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES ET LA SANTÉ DES AUTOCHTONES -----	44
5.1 Compétence provinciale et territoriale à l'égard de la santé des Autochtones -----	44
5.1.1 Inclusion explicite des peuples autochtones dans les lois sur la santé-----	45
5.1.2 Ambiguïtés dans l'exclusion des peuples autochtones dans les lois sur la santé-----	45
5.1.3 Inclusion ambiguë des peuples autochtones dans les lois sur la santé-----	45
5.1.4 Reconnaissance explicite des accords sur l'autonomie gouvernementale et des traités modernes dans les lois sur la santé-	46
5.2 Structures des systèmes de santé provinciaux et territoriaux et participation autochtone -----	47
5.3 Les pratiques autochtones de guérison et la sécurité culturelle dans les politiques et la législation -----	55
5.3.1 Pratiques de guérison -----	56
5.3.2 Sécurité culturelle-----	57
5.4 Renforcer les relations et la santé des Autochtones dans les provinces et les territoires -----	59
5.5 Résumé -----	63
6. CONCLUSION -----	64
RÉFÉRENCES JURIDIQUES CONTENUES DANS LE TEXTE (LOIS ET PROCÉDURES JUDICIAIRES) -----	67
RÉFÉRENCES-----	70
ANNEXE A. POLITIQUES, LOIS ET AUTRES DOCUMENTS SUR LA SANTÉ PERTINENTS POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES -----	78
ANNEXE B. TRAITÉS MODERNES ET ACCORDS SUR L'AUTONOMIE GOUVERNEMENTALE, ET LEUR PERTINENCE POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES-----	80
ANNEXE C. POLITIQUES ET LOIS PROVINCIALES ET TERRITORIALES ET LEUR PERTINENCE POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES -----	87

# LISTE DES ACRONYMES



**AB** : Alberta

**ASTNO** : Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest

**CB** : Colombie-Britannique

**CRPA** : Commission royale sur les peuples autochtones

**CVR** : Commission de vérité et réconciliation du Canada

**DGSPNI** : Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits

**DNUDPA** : Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones

**ENFFADA** : Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées

**IPÉ** : Île-du-Prince-Édouard

**MB** : Manitoba

**NB** : Nouveau-Brunswick

**NÉ** : Nouvelle-Écosse

**NU** : Nunavut

**ON** : Ontario

**PHSA** : Provincial Health Services Authority

**QC** : Québec

**RCAANC** : Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada

**RRS** : Régie régionale de la santé

**RSPN** : Régie de la santé des Premières Nations

**SAC** : Services aux Autochtones Canada

**SHA** : Saskatchewan Health Authority

**SK** : Saskatchewan

**SSNA** : Services de santé non assurés

**TNL** : Terre-Neuve-et-Labrador

**TNO** : Territoires du Nord-Ouest

**YK** : Yukon

# 1. CONTEXTE



Au Canada, les soins de santé des Autochtones<sup>1</sup> sont un peu comme une «courtepointe» formée de composantes vaguement liées les unes aux autres par des lois, des politiques, des traités et des ententes tripartites entre les gouvernements provinciaux, territoriaux, fédéral et autochtones et les limites imposées par les champs de compétences (Lavoie et al., 2011, p. 11).<sup>\*</sup> En 2011, le Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (CCNSA) s'est livré à un examen de cette «courtepointe» en reconstituant les liens vers la santé des Autochtones à l'intérieur des politiques de santé fédérales, provinciales et territoriales et des lois canadiennes (Lavoie et al., 2011). Ce rapport vise à mettre à jour et donner suite aux travaux réalisés.

La courtepointe que forment les politiques sur la santé des Autochtones livre un portrait complet permettant de dégager des enseignements politiques et d'effectuer des comparaisons; il suscite toutefois la confusion et comporte des incohérences

concernant la volonté de financer, d'offrir et de réglementer les soins de santé aux Autochtones (Lavoie, 2018; Lavoie et al., 2016b; Young, 1984). La recherche de politique a documenté depuis longtemps les conséquences d'une telle confusion sur le plan des compétences, faisant état à maintes reprises de problèmes de disponibilité dans la prestation de services et d'accès inégal aux soins essentiels qui doivent être offerts en temps opportun et être sécuritaires sur le plan culturel pour les peuples et les communautés autochtones (Lavoie, 2018; Lavoie et al., 2015, 2016b; Mashford-Pringle, 2013; Walker et al., 2018; Young, 1984).

Les origines de cette «courtepointe» remontent à l'époque des politiques coloniales historiques et de l'organisation du système de santé du Canada qui en a découlé. Lors de l'établissement des Européens sur les territoires autochtones, les colonisateurs ont imposé l'*Acte de l'Amérique du Nord britannique* (1867) (aujourd'hui la *Loi constitutionnelle de 1867*) afin d'établir le Dominion du

Canada et avec lui, les structures administratives permettant de déléguer les services de soins de santé. La Loi stipule que les questions touchant les soins de santé doivent relever des provinces et des territoires et au paragraphe 91(24), elle précise la responsabilité fédérale à l'égard des Premières Nations inscrites. Les Inuits ont été inclus au paragraphe 91(24) dans la foulée de l'interprétation de la Loi par la Cour suprême du Canada, en 1939.

En conséquence, le Canada a adopté un modèle décentralisé pour la prestation de soins de santé et l'élaboration des politiques à cet effet, par le biais d'un réseau complexe de 14 systèmes de santé : un dans chaque province ou chaque territoire, et un dont le fonctionnement est assuré par la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada (SAC). Les systèmes de santé provinciaux et territoriaux sont responsables des soins de santé prodigués à leurs résidents, alors que la

<sup>\*</sup> Toutes les références bibliographiques citées dans ce rapport sont en anglais seulement.

<sup>1</sup> Note relative à la terminologie : dans le contexte du présent rapport, « aborigène » désigne, collectivement, les membres des Premières Nations, les Inuits ou les Métis inscrits ou non, premiers habitants du territoire connu sous le nom de Canada. Le terme « peuples autochtones » est aussi utilisé dans ce rapport, conformément à l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* et inclut les « Indiens, les Inuits et les Métis ». Le terme « Indien », bien que problématique en raison de ses origines racistes et colonialistes, est le terme juridique utilisé pour désigner le statut des membres des Premières Nations tel que régi par la *Loi sur les Indiens* et est utilisé dans ce rapport uniquement lorsqu'il est question de cette Loi. Le terme « autochtone » a préséance sur le terme « aborigène » dans l'ensemble de ce rapport, car il est conforme aux consensus internationaux relatifs aux peuples autochtones, comme précisé dans la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et est considéré comme plus respectueux puisqu'il reconnaît que les peuples autochtones sont les premiers habitants d'un territoire et le fait que ces personnes font partie de nations distinctes et séparées (Animikii Inc, 2020). Le terme « autochtone » sera donc le seul utilisé en référence à la terminologie adoptée dans les politiques, les lois et les instances juridiques. Les termes plus spécifiques (Premières Nations, Inuits, Métis) seront utilisés pour désigner ces groupes autochtones distincts.



*Les lois et les politiques en matière de soins de santé de nombreux systèmes de santé au Canada précisent leurs rôles et responsabilités en matière de santé des Autochtones de différentes manières (s'il y en a), alors que les besoins en soins de santé des Premières Nations non inscrites, des Inuits et des Métis en milieu urbain tombent bien souvent dans une zone grise.*

DGSPNI assure la planification, le financement et la prestation de certains programmes de soins primaires et de prévention à l'intention des communautés de Premières Nations et d'Inuits inscrits dans les provinces et au Yukon (Lavoie et al., 2016b). Il existe d'autres arrangements entre la DGSPNI et les communautés inuites et des Premières Nations, pour lesquels le degré d'engagement de la DGSPNI dans la planification et la prestation de soins varie selon les ententes sur l'autonomie gouvernementale et les ententes tripartites (p. ex., la Convention de la baie James et du Nord québécois [1975] ou l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations [2011]), notamment le Programme des services de santé non assurés de la DGSPNI (expliqué plus en détail aux sections 3, 4 et 5). Les modèles de gouvernance en santé dirigés par des Autochtones et le

secteur privé jouent aussi un rôle distinct et complémentaire, dans certains cas, dans le cadre de ce réseau.

Il convient de noter que la *Loi canadienne sur la santé* (1984) est un document fondamental de chacun des systèmes de santé des provinces et des territoires, car elle établit les critères et les conditions que chaque système doit satisfaire pour recevoir des contributions pécuniaires du gouvernement fédéral pour soutenir le fonctionnement des systèmes de santé. Ces critères reposent sur les principes de gestion publique, d'intégralité, d'universalité, de transférabilité et d'accessibilité. La Loi vise à assurer la protection, la promotion et le rétablissement de la santé et du bien-être de tous les résidents du Canada en incluant, implicitement, les peuples autochtones (qui sont, de facto, résidents d'une province ou d'un territoire) (*Canada Health Act*, 1984).

La Loi ne traite pas précisément des soins de santé des membres inscrits ou non des Premières Nations, Inuits ou Métis, ni des champs de compétences à cet égard. Il y a donc peu de directives ou de précisions du fédéral quant aux rôles que doivent jouer les provinces et les territoires dans la protection et la prestation de soins de santé aux peuples autochtones. Mieux encore, puisque la Loi porte sur les transferts fédéraux en espèces versés aux provinces et aux territoires, les cinq principes directeurs pour la prestation de soins de santé se concentrent sur les systèmes de santé provinciaux et territoriaux et, par conséquent, ne s'appliquent pas aux soins prodigués dans les réserves (qui sont considérés comme une responsabilité du gouvernement fédéral).

Ultérieurement, le paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867* a aussi été interprété par la Cour suprême du Canada (en 2016) afin d'établir et de reconnaître la responsabilité du gouvernement fédéral à l'égard des Métis et des Premières Nations non inscrites (*Daniels v. Canada*, 2016). Les conséquences de cette décision sur les responsabilités fédérales en matière de soins de santé pour les Métis et les Premières Nations non inscrites restent encore à déterminer et à définir (Boyer et al., 2021). Le gouvernement continue donc de financer ou d'offrir certains programmes de soins de santé uniquement aux communautés de Premières Nations dans les réserves et finance «la prestation de certains programmes communautaires en soins de santé aux Inuits qui habitent dans l'Inuit

Nunangat» (ISC, 2021c, p. 1). Pendant ce temps, les soins de santé pour les Inuits vivant dans les régions du sud, les Métis, les Premières Nations non inscrites et les Premières Nations hors réserves sont principalement considérés de compétence provinciale ou territoriale (ISC, 2021c). Encore là, cet arrangement ne comporte aucune politique claire ni disposition législative fédérale pour aider à orienter ou informer les provinces et les territoires de leurs responsabilités en matière de soins propres aux Autochtones. Les lois et les politiques en matière de soins de santé de nombreux systèmes de santé au Canada précisent leurs rôles et responsabilités en matière de santé des Autochtones de différentes manières (s'il y en a), alors que les besoins en soins de santé des Premières Nations non inscrites, des Inuits et des Métis en milieu urbain tombent bien souvent dans une zone grise (Lavoie 2018, 2016b; Walker et al., 2018).

Les directives limitées concernant les soins de santé destinés aux Autochtones sont particulièrement problématiques dans le contexte des lacunes des programmes de santé et des budgets limités des provinces pour les soins de santé. Lorsque les politiques fédérales sont modifiées et que la disponibilité des programmes de santé des Autochtones change, on s'attend à ce que les provinces attribuent un financement et comble les écarts qui en résultent (Boyer, 2014). Il peut être difficile de le faire pour les provinces dont le budget consacré à la santé est moins important que les autres et pour celles comptant

une proportion plus importante de résidents issus des Premières Nations, comme le Manitoba ou la Saskatchewan (Lavoie et al., 2010). Sans orientation législative claire précisant la responsabilité des gouvernements, comme celle qu'offre la *Loi canadienne sur la santé*, l'accès égal et durable aux programmes de soins de santé pour tous les Autochtones, sans égard au lieu où ils vivent, est mise à mal. Le gouvernement fédéral s'est récemment engagé à établir une nouvelle loi sur la santé des Autochtones établissant une distinction (voir la section 3), ce qui confirme que ces enjeux et d'autres sont d'une importance capitale pour alimenter les discussions en cours et l'élaboration de cette loi (ISC, 2022d).

Ces dernières années, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux ont mis en place des politiques et des lois dans le cadre de leurs efforts pour améliorer graduellement l'accès égal aux soins de santé pour les peuples autochtones. L'application du principe de Jordan et de l'initiative Les enfants inuits d'abord à l'échelle nationale pour

améliorer l'accès aux soins pour les enfants inuits et des Premières Nations ne sont que deux exemples parmi tant d'autres (Blackstock, 2012; ISC, 2020); la disponibilité de services de santé appropriés et sécuritaires sur le plan culturel (p. ex., dans le cadre de la *Patient Safety Culture Policy 2022* [PHSA, 2022] de la Colombie-Britannique) et le déploiement d'efforts pour rétablir les relations avec les communautés autochtones et corriger la fragmentation historique des compétences en matière de prestation de soins (Vancouver Coastal Caucus et al., 2012) sont aussi, sans s'y limiter, d'autres exemples (la section 5 du présent rapport propose d'autres exemples à ce chapitre). De plus, des communautés inuites, métisses et des Premières Nations ont conclu ou sont sur le point de conclure des ententes tripartites entre leur gouvernement local et les gouvernements fédéral, provincial ou territorial en vue de mettre sur pied des structures de soins de santé dirigées par les Autochtones et qui fonctionneraient en parallèle ou conjointement avec les systèmes provinciaux ou territoriaux (cette question est abordée à la section 5).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1029925490

Certains gouvernements ont aussi travaillé à promouvoir et à créer des possibilités, pour les peuples autochtones, d'exercer l'autodétermination au sein du système de santé, comme l'ont demandé aux gouvernements divers rapports nationaux (p. ex., ceux de la Commission royale sur les peuples autochtones [CRPA], de la Commission de vérité et réconciliation [CVR] du Canada ou de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées [ENFFADA]) et instruments juridiques internationaux en matière de droits de la personne (tels que la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones [DNUDPA]). L'autodétermination des Autochtones à l'égard des soins de santé est la capacité de contrôler et de participer pleinement à tous les aspects de la planification et de la prestation des soins de santé; il s'agit de l'un des déterminants les plus importants de la santé et du bien-être individuels et collectifs (Halseth & Murdock, 2020). Dans le contexte des systèmes de santé, ces possibilités sont toutefois souvent réduites aux activités d'autogestion (Abele et al., 2021), puisque les pouvoirs des décideurs découlent souvent et se limitent à une surveillance et à un contrôle étroits issus des structures et des politiques gouvernementales colonialistes (RCAP, 1996b). L'Ontario, par exemple, a récemment enchâssé dans une loi son soutien à l'autodétermination des Autochtones à l'égard des soins de santé. Cette loi précise que le ministre doit reconnaître «le rôle que jouent les peuples autochtones dans la planification, la conception,

la prestation et l'évaluation des services de santé dans leurs collectivités» (*Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, préambule); ce pouvoir découle toutefois du gouvernement provincial et est tributaire des restrictions financières et de ressources propres au système de santé provincial. En raison des complexités et des réalités de l'autodétermination dans les systèmes de santé, le présent rapport adopte «l'autodétermination» en tant que terme générique pour désigner toute possibilité de participer aux activités qui relèvent de l'autodétermination, et évoquer les possibilités qui s'apparentent davantage à l'autogestion.

L'élaboration de telles politiques permet de disposer d'un espace pour régler et améliorer les soins de santé pour Autochtones au Canada; ces politiques viennent toutefois s'ajouter à la «courtepointe» qui forme ces soins et font en sorte qu'il est encore plus difficile d'avoir un juste portrait des soins de santé aux Autochtones. La littérature continue de se concentrer sur le système de santé en lui-même ou sur les réformes politiques, mais une compréhension intergouvernementale est nécessaire pour suivre les progrès, définir les lacunes persistantes et élaborer un modèle qui pourra être utilisé pour comparer les stratégies et dégager des enseignements sur le plan des politiques. Pour accomplir cette tâche, nous avons recueilli et colligé toutes les politiques de santé et les lois fédérales, provinciales et territoriales élaborées et mises en place jusqu'à avril 2022 présentant

un intérêt pour la santé et les soins de santé aux Autochtones en fonction des objectifs de recherche suivants :

1. Réaliser un inventaire comparatif des lois et des politiques de santé fédérales, provinciales et territoriales où sont mentionnés précisément les peuples des Premières Nations, les Inuits et/ou les Métis.
2. Dresser un inventaire comparatif des traités modernes et des accords sur l'autonomie gouvernementale et documenter leurs dispositions en matière de santé et les possibilités d'autodétermination à l'égard des soins qu'ils contiennent.
3. Dégager les tendances émergentes touchant la fragmentation et la coordination des champs de compétence.
4. Établir les possibilités de participation autochtone à l'élaboration des politiques, des programmes et des services de santé tels qu'ils figurent dans les mécanismes institutionnels.
5. Dégager les tendances émergentes en matière de reconnaissance et de respect de la sécurité culturelle des Autochtones et de pertinence des espaces de soins dans les provinces et les territoires.
6. Examiner les approches fédérales, provinciales et territoriales pour rétablir les relations avec les peuples autochtones dans le système de santé.

## 1.1 Définitions en contexte

Les concepts des lois et des politiques de santé méritent d'être définis et expliqués davantage. La santé, dans un contexte politique néocolonial, est définie d'une manière étroite et axée sur la prévention, le traitement et la gestion financière de la maladie (Chenier, 2002; De Leeuw et al., 2014). Dans ce domaine, la «santé» et les «politiques de santé» concernent les «soins de santé en tant qu'entreprise organisée chargée de guérir et de prendre en charge la maladie, l'incapacité ou le handicap, en incluant des efforts pour réglementer et organiser les professions de la santé, les produits pharmaceutiques, le financement du système de santé et l'accès aux établissements de soins» (De Leeuw et al., 2014, p. 3). Cette compréhension de la santé tranche avec les divers systèmes de savoir des Premières Nations, des Inuits et des Métis relatifs à la santé et au bien-être qui, ensemble, définissent généralement la santé comme un concept global qui tient compte d'éléments physiques, sociaux, mentaux et spirituels et qui sont interreliés à un large éventail de déterminants (aussi connus sous le nom de déterminants de la santé des Autochtones<sup>2</sup>) tels que l'éducation, le logement, l'environnement, les systèmes publics, le colonialisme, le racisme, le territoire et la spiritualité (Greenwood et al., 2018; Loppie & Wien, 2022).

Les documents de politiques du gouvernement fédéral, tels que le rapport Lalonde (1974), présentent la santé dans des

perspectives plus larges afin de tenir compte des indicateurs prévisionnels socioéconomiques et environnementaux et de favoriser une compréhension plus étendue de la santé, au-delà de la seule notion d'absence de maladie (Lalonde, 1974). Le rapport Lalonde est donc considéré comme un élément fondamental de la reconnaissance de la santé publique et de la promotion de la santé et de leur utilisation croissante pour l'élaboration de politique des soins de santé (Rutty et al., 2010). Les gouvernements ont réagi au rapport en établissant de nouveaux rôles pour la promotion de la santé et en élargissant la portée des activités de santé publique (vaccination, santé environnementale, lutte contre les maladies, etc.) (Rutty et al., 2010). L'approche néocolonialiste des politiques de santé dans le modèle de gestion des ministères de la Santé continue cependant de se concentrer sur la gestion de la maladie (Chenier, 2002; De Leeuw et al., 2014), alors que des organismes distincts et des départements de santé publique adoptent des perspectives plus larges de la promotion de la santé et de la santé publique, avec des degrés de coordination variés entre les départements voués aux soins de santé ou à la santé publique (Allin et al., 2018). Cette structure cloisonnée et fragmentée des soins de santé crée des obstacles structurels à l'adoption d'une compréhension plus globale de la santé et impose des limites au présent rapport. Puisqu'une recherche à travers toutes les lois et toutes les politiques ministérielles va au-delà des seules capacités du présent projet, ce rapport se

concentre sur les politiques de soins de santé des ministères de la Santé fédéral, provinciaux et territoriaux (en utilisant la définition proposée par De Leeuw et al.'s [2014], expliquée précédemment) et n'examine pas en profondeur les politiques de santé publique qui donnent aux déterminants de la santé des Autochtones une portée plus large. Nous avons donc documenté et respecté une méthodologie pouvant être adaptée pour soutenir la recherche sur d'autres ministères et départements gouvernementaux, pour ensuite reconstituer et obtenir un point de vue plus global de la santé des Autochtones dans les politiques et les lois (voir la section 2 pour plus de détails sur les limites du présent rapport).

Il est également important de définir les notions de politiques et de lois, qui sont interreliées. Une politique peut être considérée comme un résultat découlant d'une loi et comme un moyen officiel ou non d'atteindre les objectifs définis dans des lois, des normes ou des règlements – dans tous les aspects de la législation (De Leeuw et al., 2014). À défaut, la législation peut être définie comme un type d'instrument utilisé pour mettre en œuvre une politique (Bemelmans-Videc et al., 1998). Enfin, la législation et les politiques peuvent aussi être considérées comme des instruments formels utilisés pour atteindre les objectifs établis par les intervenants ayant le pouvoir de définir de tels objectifs (Jenkins, 1978). Dans le présent rapport, les politiques et la législation sont considérés comme des documents officiels ou formels précisant comment un système ou une

<sup>2</sup> Voir Greenwood et al. (2018) pour un exposé détaillé des déterminants de la santé des Autochtones.

structure pourront respecter les décisions ou atteindre les objectifs ou les finalités énoncés par les gouvernements ou les décideurs des politiques relativement à des questions de santé ou de soins de santé. Ces instruments politiques peuvent aussi être des outils éducatifs, des incitatifs financiers, des règlements ou des lois enchâssés dans une politique de santé et dans des documents législatifs (p. ex., énoncés de politiques, cadres stratégiques, lois, normes ou règlements en matière de santé) (Bemelmans-Videc et al. 1998).

## 1.2 Organisation du rapport

Les sections qui suivent se penchent sur la méthodologie et exposent des conclusions en fonction des objectifs de recherche, lesquelles sont classées en tant que politique ou instrument législatif fédéral (section 3), traités modernes ou accords sur l'autonomie gouvernementale (section 4) ou politique ou instrument législatif provincial (section 5). Le rapport se termine par des perspectives d'apprentissage plus approfondi et par une série d'annexes complémentaires aux conclusions dégagées. Puisque ce rapport vise à appuyer une analyse critique et à alimenter la recherche sur les politiques et les discussions au sein de tous les paliers de gouvernement, nous espérons également inspirer des changements considérables et mettre en lumière d'importantes innovations en matière de politiques dont pourront bénéficier les peuples autochtones et toutes les communautés, et qui contribueront à leur santé et à leur bien-être.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 959052860

## 2. MÉTHODOLOGIE



Le présent rapport analyse principalement la littérature grise rédigée en anglais ou traduite vers cette langue et disponible pour le public par le biais d'Internet. La collecte de ces documents a été réalisée d'octobre 2021 à avril 2022 et se concentrait sur le Canada et sur les politiques et instruments législatifs fédéraux, provinciaux et territoriaux; sur les traités et les accords sur l'autonomie gouvernementale (signés en date d'avril 2022); et sur les autres initiatives des systèmes de santé ou principes applicables. Deux stratégies de recherche ont été mises de l'avant : une pour réunir les lois et les politiques gouvernementales en matière de santé (objectif de recherche n° 1) et une pour répertorier les traités et accords sur l'autonomie gouvernementale (objectif de recherche n° 2). Les quatre autres objectifs de recherche correspondent aux travaux et aux conclusions de ces deux stratégies de recherche.

### 2.1 Stratégie de recherche n° 1 : lois et politiques de santé des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux

Les lois et politiques de santé du gouvernement fédéral ont été répertoriées à partir des

ministères et des bases de données fédérales, soit Santé Canada, l'Agence de la santé publique du Canada, Services aux Autochtones Canada, la Bibliothèque du Parlement et les publications du gouvernement du Canada. Les sites Web institutionnels de cinq organisations autochtones nationales avec qui le gouvernement fédéral a régulièrement des échanges (soit l'Assemblée des Premières Nations, Inuit Tapiriit Kanatami, le Ralliement national des Métis, le Congrès des peuples autochtones et l'Association des femmes autochtones du Canada) ont été consultés pour combler les écarts en matière d'information et rassembler encore plus de renseignements sur le contexte des politiques et des lois. Des recherches ont aussi été effectuées dans les bases de données universitaires en vue de réunir de la documentation revue par les pairs, soit celles de l'Institut canadien d'information juridique (CanLII), Canadian Research Index, Canadian Periodicals Index et Google Scholar. Les lois et les politiques provinciales de santé ont été répertoriées par le biais de sites Web institutionnels des ministères provinciaux et territoriaux de la Santé, des assemblées législatives et des autorités sanitaires et organismes centralisés, et une recherche dans CanLII a permis

de combler les écarts au besoin. Le cas échéant, des combinaisons de mots clés et de termes de recherche ont été utilisées, soit : (First Nation(s) OU Métis OU Inuit OU Inuk OU Indigenous OU Aboriginal OU Native OU Indian) AINSI QUE (health OU wellness OU well\*being OU traditional OU healing OU medicine OU medical OU practices).

Les lois et les politiques de santé ont été incluses dans le rapport si elles comportaient une mention, quelle qu'elle soit, des peuples des Premières Nations, inuits ou métis dans un contexte de santé. À titre d'exemple, sans s'y limiter, citons les dispositions relatives à l'accès, à la gestion ou à la participation aux soins de santé ou à l'élaboration de politiques de santé; la prestation de services de santé sécuritaires sur le plan culturel; le respect des pratiques de guérison et des médicaments traditionnels; l'établissement des compétences pour la prestation des soins.

Toutes les lois et toutes les politiques répertoriées ont ensuite été regroupées dans un tableau à l'aide du logiciel Excel de Microsoft, avec titre du document, année d'établissement<sup>3</sup> et extraits pertinents pour la santé des Autochtones. Les documents fédéraux ont été regroupés en fonction de leurs similitudes,

<sup>3</sup> Dans le contexte de ce rapport, l'établissement désigne le moment où une loi a obtenu la sanction royale ou celui où les politiques sont mises en œuvre.

puis classés dans les catégories suivantes : documents historiques, compétences pour la prestation de soins, renforcement des relations, ministères fédéraux et mandats. Il importe de noter que la catégorie «renforcement des relations» concerne les politiques, les lois et les autres documents répertoriés dans le cadre de la recherche (p. ex. les protocoles d'entente et les lignes directrices) visant à améliorer la santé des Autochtones à l'échelle du système de santé en établissant ou en rétablissant des relations de gouvernement à gouvernement entre les peuples et les nations autochtones et non autochtones. Les documents provinciaux et territoriaux ont été regroupés de manière similaire, puis classés dans les catégories suivantes : organisation du système de santé, secteur de compétences, pratiques traditionnelles de guérison et sécurité culturelle, et renforcement des relations.

## 2.2 Stratégie de recherche n° 2 : traités modernes et accords sur l'autonomie gouvernementale

Pour cet objectif, nous avons inclus les traités historiques (qui portent des numéros) et leurs interprétations par les tribunaux fédéraux, provinciaux et territoriaux; les politiques fédérales concernant ces traités et la démarche menant à des accords sur l'autonomie gouvernementale; tous les traités modernes et

tous les accords sur l'autonomie gouvernementale<sup>4</sup> liés à la santé qui avaient été signés en date d'avril 2022. L'information a donc été répertoriée à l'aide de CanLII pour la jurisprudence et l'interprétation des lois; par le biais du site Web de Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC) pour les politiques fédérales; et à l'aide de ce même site Web pour les traités modernes et accords sur l'autonomie gouvernementale. Il importe de noter que la recherche pour les interprétations des traités historiques s'est concentrée principalement sur le Traité 6 et ses conséquences sur la santé des Autochtones dans la perspective de la clause relative aux médicaments. Les termes de recherche et les mots clés pour ce faire ont donc été des combinaisons des mots suivants : (treaty OU treaties OU treaty 6 OU treaty six OU medicine chest OU medicine chest clause) ET (First Nation(s) OU Métis OU Inuit OU Inuk OU Indigenous OU Aboriginal OU Native OU Indian). Les critères d'inclusion dépendaient de la pertinence à l'égard de la santé des Autochtones. Les documents ont ensuite été placés dans un tableau à l'aide du logiciel Excel de Microsoft contenant le titre du document, l'année des instances judiciaires, l'année de la mise en œuvre de la politique ou de la signature de l'entente; et des extraits pertinents pour la santé des Autochtones.

## 2.3 Limites du présent rapport

Le présent rapport comporte toutefois quelques limites dignes de mention. Tout d'abord, comme mentionné précédemment, la définition néocolonialiste de la santé adoptée par les ministères de la Santé est limitative dans sa capacité à présenter une compréhension globale de la santé des Autochtones dans les lois et les politiques. Pour surmonter cet obstacle, nous avons documenté notre méthodologie afin qu'elle puisse nous aider dans nos recherches futures portant sur les autres ministères et organismes gouvernementaux. Deuxièmement, le fait que notre recherche se cantonne à l'anglais constitue aussi une limite, car il se peut que les ressources disponibles dans les provinces d'expression française comme le Québec et le Nouveau-Brunswick, ou celles écrites en Inuktitut provenant du Nunavut soient sous-estimées. D'autres travaux seront nécessaires pour combler cet écart. Enfin, en limitant la recherche à des sources publiques dans Internet, certaines informations peuvent être négligées et le nombre de lois et de politiques pertinentes répertoriées dans ce rapport pourrait être incomplet. Plusieurs ressources ont donc été utilisées pour situer les documents législatifs et de politiques, telles que CanLII, en plus des sites Web institutionnels des ministères de la Santé.

<sup>4</sup> Les traités modernes, aussi connus sous le nom d'accords sur les revendications territoriales locales, sont signés dans des régions où des traités historiques n'ont jamais été négociés. Leurs signataires sont des organisations ou des nations autochtones ainsi que le gouvernement fédéral ou ceux des provinces ou des territoires. Les accords sur l'autonomie gouvernementale sont des formulaires écrits expliquant comment les gouvernements des Premières Nations exerceront leurs droits à l'autonomie gouvernementale inhérents et protégés par la Constitution et peuvent être établis à l'intérieur ou conjointement avec les traités modernes, ou en tant qu'entités totalement distinctes (CIRNAC, 2019).

# 3. CONCLUSIONS : LE GOUVERNEMENT FÉDÉRAL ET LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Cette section se penche sur la relation entre le gouvernement du Canada et la santé des peuples autochtones, influencée par les politiques historiques et actuelles, les lois et les structures intergouvernementales. Bien que des documents historiques continuent de jeter les bases de l'approche adoptée par le gouvernement fédéral et de son interprétation de ses responsabilités en matière de soins de santé des Autochtones, on constate que peu de choses ont été ajoutées ces dernières années au répertoire des politiques relatives à la santé des Autochtones de Santé Canada. Les principaux changements sont des modifications à la *Loi constitutionnelle* (1982) et à la *Loi sur les Indiens* (1876); une réorganisation des ministères fédéraux afin de créer Services aux Autochtones Canada; d'autres efforts à l'échelle nationale ont aussi permis de renforcer les relations avec les peuples autochtones dans un contexte de réconciliation. Le rapport comprend un survol des principales lois et politiques

historiques du gouvernement fédéral, suivi des descriptions des ministères fédéraux actuels et de leur mandat, puis des politiques de santé des Autochtones; des conflits de compétence fédérale concernant la prestation de soins aux Autochtones; des efforts politiques pour renforcer les relations avec les peuples autochtones et améliorer leur santé. Les conclusions sont ensuite résumées et accompagnées de renseignements susceptibles d'alimenter des recherches futures. L'annexe A contient les grandes lignes de tous les documents mentionnés dans cette section.

## 3.1 Politique et législation historique fédérales

Avant la colonisation et les contacts avec les Européens, la santé et le bien-être des peuples et des communautés autochtones étaient florissants. La médecine et les traitements holistiques étaient harmonisés aux divers systèmes de connaissances et d'enseignements, et les soins étaient prodigués par des guérisseurs traditionnels en qui la communauté avait confiance

(Hill, 2003). Bien que ces pratiques existent encore dans les soins de santé aux Autochtones de nos jours, la colonisation a imposé des pratiques qui ont perturbé la gestion et la prestation de soins de santé aux Autochtones par et pour les communautés en mettant en place les fondements de politiques historiques colonialistes.

### 3.1.1 Doctrine de la découverte

La doctrine de la découverte remonte au 15<sup>e</sup> siècle et a été un instrument juridique utilisé pour imposer des motifs justifiés à la colonisation. Cette doctrine accordait la propriété et les titres des territoires à des colons européens au motif que ceux-ci avaient «découvert» ces territoires, rendant les peuples autochtones «inadmissibles» à réclamer la possession légitime de leur territoire à titre de premiers occupants (Reid, 2010). Les droits d'occupation et d'usage du territoire par les peuples autochtones ont plutôt été restreints, une décision autorisée par le colon «découvreur» (Miller, 2010; Reid, 2010). L'Organisation

*Bien que la Proclamation royale reconnaissait et protégeait la souveraineté des Premières Nations sur leurs terres et leurs territoires et promettait de protéger les Premières Nations contre l'établissement illégal des Européens, elle l'a fait à l'aide de mécanismes qui ont aussi contribué à «élargir les pouvoirs [de la Couronne] en mettant en place un mécanisme pour retirer des terres aux Premières Nations».*



panaméricaine de la santé (2019) explique le contexte historique de cette doctrine :

[traduction] Les États coloniaux se disaient «civilisés» et disaient des peuples autochtones qu'ils étaient des «sauvages» afin de légitimer leur appropriation illégale des terres et des ressources et d'y imposer la culture occidentale européenne, ses institutions et ses langues... La dichotomie sauvage/civilisé et l'intérêt de l'Espagne à affirmer des droits sur les territoires «découverts» par Christophe Colomb lors de son voyage vers les Amériques, en 1492, ont fait en sorte que le pape Alexandre VI a publié la bulle pontificale *Inter Caetera*..., laquelle reconnaît la propriété des terres par les peuples chrétiens..., reniant ainsi les titres autochtones en déclarant ces territoires *terra nullius* – n'appartenant à personne. La bulle pontificale a ouvert la voie à la doctrine de la découverte... laquelle a codifié l'inadmissibilité des peuples non chrétiens à détenir des titres de propriété des terres et des ressources. (p. 69)

Ensemble, la bulle pontificale *Inter Caetera*, la notion de *terra nullius* et la doctrine de la découverte

ont été utilisées par-delà les frontières internationales en vue de supprimer les droits aux territoires et aux ressources pour les Autochtones (Pan American Health Organization, 2019). Les idéaux discriminatoires de supériorité européenne et d'infériorité autochtone ont imposé une norme sociale fondée sur la conspiration et voulant que les peuples autochtones doivent voir leurs droits de gouvernance et d'autodétermination limités et avoir moins de droits que leurs vis-à-vis non autochtones (Miller, 2010). Ces idéaux ont eu des effets à long terme sur les soins de santé aux Autochtones. Ces effets se confirment dans les résultats de santé des Autochtones et lors de l'évaluation de la disponibilité de soins adaptés à ces personnes et offrant une sécurité culturelle dans le cadre des choix de soins de santé pour la population en général (Pan American Health Organization, 2019). Bien des siècles plus tard, le gouvernement du Canada a qualifié la doctrine de la découverte de «raciste, inexacte sur le plan scientifique, invalide sur le plan juridique, moralement condamnable et socialement injuste» (p. 2) dans sa *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* (2021). Malgré cela, les répercussions

de la doctrine de la découverte sur l'autodétermination des Autochtones, y compris pour les questions de santé, ont entraîné un biais sous-jacent évident dans les politiques et les instruments législatifs encore en vigueur de nos jours (Pan American Health Organization, 2019).

### 3.1.2 Proclamation royale de 1763

*La Proclamation royale de 1763* fournit les fondements de la démarche des traités entre la Couronne britannique et les gouvernements autochtones et continue d'inspirer les relations entre les peuples autochtones et non autochtones et l'approche fédérale en matière de droits inhérents des Autochtones (Mashford-Pringle, 2011). Cette proclamation établit la Couronne britannique en Amérique du Nord et déclare que les peuples des Premières Nations sont un peuple souverain dont les terres ancestrales ne peuvent être cédées, sauf par le biais de traités négociés et approuvés par la Couronne. Cette proclamation a été un instrument juridique utilisé pour créer une alliance entre la Couronne britannique et les Premières Nations. Elle comportait toutefois un projet sous-jacent : celui de contrôler et d'administrer les territoires

autochtones et d'imposer des limites à leurs gouvernements autonomes. Bien que la Proclamation royale reconnaissait et protégeait la souveraineté des Premières Nations sur leurs terres et leurs territoires et promettait de protéger les Premières Nations contre l'établissement illégal des Européens, elle l'a fait à l'aide de mécanismes qui ont aussi contribué à «élargir les pouvoirs [de la Couronne] en mettant en place un mécanisme pour retirer des terres aux Premières Nations» (Borrows, 1997, p. 160). En d'autres mots, par le biais de la Proclamation royale, la Couronne a établi les moyens de préserver la souveraineté territoriale des Premières Nations tout en élargissant sa domination sur les terres des Premières Nations et s'imposer comme gardienne du processus des traités (Borrows, 1997).

Des mécanismes similaires sont encore en vigueur aujourd'hui. Pour les soins de santé, les traités modernes et les accords sur l'autonomie gouvernementale avec des dispositions pour assurer un contrôle local sur la gestion et la prestation de soins doivent découler de négociations établies entre les gouvernements autochtones et non autochtones, approuvés par la Couronne. De plus, selon la perspective du gouvernement fédéral, les terres, la santé et les autres droits sociaux et économiques autochtones continuent d'être encadrés en grande partie par la réglementation fédérale. Naturellement, ces mécanismes et ces perspectives continuent ainsi à influencer les relations entre les nations autochtones et non autochtones, avec des effets durables.

### 3.1.3 Acte de l'Amérique du Nord britannique (1867)

L'Acte de l'Amérique du Nord britannique (AANB) (1867) crée le Dominion of Canada et avec lui, les pouvoirs législatifs et les pouvoirs des administrations fédérale, provinciales et territoriales. L'AANB considère que les questions touchant les peuples des Premières Nations relèvent de la compétence fédérale et que les questions relatives aux soins de santé et aux autres services sociaux sont du ressort des provinces et des territoires. Cette ambiguïté a bien sûr ouvert la voie à des débats permanents sur les pouvoirs relatifs aux questions touchant les soins de santé pour les peuples autochtones dans les provinces et les territoires.

En 1982, l'AANB a été modifié afin d'accorder au Canada une indépendance absolue de la Grande-Bretagne (et a aussi changé de nom pour devenir la *Loi constitutionnelle* de 1867) et la *Charte canadienne des droits et libertés* y a été intégrée, ainsi que les droits des peuples autochtones en vertu de la Loi (laquelle a été modifiée puis renommée *Loi constitutionnelle de 1982*). L'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* prévoit que les droits existants – ancestraux et issus des traités – des peuples des Premières Nations, inuits et métis du Canada sont reconnus et confirmés et reconnaît les peuples métis en tant qu'autochtones pour la première fois dans une loi canadienne. Les droits, dans ce contexte, peuvent désigner les pratiques, les coutumes et les traditions détenues collectivement par les peuples autochtones (Craft

& Lebihan, 2021), ainsi que les droits découlant des traités historiques et modernes ou des accords sur l'autonomie gouvernementale. Par ailleurs, le paragraphe 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867* réaffirme la compétence du gouvernement fédéral et sa responsabilité à l'égard des questions de statut des peuples des Premières Nations inscrites. Plus tôt, avant les amendements de 1982, le paragraphe 91(24) avait été interprété par la Cour suprême du Canada, qui avait confirmé l'inclusion des Inuits en 1939 (Cour suprême du Canada, 1939), alors que les Métis et les Premières Nations non inscrites ont été inclus ultérieurement avec la décision Daniels, en 2016 (*Daniels v. Canada*, 2016). Cette reconnaissance vient élargir la responsabilité de fiduciaire du gouvernement fédéral à l'égard des peuples autochtones afin d'y inclure tous les groupes autochtones tels que reconnus à l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*.

La décision de 1939 de la Cour suprême du Canada se reflète dans le critère d'admissibilité pour obtenir des programmes et services de santé financés par le gouvernement fédéral, puisque cette admissibilité s'étend désormais aux Premières Nations et aux Inuits inscrits. *La décision Daniels* et les conséquences qui s'y rattachent pour les Métis et les Premières Nations non inscrites n'ont pas encore été intégrées dans les politiques fédérales, et les répercussions des dispositions fédérales ou des responsabilités en soins de santé sur les peuples métis et des Premières Nations non inscrites restent encore à définir (Boyer et al., 2021). Comme mentionné précédemment, le gouvernement fédéral continue de

considérer que les soins de santé pour les Métis et les Premières Nations non inscrites relèvent de la compétence des provinces et des territoires, et ce, même si aucune directive politique des provinces et des territoires ne le confirme (ISC, 2021c), ce qui entraîne une confusion et des ambiguïtés en matière de compétences et se traduit par des écarts et des inégalités dans la prestation de services (Lavoie, 2018; MacIntosh, 2017).

### 3.1.4 Loi sur les Indiens (1876)

La *Loi sur les Indiens* a été instaurée en 1876 à titre d'instrument juridique pour assurer le contrôle fédéral de l'identité des Premières Nations et en assimiler les communautés à la société des colons. La Loi réglemente l'admissibilité au statut de membre des Premières Nations en fonction de critères découlant de la colonie permettant d'être considéré comme «Indien» sur le plan juridique et de recevoir des prestations fédérales, d'avoir accès à des programmes et d'exercer certains droits (Crey & Hanson, 2009). En ce qui concerne la santé, en vertu de l'article 73 de la Loi, le gouverneur en conseil peut prendre des règlements concernant les soins de santé au titre de la prévention, du traitement et de la gestion des soins pour les Premières Nations inscrites vivant sur les réserves; et en vertu du paragraphe 81(1), les conseils de bandes peuvent prendre des règlements administratifs pour assurer et protéger la santé des membres de leur communauté. Toutefois, la *Loi sur les Indiens* ne s'applique pas aussi aux peuples ou

aux communautés métis ou inuits.

La *Loi sur les Indiens* a été modifiée à maintes reprises au fil des ans en vue d'en modifier les dispositions discriminatoires et ouvertement racistes et sexistes. Le présent rapport traite de deux modifications récentes à cette loi. En 2010, le projet de loi C-3, *Loi favorisant l'équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens*, a été adopté et venait modifier la *Loi sur les Indiens* pour en retirer les inégalités fondées sur le genre lors du transfert du statut de membre des Premières Nations d'une génération à l'autre. Les modifications précédentes ont permis aux femmes des Premières Nations de recouvrer leur statut perdu après leur mariage (projet de loi C-31, en 1985), alors que le projet de loi C-3 a été adopté pour corriger une disposition discriminatoire d'attribution du statut d'autochtone auprès de leurs descendants<sup>5</sup>. Ces modifications ont néanmoins eu une influence sur l'accès des parents et des enfants autochtones à des programmes et à des services de soins de santé financés par le gouvernement fédéral, comme prévu à l'article 73 de la *Loi sur les Indiens*; elles ont aussi eu des répercussions sur la planification des budgets des communautés, qui permet de s'assurer que les fonds et les ressources nécessaires sont disponibles pour tous leurs membres, conformément au paragraphe 81(1) (Lavoie & Forget, 2011).

Le projet de loi S-3, *Loi modifiant la Loi sur les Indiens pour donner suite à la décision de la Cour supérieure du*

*Québec dans l'affaire Descheneaux c. Canada*, a été adopté en 2017 et est entré en vigueur en 2019. Le projet de loi S-3 abroge encore davantage les dispositions discriminatoires fondées sur le genre et le transfert générationnel du statut d'autochtone. Dans ce cas, la fin de la transmission du statut à la deuxième génération a été abolie et la possibilité de recouvrer son statut a été améliorée pour les personnes ne disposant pas de documents officiels suffisants sur leurs ancêtres prouvant leurs relations avec une femme autochtone.<sup>6</sup>

Clatworthy (2017) a réalisé une projection des changements dans l'admissibilité du statut d'Autochtone à la suite de l'adoption du projet de loi S-3 à l'aide de données de 2016 du Registre des Indiens et de données de 2011 de l'Enquête nationale auprès des ménages de Statistique Canada. En se fiant au Registre des Indiens, Clatworthy (2017) a prédit une augmentation progressive de 86 917 personnes pouvant être inscrites comme autochtones en vertu de la *Loi sur les Indiens* (qui s'ajouteraient aux 1 108 551 personnes inscrites à la suite des modifications apportées par le projet de loi C-3). Une analyse réalisée à partir de l'Enquête nationale auprès des ménages prévoyait, au minimum, une augmentation progressive de 99,0 % de la population totale ayant droit au statut d'autochtone, avec une vaste majorité de personnes admissibles vivant hors réserve (Clatworthy, 2017). On croit que ces deux prévisions sous-estiment les nombres réels. Dans chaque scénario, la

<sup>5</sup> Pour plus de détails et une comparaison entre les projets de loi C-31 et C-3, voir l'Assemblée des Premières Nations (n.d.-a).

<sup>6</sup> Pour plus de détails sur le projet de loi S-3, voir l'Assemblée des Premières Nations. (n.d.-b).



population de personnes ayant droit au statut d'autochtone devrait augmenter considérablement à la suite des changements du projet de loi S-3, ce qui laisse présager une croissance anticipée de l'admissibilité aux programmes et aux services de santé destinés aux Autochtones et des besoins financiers et en ressources plus importants tant pour les communautés hors réserve que dans les réserves.

### 3.2 Ministères du gouvernement du Canada et santé des Autochtones

Services aux Autochtones Canada (SAC) et Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC) sont les deux principaux ministères responsables des questions de politiques et de soins de santé pour les Autochtones (ISC), des droits des Autochtones et des droits en vertu des traités et des activités inhérentes à l'autonomie gouvernementale (CIRNAC). Les soins de santé aux Autochtones étaient officiellement administrés par Santé Canada. À partir des années 1940, Santé et bien-

être social Canada (aujourd'hui Santé Canada) a reçu le mandat d'assurer la gestion et d'amorcer la mise en place d'une couverture universelle des soins de santé pour tous les résidents du Canada, y compris par la prise en charge de la direction des services de santé pour les Indiens et le Nord pour les programmes de santé et d'éducation en santé publique destinés aux Autochtones et aux Inuits (Cameron, 1959; Mashford-Pringle, 2011). À partir de cette date, Santé Canada a assuré la supervision de la prestation des soins, de leur planification, de l'établissement des priorités et de l'élaboration des politiques de santé pour les Premières Nations et les Inuits par le biais de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) au sein du ministère actuel. En 2017, les responsabilités de Santé Canada et de la DGSPNI en matière de santé des Autochtones ont été confiées à SAC.

Au même moment, RCAANC héritait de ses prédécesseurs, Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC), la prise en charge des questions entourant les droits en vertu des traités et

les activités des gouvernements autochtones. Ces changements ministériels sont le résultat d'une réponse tardive du gouvernement fédéral à la Commission royale sur les peuples autochtones (Philpott, 2017) qui, en 1996, recommandait ce qui suit :

Une loi sur ministère des Relations avec les Autochtones et une loi sur le ministère des Services aux Indiens en vue de créer de nouveaux ministères fédéraux et de confier les obligations fédérales de l'État aux nations et aux peuples autochtones reconnus et pour remplacer le ministère des Affaires indiennes et du Nord. (RCAP, 1996b, p. 977)

Cette proposition découle du besoin démontré de reconfigurer les modes d'interaction du gouvernement fédéral avec les peuples autochtones concernant les relations liées aux traités et le respect des peuples autochtones en tant que nations et « d'entités politiques distinctes » (RCAP, 1996b, p. 976). À cette fin, en 2019, le gouvernement fédéral a adopté la *Loi sur le ministère des Services aux Autochtones et la Loi sur le ministère*

*des Relations Couronne-Autochtones et des Affaires du Nord*. Aux fins du présent rapport et pour en maintenir la portée, les sections qui suivent portent sur SAC et sur ses politiques pour la santé des Autochtones.

### 3.2.1 Services aux Autochtones Canada

Le mandat de Services aux Autochtones Canada est de «travailler en collaboration avec ses partenaires pour améliorer l'accès des Premières Nations, des Inuits et des Métis à des services de grande qualité... [et] appuyer les peuples autochtones et leur donner les moyens de fournir de façon indépendante des services et de gérer les conditions socioéconomiques au sein de leurs communautés respectives» (ISC, 2022b, par. 1). De plus, comme le prévoit la *Loi sur le ministère des Services aux Autochtones* (2019), SAC a comme mandat de veiller à ce que tous les Autochtones bénéficient d'un accès équitable à des services de soins de santé, y compris les membres des Premières Nations, les Inuits et les Métis; de faire la promotion des

savoirs et pratiques autochtones dans les soins de santé; d'aider les communautés autochtones à développer leur capacité de prise en charge de responsabilités dans la prestation de services de santé. Les programmes et services financés par SAC continuent toutefois de limiter l'admissibilité aux Premières Nations et aux Inuits inscrits, malgré le mandat de ce ministère et la décision Daniels, en 2016 (ISC, 2021c).

Le présent rapport répertorie six politiques et un instrument législatif à venir, lesquels seront réglementés et administrés par SAC. Il s'agit de la Politique sur la santé des Indiens, de la Politique de transfert de santé, de la Politique sur le transport pour raison médicale, de la Politique concernant les voyages pour obtenir les services d'un guérisseur traditionnel, du Cadre de travail sur les prestations dentaires, du Cadre de travail en prestations pharmaceutiques, équipement et fournitures médicales et des dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions, proposées et en cours d'élaboration.

### Politique sur la santé des Indiens (1979)

La *Politique sur la santé des Indiens* a été élaborée en 1979 par le ministre de la Santé de l'époque, David Crombie. Il s'agit d'un document de deux pages détaillant les trois grands piliers d'amélioration de la santé des Premières Nations : 1) bâtir la capacité des communautés, 2) renforcer les relations traditionnelles entre les peuples des Premières Nations et le gouvernement fédéral et 3) améliorer le système de santé du Canada en ce qui concerne les peuples des Premières Nations. La Politique sur la santé des Indiens vise à encadrer le rôle du gouvernement fédéral dans les soins de santé des Autochtones et à faire en sorte que les communautés des Premières Nations «jouent un rôle actif et plus positif dans le système de santé et dans les décisions qui affectent leur santé» (Crombie, 1979, p. 2). La Politique sur la santé des Indiens mentionne uniquement les Premières Nations, n'a jamais fait l'objet d'une loi et n'incluait pas de plan de mise en œuvre ni de stratégie; elle demeure malgré cela le cadre

directeur sur lequel s'appuie le mandat de la DGSPNI (FNIHB, 2012). De plus, cette politique n'a pas fait l'objet de mises à jour ni de révisions pour contrer ses défaillances.

### Politique de transfert de santé (1989)

La *Politique de transfert de santé* a été instaurée en 1989. Elle découle de la Politique sur la santé des Indiens, laquelle vise à accroître la participation des communautés et à faciliter le transfert du contrôle de la gestion et de la prestation des programmes et des services de santé offerts par la DGSPNI aux communautés locales (Lavoie et al., 2011). Les communautés autochtones et inuites peuvent déposer une demande auprès de la DGSPNI en vue de conclure des ententes de transfert de niveaux divers, adoptant des modèles de financement variés eux aussi (soit un modèle préétabli, fixe, souple ou global; on parlait à l'origine de financement transféré ou intégré), chaque modèle précisant si les fonds sont susceptibles de changer ou d'être réattribués (Kyoon-Achan et al. 2021). Les divers types d'ententes dépendent de la taille de la communauté, de ses besoins et de ses capacités, tels qu'établis par SAC (ISC, 2021b). Chaque transfert offre un degré de souplesse quant au contrôle que peut exercer la communauté sur la gestion des fonds, la conception, la prestation et le choix des programmes de santé (ISC, 2021b).

La DGSPNI définit et réglemente les programmes admissibles à un financement par l'entente de transfert et résume les qualifications exigibles des prestataires, les objectifs et les

critères pour les activités de chaque programme. Les programmes admissibles sont, sans s'y limiter, Nutrition Nord Canada, l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones, l'Initiative en santé buccodentaire des enfants et les Équipes d'intervention de crise en santé mentale (Santé Canada, 2018). Parmi les programmes et services admissibles, la DGSPNI définit également quatre programmes de santé obligatoires, chacun devant être intégré à une entente de transfert : 1) Contrôle et prise en charge des maladies transmissibles, 2) Soins cliniques et de clients, 3) Soins à domicile et en milieu communautaire et 4) Santé environnementale et santé publique (ISC, 2021b). Chaque transfert provient d'un accord de contribution entre la communauté autochtone concernée et le gouvernement fédéral, mais ces communautés peuvent aussi signer des ententes de contribution par projet pour se concentrer sur des programmes de santé particuliers et en assurer la prestation (ISC, 2021b). Les ententes dans le cadre de la Politique de transfert de santé diffèrent donc des arrangements conclus dans le cadre d'activités menées dans le cadre de l'autonomie gouvernementale et régies par la loi. Le cadre de la politique est restreint par la surveillance serrée exercée par le gouvernement fédéral, plus souple dans la structure et susceptible de changer, et vise les communautés autochtones qui n'ont pas encore signé d'accord sur l'autonomie gouvernementale ou de traité moderne (revendication territoriale).

La *Politique de transfert de santé* continue d'appuyer l'adoption, par les communautés, des activités

d'administration de la santé dans le cadre de la prestation de soins aux Autochtones, et cela, malgré le fait que des évaluations et des critiques de la politique au fil des années ont mis en lumière plusieurs obstacles ayant une influence sur son application efficace sur le terrain (Gregory et al., 1992; Kyoon-Achan et al. 2021; Lavoie et al., 2005; Mashford-Pringle, 2013). Les programmes financés par la politique et administrés par la communauté, par exemple, fonctionnent séparément des autres services financés par le gouvernement fédéral (tels que les services offerts aux postes de soins infirmiers communautaires), sans qu'il n'y ait aucune forme de coordination entre les deux afin de faciliter le partage de données ou d'assurer la continuité de soins (Kyoon-Achan et al. 2021). Par ailleurs, historiquement, la structure de la Politique de transfert de santé et les programmes obligatoires qui s'y rattachent sont et continuent d'être élaborés sans une participation suffisante des communautés autochtones, qui utilisent la politique et maintiennent les connaissances qui répondent le mieux à leurs besoins (Gregory et al., 1992; Mashford-Pringle, 2013). Des changements ont été apportés pour élargir le nombre de programmes et de fonctions admissibles afin de favoriser un meilleur contrôle local de la prestation de soins (ISC, 2021a); historiquement, cette pratique n'a toutefois pas été mise en œuvre à un rythme assez efficace pour être en phase avec les besoins changeants dans les communautés (Lavoie et al., 2005). Les initiatives politiques telles que le principe de Jordan sont donc parfois utilisées pour combler les lacunes de

certains programmes (Sinha et al., 2022). À cette fin, les évaluations et les critiques considèrent la Politique de transfert de santé comme une pièce de plus dans la courtepointe qui forme la politique des soins de santé pour les Autochtones, ce qui rend encore plus criante la nécessité de réviser et d'améliorer les politiques pour faire face aux obstacles systémiques, à partir des expériences vécues dans les communautés.

### Politique sur le transport pour raison médicale (2005)

Le fonctionnement de la *Politique sur le transport pour raison médicale* est assuré dans le cadre du programme des services de santé non assurés (SSNA) de la DGSPNI – un programme d'assurance complémentaire offrant une couverture aux Premières Nations et aux Inuits pour des soins qui, autrement, ne seraient pas couverts par les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux, tels que les soins dentaires et de la vue, les fournitures médicales et le transport pour raison médicale. La *Politique sur le transport pour raison médicale* subventionne les voyages des membres des Premières Nations et des Inuits inscrits reconnus en vertu des ententes de revendication territoriale lorsque ces voyages sont rendus nécessaires pour obtenir des services de soins de santé non disponibles sur les réserves ou dans leurs communautés (ISC, 2019). La Politique précise aussi les types de services admissibles à une couverture (p. ex. tests diagnostiques demandés par un médecin, accès aux SSNA tels que les soins dentaires ou de la vue, ou les soins de santé mentale), et ceux qui sont exclus (p. ex. rendez-vous

à l'extérieur du Canada ou voyages pour des raisons familiales) (ISC, 2019).

La *Politique sur le transport pour raison médicale* a été créée en 2005. Depuis, elle a fait l'objet d'évaluations pour en définir les forces et les faiblesses (Lavoie et al. 2015, 2016a; Office of the Auditor General of Canada, 2015). Ainsi, bien que cette politique améliore l'accès physique et économique aux soins, les évaluations ont permis de constater des lacunes dans les services et un fardeau administratif qui peut retarder les voyages en question (Lavoie et al. 2015, 2016a; Office of the Auditor General of Canada, 2015). La Politique sur le transport pour raison médicale et d'autres programmes inclus dans les SSNA font donc l'objet à l'heure actuelle d'un examen conjoint par la DGSPNI et l'Assemblée des Premières Nations afin d'en définir les lacunes et d'améliorer l'accès aux services. En 2019, SAC a publié une Politique provisoire sur le transport pour raison médicale, avec des révisions et des ajouts importants qui tenaient compte des évaluations antérieures par les communautés autochtones, les chercheurs et divers alliés. Dans le cadre de cette politique provisoire, des services de dépistage préventif, tels que le dépistage du cancer du sein, ont par exemple été ajoutés aux services admissibles, car leur absence constituait une lacune importante au titre des services, déjà constatée par Lavoie et al. (2016a). Par ailleurs, les critères pour obtenir une aide financière pour le voyage d'une personne assurant un accompagnement non médical ont aussi été élargis pour les femmes enceintes lorsque le voyage est prévu pour un accouchement (ISC, 2019).

Auparavant, la version de 2005 de la Politique sur le transport pour raison médicale ne comportait aucune disposition liée à la grossesse, notamment en matière d'aide financière pour le voyage de membres de la famille ou d'autres personnes accompagnant la future maman. Lawford et Giles (2012) ont expliqué les conséquences de cette lacune en mentionnant le stress qu'engendre une telle expérience et l'isolement que doivent vivre les mamans, leurs familles et les communautés. D'autres dispositions de la Politique sur le transport pour raison médicale ont aussi été mises à jour et des révisions sont aussi attendues ultérieurement.

### Politique concernant les voyages pour obtenir les services d'un guérisseur traditionnel (2005)

La *Politique concernant les voyages pour obtenir les services d'un guérisseur traditionnel* est intégrée à la Politique sur le transport pour raison médicale et permet d'obtenir une aide financière pour aller rencontrer des guérisseurs traditionnels ou les faire venir dans la communauté (ISC, 2019). Pour être admissible en vertu de ce cadre de travail, la personne agissant comme guérisseur traditionnel doit être reconnue comme telle par la communauté autochtone et le client doit avoir obtenu la confirmation de sa condition médicale par un médecin titulaire d'un permis de pratique, un professionnel en santé communautaire ou une personne représentant la DGSPNI. Toutefois, la politique ne définit par précisément ce qu'est un guérisseur traditionnel et ne précise pas non plus ce qui désigne une «condition médicale».

Les limites géographiques et les procédures administratives de cette politique sont également problématiques. En vertu des directives qu'elle contient, les clients peuvent déposer une demande uniquement pour recevoir les services d'un guérisseur traditionnel dans leur région ou leur territoire désigné de la DGSPNI. Si le client souhaite obtenir les services d'un guérisseur traditionnel plus près géographiquement ou qui se trouve hors de sa région désignée selon la DGSPNI, la politique ne remboursera que les frais de voyage jusqu'à la limite de la région ou du territoire de la DGSPNI (ISC, 2019). Certains clients autochtones ou inuits pourraient donc recevoir une aide financière pour un voyage dont la distance dépasse les limites pratiques ou rentables économiquement qui traversent les limites régionales de la DGSPNI. Cet obstacle ne peut qu'augmenter les coûts et, conséquemment, réduire le budget de la politique, et risque aussi de retarder les soins et de nuire à un accès équitable aux services de guérisseurs traditionnels.

#### Politiques sur les prestations dentaires, les produits pharmaceutiques, les fournitures et les équipements médicaux

SAC supervise aussi les politiques encadrant l'administration des prestations pour soins dentaires, produits pharmaceutiques, fournitures et équipements médicaux dans le cadre du programme de SSNA. Ces politiques sont le Cadre de travail sur les prestations dentaires (2014) et le Cadre de travail en prestations pharmaceutiques, équipement et fournitures médicales (2010).

Chaque cadre de travail encadre et guide l'administration des prestations qui s'y rattachent pour les clients autochtones et inuits admissibles. Comme ces politiques, l'objectif des prestations est d'offrir un accès juste, équitable et rentable aux soins et aux ressources et d'améliorer l'état de santé global des Autochtones et des Inuits en fonction des besoins individuels de chacun (FNIHB, 2010; ISC, 2014).

Les deux politiques (*Cadre de travail sur les prestations dentaires* [2014] et *Cadre de travail en prestations pharmaceutiques, équipement et fournitures médicales* [2010]) ne sont pas sans limites. La recherche en politiques explique que des problèmes structurels relatifs à la gestion financière des prestations pour soins dentaires retardent ou restreignent souvent l'accès aux traitements et aux soins dentaires pour les Premières Nations (Quiñonez et al., 2009). Un grand nombre d'enjeux politiques entravent aussi la couverture équitable et fiable des produits pharmaceutiques pour les Premières Nations et les Inuits, tels que le refus imprévisible de réclamations pour la couverture de médicaments, l'accès restreint ou tardif à certains médicaments ou des incohérences dans le formulaire régi par la DGSPNI et offert par le biais du programme de SSNA (Wale et al., 2015). Le formulaire de SSNA est établi à l'échelle nationale et souvent, il ne concorde pas avec les formulaires élaborés par les provinces et les territoires (Wale et al., 2015). Cette situation pose problème lorsque le formulaire des SSNA ne comporte pas les médicaments essentiels ou que les gouvernements s'attendent ou comptent sur les SSNA pour combler les écarts

dans la couverture des médicaments d'ordonnance pour les Premières Nations et les Inuits (Lavoie et al., 2016a; Wale et al., 2015). Lavoie et coll. (2016a) mentionne les problèmes de cet ordre lorsqu'il est question de couverture des médicaments d'oncologie. Les chercheurs font état des possibilités de conflits de compétences à l'égard de la responsabilité du financement des médicaments essentiels et mettent en garde contre le risque d'ajouter «des complexités logistiques inutiles du stress et [...] un non-respect de la thérapie ou un refus de rechercher des soins» (Lavoie et al., 2016a, p. 7).

#### Nouvelles dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions

En janvier 2021, le gouvernement fédéral a annoncé son plan pour de nouvelles dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions, lequel vise à améliorer l'accès à des services de santé de grande qualité, culturellement sûrs et pertinents, exempts de racisme et de discrimination (ISC, 2022d). Ces dispositions législatives sont élaborées conjointement avec les organisations autochtones nationales et régionales; avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et avec les gouvernements autochtones autonomes; avec les professionnels de la santé; et avec le public dans le cadre d'une série d'échanges et d'événements mobilisateurs. Cette annonce, attendue depuis longtemps, était une réponse aux incidents répétés de racisme structurel et systémique à l'encontre des Autochtones au sein des systèmes de santé du Canada, lesquels ont été marqués notamment par le décès tragique de Brian Sinclair,

*Malgré les interprétations de Cour suprême du Canada et les responsabilités fiduciaires enchâssées dans la Loi constitutionnelle de 1867, le gouvernement du Canada maintient sa position voulant que les services fédéraux offerts aux peuples autochtones soient offerts « pour des motifs humanitaires et en tant que politique uniquement », et refuse, par le fait même, de reconnaître ses obligations juridiques et les rejette.*



en 2008 et, plus récemment, par celui de Joyce Echaquan, en 2020 (Gouldhawke, 2021; ISC, 2022d).

En 2008, Brian Sinclair, membre de la Première Nation Sagkeeng, est mort en attendant de passer au triage et de recevoir des soins dans un hôpital de Winnipeg. Une enquête qui s'est étendue sur presque dix ans à la suite de ce décès a permis de conclure que le racisme, la discrimination et les stéréotypes anti-autochtones ont été les causes directes de la mort de M. Sinclair et qu'à la suite de cet incident, des mesures minimales avaient été prises par le système de santé et le système juridique pour régler les problèmes structurels et systémiques associés à ce décès (Brian Sinclair Working Group, 2017). Malgré cette enquête et les recommandations formulées en vue d'éviter que de tels incidents se reproduisent, dix ans plus tard, Joyce Echaquan, membre de la Première Nation Atikamekw, a connu le même triste sort. En septembre 2020, Joyce Echaquan a diffusé une vidéo en direct montrant le racisme anti-

autochtone et la discrimination dont elle était victime de la part de professionnels de la santé, peu de temps avant sa mort, dans un hôpital du Québec (Atikamekw Nation, 2020). La vidéo a suscité l'opprobre du public et a amplifié la nécessité d'adopter des mesures pour mettre fin à la maltraitance fondée sur la race dans le milieu des soins de santé et par des professionnels d'autres milieux (Gouldhawke, 2021). En novembre 2020, la nation Atikamekw a créé le Principe de Joyce, qui vise à :

garantir à tous les Autochtones un droit d'accès équitable, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir du meilleur état possible de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle. Le Principe de Joyce requiert obligatoirement la reconnaissance et le respect des savoirs et connaissances traditionnelles et vivantes des Autochtones en matière de santé (Atikamekw Nation, 2020, p. 10)

Le Principe de Joyce a été présenté aux gouvernements fédéral et provinciaux et on leur a demandé avec insistance d'élaborer des stratégies de réponse et de les mettre en œuvre. On a ensuite dévoilé des projets visant l'élaboration de nouveaux instruments législatifs établissant une distinction à l'égard de la santé des Autochtones, et une suite de réunions d'échanges pour leur élaboration commune a été amorcée en vue de définir la portée de ces instruments (ISC, 2022d). En février 2022, un événement de dialogue ouvert a eu lieu afin d'entendre les points de vue d'universitaires et d'étudiants autochtones, de gardiens du savoir et de professionnels de la santé et d'autres personnes œuvrant en santé et bien-être autochtones afin de jeter les bases du contenu et de la structure et de préciser le processus d'élaboration de la loi sur la santé (ISC, 2022a). Lors de ces échanges, on a précisé les thèmes récurrents englobant les principales recommandations. Les répondants ont par exemple recommandé que la loi adopte une

approche holistique et sécuritaire sur le plan culturel qui inclurait les déterminants de la santé des Autochtones; qu'elle aborde le racisme anti-autochtone et la discrimination afin de susciter la création d'environnements sécuritaires où chercher et obtenir des soins; que les Autochtones aient davantage de contrôle sur la santé et les structures de prestation de soins en vue de l'atteinte de l'autonomie gouvernementale et qu'un soutien accru soit offert aux communautés; et que des mesures gouvernementales de reddition de comptes soient mises en place (ISC, 2022a). Les répondants ont aussi insisté sur l'importance de relations constructives, du leadership autochtone et de la participation des communautés pour orienter le processus d'élaboration des lois sur la santé, notamment par la prise en compte de la voix des femmes, des enfants et des personnes 2ELGBTQQIA+<sup>7</sup> (ISC, 2022a). D'autres événements sont également en cours (ISC, 2022d).

### 3.3 Compétence fédérale pour les soins de santé et conflits avec les provinces et les territoires

Malgré les interprétations de Cour suprême du Canada (*Daniels v. Canada*, 2016) et les responsabilités fiduciaires enchâssées dans la *Loi constitutionnelle de 1867*, le gouvernement du Canada maintient sa position voulant que les services fédéraux offerts aux peuples autochtones soient offerts «pour des motifs humanitaires et en tant que politique uniquement»

(p. 52), et refuse, par le fait même, de reconnaître ses obligations juridiques et les rejette (Boyer et al., 2021). En vertu de cette perspective, seuls les Premières Nations et les Inuits inscrits vivant sur les territoires traditionnels sont admissibles à recevoir (la plupart) des services de santé financés par le gouvernement fédéral, alors que les Métis, les Autochtones non inscrits, les Inuits et autres vivant en milieu urbain sont considérés comme relevant des compétences des gouvernements provinciaux et territoriaux (Boyer, 2014). Puisque cette responsabilité vient avec peu de directives ou de soutien offerts par le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires en viennent rapidement à contester les responsabilités financières associées à ces soins et pour combler les lacunes à cet égard et, dans la plupart des cas, tiennent le gouvernement fédéral comme responsable des soins de santé des membres des Premières Nations en vertu de la *Loi sur les Indiens* (Boyer, 2014). Les différences juridiques et la faible reddition de compte émanant du gouvernement du Canada dans le cadre de son rôle pour la santé des Autochtones constituent un terreau fertile à la confusion en matière de compétences, aux ambiguïtés et aux conflits qui, à maintes reprises, ont grandement mis en péril l'accès équitable aux soins (Boyer, 2014; Boyer et al., 2021; Nguyen et al., 2020; Palmer et al., 2017; Sinha et al., 2022). Même si sa portée est limitée, le principe de Jordan constitue une réponse efficace aux ambiguïtés en matière de compétences qui affectent les enfants autochtones.

Le principe de Jordan a été adopté en 2007 à la suite de la motion d'initiative parlementaire n° 296. Il s'agit d'un principe de l'enfant d'abord, qui a pour but «d'empêcher que les enfants des Premières Nations se voient refuser des services publics disponibles pour tous les autres enfants en raison de différends liés au paiement de ces services» entre des gouvernements (Blackstock, 2012, p. 368). Ce principe a été adopté à la suite du décès de Jordan River Anderson, de la nation crie de Norway House. À l'âge de 2 ans, Jordan River Anderson a été hospitalisé inutilement pendant deux ans en attendant la résolution d'un conflit où les gouvernements se renvoyaient la balle quant à la responsabilité du financement de ses soins à domicile. Jordan est décédé pendant cette période d'attente et n'a jamais pu passer du temps dans sa communauté (Blackstock, 2012). Un programme similaire, l'initiative Les enfants inuits d'abord a aussi été mise sur pied pour soutenir les enfants inuits et répondre à leurs besoins en matière de santé, de services sociaux et d'éducation tels que définis par une organisation inuite de revendication territoriale (ISC, 2020). Aucun programme fédéral pour les enfants métis et des Premières Nations non inscrites n'a encore été mis sur pied.

On a tenté depuis d'enchâsser le principe de Jordan dans une loi afin de fournir une structure et de définir les responsabilités qui permettront de déployer pleinement ce principe à l'échelle nationale. Le projet de loi C-249

<sup>7</sup> 2ELGBTQQIA+ : se dit des personnes bispirituelles, lesbiennes, gaies bisexuelles, transgenres, queer, en questionnement, intersexuelles ou asexuelles.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 467170226

émanant d'un député, *Loi sur la protection de la santé des enfants des Premières Nations* (Loi visant à assurer la prestation de services de soins de santé appropriés dans les meilleurs délais aux enfants des Premières Nations), a été déposé à la Chambre des communes en 2009, mais ne s'est pas rendu jusqu'à la deuxième lecture. À l'échelle provinciale, au Manitoba, les projets de loi 203 et 233, émanant eux aussi de députés et intitulés *Loi sur la mise en œuvre du principe de Jordan*, ont été déposés en 2008; ni l'un ni l'autre n'ont toutefois franchi l'étape de la deuxième lecture à l'Assemblée législative (Nathanson, 2011). Bien qu'il soit fréquent que les projets de loi déposés par des députés ne deviennent pas des lois, les projets de loi C-249, 203 et 233 sont quand même parvenus à retenir l'attention à l'échelle nationale et à susciter l'intérêt du public sur cette question et ont ouvert la voie à des discussions intergouvernementales et à des accords sur les moyens d'appliquer efficacement le principe de Jordan<sup>8</sup> (Nathanson, 2011). Depuis, la Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations du Canada

(SSEFPNC) et l'Assemblée des Premières Nations ont fait pression et travaillé pour améliorer les critères d'admissibilité pour l'utilisation et les types de services, et obtenir une répartition équitable des fonds et des ressources pour soutenir les enfants des Premières Nations par le biais d'une série d'ordonnances réparatoires du Tribunal canadien des droits de la personne (ISC, 2021d). Récemment, le Tribunal a estimé que «la définition du Canada et l'application du principe de Jordan sont inadéquates et excessivement étroites, ce qui entraîne des lacunes discriminatoires, des retards et des refus de services pour les enfants des Premières Nations» (*FNCFCSC et al. c. Attorney General of Canada*, 2020).

En janvier 2022, le gouvernement du Canada, la SSEFPNC, l'Assemblée des Premières Nations et d'autres organisations autochtones se seront réunis pour discuter d'une «résolution globale» et pour offrir une compensation aux personnes touchées par le sous-financement discriminatoire et par l'administration du principe de Jordan tel que l'applique le

gouvernement fédéral (ISC, 2022c). Une compensation a été offerte aux personnes que l'on a retirées par erreur de leur domicile pour leur fournir des soins ou à qui on a refusé des soins ou on les a fournis en retard en raison de la définition étroite du principe de Jordan adoptée par le gouvernement. Au moment d'écrire ces lignes, d'autres efforts étaient déployés pour éliminer entièrement ces mesures discriminatoires (ISC, 2022c); il reste toutefois beaucoup de travail à faire. Un récent rapport sur la mise en application du principe de Jordan au Manitoba révèle que les retards dans la prestation de soins persistent et que le retrait des enfants de leur foyer et de leur famille dans le cadre d'ententes volontaires de placement est en train de devenir la norme pour l'accès aux services dont ces enfants ont besoin (Sinha et al., 2022). Cette pratique fait non seulement en sorte que ces jeunes doivent passer par le système de protection de l'enfance pour recevoir les soins dont ils ont besoin, mais a aussi des répercussions disproportionnées sur les enfants de diverses

<sup>8</sup> Le dépôt d'un projet de loi émanant d'un député est un mécanisme courant utilisé par les acteurs politiques pour affecter indirectement les résultats des politiques en attirant l'attention et en favorisant la discussion sur des enjeux particuliers (Blidook, 2010).

capacités et vivant sur les réserves, ce qui soulève plusieurs enjeux d'ordre systémique et structurel qui persistent encore aujourd'hui (Sinha et al., 2022).

Les provinces du Manitoba et de l'Ontario ont aussi répondu au principe de Jordan à l'aide de lois et de politiques. Au Manitoba, la *Loi sur la Journée de l'ours Spirit Bear* (2021) commémore le principe de Jordan et établit le 10 mai en tant que «Journée annuelle de l'ours Spirit Bear» dans la province. En Ontario, le préambule de la *Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille* adhère au principe de Jordan pour ce qui est de l'administration des services à l'enfance et à la famille dans les termes qui suivent :

Lorsqu'un enfant inuit, métis ou de Premières Nations a normalement droit à un service sous le régime de la présente loi, les conflits de compétence ne doivent pas nuire à la prestation de ce service en temps opportun, conformément au principe de Jordan (*Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*, L.O. 2017, chap. 14. Annexe 1).

D'autres arrangements existent dans le cadre d'ententes intergouvernementales ou de protocoles d'entente entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux ou territoriaux pour l'adoption du principe de Jordan (p. ex., le *Memorandum of Understanding on Implementation of Jordan's Principle*, un protocole d'entente pour la mise en œuvre du principe de Jordan [Gouvernement of Alberta, 2018]).

### 3.3.1 Compétences autochtones à l'égard des soins de santé conformément à la Loi sur les Indiens

En plus de la compétence fédérale et de la responsabilité absorbée des provinces et des territoires, les gouvernements locaux des Premières Nations peuvent aussi répondre aux besoins exprimés dans les communautés, comme le prévoit le paragraphe 81(1) de la *Loi sur les Indiens*. Dans le cadre de la loi, la gouvernance locale d'une Première Nation supervise et protège la santé de la communauté en général et les soins de santé par le biais de règlements liés à la santé. Plusieurs exemples découlent de la pandémie de COVID-19, alors que les communautés avaient à relever des défis hors du commun et réagissaient à l'aide de politiques harmonisées à leurs besoins et à leurs priorités. La Première Nation Snuneymuxw a, par exemple, adopté le *Covid-19 By-Law (2020-01)*, soit le règlement 2020-01 sur la COVID-19, afin de restreindre et de réglementer le nombre de visiteurs sur le territoire de la communauté et le nombre de personnes au sein de groupes dans le cadre d'événements sociaux. La Première Nation Kashechewan (Albany) a instauré des règlements sur la COVID-19 notamment dans les domaines de la sécurité publique, pour l'ouverture des magasins, l'éducation, les événements communautaires, les églises et les cérémonies, en déclarant que la communauté mettra en place et appliquera ses propres politiques et directives en fonction des avis du Comité du groupe de travail sur la pandémie, par opposition aux règlements

provinciaux sur la COVID-19 (Kashechewan [Albany] First Nation, 2020). Enfin, le *Règlement 21* de la bande Heiltsuk a été promulgué pour appliquer des dispositions distinctes et locales pour protéger la communauté et limiter la propagation du virus de la COVID-19.

Plusieurs communautés autochtones ont aussi établi leur propre système de santé, qui fonctionne en parallèle et indépendamment des systèmes provinciaux ou territoriaux. De compétence autochtone, ces systèmes de santé sont souvent issus des accords sur l'autonomie gouvernementale et/ou des traités modernes (voir la section 4).

## 3.4 Renforcer les relations et la santé des Autochtones

Au cours des deux dernières décennies, la réconciliation entre les gouvernements, les communautés et les individus autochtones et non autochtones a fait l'objet de discussions politiques au fédéral, alors que des enquêtes et des rapports nationaux mettaient de l'avant les préjudices intergénérationnels, les traumatismes et le génocide des peuples autochtones du Canada comme conséquences directes du colonialisme et des politiques qui lui sont associées (p. ex. CVR, ENFFADA). Chaque rapport était accompagné de recommandations politiques, dont certaines étaient pertinentes pour la santé des Autochtones, que tous les paliers de gouvernement pourraient adopter pour guider leurs efforts sur la voie de la

réconciliation. Le gouvernement fédéral réagit à chaque rapport avec un engagement; certains de ces engagements donnent lieu à une politique ou à un changement législatif. Le présent rapport répertorie cinq rapports nationaux commandés par le gouvernement canadien et un instrument international adopté par le Canada et qui visent à rétablir et à renforcer les relations entre les Autochtones et les non-Autochtones, de même que la santé des Autochtones. Le tableau 1, à la fin de cette section, relève les recommandations de ces rapports qui concernent la santé.

### 3.4.1 Commission royale sur les peuples autochtones (1996)

La Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) a été créée en 1991 et a été dissoute en 1996. Financée par le gouvernement fédéral, la CRPA a été mise sur pied pour enquêter sur les relations historiques et contemporaines entre les peuples autochtones et non autochtones dans le cadre d'une vaste consultation et d'une démarche d'échanges avec les communautés des Premières Nations, inuites et métisses de partout au Canada. Ces relations sont examinées dans le contexte d'un large éventail d'enjeux sociétaux autour des grands thèmes de la santé et de la guérison, du développement économique, du logement et de l'éducation, entre autres. La CRPA a publié un rapport en cinq volumes, chacun couvrant des sujets différents et assorti de recommandations pertinentes pour rétablir les relations et favoriser

des changements concrets. Ces recommandations sont résumées dans le volume 5 du rapport, intitulé *Vingt ans d'action soutenue pour le renouveau* et les recommandations en matière de santé sont énoncées dans le volume 3, intitulé *Vers un ressourcement* (RCAP, 1996a). Plus de 25 ans après sa publication, tous les paliers de gouvernement continuent de travailler résolument à la mise en œuvre des recommandations de la CRPA, bien que plusieurs recommandations n'aient toujours pas encore été abordées (Boyer et al., 2021).

### 3.4.2 L'Accord de Kelowna (2005)

L'Accord de Kelowna, connu officiellement sous le nom de *Premiers ministres et dirigeants autochtones nationaux : renforcer les relations et combler l'écart*, est un document contenant un engagement sur dix ans annoncé par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux et les dirigeants autochtones nationaux visant à combler les écarts de qualité de vie entre les peuples autochtones et non autochtones du Canada et à rétablir les relations à l'aide d'une approche fondée sur les distinctions<sup>9</sup>. Cet engagement faisait suite à un processus de mobilisation de 18 mois entre toutes les parties et reposait sur quatre grands domaines prioritaires pour améliorer la santé et la qualité de vie des Autochtones : éducation, logement, possibilités économiques et santé (Patterson, 2006). Chacun de ces domaines contient des recommandations pour des

programmes et des politiques pertinentes sur le plan culturel, qui incluent la participation et le leadership autochtones à toutes les étapes de leur mise en œuvre. Le tableau 1 résume les recommandations de politiques en matière de santé.

Une section complète du rapport sert à ouvrir la voie vers des relations plus solides entre les peuples autochtones et les gouvernements tripartites. On y précise qu'on s'engage à «axer [ces relations] sur la collaboration accrue, l'instauration de partenariats de travail efficaces et le respect mutuel» (First Ministers and National Aboriginal Leaders, 2005, p. 9). Ce rapport explique ensuite les prochaines étapes qui pourraient être entreprises pour cibler les besoins particuliers et les priorités des Premières Nations, des Inuits et des Métis séparément.

Bien qu'il soit fondé sur la collaboration, le respect et sur un engagement sans réserve, l'Accord de Kelowna n'a jamais été pleinement mis en œuvre par le gouvernement fédéral. Des mois après l'annonce de cet accord, l'élection fédérale de 2006 a donné lieu au remplacement du gouvernement libéral de Paul Martin par celui du conservateur Stephen Harper. Par le biais de la *Loi de mise en œuvre de l'Accord de Kelowna* (2008), le gouvernement fédéral a promulgué une loi confirmant son engagement à l'égard de cet accord; les changements au Parlement ont toutefois entraîné un virage dans le plan de travail politique et l'Accord n'a pas reçu le financement

<sup>9</sup> Dans le présent rapport, les perspectives fondées sur les distinctions et les approches veulent dire que l'on doit considérer les Premières Nations, les Inuits et les Métis séparément et de manière distincte en respectant la culture, l'histoire et les contextes propres à chacun.

adéquat ni l'attention en matière de ressources pour entraîner des changements importants (Kelly, 2011). L'Accord a été déposé par la suite et plusieurs de ses recommandations demeurent d'une grande pertinence encore aujourd'hui.

### 3.4.3 La Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015)

La Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) est une initiative nationale découlant de la *Convention de règlement relative aux pensionnats indiens* (2006), un recours collectif entrepris par les survivants des pensionnats et les parties responsables du gouvernement fédéral et des représentants de l'Église. Cette convention a donné lieu à la mise sur pied de la CVR, qui a entrepris d'apprendre en écoutant les survivants des pensionnats autochtones de partout au Canada et d'informer la population non autochtone du passé et de la vérité à propos de ces établissements (CVR, 2015). Dans le cadre d'échanges nationaux à l'échelle des communautés, la Commission a documenté ce qu'ont vécu les survivants dans le réseau scolaire des pensionnats, ainsi que les effets durables et les conséquences de ces expériences de vie sur les individus, les familles et les communautés.

Les conclusions de la CVR ont été publiées en 2015 et sont accompagnées de 94 appels

à l'action visant à «remédier aux séquelles laissées par les pensionnats et faire avancer le processus de réconciliation canadien» (TRC, 2015, p. 1). Ces appels à l'action touchent de nombreux secteurs de la société canadienne, dont la santé. Les appels à l'action de 18 à 24 (énumérés au tableau 1) fournissent des orientations pour améliorer l'accès à des services de santé adaptés et sécuritaires sur le plan culturel et élaborer une politique de santé prise en charge par les Autochtones. En 2015, le gouvernement du Canada a accepté le rapport final de la CVR et s'est engagé à réaliser entièrement tous les appels à l'action en partenariat avec les communautés autochtones, les provinces et les territoires, et avec la population canadienne (Prime Minister of Canada, 2015). Les travaux dans ce domaine se poursuivent.

### 3.4.4 Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (2019)

L'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées a été la réponse du gouvernement fédéral à l'appel à l'action n° 41 de la CVR<sup>10</sup>. Comme l'explique le gouvernement fédéral :

De septembre 2016 à décembre 2018, la Commission d'enquête a mené une étude et une analyse approfondies sur la question des femmes et des filles autochtones disparues et assassinées, y

compris des personnes de la diversité sexuelle et les personnes bispirituelles autochtones, en recueillant de l'information dans le cadre d'audiences communautaires et institutionnelles et en faisant appel aux recherches passées et actuelles et à l'analyse médico-légale des dossiers de la police. L'Enquête a également rassemblé des témoignages provenant de plus de 1 400 témoins, notamment des personnes survivantes de la violence, des familles de victimes, des expertes et experts en la matière ainsi que des gardiennes et des gardiens du savoir. (Women and Gender Equality Canada, 2020)

En 2019 les conclusions de l'enquête ont été regroupées dans un rapport final comportant deux volumes et intitulé *Réclamer notre pouvoir et notre place : rapport final de l'ENFFADA*. Ce rapport final comprend les témoignages et les vérités de membres de familles et de survivants et relate en détail les répercussions du colonialisme et des politiques coloniales, ainsi que les violations aux droits de la personne, qui forment une partie des causes profondes de la violence à l'encontre des femmes, des filles et des personnes bispirituelles. En tout 231 appels à la justice accompagnent le rapport final et visent à susciter des changements dans les politiques et à définir les prochaines étapes concrètes pour tous les paliers de gouvernement; les industries, les institutions et les

<sup>10</sup> Appel à l'action n° 41 de la CVR : «Nous demandons au gouvernement fédéral de nommer, à la suite de consultations avec des organisations autochtones, une commission d'enquête publique chargée de se pencher sur les causes de la disproportion de la victimisation des femmes et des jeunes filles autochtones, et sur les moyens possibles pour y remédier. Le mandat de la commission d'enquête devra comprendre, notamment : (1) la réalisation d'enquêtes sur la disparition et l'assassinat de femmes et de jeunes filles; (2) l'établissement de liens avec les effets intergénérationnels des pensionnats autochtones.» (TCR, 2015).

*De nombreuses femmes autochtones continuent toutefois d'être soumises, dans des proportions alarmantes, à la stérilisation forcée et contrainte sans avoir à donner un consentement préalable, libre et éclairé (Ataullahjan et al., 2021, 2022).*



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 951179576

services; et pour tous les Canadiens (NIMMIWG, 2019). Les appels à la justice comprennent des mesures fondées sur la distinction qui répondent aux besoins particuliers des communautés des Premières Nations, inuites, métisses et 2ELGBTQQIA+.

Le tableau 1 résume les appels à la justice pertinents pour la santé des Autochtones. Plusieurs de ces appels traitent de l'importance d'un accès équitable et sécuritaire à des soins sécuritaires sur le plan culturel et tenant compte des traumatismes et de la formation en sécurité culturelle pour les professionnels de la santé (NIMMIWG, 2019).

Depuis, le gouvernement fédéral a publié le *Plan d'action national relativement aux FFADA et aux personnes 2ELGBTQQIA+* (2021), un document préparé en consultation et en partenariat avec les gouvernements provinciaux, territoriaux et autochtones et avec les organisations autochtones nationales. Ce plan propose un

cadre de travail pour guider les gouvernements, les organisations et les individus dans les prochaines étapes vers l'élimination de la violence à l'encontre des femmes et des filles autochtones et des personnes 2ELGBTQQIA+ et explique comment les progrès sont mesurés et suivis (Core Working Group, 2021). Des efforts de prise en charge des appels à la justice, conformément au Plan d'action national, sont en cours.

### 3.4.5 Stérilisation forcée et contrainte des personnes au Canada (2021, 2022)

En juin 2021 et en juillet 2022, le Comité sénatorial permanent des droits de la personne (désigné ci-après sous le nom de « comité sénatorial ») a publié ses rapports préliminaires et finaux sur l'horrible et troublante réalité des pratiques de stérilisation forcée et contrainte qui ont affecté de manière disproportionnée les femmes autochtones et les autres femmes marginalisées au Canada

(Ataullahjan et al., 2021, 2022)<sup>11</sup>. Chaque rapport explique les liens directs entre le racisme et la stérilisation forcée et contrainte et les plans de travail colonisateurs et génocidaires qui sous-tendent cette pratique et ciblent les femmes et les filles autochtones (Ataullahjan et al., 2021, 2022).

La stérilisation forcée et contrainte est un enjeu de longue date au Canada. Les pratiques qu'elle suppose remontent au 20<sup>e</sup> siècle (Ataullahjan et al., 2021). Des « hôpitaux indiens »<sup>12</sup> sous responsabilité fédérale étaient le lieu habituel où ces pratiques avaient cours, alors que dans certaines provinces des politiques de santé ont été en vigueur jusque dans les 1970 et appuyaient cette pratique et légitimait son utilisation pour les mères « inaptes » (Ataullahjan et al., 2021, p. 17). Ces politiques ont été éliminées dans les années 1970; de nombreuses femmes autochtones continuent toutefois d'être soumises, dans des proportions

<sup>11</sup> Voir le rapport du Centre de collaboration nationale de la santé autochtone intitulé *Informed choice and consent in First Nations, Inuit and Métis women's health services (la liberté de choix et le consentement éclairé dans les services de santé pour les femmes inuites, métisses et des Premières Nations)* (2021) pour un exposé plus détaillé des implications de la stérilisation forcée et contrainte pour les femmes autochtones.

<sup>12</sup> Les « hôpitaux indiens » ont été créés par le gouvernement du Canada au cours du 20<sup>e</sup> siècle afin de séparer le traitement des peuples des Premières Nations et des Inuits de celui des peuples non autochtones. De nombreux établissements ont cessé leurs activités avec l'introduction de l'assurance-maladie dans les années 1960, mais certains hôpitaux sont toujours en activité, comme le centre d'excellence de la nation crie de Norway House au Manitoba (Lux, 2018, p. 1; Northway House Cree Nation Centre of Excellence, n.d.).

alarmantes, à la stérilisation forcée et contrainte sans avoir à donner un consentement préalable, libre et éclairé (Ataullahjan et al., 2021, 2022). Comme le démontrent les grandes lignes du rapport sénatorial, le contexte historique lié à cette procédure considère que la stérilisation forcée et contrainte des femmes autochtones est « conforme à la façon dont les autres services médicaux ont parfois été offerts aux populations autochtones en tant que tentative pour contrôler leur corps tout en criminalisant les pratiques de santé et de reproduction des Autochtones » (Ataullahjan et al., 2021, p. 22).

Le rapport du comité sénatorial constate que tous les gouvernements du Canada ont des politiques qui veillent à ce que les professionnels de la santé obtiennent de leurs patients un consentement préalable, libre et éclairé à toute intervention médicale (Ataullahjan et al., 2021) et que « la liberté de toute ingérence non désirée dans le corps d'une personne et son droit de se reproduire sont protégés en vertu des cadres canadien et internationaux des droits de la personne » (Ataullahjan et al., 2022, p. 25). De plus, le rapport final relate les témoignages de femmes autochtones de plusieurs provinces et territoires ayant survécu et qui parlent de leurs réalités actuelles après avoir subi une stérilisation forcée et contrainte. Ces survivantes parlent d'une expérience où on leur a refusé de disposer du temps et d'un lieu adéquat pour prendre des décisions éclairées, sans facteurs de stress ou vulnérabilités (tels que l'effet de médicaments, un

accouchement, la période suivant la naissance d'un enfant, etc.) et au cours de laquelle on ne leur a pas fourni l'information suffisante pour comprendre et évaluer les risques et soupeser toutes les options (Ataullahjan et al., 2021, 2022). Dans de nombreux cas, les survivantes avaient été forcées de subir l'intervention après qu'on leur ait fait part de faux motifs, qu'on les ait mal informées ou intimidées (Ataullahjan et al., 2022).

Les répercussions de la stérilisation forcée et contrainte sur la santé et le bien-être vont bien au-delà des seules survivantes et affectent la vie de tous les membres d'une famille ou d'une communauté (Ataullahjan et al., 2022). De nombreuses survivantes souffrent de dépression ou de trouble de stress post-traumatique à la suite de procédures de stérilisation. Elles vivent aussi de l'anxiété et une crainte qui alimente leur méfiance à l'égard du système de santé, laquelle est partagée par leur famille (Ataullahjan et al., 2022). Dans le rapport du comité sénatorial, on explique les liens entre la pratique et « l'effacement des lignées autochtones » et comment « plusieurs survivantes et témoins experts parlent de la [stérilisation forcée et contrainte] comme d'un équivalent à un génocide » (Ataullahjan et al., 2022 p. 24).

En tout, 13 recommandations ont été formulées à partir des récits des survivantes et des témoins. Elles sont énoncées dans la conclusion du rapport du comité sénatorial (Ataullahjan et al., 2022). Ces recommandations sont résumées dans le tableau 1. Les mesures visant à assurer la responsabilité des professionnels

de la santé, la criminalisation de la procédure, la reconnaissance légitime et l'indemnisation des survivantes, des procédures de consentement adéquates, une meilleure éducation, un meilleur recrutement et plus de soutien pour les fournisseurs autochtones de soins de santé ainsi que de meilleures méthodes de collecte de données et de préparation de rapports sont parmi les recommandations primordiales du comité pour inspirer des politiques et mettre un terme à la stérilisation forcée et contrainte et aux violations des droits fondamentaux de la personne qu'elle entraîne pour les femmes autochtones (Ataullahjan et al., 2022). Au moment d'écrire ces lignes, une réponse du gouvernement du Canada aux conclusions du rapport était toujours attendue. D'autres travaux sont recommandés dans ce domaine afin d'évaluer la réponse du gouvernement fédéral et de mesurer les progrès accomplis.

#### 3.4.6 Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones

En 2007, les Nations Unies ont publié la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), un instrument de droits de la personne et un cadre universel utilisé pour comprendre et protéger les normes minimales nécessaires à la survie, à la dignité et au bien-être des peuples autochtones de partout dans le monde (United Nations, 2007). En 2021, le Canada a entériné la DNUDPA dans une loi fédérale, à la suite d'un changement dans les programmes d'action et de débats publics polarisants.

En 2010, le gouvernement conservateur de Stephen Harper a fait part de son appui à la Déclaration en vertu de la disposition voulant que la DNUDPA soit considérée comme un moyen non juridique distinct des changements obligatoires aux lois canadiennes ou internationales (INAC<sup>13</sup>, 2010). Avec le changement de gouvernement de 2015, le gouvernement libéral de Justin Trudeau a fait part de son appui intégral et sans restrictions à la Déclaration (Lightfoot, 2020). Peu de temps après, un député du NPD a déposé un projet de loi d'initiative parlementaire visant l'harmonie des lois fédérales avec la DNUDPA. Le projet de loi a été présenté au Sénat; il a toutefois été bloqué avant sa dernière lecture par des opposants du Parti conservateur qui disaient s'inquiéter des notions de liberté et de consentement préalable, libre et éclairé enchâssées dans la Déclaration (King, 2020; Lightfoot, 2020). En 2019, le gouvernement libéral de Trudeau a été réélu et a promis alors de préparer conjointement, avec des partenaires autochtones, une loi par laquelle le Canada serait responsable de la mise en œuvre complète de la DNUDPA (Lightfoot, 2020). La *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* est donc entrée en vigueur en juin 2021. La loi prévoit un cadre de mise en œuvre et de réconciliation entre les populations et les gouvernements autochtones et non autochtones. La Loi stipule également que toutes les lois au Canada doivent être

harmonisées à la DNUDPA et que les progrès en ce sens doivent être mesurés par le biais de rapports annuels remis au Parlement (*Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act*, 2021). Des activités de mobilisation impliquant les organisations autochtones sont en cours en vue de parvenir à une application efficace de la Loi (Government of Canada, 2022). Le tableau 1 mentionne les articles de la DNUDPA intégrés à la Loi qui sont particulièrement pertinents pour la santé.

Avant l'adoption de la DNUDPA dans une loi fédérale, la Colombie-Britannique avait été la première province au Canada à déposer sa propre loi pour la mise en œuvre de la DNUDPA, ce qui a ouvert la voie à d'autres administrations. En 2019, la Colombie-Britannique a adopté la *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act* (Loi sur la Déclaration sur les droits des peuples autochtones), conçue pour harmoniser toutes les lois, les politiques et les pratiques de la Colombie-Britannique avec la DNUDPA et pour établir la Déclaration en tant que « cadre pour la réconciliation » dans la province (*Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act*, 2019). D'autres provinces et territoires ont depuis fait de même et sont aux premiers stades de l'application de leur propre loi (p. ex., projet de loi d'initiative parlementaire en Ontario, groupe de travail sur l'application de la DNUDPA dans les Territoires du Nord-Ouest) (King, 2020). La section 5 du présent rapport livre plus de détails

sur les politiques et les lois en matière de santé des Autochtones dans les provinces et les territoires.

Malgré cette adoption officielle, le débat public et les critiques engendrées par les décisions du Canada et de la Colombie-Britannique d'inclure la Déclaration dans une loi est source de conflits encore aujourd'hui (Lightfoot, 2020; Mager, 2021). Les proposants favorables à la Déclaration contenue dans la loi expliquent comment cette déclaration affirme et protège les droits inhérents et collectifs des peuples autochtones à l'autonomie gouvernementale et à la souveraineté sur les terres, les territoires et les ressources autochtones – des dispositions similaires à celles de l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* – et comment la Déclaration est déjà utilisée pour interpréter les droits de la personne et les droits des traités autochtones dans les décisions des tribunaux provinciaux et territoriaux<sup>14</sup> (Lightfoot, 2020; Mager, 2021). Pendant ce temps, les opposants ont fait part de leurs inquiétudes à l'égard de l'article 32.2 et de la mention du droit des peuples autochtones à « un consentement préalable, libre et éclairé avant l'approbation de tout projet affectant leurs terres ou leurs territoires et autres ressources » (United Nations, 2007) – c'est-à-dire le droit, en tant que nations souveraines, à l'autodétermination collective pour les questions affectant les terres autochtones. Les critiques considèrent le

<sup>13</sup> Aujourd'hui Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada.

<sup>14</sup> Parmi les exemples d'affaires et de décisions judiciaires citant ou mentionnant la DNUDPA dans l'interprétation des droits et des traités autochtones, mentionnons *Première Nation Acadia c. Canada (procureur général)*, [2013] NSSC 284; *Terre-Neuve-et-Labrador (procureur général) c. Uashannuat (Innus d'Uashat et de Mani-Utenam)*, [2020] SCC 4.

consentement préalable, libre et éclairé comme une mesure pour confirmer le « droit de veto autochtone » sur les projets d'exploitation et de développement des ressources (Mager, 2021, p. 17); cette position est toutefois rapidement contredite lorsqu'on se penche sur la définition de consentement éclairé (King, 2020; Lightfoot, 2020; Mager, 2021). Comme l'explique Mager (2021), « la Déclaration reconnaît que 'la partie consentante jouit de l'autodétermination nécessaire à prendre une décision éclairée sur une question qui la touche,' et non que les peuples autochtones ont la capacité de prendre des décisions unilatéralement » (King, 2019, tel que cité dans Mager, 2021, p. 17).

De plus, les proposants de la Déclaration ont posé des arguments avec réserves relativement à l'article 46 et à son « défaut fondamental » qui nuit à une application efficace de la DNUDPA (King, 2019, p. 1). L'article 46 se lit comme suit :

Aucune disposition de la présente Déclaration ne peut être interprétée comme impliquant pour un État, un peuple, un groupement ou un individu un droit quelconque de se livrer à une activité ou d'accomplir un acte contraire à la Charte des Nations Unies, ni considérée comme autorisant ou encourageant aucun acte ayant pour effet de détruire ou d'amoindrir, totalement ou partiellement, l'intégrité territoriale ou l'unité politique d'un État souverain et indépendant. (United Nations, 2007, p. 28)

Il est évident que cet article, le dernier de la Déclaration, rétablit rapidement les pouvoirs des États colonisateurs et leur donne la marge de manœuvre nécessaire à défier la Déclaration à leur convenance, en se basant sur la notion de menace perçue à son « intégrité territoriale ou à son unité politique » (King, 2019). Cet article affirme avec efficacité le pouvoir des États coloniaux, sans protection ni motifs de respecter la souveraineté et les droits inhérents des Autochtones, et que les droits ont préséance lors de conflits. Des arguments

comme ceux-là constituent des indicateurs importants du travail continu qui est nécessaire et des enseignements à tirer du parcours qui attend chaque État colonial dans sa recherche d'approches anticolonialistes des politiques et des lois sur la santé, et sont aussi des marqueurs importants pour les nations autochtones qui visent l'autodétermination.



© Crédit : iStockphoto.com, ID 847040536

**Tableau 1. Rapports nationaux pour renforcer les relations et améliorer la santé des Autochtones**

Rapport national/loi	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA)	1996	Appels aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux à reconnaître les déterminants de la santé des Autochtones; soutenir et établir des modèles de gouvernance autochtone et des infrastructures communautaires; respecter et intégrer les pratiques traditionnelles de guérison en biomédecine; accroître le nombre d'Autochtones occupant des fonctions dans le milieu de la santé et de l'éducation; modifier les programmes de santé au niveau postsecondaire et les cours de développement professionnel afin qu'ils intègrent le savoir et les pratiques de guérison traditionnelles; améliorer la pertinence culturelle, l'efficacité et la sensibilisation de tous les étudiants et de tous les professionnels (recommandations 3.3.1 – 3.3.25 du volume 3, chapitre 3).
Premiers ministres et dirigeants autochtones nationaux : renforcer les relations et combler l'écart (Accord de Kelowna)	2005	Grâce à une collaboration de tous les paliers de gouvernement, viser à améliorer l'état de santé de tous les peuples autochtones du Canada à l'aide d'approches holistiques et fondées sur les distinctions. Proposer des efforts concertés pour « améliorer la prestation et l'accès à des services de santé; veiller à ce que les peuples autochtones profitent pleinement des améliorations aux systèmes de santé canadiens; mettre en place des mesures de promotion de la santé et de prévention des maladies pour la prise en charge d'autres déterminants de la santé (p. ex., le logement, l'éducation) » (p. 8).
Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR)	2015	Appels à tous les paliers de gouvernement à reconnaître les effets des politiques coloniales, y compris en ce qui touche les pensionnats, sur l'état actuel des déterminants de la santé des Autochtones et de créer des centres de guérison pour la prise en charge de ces répercussions. Recommande l'établissement d'objectifs mesurables et de stratégies d'évaluation pour améliorer les résultats de santé et répondre aux besoins des populations autochtones hors réserve. Appels aux gouvernements à respecter et promouvoir les pratiques de guérison autochtones; augmenter le nombre d'Autochtones travaillant dans le milieu de la santé et étudiant dans ce domaine; assurer un accès à une formation en compétences culturelles et à des cours sur les enjeux de santé des Autochtones, la DNUDPA, les traités et les droits et les enseignements autochtones pour tous les professionnels de la santé et les personnes étudiant dans ce domaine (appels à l'action 18 – 24).
Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA)	2019	Appels à tous les paliers de gouvernement à reconnaître et protéger les droits des femmes et des filles autochtones et des personnes 2ELGBTQQIA; appuyer les services de santé dirigés par des Autochtones dans les communautés et améliorer l'accessibilité à des soins culturellement appropriés et tenant compte des traumatismes subis, à des services de guérison et à des programmes de prévention par le biais d'approches fondées sur les distinctions; empêcher les conflits de compétences qui entraînent des refus de soins ou de services; favoriser l'autodétermination autochtone dans la planification et la prestation de services de santé; offrir en continu de la formation en sécurisation et en compétences culturelles pour les professionnels de la santé; former et embaucher des Autochtones afin qu'ils occupent des fonctions dans le milieu de la santé; offrir une formation en santé des personnes 2ELGBTQQIA aux jeunes et aux prestataires de soins de santé (appels à la justice 3.1 – 3.7, 7.1 – 7.9, 16.7 – 16.10, 17.4, 17.8, 17.23, 18.26 – 18.31).
Stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada (Comité sénatorial permanent des droits de la personne)	2021, 2022	Recommande que le gouvernement fédéral présente des excuses officielles et criminalise la stérilisation forcée et contrainte en vertu du Code criminel du Canada; étudie les préjudices sur la santé; élabore et améliore les cadres et procédures de consentement; rende obligatoire la formation de tous les professionnels de la santé concernant « la relation fiduciaire médecin/patient, l'autonomie corporelle et l'autodétermination médicale » ainsi que la sécurisation et la compétence culturelles; dédommage les survivantes; sensibilise davantage le public; investisse dans les services de sages-femmes communautaires autochtones; recrute et des prestataires de soins autochtones et veille à ce qu'ils restent en poste; améliore les moyens de recueillir et de publier des données anonymes à ce sujet; mette sur pied un comité parlementaire pour assurer en suivi des progrès (recommandations 1-13).
Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (gouvernement du Canada)	2021	Reconnaît et protège les droits des peuples autochtones, sans discrimination, à améliorer leur santé et à participer activement à l'élaboration et à la détermination de la santé par le biais d'institutions dirigées par des Autochtones. Établit les droits des peuples autochtones à leur pharmacopée traditionnelle et à leurs pratiques médicales; le droit d'accès à tous les services de santé, sans discrimination; et le droit de «jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale». Déclare que tous les paliers de gouvernement doivent prendre les mesures nécessaires pour veiller à ce que ces droits soient respectés et que les progrès accomplis fassent l'objet d'une surveillance (articles 21.1, 23, 24.1, 24.2, 29.3).

Le tableau 1 démontre que les recommandations politiques de chaque rapport national (CRPA, Accord de Kelowna, CVR, ENFFADA, Stérilisation forcée et contrainte des personnes au Canada) comportent plusieurs similitudes, qui se répètent souvent d'un rapport à l'autre. La plus grande part des recommandations politiques formulées par la CRPA en 1996 sont reprises directement dans des rapports ultérieurs; c'est le cas notamment de la recommandation visant l'amélioration des résultats de santé et de la prise en charge des déterminants de la santé des Autochtones (mentionnée dans les rapports de la CRPA, de l'Accord de Kelowna et de la CVR); de l'amélioration de l'accès aux soins à l'aide d'approches communautaires et dirigées par les Autochtones (RCAP, Accord de Kelowna, CVR, ENFFADA, Stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada); de la promotion et de l'intégration des pratiques traditionnelles de guérison dans la biomédecine occidentale (RCAP, CVR); de la mise en place de mesures de soutien pour accroître le nombre de professionnels de la santé autochtones et de l'éducation, et améliorer l'accès à de la formation sur la sécurité culturelle et les compétences adaptées aux réalités autochtones pour les professionnels en exercice et les étudiants (RCAP, CVR, ENFFADA, Stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada); de la modification des programmes d'études postsecondaires et de formation professionnelle en soins de santé pour y intégrer le savoir et les pratiques autochtones et en faire la promotion (RCAP,

CVR). Boyer et al. (2021) ont examiné la mise en œuvre des principales recommandations de la CRPA axées sur la santé au cours des 20 dernières années et ont constaté certains progrès dans le recrutement et la rétention d'Autochtones en tant que prestataires de soins et dans l'amélioration de l'accès à des soins sécuritaires sur le plan culturel et tenant compte des traumatismes subis. Les chercheurs ont toutefois relevé des progrès minimaux dans les domaines de l'appui à l'autodétermination des soins de santé (ou davantage à l'autogestion) pour tous les peuples autochtones et du financement adéquat et de la promotion de l'intégration des pratiques traditionnelles de guérison dans les modèles de soins occidentaux (Boyer et al., 2021). Sans égards aux progrès sensibles qui ont été accomplis, le seul fait que ces recommandations se répètent suggère qu'il reste encore du travail à faire pour répondre efficacement et concrètement aux travaux rigoureux de chaque rapport national. Puisque l'évaluation complète des progrès accomplis dans le cadre de chaque rapport va au-delà du mandat du présent rapport, d'autres travaux sont recommandés.

### 3.5 Résumé

Le gouvernement du Canada a une responsabilité et des relations fiduciaires avec les peuples des Premières Nations, métis et inuits. Cette responsabilité et ces relations sont assujetties aux lois fédérales et interprétations de la Cour suprême du Canada (*Constitution Act*, 1867; Supreme Court of Canada, 1939; *Daniels v. Canada*, 2016). Malgré cela, en ce qui a trait à la prestation

de soins, le gouvernement du Canada continue de considérer que cette relation ne concerne que les Premières Nations inscrites et les Inuits vivant sur les territoires traditionnels et qu'il s'agit d'une « question de politique et non pas une obligation juridique » (Boyer, 2014, p. 150). L'absence de reconnaissance fédérale des responsabilités juridiques, jumelée à la résistance des provinces et des territoires à contrer les écarts en matière de services de santé, favorise la confusion et les conflits de compétences qui perpétuent l'accès inéquitable aux soins pour les Premières Nations, les Inuits et les Métis. Les discussions qui ont cours sur la législation proposée en matière de santé des Autochtones fondée sur des distinctions pourraient aborder ce problème en exposant et en soulignant la responsabilité du gouvernement fédéral face à ses obligations juridiques, et en instaurant un mécanisme de communication entre les gouvernements qui permettrait de combler efficacement les écarts en tenant compte des enjeux prioritaires établis par des groupes autochtones distincts. D'ici là, des programmes de politiques tels que le principe de Jordan et l'Initiative : Les enfants inuits d'abord permettront de combler les écarts dans les soins aux enfants inuits et des Premières Nations; toutefois, en ce qui concerne le principe de Jordan, de nombreuses défaillances persistent (Sinha et al. 2022).

De plus, malgré des obstacles administratifs et financiers, plusieurs communautés de Premières Nations à travers le Canada continuent de faire valoir des droits inhérents à l'autonomie

gouvernementale dans les soins de santé par le biais de politiques locales axées sur la santé publique et la protection de la santé, et en réclamant l'autorité sur l'administration et la prestation de services de santé dans les réserves (Heiltsuk Indian Band, 2020; Mashford-Pringle, 2013; Snuneymuxw First Nation, 2020). Les politiques fédérales telles que la Politique sur la santé des Indiens, la Politique de transfert de santé, la Politique sur le transport pour raison médicale et la Politique concernant les voyages pour obtenir les services d'un guérisseur traditionnel continuent aussi de jouer un rôle important dans la structure et la prestation de soins de santé aux Inuits et aux Premières Nations; des obstacles

administratifs, la lourdeur de la surveillance exercée par le fédéral et l'exclusion des Métis et des Premières Nations non inscrites contribuent toutefois à créer d'autres obstacles et des inégalités dans la gestion de la prestation et dans l'accès à des soins sécuritaires sur le plan culturel et pris en charge par les Autochtones.

Alors que le gouvernement fédéral continue de cheminer sur la voie de la réconciliation avec les peuples autochtones pour corriger l'héritage historique et actuel issu des politiques colonialistes néfastes et des pratiques discriminatoires en matière de soins de santé, des documents comme le rapport de la CRPA, l'Accord de Kelowna, le rapport de la CVR,

de l'ENFFADA, la Stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada ou la DNUDPA doivent être à l'avant-scène de toutes les prochaines étapes. Les derniers développements au fédéral semblent prometteurs; c'est le cas notamment de la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* (2021) et de l'élaboration conjointe de nouvelles dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions (ISC, 2022d). Des structures de reddition de comptes sont toutefois nécessaires et les lacunes en matière de politiques doivent être comblées pour assurer l'inclusion de tous les peuples des Premières Nations, les Inuits et les Métis.



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 860736790

# 4. CONSTATATIONS : TRAITÉS, ACTIVITÉS D'AUTONOMIE GOUVERNEMENTALE ET SANTÉ DES AUTOCHTONES

En plus de politiques fédérales, provinciales et territoriales, les traités historiques (numérotés), les traités modernes et les accords sur l'autonomie gouvernementale jouent un rôle important dans la gouvernance de la santé des Autochtones. Les traités historiques sont les traités numérotés, signés entre 1871 et 1921 (CIRNAC, 2020), alors que les traités modernes, aussi connus sous le nom d'accords sur les revendications territoriales globales, sont signés pour les domaines où des traités historiques n'ont jamais été négociés. Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC) définit les traités modernes comme suit :

...sont généralement tripartites et comprennent des organisations ou des nations autochtones, la Couronne et les gouvernements provinciaux et territoriaux comme signataires. Elles apportent clarté et prévisibilité en ce qui concerne les droits sur les terres et les ressources, la propriété et la gestion. Les droits qui y sont définis sont protégés en vertu de la Constitution. (CIRNAC, 2019, p. 4)

En comparaison, les accords sur l'autonomie gouvernementale sont des formulaires écrits expliquant

comment les gouvernements et les communautés autochtones exerceront leur droit à l'autonomie gouvernementale inhérent et protégé en vertu de la Constitution. Ces ententes peuvent être établies dans le cadre de traités modernes au conjointement avec ces traités, ou en tant qu'entente séparée. Les accords sur l'autonomie gouvernementale établissent habituellement les structures de gouvernance, qui peuvent ou non inclure des dispositions supplémentaires propres aux compétences liées à la santé ou à d'autres services (CIRNAC, 2019).

Au cours des dernières décennies, de nombreuses activités ont eu cours relativement à l'élaboration de traités et d'accords sur l'autonomie gouvernementale. Bien que le Traité n° 6 demeure un traité fondamental en matière de santé en raison de la clause relative aux médicaments qu'il contient, les interprétations par le système de justice canadien ont depuis élargi sa portée afin qu'il s'applique à d'autres territoires visés par les traités et on commence maintenant à reconnaître davantage les ententes verbales sur les soins de santé formulées dans le cadre du processus de signature (Craft & Lebihan, 2021). De plus, plusieurs

traités modernes et accords sur l'autonomie gouvernementale ont été signés et presque tous sont, dans une certaine mesure, pertinents en matière de santé ou de soins de santé. Les sections qui suivent donnent plus de détails sur ces mises à jour et soulignent les divers éléments importants pour la santé des Autochtones et la prestation de soins.

## 4.1 Traités historiques

Les traités historiques impliquent un échange de services, de ressources ou de documents relatifs aux terres traditionnelles des Autochtones dans le cadre de la recherche incessante des colonisateurs d'étendre leur domination vers l'ouest dans ce que nous connaissons sous le nom de Canada. L'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* protège et affirme les droits issus des traités pour de tels services, ressources et documents négociés dans le cadre des démarches associées aux traités. Il existe au Canada une variété de traités historiques tels que les Traités de paix et de neutralité signés entre 1701 et 1760, les Traités de paix et d'amitié signés entre 1725 et 1779, le Traité de cessions de terres du Haut-Canada et les Traités Williams, signés entre

1764 et 1862 et en 1923, les Traités Robinson et les Traités Douglas, signés entre 1850 et 1854 et les traités numérotés signés entre 1871 et 1921 (CIRNAC, 2020). Ce rapport se concentre sur les traités numérotés et leurs implications pour la santé des Autochtones, plus particulièrement en ce qui concerne le Traité n° 6.

En tout, 11 traités numérotés ont été signés, mais seul le Traité n° 6 contient, dans son libellé, des dispositions particulières concernant les soins de santé. On y déclare ce qui suit : « qu'il y sera tenu un buffet à médicaments au domicile de tout agent des Indiens pour l'usage et l'avantage des Indiens, à la discrétion d'un tel agent; » (Treaty No. 6, 1876). La clause relative aux médicaments a fait l'objet de diverses interprétations par la Cour suprême quant à son application et à sa signification. En 1935, dans sa décision dans l'affaire *Dreaver c. The King* (Opekokew, 1996), le juge Angers adopte une vision plus large et estime que cette clause signifie « que l'on doit fournir aux Indiens tous les médicaments et toutes les fournitures médicales dont ils pourraient avoir besoin, sans frais » (*Dreaver v. The King*, 1935, tel que cité dans Opekokew, 1996). Cette interprétation a été la première à caractériser le rôle du fédéral comme bailleur de fonds pour les soins de santé, tel que négocié en vertu du Traité n° 6, tout en respectant l'autodétermination des Autochtones pour définir les besoins en soins et les médicaments ou les fournitures

médicales nécessaires et pour lesquels le gouvernement doit fournir une réponse. Comme cette décision constituait une victoire pour les communautés des Premières Nations, la décision n'a pas été rendue publique avant les années 1970 (Opekokew, 1996) et a donc eu peu de répercussions sur les procédures judiciaires ultérieures.

En 1966, la Cour suprême de la Saskatchewan a rendu une décision dans le cadre de *l'appel de Johnston* concernant la clause relative aux médicaments qui précisait que cette clause « n'accorde pas aux Indiens un droit absolu d'utiliser et de profiter du 'buffet à médicaments', mais que les droits accordés le sont à la discrétion de l'agent des Indiens », une décision contraire à celle rendue dans l'affaire *Dreaver c. le Roi*, et qui ne fait aucunement mention des principes de l'autodétermination (*R. v. Johnston*, 1966). Cette décision établit plutôt la position d'autorité du gouvernement fédéral pour déterminer la légitimité des besoins en soins de santé des Premières Nations et l'admissibilité à recevoir des services. *L'appel de Johnston* a suscité un débat polarisant en raison de l'étroitesse de son approche. Les communautés autochtones et les signataires des traités estiment que la clause relative aux médicaments reflète le droit à la santé et au mieux-être contenu dans le traité<sup>15</sup> issu de toutes les promesses verbales et écrites énoncées à l'époque des négociations (Craft & Lebihan, 2021; Lavoie et al., 2016b). Pendant ce temps, le gouvernement fédéral

dépeint dans une large mesure son rôle à l'égard de la santé des Autochtones comme un geste de bonne volonté et une question politique, sans correspondance avec les droits des Autochtones ou des traités tels qu'ils sont protégés par la Constitution (Boyer, 2014; Lavoie et al., 2016b).

D'autres interprétations juridiques ont permis de rétablir la perspective plus large du Traité n° 6 et son application aux soins de santé. Il s'agit de *Saanichton Marina Ltd. c. Claxton*, en Colombie-Britannique (1989), de la *Nation crie Wuskwiki Sipibk c. le Canada* (1999) et de *Health Sciences Association of Alberta c. Siksika Health Services*, en Alberta (2017). Cette dernière affaire, *Health Sciences Association of Alberta c. Siksika Health Services*, a permis de confirmer que les dispositions en vertu de la clause relative aux médicaments sont souples et favorables aux peuples et aux communautés autochtones et estime que la décision dans l'affaire *R. c. Johnston* (1966) constitue une « interprétation littérale et restrictive de la clause relative aux médicaments » (*Health Sciences Association of Alberta v. Siksika Health Services*, 2017).

Encore aujourd'hui, la clause relative aux médicaments continue d'influencer la prestation des soins sur le territoire visé par le Traité n° 6, et ce, de nombreuses façons. En mars 2020, par exemple, les nations crie de Samson et d'Ermineskin, la tribu Louis Bull et la Première Nation Montana de Maskwacis ont déclaré

<sup>15</sup> Pour plus de détails sur les droits issus des traités en matière de santé ou sur les autres traités numérotés et leur pertinence pour la santé des Autochtones, veuillez consulter Craft & Lebihan (2021).

l'état d'urgence en raison de la pandémie mondiale de COVID-19 et des difficultés qu'elle entraînait pour le système de santé (Dubois, 2020). Avec cette annonce, les Premières Nations ont utilisé la clause relative aux médicaments pour demander au gouvernement fédéral de leur fournir le soutien nécessaire en matière de santé (fournitures, infrastructures, personnel), comme le prévoient les obligations en vertu du traité et de les aider à faire face à toute éventuelle éclosion (Dubois, 2020). Le Canada a réagi en mettant en place une approche fondée sur la collaboration avec l'Assemblée des Premières Nations, les chefs régionaux et divers autres comités de réponse à la COVID-19 afin que les besoins des Premières Nations soient pris en charge adéquatement (Narine, 2020).

Des dispositions relatives aux soins de santé ont été exposées et négociées dans le cadre d'autres traités numérotés, mais ces dispositions ne figurent pas dans leur libellé et ne sont donc pas toujours prises en compte par le gouvernement fédéral (Craft & Lebihan, 2021). Les traités historiques des n<sup>os</sup> 1 à 5 comportent des engagements implicites concernant les soins de santé, alors que pour les traités 7 à 11, la santé a fait l'objet d'ententes verbales (Craft & Lebihan, 2021). En 2017, la cour provinciale de l'Alberta a interprété le Traité n<sup>o</sup> 7 en estimant qu'il devait contenir les mêmes avantages que ceux que confère la clause relative aux médicaments du Traité n<sup>o</sup> 6, en raison des promesses verbales formulées à l'époque des négociations du Traité n<sup>o</sup> 7 entre la Couronne et les cinq Premières Nations signataires, soit les Kainai

(Blood), Siksika (Blackfoot), Piikani (Peigan), Nakoda (Stoney) et Tsuu T'ina (Sarcee). Il a été établi que chaque Première Nation signataire avait, en vertu des traités, droit à ce que ses ressources pour les soins de santé soient protégées par l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*. La Cour provinciale de l'Alberta explique :

[traduction] ...les traités ont été rédigés au préalable par le gouvernement fédéral et n'ont pas inclus toutes les promesses formulées par la Couronne au cours de la négociation de ces traités. Les promesses verbales formulées durant les négociations sont donc considérées comme faisant partie des obligations contenues dans les traités. (*Health Sciences Association of Alberta v. Siksika Health Services*, 2017).

Cette interprétation est d'une grande importance, car elle peut s'appliquer à d'autres traités historiques tels que les traités n<sup>os</sup> 8, 9, 10 et 11, qui ont aussi donné lieu à des promesses verbales (Craft & Lebihan, 2021). D'autres interprétations des tribunaux relatives aux nations des traités restent encore à répertorier.

## 4.2 Traités modernes et accords sur l'autonomie gouvernementale

Les traités modernes (aussi connus sous le nom d'accords sur les revendications territoriales globales) et les accords sur l'autonomie gouvernementale (le formulaire écrit pour détailler comment les Premières Nations exerceront les droits inhérents à leur autonomie gouvernementale) ont été amorcés dans les années 1970. Les traités modernes ont d'abord été conclus à la suite de la célèbre décision de la Cour suprême du Canada dans l'affaire *Calder c. Colombie-Britannique (procureur général)* (1973).

En 1973, la nation Nisga'a a déposé un recours contre la province de la Colombie-Britannique sous le motif que la nation n'avait jamais, juridiquement, renoncé aux titres ancestraux associés à ses terres et à ses territoires traditionnels par quelque moyen juridique ou traité, quels qu'ils soient (*Calder v. Attorney General of British Columbia*, 1973). Autrement dit, la nation Nisga'a s'est tournée vers le système de justice pour confirmer la souveraineté et la propriété de



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 519270910

ses terres. Cette demande avait été déposée auparavant, puis rejetée par la Cour provinciale et par la Cour d'appel de la Colombie-Britannique. À la Cour suprême du Canada, six juges sur sept ont reconnu et confirmé, dans leur décision finale, l'existence du titre autochtone de la nation Nisga'a avant l'établissement européen, et ce, même si les juges étaient divisés, à parts égales, sur la question de l'existence du territoire Nisga'a de nos jours, à la suite des lois coloniales et de l'adoption de la Colombie-Britannique en vertu de la Couronne britannique (*Calder v. Attorney General of British Columbia*, 1973). Un juge s'est dit contre la demande en raison d'un point de détail du processus judiciaire.

Néanmoins, pour la première fois dans l'histoire canadienne, la Cour suprême du Canada reconnaissait l'existence des droits ancestraux autochtones à l'égard de terres comme notion juridique valide en vertu du droit canadien. De plus, la notion juridique de titre autochtone à l'égard de terres est issue des systèmes juridiques autochtones traditionnels et est acceptée comme telle, contrairement au droit colonial (Salomons, 2009). Cette reconnaissance a ouvert la voie à l'adoption, par le Canada, d'une nouvelle position politique à l'égard de la négociation des traités et des revendications territoriales avec les communautés autochtones et des territoires non cédés; c'est ainsi qu'à vu le jour la Politique des revendications territoriales globales et que s'est amorcée la négociation des traités modernes.

*La Politique des revendications territoriales globales* (1973) établit

les modalités et conditions avec lesquelles le gouvernement fédéral peut aborder les titres, les droits et les revendications territoriales des Autochtones dans le cadre d'un processus de négociation entre les communautés autochtones, les provinces et les territoires (CIRNAC, 2019, 2020). Le processus de négociation a permis d'établir l'Entente sur les revendications territoriales globales dans des régions où il n'existe pas de traités. La Convention de la Baie James et du Nord québécois (1975) a ainsi été la première entente sur les revendications territoriales globales à découler de cette politique et continue d'être un exemple précieux pour les autres communautés souhaitant faire valoir leurs revendications territoriales (l'annexe B donne plus de détails sur la Convention de la Baie James et du Nord québécois).

*La Politique des revendications territoriales globales* a été mise à jour par la suite en 1981 et en 1986 afin de refléter les derniers développements et d'en ajuster le processus de négociation en fonction des commentaires des utilisateurs et des mesures jugées discriminatoires (McKnight, 1986). On songe par exemple à l'exigence initiale d'annuler tous les droits et titres ancestraux des Autochtones dès la conclusion d'une convention de règlement. Les groupes et les dirigeants autochtones ont estimé que cette « extinction générale » (p. 6) affectait les droits autochtones non liés aux revendications territoriales et était en contradiction avec l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* et avec son intention précise d'affirmer et de protéger les droits et les titres

autochtones (McKnight, 1986). La politique a donc été révisée afin de proposer des méthodes différentes de celle de l'extinction des droits, et pour en restreindre la portée à l'utilisation et au titre des terres et des ressources et pour écarter la politique de tout autre droit hors de ce domaine (McKnight, 1986).

*La Politique des revendications territoriales globales* a été révisée depuis et fait encore l'objet d'un examen interne par le gouvernement du Canada et les organisations autochtones nationales avec la possibilité, pour le public, de participer aux discussions (Aboriginal Affairs and Northern Development Canada [AANDC], 2014). La politique interne, intitulée *Renouvellement de la Politique sur les revendications territoriales globales : vers un cadre pour traiter les droits ancestraux prévus par l'article 35*, a été publiée en 2014. On vise à ce que la nouvelle politique soit élaborée « graduellement » et constitue « un point de départ pour les discussions entre les partenaires » (AANDC, 2014, p. 3). Les principaux points de convergence de la mise à jour de cette politique visent à mieux harmoniser la Politique sur les revendications territoriales globales et l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* et à faire en sorte que le traité et les autres processus d'accord reposent sur les principes de réconciliation avec les peuples autochtones. Ces mises à jour comprennent des dispositions permettant de structurer les négociations en vue d'une entente afin qu'elles soient prévisibles, claires et « sans nécessité d'extinction » des droits et titres autochtones (AANDC,

2014, p. 7). À ce jour, la politique provisoire est toujours en vigueur.

Les accords sur l'autonomie gouvernementale entre les communautés de Premières Nations, inuites et métisses et le gouvernement du Canada ont été rendus publics et présentés aux sphères politiques dans les années 1990. En 1995, le gouvernement fédéral a lancé une nouvelle politique, la Politique du droit inhérent à l'autonomie gouvernementale, qui continue d'être pertinente dans le contexte politique d'aujourd'hui (CIRNAC, 2019). La politique réitère la reconnaissance, par le gouvernement fédéral, des droits

inhérents des peuples autochtones à l'autonomie gouvernementale, tel que l'affirme l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* et que l'expriment les traités modernes et historiques (Irwin, 1995). En outre, la politique résume la procédure pour conclure et mettre en œuvre des accords sur l'autonomie gouvernementale; explique les diverses méthodes permettant aux communautés autochtones de définir comment ils exerceront cette autonomie par le biais de moyens tels que les traités existants, les ententes individuelles, les lois, les contrats et des protocoles d'entente; précise les domaines pour lesquels les communautés peuvent négocier

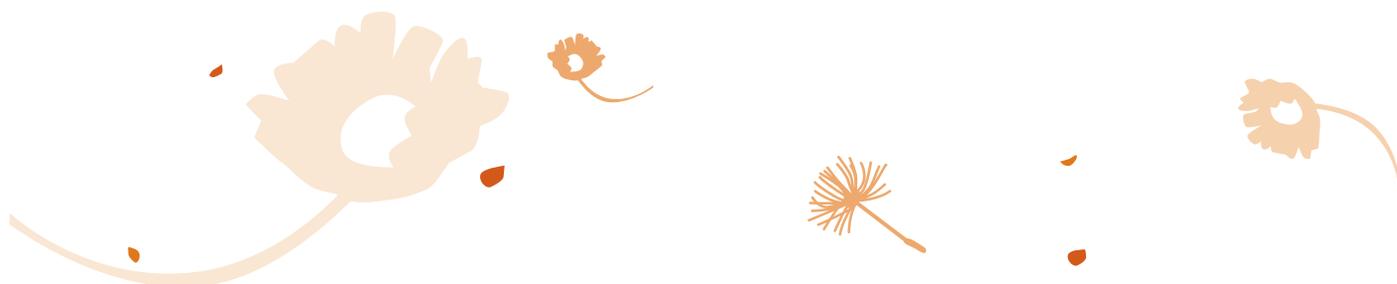
des ententes individuelles afin de contrôler la santé, les services sociaux, le logement et l'éducation, entre autres (Irwin, 1995).

Le présent rapport a permis de répertorier 32 traités modernes et accords sur l'autonomie gouvernementale complétés, dont 28 comportent des dispositions précises sur la santé des Autochtones. L'annexe B présente la liste des traités modernes et des accords sur l'autonomie gouvernementale et une description de leur lien avec la santé des Autochtones ou les soins de santé, le cas échéant. Le tableau 2 résume les principales constatations.



**Tableau 2. Principales constatations de la comparaison entre les traités modernes et les accords sur l'autonomie gouvernementale**

Conclusion	Traité moderne ou accord sur l'autonomie gouvernementale
<p>Comprend des dispositions pour assurer une représentation autochtone à la table des signataires provinciale ou territoriale afin d'alimenter les discussions sur les politiques de soins de santé en fonction des expériences et des priorités des communautés</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entente définitive des Premières Nations de Champagne et Aishihik (1993)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation des Nacho Nyak Dun (1993)</li> <li>• Entente définitive du Conseil des Teslin de Tlingit (1993)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation des Gwitchin Vuntut (1993)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation de Little Salmon/Carmacks (1997)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation de Selkirk (1997)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation de Tr'ondëk Hwëch'in (1998)</li> <li>• Entente définitive du Conseil des Ta'an Kwach'an (2002)</li> <li>• Première Nation de Kluane – Entente définitive (2003)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation de Kwanlin Dün (2005)</li> <li>• Accord définitif sur l'autonomie gouvernementale des Délı̨ne et Métis du Sahtu (2016)</li> </ul>
<p>Comprend des dispositions concernant les pouvoirs législatifs des Premières Nations et des Inuits sur des questions de santé publique, de gestion des soins de santé et d'administration des programmes et des services de santé</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Convention du nord-est québécois (1978)</li> <li>• <i>Loi sur l'autonomie gouvernementale de la bande indienne sechelte</i> (1986)</li> <li>• <i>Loi concernant l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut</i> (1993)</li> <li>• Entente définitive des Nisga'as (2000)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation de Carcross/Tagish (2005)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation de Tsawwassen (2007)</li> <li>• Maa-nulth First Nations Final Agreement (2009)</li> <li>• Accord sur l'autonomie gouvernementale de la nation des Dakota de Sioux Valley (2014)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation des Tla'amin(2014)</li> </ul>
<p>Établit la compétence de la communauté pour autoriser, octroyer des permis et réglementer les pratiques des guérisseurs autochtones</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Entente définitive des Nisga'as (2000)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation de Tsawwassen (2007)</li> <li>• Entente définitive de la Première Nation des Tla'amin(2014)</li> </ul>
<p>Établit la compétence de la communauté pour réglementer les services de guérison et de médecine traditionnelle propres à la communauté signataire</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Accord sur l'autonomie gouvernementale de la Première Nation de Westbank (2005)</li> <li>• Accord sur l'autonomie gouvernementale de la nation des Dakota de Sioux Valley (2014)</li> <li>• Accord définitif sur l'autonomie gouvernementale des Délı̨ne et Métis du Sahtu (2016)</li> </ul>





© Crédit : iStockPhoto.com, ID1402218963

*Les traités modernes et historiques et les accords sur l'autonomie gouvernementale continuent, encore aujourd'hui, d'avoir une influence sur l'administration, la gestion financière et la prestation de services de soins de santé par et pour les communautés autochtones.*

Enfin, certains accords se sont aussi poursuivis en intégrant des autorités de santé dirigées ou gouvernées par des Autochtones qui sont responsables de l'administration et de la prestation de programmes et de services de santé pour leur communauté signataire; cette intégration est en cours dans certains cas. Parmi les exemples dignes de mention, citons, sans s'y limiter : le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, de la Convention de la Baie James et du Nord québécois; la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, de l'Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Nunavik; la Nisga'a Valley Health Authority, de l'Entente définitive des Nisga'a's; la Tłı̨chǫ Community Services Agency, de l'Accord sur les revendications territoriales et de l'Accord sur l'autonomie gouvernementale des Tłı̨chǫ<sup>16</sup>.

Quelques accords intègrent des dispositions particulières précisant comment devrait être assurée la gestion des soins de santé pour les communautés signataires. L'Accord sur l'autonomie gouvernementale de la nation des Dakota de Sioux Valley (2014), par exemple, établit la compétence de la nation des

Dakota de Sioux Valley sur les questions de santé et de services de soins de santé; il confirme aussi que les lois promulguées sous leur gouverne doivent respecter les principes et les critères de programmes définis dans la *Loi canadienne sur la santé* (1984). Il s'agit donc du seul accord d'autonomie gouvernementale tenant compte des cinq principes, soit la gestion publique, l'intégralité, l'universalité, l'accessibilité et la transférabilité pour la prestation de soins. La transférabilité revêt une importance cruciale lorsqu'on pense aux enjeux de coordination des soins et à la nécessité de mesures telles que le principe de Jordan (voir la section 3.2). De plus, l'Accord sur l'autonomie gouvernementale des Délnę et Métis du Sahtu (2016) est le seul accord sur l'autonomie gouvernementale à inclure des dispositions visant à établir et réglementer une relation intergouvernementale permanente et le partage de données entre toutes les parties signataires. Au sein de cette relation, les parties doivent se réunir au moins une fois tous les deux ans pour discuter des programmes de prestation de soins dans le district des Délnę, des priorités en soins de santé et d'autres questions liées à l'Accord.

Chaque partie doit aussi assurer un partage constant de l'information pertinente pour la prestation des programmes dans le district de Délnę. Dans le domaine des soins de santé, les obstacles et les limites du partage de données constituent un enjeu de taille qui a des effets sur la continuité des soins dans de nombreuses communautés nordiques éloignées (Kyoon-Achan et al., 2021). La disposition obligeant le partage de l'information entre les parties est donc particulièrement prometteuse en raison de sa capacité à améliorer la prestation de soins et à en maintenir la qualité.

### 4.3 Résumé

Les traités modernes et historiques et les accords sur l'autonomie gouvernementale continuent, encore aujourd'hui, d'avoir une influence sur l'administration, la gestion financière et la prestation de services de soins de santé par et pour les communautés autochtones. Le Traité n° 6 est le seul traité historique à inclure des dispositions sur les soins de santé dans son libellé, alors que les traités n°s 1 à 5 et 7 à 11 comportent des engagements implicites et des

<sup>16</sup> D'autres organismes de santé régis par les Autochtones sont aussi expliqués en détail dans Halseth & Murdock (2020).



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 11057205418

engagements verbaux en ce sens, et que le Traité n° 7 a par la suite été interprété par une Cour provinciale de l'Alberta en fonction de motifs similaires à ceux du Traité n° 6, en se basant sur des promesses verbales formulées lors des négociations. En ce qui concerne les traités modernes et les accords sur l'autonomie gouvernementale, le présent rapport a répertorié 32 accords complétés, dont 28 comportent des dispositions sur les soins de santé. Plusieurs accords comportent des similitudes dans leurs dispositions accordant aux communautés de

Premières Nations, inuites et métisses le pouvoir de promulguer des lois et de mener d'autres activités de réglementation en matière de soins de santé, alors que d'autres vont jusqu'à établir des autorités sanitaires dirigées et gouvernées par les Autochtones. Chaque accord est une occasion de faire avancer la question des soins de santé des Autochtones, de combler les écarts en matière de services et d'assurer une prestation sécuritaire et équitable de soins de santé appropriés sur le plan culturel. Ces accords peuvent aussi servir d'outils d'information pour

des négociations nouvelles ou en cours pour tous les paliers et tous les types de gouvernements participants, surtout pour susciter l'utilisation de dispositions uniques et enquêter sur une telle utilisation, notamment pour assurer la transférabilité des services de santé (Accord sur l'autonomie gouvernementale de la nation des Dakota de Sioux Valley) ou le partage permanent de données pour améliorer la continuité des soins (Accord sur l'autonomie gouvernementale des Délia, ne, et Métis du Sahtu).

# 5. CONSTATATIONS : LES PROVINCES ET LES TERRITOIRES ET LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Un peu comme le gouvernement fédéral, les provinces et les territoires approchent les soins de santé et les relations avec des Autochtones de plusieurs manières différentes dans leurs politiques de santé, la législation et les systèmes de prestations de soins. Certaines politiques et lois provinciales et territoriales arrivent mieux à combler les écarts pour les Premières Nations non inscrites et métisses que pour les autres; c'est le cas notamment de la Politique des soins de santé pour les Autochtones de l'Ontario (Ontario Ministry of Health, 1994) et de la Politique liée au Régime d'assurance maladie complémentaire pour les Métis dans les Territoires du Nord-Ouest (Northwest Territories Health and Social Services Authority [NTHSSA], 2021). Toutefois, des ambiguïtés dans les compétences demeurent quant à la façon dont les dispositions sur la prestation s'appliquent aux Autochtones (voir la section 5.1). En outre, plusieurs provinces et territoires ont procédé à des réformes de leur système

de santé au cours de la dernière décennie et ont modifié les lois en vue de réorganiser la façon dont les soins sont offerts et la capacité, pour les communautés autochtones, de participer au processus de façon durable (voir la section 5.2).

Dans la section qui suit, nous expliquons les diverses approches provinciales et territoriales de la santé des Autochtones dans les lois et les politiques de santé en explorant les sujets suivants, qui correspondent aux objectifs de la recherche : établissement de la compétence en matière de soins de santé pour les Autochtones; possibilité de participation des Autochtones à l'élaboration des politiques de santé, des programmes et des services; reconnaissance et respect des pratiques de guérison autochtones et sécurité culturelle dans les soins; approches pour rétablir et renforcer les relations avec les peuples autochtones dans le système de santé. L'annexe C résume toutes les politiques et les lois répertoriées dans cette section.

## 5.1 Compétence provinciale et territoriale à l'égard de la santé des Autochtones

Chaque système de santé provincial ou territorial est régi par une série de lois sur la santé. Il s'agit souvent de lois sur les soins médicaux, les hôpitaux ou la santé publique qui précisent et réglementent la structure et le fonctionnement des systèmes de soins de santé et des responsabilités ministérielles en matière de prestation et de normes de soins, de santé et de sécurité publiques. La politique fédérale et sa position à l'égard de la prestation de soins aux Autochtones engendrent des clivages et des ambiguïtés dans les compétences pour l'administration des services de santé, ce qui favorise l'émergence d'un système alambiqué pour caractériser et réglementer les soins de santé pour les Autochtones (Lavoie et al., 2016b). Par inadvertance, les provinces et les territoires (dans les régions ou aucun accord sur

l'autonomie gouvernementale ou traité moderne ne s'applique) peuvent être laissés à eux-mêmes pour combler les écarts et assurer un accès équitable aux services cliniques et administratifs pour les peuples autochtones à même leur système de santé pour la population générale avec peu de directives ou de soutien de la part du gouvernement fédéral (Lavoie, 2018). Dans les autres cas, les différences d'accès persistent.

À ce jour, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (TNO) est le seul à combler les écarts dans les services de santé non assurés (SSNA) et les soins de santé pour les Métis. Brièvement, disons que la *Politique d'assurance maladie pour les Métis* (1995) dans les TNO offre une couverture d'assurance maladie complémentaire aux Métis vivant sur le territoire et qui, autrement, ne seraient pas admissibles à recevoir des soins dans le cadre des SSNA du gouvernement fédéral. La politique et ses critères d'admissibilité ont été mis à jour en 2021, en réponse aux obstacles à l'accès et dans le but de mieux correspondre aux articles de la DNUDPA (NTHSSA, 2021). Bien que cette politique parvienne à combler certains écarts, elle ne vise pas à régler les enjeux de compétences liés aux soins de santé pour les Autochtones ni à expliquer comment les Métis peuvent être intégrés ou pris en charge par le système de santé pour la population générale dans le territoire. Il vaudrait donc la peine d'approfondir les recherches sur la façon dont les gouvernements au Canada abordent et remplissent leur rôle de supervision des soins

de santé des Autochtones et la façon d'y participer, comme le prévoient leurs lois sur la santé.

### 5.1.1 Inclusion explicite des peuples autochtones dans les lois sur la santé

L'Alberta et le Nunavut sont les seules administrations à inclure explicitement les peuples autochtones dans leurs lois sur la santé. En Alberta, la *Public Health Act* (loi sur la santé publique) (2000) et la *Regional Health Authorities Act* (loi sur les régies régionales de santé) (2000) incluent les Métis en reconnaissant leurs terres de peuplement, conformément à la *Metis Settlements Act* (loi sur les terres de peuplement des Métis) (2000) de l'Alberta. Les terres de peuplement des Métis sont considérées comme des municipalités lorsque des lois et leurs dispositions sur la santé publique et les soins de santé s'appliquent. De même, le Nunavut est le seul territoire à affirmer ses compétences en matière de soins de santé pour les Inuits dans sa *Loi sur la santé publique* (2016), vraisemblablement à la suite de l'Accord sur les revendications territoriales des Inuits.

### 5.1.2 Ambiguïtés dans l'exclusion des peuples autochtones dans les lois sur la santé

La Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse et l'Île-du-Prince-Édouard (ÎPÉ) laissent tous supposer que la prestation de soins de santé sur les réserves se situe hors de leur champ de compétences, vraisemblablement pour correspondre à la compétence

fédéral dans ce domaine (voir l'annexe C). Toutes les provinces, sauf l'ÎPÉ, déclarent que leur ministre responsable de la santé publique ou des soins de santé peut conclure des ententes avec le Canada ou les conseils de bande de Premières Nations, comme le prévoit la *Loi sur les Indiens*, aux fins de mener à bien les tâches qui leur incombent en vertu de leurs lois respectives. Les choses sont légèrement différentes pour l'ÎPÉ, car dans sa *Public Health Act* (loi sur la santé publique) (1988), la province mentionne explicitement que la prestation de soins sur les réserves est une compétence séparée et qu'en cas d'urgence sanitaire, le ministre responsable peut divulguer de l'information au Canada ou aux bandes de Premières Nations afin qu'ils puissent planifier leur réponse, ce qui laisse supposer que les bandes de Premières Nations sont exclues de toutes les autres dispositions en vertu de la loi.

### 5.1.3 Inclusion ambiguë des peuples autochtones dans les lois sur la santé

La Colombie-Britannique, l'Ontario et le Yukon laissent tous entendre qu'ils ont la compétence et la responsabilité des soins de santé pour les Autochtones. Or, en utilisant des termes génériques tels que communautés « autochtones » ou « aborigènes » dans tout ce qui concerne cet aspect des soins de santé, sans préciser si ces termes incluent tous les peuples des Premières Nations, inuits et métis ou s'ils incluent les Premières Nations vivant sur ou hors des réserves (ou les deux). En Colombie-Britannique, par

exemple, dans la *Public Health Act* (loi sur la santé publique) (2008), on précise le pouvoir du ministre dans la planification des soins de santé pour répondre aux besoins des « peuples autochtones ». En Ontario, la *Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local* stipule que les réseaux de santé doivent préparer chaque année un rapport qui inclura « des données se rapportant expressément aux questions de santé des Autochtones »; la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés* veille par ailleurs à ce que le ministre collabore avec « les collectivités autochtones » avant la planification des services de santé. Au Yukon, la *Loi sur la santé* (2002) déclare que le ministre favorise les partenariats et la collaboration avec les « groupes autochtones » pour la planification et la mise en œuvre des services de santé.

De plus, trois provinces – le Manitoba, l'Ontario et le Nouveau-Brunswick – ont inclus dans leurs lois sur la santé des dispositions qui suggèrent à la fois l'inclusion et l'exclusion des soins de santé aux Autochtones dans leurs compétences. Bien que chaque gouvernement affirme que son ministre de la Santé peut conclure des ententes avec des communautés autochtones pour l'administration de la loi,

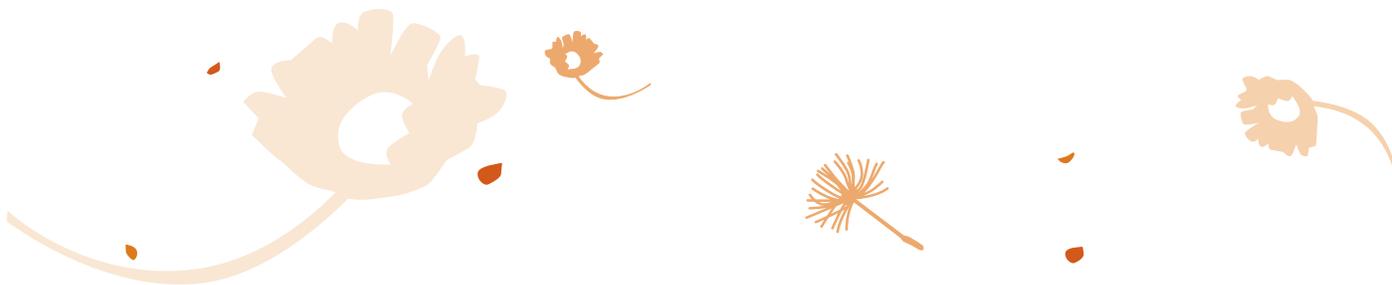
cette même loi contient aussi des exigences pour que les bandes des Premières Nations puissent participer à la planification des soins de santé (*Regional Health Authorities Act* [1996] au Manitoba); stipule que des conseils des services de santé aux Autochtones doivent être créés pour conseiller sur les questions en matière de santé et de prestation de services (*Ministry of Health and Long-Term Care Act* [1990] en Ontario); ou précise que les Autochtones doivent être représentés lors des nominations aux conseils d'administration des régies régionales de la santé (*Regional Health Authorities Act* [2011] au Nouveau-Brunswick). Sans autre détail ou sans terminologie établissant des distinctions claires, ces dispositions peuvent porter à confusion au.

#### 5.1.4 Reconnaissance explicite des accords sur l'autonomie gouvernementale et des traités modernes dans les lois sur la santé

Plusieurs provinces et les trois territoires sont parties à des accords sur l'autonomie gouvernementale ou à des traités contenant des dispositions relatives aux soins de santé (voir la section 4 et l'annexe B). Dans le cadre de cet examen, nous avons constaté que

les lois sur la santé du Québec, des Territoires du Nord-Ouest (TNO), de Terre-Neuve-et-Labrador (TNL) et du Yukon respectent les droits en vertu des traités tels que négociés dans le cadre des traités modernes et des accords sur l'autonomie gouvernementale signés dans les limites de leur province ou de leur territoire. Au Québec, la loi relative au système de santé de la province (*Act Respecting Health Services and Social Services* [1991]) respecte l'autonomie du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, lequel a été créé dans le cadre de la Convention de la Baie James et du Nord québécois et qui est réputé distinct de la loi et de l'autorité du ministre provincial. La loi déclare aussi la formation de la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik afin de respecter l'autonomie de l'administration régionale Kativik à l'égard de questions touchant la santé ou les services sociaux. Les dispositions de la loi s'appliquent encore à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik, bien que son application soit « sous réserve des dispositions particulières » édictées dans la loi (*Act Respecting Health Services and Social Services*, 1991, s. 530.2).

Dans les Territoires du Nord-Ouest, la *Loi sur l'assurance hospitalisation et l'administration*



des services de santé et des services sociaux (1988) respecte l'autonomie de l'Agence de services communautaires Tłı̨chq̓, telle qu'établie dans le Règlement sur l'Agence de services communautaires Tłı̨chq̓ (2005), dans l'Accord sur l'autonomie gouvernementale et dans l'Accord sur les revendications territoriales des Tłı̨chq̓. Un président ou une présidente de l'Agence de services communautaires Tłı̨chq̓ doit toutefois siéger au conseil d'administration de l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest afin de collaborer à la prise de décisions éclairées.

À Terre-Neuve-et-Labrador, la *Health and Community Services Act* (loi sur la santé et les services communautaires) (1997) ainsi que la *Public Health Protection and Promotion Act* (loi sur la protection et la promotion de la santé publique) (2018) préservent toutes deux la compétence et les droits des Inuits du Labrador en matière de soins de santé en précisant que la *Labrador Inuit Land Claims Agreement Act* (loi sur l'Accord de revendications territoriales des Inuits du Labrador) (2005) doit avoir préséance sur les autres lois lorsque certaines dispositions sont contradictoires. De même, la *Loi sur la santé* (2002) du Yukon précise qu'en matière de santé, tous les accords sur l'autonomie gouvernementale et

les accords sur les revendications territoriales l'emportent sur les dispositions incompatibles de la loi. D'autres traités modernes tels que la Convention définitive des Inuvialuits (1984) conclus entre les Inuvialuits et les gouvernements du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Canada, ou l'Entente définitive des Nisga'a (2000) intervenue entre la nation Nisga'a et les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada, ont mené à la création de directions des soins de santé au sein des gouvernements (p. ex., la Health and Wellness Division de l'Inuvialuit Regional Corporation) et d'agences (p. ex. la Nisga'a Valley Health Authority). Le présent examen n'a toutefois pas permis de trouver d'autres exemples de lois provinciales ou territoriales reconnaissant ces accords.

## 5.2 Structures des systèmes de santé provinciaux et territoriaux et participation autochtone

L'autodétermination des Autochtones en matière de soins de santé – soit la capacité de contrôler et de participer pleinement à tous les aspects de la planification et de la prestation des soins – est l'un des plus importants déterminants de la santé individuelle et collective (Halseth & Murdock, 2020)<sup>17</sup>. Les possibilités d'exercer cette

autodétermination dans un système de santé se trouvent non seulement dans les fonctions de conception et de prestation des soins, mais aussi dans une participation active au cycle d'une politique de santé (soit la définition du problème, la formulation de la politique, la prise de décision, la mise en œuvre et l'évaluation [Howlett et al., 2015]), ainsi que dans la prise de décision et l'établissement de priorités qui influenceront les soins offerts et la façon de les prodiguer.

Ces possibilités comportent toutefois des limites. Les activités où l'autodétermination est possible dans le contexte d'un système de santé sont souvent réduites à des activités d'autogestion (Abele et al., 2021), puisque les pouvoirs décisionnels découlent d'une surveillance et d'un contrôle étroits de la part des structures, et s'y limitent, dans le cadre des politiques coloniales du gouvernement en place (RCAP, 1996b). En considérant l'autodétermination comme un terme général pour désigner les activités relevant du domaine de l'autodétermination, le tableau 3, ci-dessous, montre comment six provinces (CB, MB, ON, NÉ, SK et NB) et les trois territoires ont établi des mécanismes à même leurs politiques ou leurs lois sur la santé pour assurer une participation autochtone au système de santé, dans une certaine mesure.

<sup>17</sup> Pour plus de renseignements et des détails sur l'autodétermination dans les soins de santé pour les Autochtones dans les contextes national et international, voir Halseth & Murdock (2020).

**Tableau 3. Participation autochtone aux systèmes de santé, comme précisée dans les politiques et les lois sur la santé**

Gouvernement	Système de santé	Participation autochtone	Document justificatif
CB	Régie de la santé des Premières Nations (RSPN)	La PHSA est dirigée et gouvernée par le Conseil de la santé des Premières Nations, en partenariat avec les Premières Nations de la Colombie-Britannique, l'autorité sanitaire de la province et les autorités régionales de la santé dans toute la province. Les communautés de Premières Nations participent à planification et à la prestation de soins.	Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations (2011)
	Agence provinciale des services de santé (PHSA)	Le Cultural Safety and Humility (comité de l'humilité et de la sécurité culturelles) doit contribuer et diriger l'élaboration et l'application de politiques de santé et de services sécuritaires sur le plan culturel et pertinents pour les soins de santé aux Autochtones offerts dans toute la province.	Politique du conseil – Mandat : Cultural Safety and Humility Committee (2021)
SK	Saskatchewan Health Authority (autorité sanitaire de la Saskatchewan)	Les représentants en santé pour les Autochtones doivent fournir « des renseignements et des observations durant tout le processus d'élaboration des politiques grâce à des échanges constructifs avec les principaux intervenants, des membres des groupes de travail sur les politiques et des membres des conseils de politique afin de s'assurer que l'élaboration des politiques et leur mise en œuvre font preuve de respect et sont adaptées culturellement » (p. 9).	Saskatchewan Health Authority Policy Framework (2018)
MB	Soins communs*	Les offices régionaux de la santé doivent consulter les conseils de bande des Premières Nations pour la planification des soins et l'établissement des priorités, comme l'Office régional le juge approprié.	<i>Loi sur les offices régionaux de la santé</i> (1996)
ON	Santé Ontario	Création des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones – des centres communautaires de soins primaires dirigés par les Autochtones, desservant tous les peuples autochtones de l'Ontario.	Politique de santé applicable aux Autochtones (1994)
		Santé Ontario doit communiquer avec les communautés autochtones afin de mettre sur pied une entité de planification des soins qui contribuera aux processus de planification opérationnelle « d'une manière qui reconnaît le rôle des peuples autochtones dans la planification et la prestation de services de santé au sein de leurs collectivités » (art. 44[2][a]).	<i>Loi de 2019 pour des soins interconnectés</i> (2019)
		Le ministère de la Santé et des Soins de longue durée doit établir un Conseil de la santé autochtone pour le guider sur les enjeux liés à la santé et à la prestation de services aux peuples autochtones.	<i>Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée</i> (1990), 2019, chap. 5, annexe 2, art. 1.

Gouvernement	Système de santé	Participation autochtone	Document justificatif
NÉ	Santé Nouvelle-Écosse	Les conseils de santé communautaires, responsables de la planification des soins et de l'établissement des priorités locales, doivent comporter une représentation culturelle qui reflète les communautés qu'ils desservent; des critères propres aux Autochtones ne sont toutefois pas précisés. Les membres des Premières Nations peuvent plutôt s'identifier comme tels dans leur demande pour se joindre à ces conseils.	Health Authorities Ministerial Regulations (règlements ministériels sur les autorités sanitaires) (2015) de la <i>Health Authorities Act</i> (loi sur les régies de la santé) (2014)
TNO	Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest	Un président ou une présidente provenant de l'Agence de services de la communauté Tłı̨chǫ doit siéger au conseil de gestion territorial afin de contribuer aux affaires courantes de l'autorité sanitaire.	<i>Loi sur l'assurance hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux</i> (1988), 2015, chap. 14, art. 2.
NU	Gouvernement du Nunavut	Les comités communautaires de santé et mieux-être doivent fournir des conseils et formuler des recommandations aux conseils municipaux sur des questions locales de santé publique.	<i>Loi sur la santé publique</i> (2016)
NB	Réseaux de santé régionaux Vitalité et Horizon	La représentation des Autochtones doit être assurée lors des nominations aux conseils d'administration des régies régionales afin d'aider au contrôle et à la gestion des dossiers et des affaires courantes de l'organisme.	<i>Loi sur les régies régionales de la santé</i> (2011)
YK	Gouvernement du Yukon	Le partenariat et la collaboration avec les peuples autochtones doivent être continus afin de contribuer à toute la planification, à la mise en œuvre et à l'évaluation des services de santé sur le territoire.	<i>Health Act</i> (2002)
		Un comité des Premières Nations sur la santé doit superviser les services de santé aux Premières Nations offerts dans les hôpitaux du Yukon; le conseil d'administration de l'hôpital doit comporter une participation des Premières Nations du Yukon.  Élaboration des mandats d'une politique en matière d'équité et de formation dans l'emploi pour les Premières Nations et d'un plan de mise en œuvre de la politique. La politique doit viser à remédier à la sous-représentation des Premières Nations dans la prestation de services de soins de santé et à améliorer la qualité des soins.	<i>Loi sur les hôpitaux</i> (2002)

\* Au Manitoba, la transition vers Soins communs est actuellement en cours. Il s'agit d'un organisme central indépendant créé pour coordonner et normaliser les soins. Soins communs travaille présentement en collaboration avec les offices régionaux de la santé afin de coordonner les services de soins de santé. Même s'il s'agit d'un modèle administratif centralisé de soins de santé, la prestation de soins demeure sous l'égide des offices régionaux, à la direction du ministère de la Santé. Le système de santé du Manitoba change et évolue; il est donc possible que certains éléments d'information pertinente pour ce rapport n'y soient pas.

Certains gouvernements, comme ceux de l'Ontario, du Yukon et du Nunavut, ont adopté des positions politiques particulières dans leurs lois afin d'appuyer davantage des éléments d'autodétermination des Autochtones et de les intégrer dans leurs systèmes de santé, et ce, à des degrés divers, même si certaines initiatives tiennent de l'autogestion (soit la capacité d'être « sous l'égide du contrôle du gouvernement fédéral sur la prise de décisions » [Abele et al., 2021, p. 23]). En Ontario, la *Politique de santé applicable aux Autochtones* (1994) demeure une cadre de travail essentiel pour la province, dans son orientation visant à assurer la participation autochtone à la planification des politiques et des programmes de santé, leur mise en œuvre et leur évaluation dans les communautés. Cette politique a entraîné depuis la création des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones (CASSA), financés par le gouvernement de l'Ontario. Ces centres offrent des soins primaires communautaires et desservent les communautés des Premières Nations, inuites et métisses sur et hors des réserves dans les milieux urbains ou ruraux, et dans le Nord. Les CASSA constituent un modèle novateur

de prestation de services de santé et de programmes, reposant sur les principes contenus dans la *Politique de santé applicable aux Autochtones* et sur son engagement à soutenir l'autodétermination et améliorer les soins de santé pour les Autochtones dans la province (Halseth & Murdock, 2020).

Le Yukon adopte aussi une approche unique et pratique pour aider à l'autogestion des soins de santé par les Autochtones. En plus de permettre la mise sur pied du Comité des Premières Nations sur la santé, la *Loi sur les hôpitaux* du Yukon (2002) stipule que ce comité doit élaborer une politique en matière d'équité et de formation dans l'emploi pour les Premières Nations afin de contrer la sous-représentation des Premières Nations au sein des effectifs dans le milieu de la santé. Cette disposition définit un mécanisme pour bâtir des capacités et prévoir un espace sécuritaire pour former et embaucher des membres des Premières Nations et maintenir leur participation dans la prestation de soins (une recommandation formulée dans les rapports nationaux de la CRPA, de la CVR et de l'ENFFADA). Le Yukon est le seul gouvernement au Canada

à inclure une telle disposition dans sa législation. Enfin, la nouvelle *Loi sur la santé publique* (2016) est entrée en vigueur au Nunavut pour remplacer la loi précédente qui avait été adoptée par les Territoires du Nord-Ouest. La nouvelle loi tient compte de l'Inuit Qaujimajatuqangit (le savoir traditionnel inuit), répond aux besoins particuliers des Inuits et veille à leur autodétermination « par la promotion de politiques, de processus, d'activités et de comportements permettant aux Nunavummiut d'accroître la maîtrise qu'ils exercent sur leur santé et de l'améliorer » (*Public Health Act*, S.Nu. 2016, c. 13, s. 2(b)). Il s'agit de la seule loi sur la santé publique à prévoir explicitement comment assurer un meilleur contrôle dans un système de santé territorial (ou provincial) au Canada par les peuples autochtones et à aborder concrètement cette question.

Les structures des systèmes de santé provinciaux et territoriaux ont aussi un rôle à jouer pour définir comment s'exerceront les possibilités d'autodétermination et d'administration dans le cadre des processus décisionnels et de l'élaboration des politiques, et à



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1423206775

*La réforme du système de santé en Colombie-Britannique (CB), dirigée par le First Nations Leadership Council (conseil de leadership des Premières Nations) est peut-être la réforme la plus novatrice à prendre en charge, par la centralisation, l'autodétermination et l'administration autochtone dans le système de santé provincial.*

quel échelon du système de santé (p. ex., au niveau local, régional ou provincial) (Allin et al., 2018; Marchildon, 2019). Dans les années 1990, la plupart des provinces et des territoires ont régionalisé leur système de santé afin d'administrer et d'offrir les soins à une échelle locale, par le biais de régies ou d'autorités de la santé (Allin et al., 2018; Lavoie et al., 2011). Le modèle régionalisé est reconnu pour permettre la planification des soins et assurer une prestation sur mesure en fonction des priorités et des besoins locaux – une méthode efficace, assurant une participation active des Autochtones pour répondre efficacement aux besoins particuliers de communautés et de populations autochtones distinctes sur les plans de la santé et des ressources, et sur le plan financier (Lavoie et al., 2012). Malgré cela, les travaux de recherche déjà réalisés ont conclu que la plupart des modèles régionalisés au Canada n'ont pas inclus de mécanismes pour la représentativité autochtone ou leur participation à la planification, à la prise de décision ou à l'établissement de priorités en matière de santé (Lavoie et al., 2011; Lavoie et al., 2012).

Au cours des deux dernières décennies, la plupart des provinces et des territoires ont amorcé la centralisation de leurs systèmes de santé régionalisés ou l'ont déjà fait afin de consolider les anciens organismes régionaux de santé

et mettre sur pied des autorités sanitaires centralisées (Allin et al., 2018; Marchildon, 2019). Le rôle de ces organismes pour la surveillance de la prestation de soins et/ou des fonctions administratives telles que la gestion financière, l'élaboration de politiques et l'établissement des priorités varie d'un à l'autre (Allin et al. 2018). Les arguments les plus courants justifiant l'adoption de modèles centralisés pour les soins de santé tiennent surtout à la capacité de ces nouvelles structures à réduire le coût des soins en augmentant le pouvoir d'achat, à faire des gains en efficacité et à recourir à des ressources disséminées chez tous les fournisseurs de services, à éliminer les doublons de tâches administratives et à réduire la taille de la bureaucratie dans les systèmes de santé (Allin et al., 2018). À ce titre, quatre provinces (AB, SK, NÉ, ÎPÉ) et un territoire<sup>18</sup> (TNO) ont centralisé depuis les fonctions administratives et de prestation de soins de leur système de santé; cinq provinces (CB, MB, ON, QC, NB) ont centralisé leurs fonctions administratives et continuent de travailler avec des organismes régionaux pour offrir les soins; et une seule province (TNL) a conservé un modèle décentralisé pour les fonctions administratives et la prestation de soins (Allin et al., 2018, 2020; NTHSSA, n.d.; Ontario Ministry of Health, 2021). Comme de nombreuses réformes sont encore nouvelles ou en cours de réalisation, nous

disposons de très peu de résultats d'évaluation qui se penchent sur les changements dans l'efficacité des systèmes de santé (Allin, 2020) ou qui donnent à penser que la centralisation a des répercussions directes sur la participation des Autochtones aux systèmes de santé. Le présent examen vise donc plutôt à repérer des exemples de pratiques prometteuses en matière de participation autochtone découlant de ces réformes.

La réforme du système de santé en Colombie-Britannique (CB), dirigée par le First Nations Leadership Council (conseil de leadership des Premières Nations) est peut-être la réforme la plus novatrice à prendre en charge, par la centralisation, l'autodétermination et l'administration autochtone dans le système de santé provincial. Bien que la Provincial Health Services Authority (régie provinciale de la santé) et cinq autorités régionales continuent d'organiser et d'offrir les soins dans la province, les services de soins de santé propres aux Premières Nations sont organisés et administrés par la Régie de la santé des Premières Nations (RSPN) – qui est la première et la seule structure provinciale de gouvernance de la santé par les Premières Nations au pays. La PHSA a été créée en 2013, à la suite de la conclusion au Plan tripartite pour la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique et de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-

<sup>18</sup> Les deux territoires restants ont aussi des systèmes de santé centralisés, mais leurs modèles centralisés ne sont pas uniquement attribuables à la réforme du système de santé. Le système de santé centralisé du Nunavut est issu de l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut (1993) et de la séparation des Territoires du Nord-Ouest. Le gouvernement territorial assure la gestion de tous les soins primaires et secondaires, alors que les soins tertiaires et spécialisés sont achetés auprès des provinces de l'AB, du MB et de l'ON (Marchildon et al., 2021). De même, le gouvernement du Yukon assure aussi la gestion et la prestation de tous les services de santé à partir d'un seul ministère; l'organisation est toutefois segmentée et travaille en cloisons (McLennan et al., 2020).



Britannique sur la gouvernance de santé par les Premières Nations, signés respectivement en 2007 et en 2011 par les gouvernements du Canada et de la Colombie-Britannique et par la First Nations Health Society (aujourd'hui la PHSA), et appuyés par le Conseil de la santé des Premières Nations (First Nations Leadership Council et al., 2007; Government of Canada et al., 2011). Cet accord a ouvert la voie à un transfert graduel des responsabilités et du contrôle exercé sur les soins de santé de Santé Canada vers la RSPN. La RSPN centralise les fonctions administratives et coordonne la prestation des soins à partir d'un seul et même organisme (Allin et al., 2018), tout en travaillant aussi en collaboration avec cinq divisions régionales de la RSPN et avec les cinq autorités régionales de santé de la Colombie-Britannique pour la planification et la prestation des soins primaires et un large éventail de programmes de santé. Dans le cadre de ce modèle, les notions de sécurisation et d'humilité culturelles et les perspectives des Premières Nations en matière de santé et de mieux-être sont

intégrées à tous les services de santé, et les communautés de Premières Nations peuvent participer pleinement à la planification et à la prestation de soins (PHSA, n.d.; O'Neil et al. 2016). La RSPN continue d'être un excellent exemple pour les autres gouvernements au Canada et d'ailleurs en matière d'amélioration et de maintien de la participation et de la gouvernance des Autochtones dans les systèmes de santé (O'Neil et al. 2016), qui a notamment ouvert la voie à des initiatives telles que Tajikeimik, en Nouvelle-Écosse (Smith, 2022).

Tajikeimik (santé et bien-être Mi'kmaw) est un nouvel organisme de santé et mieux-être encore en cours de développement. Dirigé par les chefs et les directeurs sanitaires de chacune des 13 Premières Nations Mi'kmaw de la Nouvelle-Écosse (Tajikeimik, n.d), Tajikeimik assurera l'administration de la santé en demeurant partenaire de Santé Nouvelle-Écosse (Smith, 2022), transformera la prestation de soins et «s'inspirera et fera grandir et évoluer la santé et le mieux-être des peuples Mi'kmaw de la Nouvelle-

Écosse, en se concentrant sur des approches holistiques de grande qualité et la sécurité culturelle» (Tajikeimik, n.d., n.p.). Bien qu'il en soit encore à ses débuts, l'organisme Tajikeimik entend s'inspirer de la RSPN (Smith, 2022). Sa structure démontre donc que Tajikeimik constitue une autre approche novatrice permettant aux Autochtones d'exercer leur autodétermination en matière de soins de santé tout en travaillant en partenariat avec les systèmes de santé provinciaux.

Une réforme du système de santé est aussi en cours au Yukon. En 2021, le gouvernement du Yukon s'est engagé à mettre en œuvre 76 recommandations distinctes proposées dans le rapport *La Population d'abord*<sup>19</sup>, notamment en ce qui a trait à une réforme centralisée du système de santé et à un partenariat avec les Premières Nations en tant que principales composantes de cette réforme (Government of Yukon, 2021; McLennan et al., 2020). À cette fin, le gouvernement du Yukon mettra sur pied Wellness Yukon, un organisme gouvernemental autonome qui offrira des services

<sup>19</sup> Le rapport *La Population d'abord* (2020) a été commandé par le gouvernement du Yukon dans le but d'examiner les programmes de santé et de services sociaux sur le territoire dans un souci d'améliorer l'efficacité des services, leur rentabilité et l'expérience des utilisateurs (McLennan et al., 2020).



de santé de base et conclura des contrats avec des organismes non gouvernementaux pour la prestation de soins spécialisés, en plus de « conclure un partenariat avec les gouvernements des Premières Nations... pour la planification à long terme de la santé et des services sociaux offrant une sécurité culturelle et répondant aux besoins de la communauté » (McLennan et al., 2020, p. 33). L'inclusion des Premières Nations au Yukon est mentionnée dans toutes les recommandations liées à la réforme, notamment pour plus de soutien en vue de garder les fournisseurs de soins issus des Premières Nations et pour « un partenariat avec les Premières Nations du Yukon pour élaborer et mettre en œuvre une approche complète et coordonnée de la sécurisation et de l'humilité culturelles pour prévenir le racisme » (McLennan et al. 2020, p. 89). La mise sur pied de Wellness Yukon se poursuit à l'heure actuelle.

Enfin, une réforme est présentement en cours dans le système de santé de l'Ontario en vue de la création de Santé Ontario, un organisme

administratif central (Allin, 2020). Dans le préambule de la loi encadrant cette réforme, la province affirme la reconnaissance du « rôle des peuples autochtones dans la planification et la prestation de services de santé au sein de leurs collectivités » (*Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, L.O. 2019, c. 5, s. 1). On s'attend également à ce que les « entités » autochtones de planification des services de santé participent au processus de réforme (s. 44[2][a]).

Même si cette participation n'est pas précisément stipulée dans leurs lois, le tableau 4 présente d'autres exemples ayant cours en Colombie-Britannique, en Alberta, en Saskatchewan, au Manitoba, en Ontario, au Nouveau-Brunswick et dans les Territoires du Nord-Ouest qui témoignent de la création plus informelle de conseils consultatifs, de conseils ou de comités autochtones conçus pour représenter et faire connaître les besoins et les priorités de santé des peuples autochtones auprès de ces gouvernements et de leurs systèmes de santé. Souvent, ces structures partagent de l'information sur la santé et orientent l'élaboration de programmes en fonction des

besoins et des intérêts locaux. Le Wisdom Council and Elder Circle (conseil de la sagesse et cercle des aînés), en Alberta, a par exemple été créé en 2012 (Alberta Health Services, n.d.). Il encadre l'Indigenous Wellness Core d'Alberta Health Services afin d'assurer une prestation de services appropriée sur le plan culturel et de veiller à ce que les besoins de santé des Autochtones de l'Alberta soient satisfaits. En Saskatchewan, le Traditional Knowledge Keepers Advisory Council (conseil consultatif des gardiens du savoir traditionnel) réunit neuf aînés d'autant de groupes linguistiques présents dans la province. Il encadre et dirige les travaux de la Saskatchewan Health Authority (SHA, n.d.). Dans les Territoires du Nord-Ouest, l'organe consultatif autochtone vise à encadrer les politiques et les programmes et à répertorier et intégrer les pratiques exemplaires du savoir et des approches de guérison traditionnels aux soins de santé de l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (Ministry of Health and Social Services, 2018).

**Tableau 4. Mécanismes de participation des Autochtones aux systèmes de santé provinciaux et territoriaux (non enchâssés dans une politique ou une loi)**

Gouvernement	Comité	Orientation du comité
Colombie-Britannique	Aboriginal/Indigenous Health Improvement Committee of Northern Health RHA (Comité d'amélioration de la santé des Autochtones de l'autorité régionale de la santé du Nord)	« Axé sur l'action et les groupes qui travaillent en collaboration, ensemble, afin de favoriser la santé et le mieux-être des peuples, des familles et des communautés autochtones du nord de la C.-B. » (Indigenous Health, n.d.).
Alberta	Wisdom Council and Elder Circle (conseil de la sagesse et cercle des aînés)	Encadre le volet autochtone d'Alberta Health Services, désigné sous le nom d'Indigenous Wellness Core, afin d'assurer une prestation de soins et de services appropriée sur le plan culturel, qui reflètera les besoins en matière de santé des peuples autochtones de l'Alberta » (Alberta Health Services, n.d.).
Saskatchewan	Traditional Knowledge Keepers Advisory Council (conseil consultatif des gardiens du savoir traditionnel)	Regroupe neuf aînés d'autant de groupes linguistiques autochtones de la Saskatchewan; encadre et dirige les travaux de la Saskatchewan Health Authority (SHA, n.d.).
Manitoba	Provincial Indigenous COVID-19 Collaboration Table (Table provinciale de collaboration autochtone pour la COVID-19)	Créée à l'origine en réponse à la pandémie de COVID 19, la Table réunit des représentants du système de santé provincial, des régies régionales de la santé, de la DGSPNI, des municipalités et des organisations de Premières Nations, inuites et métisses afin « que tous les enjeux émergents soient rapidement pris en charge » (Lavoie et al., 2020, p. 15). La Table devrait poursuivre ses activités même après la pandémie.
Ontario	Comité de la santé autochtone et Comité consultatif autochtone sur les services de santé	Créés par les Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) du Sud-Ouest et du Nord-Ouest. Ces comités s'associent aux communautés autochtones locales pour conseiller sur les priorités de santé et harmoniser les programmes avec les besoins dans la communauté (RLISS du Sud-Ouest, n.d.; RLISS du Nord-Ouest, n.d.).
	Unité de relations avec les Autochtones et des relations intergouvernementales	Travaille avec les partenaires autochtones à améliorer la planification, l'évaluation et la prestation de programmes et de services de santé publique afin de répondre aux besoins des communautés (Ministry of Health and Long-Term Care, 2018).
Nouveau-Brunswick	Comité de liaison avec les Autochtones	Conseille le Réseau de santé Horizon sur les besoins particuliers en matière de santé, les inquiétudes et les intérêts des Premières Nations dans la province et veille à ce que la sensibilité culturelle fasse partie de la prestation de tous les services de soins de santé (Horizon Health Network, n.d.).
Territoires du Nord-Ouest	Organe consultatif autochtone	Encadre les politiques, les programmes et le déploiement du système de santé et de services sociaux sur le territoire; répertorie et intègre les pratiques exemplaires du savoir et des approches de guérison traditionnels aux pratiques actuelles en soins de santé (Ministry of Health and Social Services, 2018).

Les tableaux 3 et 4 répertorient une série de mécanismes visant à soutenir la participation des Autochtones au système de santé, mais de telles approches se concentrent sur la prestation de soins primaires et offrent des possibilités limitées d'influencer la prise de décisions dans les hôpitaux. Le Yukon est le seul gouvernement à avoir légiféré en faveur de la participation des Autochtones et à protéger cette participation par le biais d'un Comité des Premières Nations sur la santé en activité dans tous les hôpitaux du Yukon (*Hospital Act*, R.S.Y. 2002, c. 111). D'autres initiatives locales ou mises en œuvre dans les hôpitaux sont vraisemblablement en cours, mais ne sont pas précisées dans les lois sur la santé des provinces et des territoires.

Par ailleurs, les mécanismes de participation sont principalement axés sur la participation à des conseils d'administration ou à des comités consultatifs de santé pour pouvoir intervenir sur les priorités. Lavoie et coll. (2016b) exposent les possibles écueils de cette méthode, car de nombreux postes consultatifs sont souvent uniquement ce que leur nom désigne – des postes pour conseiller sur divers enjeux de santé, sans véritable autorité sur le plan décisionnel. Dans leurs conclusions, les chercheurs soulignent que « la nomination au conseil d'une personne membre d'une Première Nation, métisse ou inuite, dont le mandat consistera à représenter tous les peuples autochtones d'une région donnée, entre en contradiction avec le principe d'autodétermination » (Lavoie et al. 2016b, p. 69).

Cette façon de faire constitue à ce titre une méthode coloniale qui universalise les enjeux politiques autochtones et ne tient pas compte des besoins et des intérêts diversifiés de groupes autochtones distincts. On peut tirer des enseignements pour éviter un tel problème en se penchant sur les modèles de gouvernance et les valeurs traditionnelles qui empêchent les peuples autochtones d'exercer les droits inhérents à leur autodétermination (RCAP, 1996b). La CRPA explique comme suit en quoi consistent les modèles de gouvernance traditionnels :

Dans la plupart des nations autochtones, la vie politique a toujours été liée de près à la famille, à la terre et à une forte spiritualité. En décrivant leurs traditions gouvernementales, [...] beaucoup d'Autochtones ont souligné la nature intégrée de la vie spirituelle, familiale, économique et politique. Alors que certains Canadiens ont tendance à voir le gouvernement comme une entité éloignée, séparée des gens et de la vie quotidienne, les Autochtones ont généralement une vision plus globale du gouvernement et le considèrent comme indissociable de l'ensemble des pratiques communautaires qui constituent un mode de vie. (RCAP, 1996b, p. 111)

Dans cette vision du monde et dans les liens qui y sont expliqués se trouvent les forces et les ressources nécessaires pour exercer l'autodétermination, tant pour les individus que pour les communautés. Par ailleurs, en plus de la famille, de la terre et du sens de la spiritualité « l'autonomie et les responsabilités

individuelles, la primauté du droit, le rôle des femmes, le rôle des anciens, [...] le leadership, le consensus dans la prise de décision et le rétablissement des institutions traditionnelles » (RCAP, 1996b, p. 112) sont tous des aspects importants enchâssés dans les structures de gouvernance traditionnelles – des éléments qui sont cloisonnés, voire absents dans les structures coloniales traditionnelles de gouvernance et de pouvoir. En s'éloignant des États coloniaux et en apprenant et intégrant les enseignements traditionnels, les systèmes de santé pourront découvrir des moyens de soutenir une véritable autodétermination des Autochtones en matière de santé, de bien-être et de mieux-être. Or, cette affirmation soulève bien sûr des questions quant à sa mise en pratique. En considérant l'autodétermination des Autochtones en matière de santé, on pourrait voir les choses de l'autre côté de la lunette et commencer par se demander quelles structures coloniales, quelles approches ou quelles mesures s'articuleraient autour des structures autochtones de gouvernance et comment de telles structures, approches ou mesures pourraient-elles se conformer à des systèmes de santé où les Autochtones jouissent de l'autodétermination?

### 5.3 Les pratiques autochtones de guérison et la sécurité culturelle dans les politiques et la législation

Au cours des deux dernières décennies, nous avons assisté à un virage graduel de la sensibilisation,

de la reconnaissance et d'un plus grand respect du public et du milieu politique à l'égard des pratiques de guérison autochtones et de l'importance de la sécurité culturelle dans toutes les facettes des systèmes de santé. Les provinces et les territoires ont réagi à ce phénomène de manière similaire, quoique chacun à leur façon, dans le cadre de leurs politiques et de leurs lois sur la santé. Chaque aspect de leur réaction est étudié ci-dessous.

### 5.3.1 Pratiques de guérison

Ces dernières années, on a assisté à une augmentation lente et soutenue du nombre de provinces et de territoires qui ont intégré à leurs lois la reconnaissance et le respect des pratiques médicinales et de guérison des Autochtones. Dans ce contexte, la guérison autochtone, souvent désignée aussi sous le nom de pratiques de guérison autochtones ou traditionnelles, est un terme générique colonialiste utilisé pour tenter d'inclure toutes les formes de guérison et les pratiques médicinales autochtones telles qu'offertes par les guérisseurs et les sages-femmes autochtones, entre autres (Robbins & Dewar, 2011). Lorsqu'ils sont utilisés dans les politiques et les lois sur la santé, ces mots sont souvent considérés au sens large, sans égard ni distinction quant aux groupes autochtones particuliers ou à leurs approches de la

médecine ou des soins de santé. La CRPA définit les pratiques de guérison traditionnelles comme des «pratiques conçues pour favoriser le bien-être mental, physique et spirituel, qui reposent sur des croyances datant d'avant la propagation de la médecine occidentale "scientifique" ou de la médecine conventionnelle » (Velimirovic, 1990, tel que cité dans RCAP, 1996a, p. 325); quant au guérisseur autochtone, on le définit comme suit :

« ...diverses personnes dont les talents, la sagesse et la compréhension contribuent à la restauration du bien-être personnel et de l'équilibre social, qu'il s'agisse de spécialistes des plantes médicinales, de sages-femmes traditionnelles, d'anciens appelés à conseiller les autres en raison de leur expérience, ou d'officiants qui traitent les troubles physiques, sociaux, affectifs et mentaux selon des méthodes spirituelles. (RCAP, 1996a, p. 337)

Dans leurs rapports, la CRPA et la CVR present toutes deux le gouvernement de protéger la médecine et les méthodes de guérison et l'accès à ces techniques dans les systèmes de santé et à élaborer des politiques qui soutiendront et favoriseront une collaboration respectueuse entre les guérisseurs autochtones et les professionnels en médecine

conventionnelle, tant dans la théorie que dans la pratique, en éducation ou dans les établissements de soins (RCAP, 1996 a; TRC, 2015). Les provinces et les territoires ont répondu depuis de diverses façons dans leurs lois.

Dans leurs lois provinciales sur les professions réglementées, l'Alberta, le Manitoba, l'Ontario et l'Île-du-Prince-Édouard, ainsi que le Yukon, dans sa *Loi sur la santé* et dans sa *Loi sur les hôpitaux*, les «pratiques autochtones traditionnelles» (AB), les «services de guérison offerts par un guérisseur autochtone» (MB, ON, ÎPÉ), les «pratiques traditionnelles d'alimentation et de guérison» (YK) et les «pratiques traditionnelles de la médecine et de l'alimentation» (YK) sont reconnues, respectées et déclarées comme professions protégées du milieu de la santé et comme faisant partie des soins de santé parmi lesquels choisir (voir l'annexe C). De plus, l'usage de produits du tabac pour des cérémonies ou des activités culturelles ou spirituelles autochtones n'est pas visé par les lois provinciales ou territoriales sur l'usage du tabac promulguées par la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan, le Manitoba, l'Ontario, le Nouveau-Brunswick, la Nouvelle-Écosse, l'Île-du-Prince-Édouard, le Yukon et les Territoires du Nord-Ouest (voir l'annexe C).

Les pratiques de sages-femmes autochtones sont également reconnues et respectées de diverses façons en Colombie-Britannique, au Manitoba, en Ontario et au Nunavut. En Colombie-Britannique, les sages-femmes autochtones peuvent inscrire leur pratique au BC College of



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 1304500565

Nurses and Midwives (collège des infirmières et infirmiers et des sages-femmes de la Colombie-Britannique) et celles qui pratiquent sur les réserves de Premières Nations sont exemptées des activités soumises à des restrictions en vertu du règlement sur les sages-femmes et de la loi sur les professions de la santé, la *Health Professions Act* (2008). Au Manitoba, l'Ordre des sages-femmes a eu comme mandat de former un comité permanent qui formule des conseils sur les enjeux liés aux soins prodigués par des sages-femmes à l'intention des femmes autochtones (*Loi sur les sages-femmes*, 1997). En Ontario, une certaine souplesse est associée à la pratique sous le titre professionnel de « sage-femme autochtone » et les personnes exerçant sous ce titre sont exemptées de la réglementation provinciale (*Loi de 1991 sur les sages-femmes*). Enfin, au Nunavut, la profession de sage-femme traditionnelle inuite est protégée par une loi territoriale et les établissements d'enseignement sont tenus d'élaborer « des programmes de formation professionnelle, de formation et de mise à jour portant sur la profession de sage-femme à partir des connaissances, des techniques et de la capacité de jugement que comprend l'exercice de la profession de sage-femme » (*Loi sur la profession de sage-femme*, 2008, art. 6.1).

### 5.3.2 Sécurité culturelle

La sécurité culturelle chez les Autochtones n'est apparue que tout récemment dans les lois et les politiques de santé des provinces et des territoires. Dans ses politiques de santé, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest définit la sécurité

culturelle comme « une perspective faisant en sorte que les peuples autochtones se sentent respectés et en sécurité, à l'abri du racisme et de la discrimination, lorsqu'ils ont accès aux soins de santé et aux services sociaux » (Ministry of Health and Social Services, 2018, p. 29). En 2020, le ministère de la Santé de la Colombie-Britannique a commandé un rapport d'enquête sur le racisme et la discrimination à l'endroit des Autochtones dans le système de santé de la province. Les conclusions obtenues sont résumées dans le rapport intitulé *Visible à l'œil nu : s'attaquer au racisme et à la discrimination à l'endroit des Autochtones dans les soins de santé en Colombie-Britannique* (Turpel-Lafond, 2020). Ce rapport dévoile des chiffres effarants et des récits poignants confirmant le racisme systémique généralisé, la discrimination et les stéréotypes à l'encontre des populations, des familles et des travailleurs de la santé autochtones, dont découle « un large éventail d'effets négatifs et de préjudices, et même des décès » (p. 6); les effets sont disproportionnés pour les femmes et les filles autochtones nécessitant des soins. Les conclusions du rapport vont au-delà des seuls hôpitaux de la province, puisque des événements du même genre sont observés en parallèle dans tout le pays. On en trouve des exemples dans les hôpitaux de l'Ontario, où l'on a récemment reconnu le racisme anti-autochtone en tant que problème systémique en faisant état « de la peur et de la méfiance des populations autochtones à l'égard des établissements, qui devraient être perçus comme des lieux où trouver des soins et de la sécurité et qui sont, malheureusement, bien réels » (King, 2021, p. 1), et ce,

sans compter les décès tragiques de Brian Sinclair, au Manitoba, et de Joyce Echaquan, au Québec. Le rapport *Visible à l'œil nu* de la Colombie-Britannique formule également 24 recommandations à l'intention du gouvernement, des institutions et de la population de la province, lesquelles pourraient être adoptées par les gouvernements voisins. La recommandation n° 2 demande précisément au gouvernement provincial, en partenariat avec les peuples autochtones, d'élaborer les « fondements politiques et de mettre en place les changements législatifs qui permettront d'exiger l'antiracisme et la sécurité culturelle “automatiques”... dans les lois, les politiques et les règlements existants et dans les pratiques en cours » conformément à la DNUDPA (Turpel-Lafond, 2020, p. 61). De même, les documents fédéraux tels que le rapport de la CVR ont aussi demandé une formation en compétences culturelles pour tous les professionnels de la santé (voir le rapport de la CVR, 2015); le Principe de Joyce presse aussi tous les professionnels de la santé et des services sociaux de mettre en place des mesures de sécurité culturelle pour la sécurité des peuples autochtones (Atikamekw Nation, 2020).

Avec la sensibilité accrue du public et du milieu politique à la nécessité de combattre le racisme anti-autochtone dans les systèmes de santé de tout le pays, certains gouvernements réagissent par le biais d'interventions politiques visant à adopter ou intégrer la sécurité culturelle dans des politiques de santé ou des normes de pratiques nouvelles ou

existantes. Dans le cadre du présent rapport, nous avons constaté de telles interventions en Colombie-Britannique, en Saskatchewan, au Yukon, dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut.

La Colombie-Britannique est l'une des provinces les plus engagées dans la sécurité culturelle autochtone et les initiatives innovantes et originales permettant d'intégrer la sécurité culturelle dans les politiques et les pratiques en matière de santé. En 2015, la Provincial Health Services Authority (régie provinciale des services de santé, ou PHSA) de la Colombie-Britannique et les autorités sanitaires régionales de cette province ont signé une déclaration d'engagement afin de veiller à ce que la sécurité et l'humilité culturelles soient présentes dans toute la province et toutes les organisations. Cet engagement repose sur le principe voulant que « la sécurité culturelle doit être comprise, adoptée et exercée à tous les paliers du système de santé, y compris à celui de la gouvernance, dans les organismes de santé et dans le cadre de la pratique individuelle des professions de la santé » (FNHA, 2015, p. 2). Il sert de modèle pour les Territoires du Nord-Ouest (engagement signé dans sa Déclaration d'engagement sur le respect de la culture en 2019 [gouvernement des TNO, 2019]) et le Yukon (qui devrait signer un document similaire avec la mise sur pied de Wellness Yukon [McLennan et al., 2020]). Par la suite, en 2021, la PHSA de la Colombie-Britannique a élaboré une politique du conseil d'administration et un

mandat visant la mise sur pied d'un comité sur l'humilité et la sécurité culturelles (Cultural Safety and Humility Committee). Le comité doit informer, encadrer et tenir le gouvernement de la province responsable de veiller à ce que la sécurité culturelle autochtone soit intégrée dans l'élaboration et l'application de toutes les politiques et de tous les services de santé (PHSA et al., 2021). En outre, la province fait aussi allusion, dans la *Patient Safety Culture Policy* de la PHSA (politique sur la sécurité culturelle des patients), créée en 2022, aux pratiques sécuritaires sur le plan culturel pour les Autochtones. Cette politique respecte l'autodétermination des Autochtones en ce qui a trait aux soins de santé et souligne que « dans un contexte de soins de santé, cela signifie [que les Autochtones], peuvent exercer leur droit inhérent à des soins de qualité, et ce, en contestant le racisme systémique propre aux systèmes de santé » (PHSA, 2022, p. 1). La PHSA s'engage aussi à intégrer la sécurité culturelle autochtone à toutes ses politiques et procédures en tant que mesure pour faire face au racisme systémique présent au sein de l'institution et améliorer l'équité en santé pour les peuples autochtones (PHSA, 2022).

Enfin, et plus récemment, la PHSA de la Colombie-Britannique a collaboré avec l'Organisation des normes en santé (HSO) afin d'élaborer la première norme en matière d'humilité et de sécurité culturelles, la *British Columbia Cultural Safety and Humility Standard*,

rendue publique en juin 2022. Ensemble, la PHSA et la HSO ont travaillé avec la province, les experts en politiques de santé des Autochtones et les prestataires de soins à établir des normes de soins assurant la sécurité culturelle, lesquelles permettront aux organismes du secteur et aux systèmes de santé d'élaborer, de mettre en œuvre et d'évaluer des stratégies de lutte contre le racisme et de créer un environnement sécurisant sur le plan culturel (HSO, 2022; PHSA, 2022). La ressource que constitue cette politique, première du genre au Canada, se veut une réponse à la recommandation n° 8 du rapport *Visible à l'œil nu* de la Colombie-Britannique<sup>20</sup> (PHSA, 2022). Cette ressource s'inspire également de l'ENFFADA, de la CVR et de la CRPA et comprend des articles pour la mise en place d'une « culture de la responsabilisation avec un degré de tolérance zéro à l'égard de la discrimination et du racisme anti-autochtone » (p. 3) et vise à faire en sorte que les « dirigeants des organisations collaborent avec les peuples des Premières Nations, métis et inuits et avec les communautés afin d'intégrer une approche globale de la santé et du mieux-être dans les modèles de soins de ces organisations » (HSO, 2022, p. 36).

En Saskatchewan, le *Saskatchewan Health Authority Policy Framework* (2018) (cadre d'action de l'autorité sanitaire) précise les rôles des représentants autochtones en matière de santé pour contribuer à l'élaboration des politiques,

<sup>20</sup> Le rapport *Visible à l'œil nu* formule la recommandation suivante (recommandation 8) : « que tous les décideurs du milieu de la santé, les autorités sanitaires, les organismes de réglementation, les organismes du secteur, les conseils de surveillance de la qualité des soins au patient et les programmes d'éducation sur la santé en Colombie-Britannique adoptent une norme d'agrément pour l'atteinte de la sécurité culturelle par le biais de l'humilité culturelle et pour l'élimination du racisme anti-autochtone, laquelle serait élaborée avec la collaboration et en coopération avec les peuples autochtones » (Turpel-Lafond, 2020).

mais aussi pour veiller à ce que ces politiques de santé soient respectueuses et tiennent compte des réalités culturelles autochtones. Selon le gouvernement de la province, la sensibilité culturelle fait partie de la sécurité culturelle et implique « le respect de la provenance des personnes, y compris de leur culture, lors de la conception et de la prestation des services... un processus actif visant à adapter les services au contexte culturel de la clientèle, à ses valeurs et à ses besoins » (Armstrong, 2009, tel que cité dans la Federation of Saskatchewan Indian Nations, 2021, p. 7). Ce concept est également évoqué dans le *Cultural Responsiveness Framework* (cadre d'adaptation culturelle) (2021). Ce cadre découle de l'engagement de l'autorité sanitaire de la Saskatchewan pour la vérité et la réconciliation avec les Premières Nations en Saskatchewan, qui s'est d'abord engagée en signant le Memorandum of Understanding on First Nations Health and Well-Being (protocole d'entente sur la santé et le bien-être des Premières Nations), intervenu entre les gouvernements du Canada et de la Saskatchewan et la Federation of Saskatchewan Indian Nations (Federation of Saskatchewan Indian Nations, 2021). Ce cadre oriente l'intégration des cultures des Premières Nations dans tous les aspects du système de santé provincial et dans les services et les programmes axés sur le patient et les familles.

Dans les territoires, la *Loi sur la santé* du Yukon (2002) affirme que la sensibilité et l'ouverture culturelles sont les principes directeurs de l'élaboration de toutes les politiques et de tous



© Crédit : iStockPhoto.com, ID 157619476

les programmes de santé et de services sociaux, alors que dans les Territoires du Nord-Ouest, l'engagement pour la sécurité culturelle autochtone fait partie de l'énoncé de mission de l'Administration des services de santé et des services sociaux des Territoires. Cet énoncé exige des prestataires de soins qu'ils assurent des soins sécuritaires sur le plan culturel conformément aux *Medical and Professional Staff Bylaws* (règlements visant le personnel médical et professionnel) (2018). En 2021, les Territoires ont annoncé leur engagement à créer un cadre pour la sécurité culturelle, le *NWT Cultural Safety Framework*, qui répondra aux appels à l'action de la CVR et qui fera en sorte que la sécurité culturelle et l'antiracisme soient pleinement intégrés dans le système de santé des Territoires (Government of NWT, 2021).

Enfin, le Nunavut intègre des pratiques sécuritaires sur le plan culturel dans sa *Loi sur la santé mentale* (1988). La loi stipule que les médecins peuvent consulter un aîné lors d'une évaluation psychiatrique non volontaire pour les patients qui parlent couramment une langue inuite ou qui ne parlent ni anglais ni français. Le patient et l'aîné doivent

se connaître, être de la même communauté et avoir le même bagage culturel. L'aîné doit évaluer si le patient souffre d'un trouble mental risquant de provoquer des lésions corporelles aux autres ou à lui-même. Cette disposition concorde avec la définition d'un environnement sécuritaire sur le plan culturel, car elle permet de créer un environnement sécuritaire où la langue et les besoins culturels de la personne sont respectés « sans difficultés, sans ignorance et sans déni de l'identité de la personne » (Turpel-Lafond, 2020, p. 11).

#### 5.4 Renforcer les relations et la santé des Autochtones dans les provinces et les territoires

Tout comme le gouvernement fédéral, certaines provinces et certains territoires déploient des efforts pour rétablir les relations avec les peuples autochtones, conformément à leur rôle dans la réconciliation et en réponse aux recommandations des politiques et des rapports nationaux telles que formulées, par exemple, dans les rapports finaux de la CVR ou de l'ENFFADA ou dans les instruments politiques internationaux comme la DNUDPA. Le rapport du Comité

sénatorial permanent des droits de la personne intitulé *La stérilisation forcée et contrainte de personnes au Canada*, finalisé en juin 2021 puis en juillet 2022, a soulevé les enjeux de violation des droits de la personne que subissent les femmes autochtones; toutefois, comme il s'agit d'un rapport qui vient d'être déposé, les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux n'y ont pas encore réagi. À cette fin, l'exposé qui suit porte sur les réponses des systèmes de santé provinciaux et territoriaux aux rapports de la CVR, de l'ENFFADA et de la DNUDDPA et constate que ces efforts découlent habituellement d'une loi ou d'une politique, d'un protocole d'entente ou d'autres accords, ou d'enquêtes publiques au cours desquelles on s'est penché sur les relations entre la province et les peuples autochtones.

En 2019, la Colombie-Britannique a adopté une mesure législative en vue de rétablir les relations avec les peuples autochtones et a été le premier gouvernement (et la seule province) au Canada à enchaîner officiellement la DNUDDPA dans une loi provinciale. La *Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act* (2019) (loi sur la Déclaration sur les droits des peuples autochtones) permet d'appliquer la Déclaration et tient le gouvernement provincial responsable de l'élaboration d'un plan d'action en partenariat avec les communautés autochtones pour assurer le suivi des progrès et déterminer les prochaines étapes. En vertu de cette loi, toutes les lois de la Colombie-

Britannique doivent se conformer à la Déclaration, et cela inclut les lois du ministère de la Santé. Cette loi a servi de modèle à la loi fédérale et à la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, entrée en application en juin 2021 (voir la section 3). La même année, la Saskatchewan Health Authority (autorité sanitaire de la Saskatchewan, ou SHA) a travaillé à obtenir un engagement officiel pour la mise en œuvre de tous les appels à l'action de la CVR en ce qui concerne la santé et les soins de santé, par le biais du *Saskatchewan Health Authority Commitment to Truth and Reconciliation* (engagement de l'autorité sanitaire de la Saskatchewan pour la vérité et la réconciliation) (SHA, 2019). La SHA s'y engage à structurer son organisation autour de mesures « sensibles sur le plan culturel » (p. 1), notamment en offrant du soutien et en consacrant des ressources qui permettront de faire connaître les visions traditionnelles sur le monde, ainsi que les remèdes et les pratiques qui respectent le point de vue et l'approche holistique de la santé et du bien-être propres aux peuples autochtones recevant des soins dans la province. Cet engagement a été réitéré en 2021<sup>21</sup>.

Outre les politiques et les lois, les protocoles d'entente et autres accords (p. ex., les ententes de partenariat, chartes et principes de relations) sont des approches courantes pour renforcer les relations entre les systèmes de santé et les peuples autochtones. Le présent rapport fait état d'exemples

en Colombie-Britannique (Fraser Salish Regional Caucus et al., 2020), en Alberta (Siksika Nation, 2021), en Saskatchewan (Métis Nation of Saskatchewan et al., 2018), au Manitoba (Southern Chiefs Organization Inc et al., 2020), en Ontario (Nishnawbe Aski Nation et al., 2017) et au Nouveau-Brunswick (Madawaska et al., 2021). Chaque accord est différent, mais tous possèdent des caractéristiques similaires dans leurs objectifs d'améliorer la santé et le bien-être des peuples autochtones de leur province, en établissant une relation de travail avec les parties signataires et en instaurant des mécanismes de suivi des progrès tels que des rapports annuels. Dans cette optique, les accords conclus en Colombie-Britannique, en Alberta et en Ontario sont désignés comme étant des documents « sur les relations » ou pour « renforcer les relations » (Nishnawbe Aski Nation et al., 2017; Siksika Nation, 2021; Vancouver Island Regional Caucus et al., 2016).

En Colombie-Britannique, entre 2012 et 2016, chaque autorité régionale de la santé a signé un accord de partenariat avec la Régie de la santé des Premières Nations et Conseil de la santé des Premières Nations dans le cadre d'efforts visant à améliorer la santé des Autochtones par le biais de partenariats de travail et de responsabilités communes (First Nations Health Council: Interior Region Health Nation Executive et al., 2012; First Nations Health

<sup>21</sup> D'autres gouvernements, comme ceux du Manitoba ou de la Nouvelle-Écosse, ont amorcé un processus législatif de mise en application de leur engagement pour la réconciliation avec les peuples autochtones, mais sans inclure précisément les systèmes de santé provinciaux. À titre d'exemple, mentionnons le projet de loi 18, *Loi sur la réconciliation*, cinquième session, quarantième législature du Manitoba, 2021; le projet de loi 21, *Truth and Reconciliation Commitment Act* (loi sur l'engagement pour la vérité et la réconciliation), 1<sup>re</sup> session, 64<sup>e</sup> assemblée générale de la Nouvelle-Écosse, 2021.

Council: North Regional Health Caucus et al., 2012; Fraser Salish Regional Caucus et al., 2020; Vancouver Coastal Caucus et al., 2012; Vancouver Island Regional Caucus et al., 2016). L'accord conclu avec l'autorité de santé de la région du Fraser a été mis à jour en 2020 par souci de conformité avec la DNUDPA et afin d'y répondre (Fraser Salish Regional Caucus et al., 2020). Des accords similaires ont aussi été conclus en réponse à la DNUDPA et visent à améliorer les résultats de santé des peuples autochtones en Saskatchewan (Métis Nation of Saskatchewan et al., 2018) et au Manitoba (Southern Chiefs Organization Inc et al., 2020). Au Nouveau-Brunswick (Madawaska et al., 2021) et en Ontario (Nishnawbe Aski Nation et al., 2017), d'autres accords ont été conclus en réponse aux appels à l'action contenus dans le rapport de la CVR. De plus, en Alberta, un protocole d'entente précise implicitement son lien avec des documents nationaux ou internationaux traitant précisément des Autochtones; il vise aussi toutefois à renforcer les relations avec la nation Siksika en développant les capacités et en augmentant les possibilités d'aider à l'autodétermination, à même le système de santé (Siksika Nation, 2021). Les accords conclus au Manitoba (Southern Chiefs Organization Inc et al., 2020) et en Ontario (Nishnawbe Aski Nation et al., 2017) permettent de travailler avec le gouvernement fédéral à concrétiser ces objectifs dans leur intention de transformer la prestation de soins pour les communautés autochtones

signataires par la création de modèles de gouvernance de la santé dirigés par les Autochtones. Cette approche axée sur la transformation a aussi été relevée dans des accords antérieurs conclus entre la nation des Dénés d'Athabasca du nord de la Saskatchewan et les gouvernements du Canada et de la Saskatchewan, laquelle a donné lieu par la suite à la mise sur pied de l'Athabasca Health Authority (autorité sanitaire d'Athabasca), en 1994 (Athabasca Health Authority, n.d.)<sup>22</sup>.

Les plans stratégiques des systèmes de santé peuvent aussi guider la planification et la prestation des services de santé afin qu'elles soient axées sur les relations avec les peuples autochtones vivant dans la région couverte par les autorités sanitaires concernées, et qu'elles respectent ces relations. Bien qu'il s'agisse d'approches progressives et délimitées dans le temps, les plans stratégiques en Alberta et au Manitoba constituent des exemples clairs des engagements des systèmes de santé et des mesures proposées pour raffermir ces relations. Le document de l'Alberta intitulé *Indigenous Health Commitments : Roadmap to Wellness (2020)* (engagements pour la santé des Autochtones : feuille de route vers le bien-être [2020]) présente un cadre d'accompagnement pour les services de santé de l'Alberta leur permettant de collaborer et de travailler en partenariat avec les peuples autochtones, les communautés et les nations autochtones de la province en vue d'améliorer les résultats de santé et l'accès aux soins de façon à comprendre et à respecter les

visions distinctes des Autochtones sur le monde et leurs traditions en matière de guérison (Alberta Health Services, 2020). Ce cadre précise quatre orientations stratégiques accompagnées d'objectifs; chaque objectif correspond à un article de la DNUDPA ou à un appel à l'action de la CVR. Au Manitoba, deux offices régionaux de la santé (ORS) ont mis en œuvre une stratégie pour la santé des Autochtones, l'une s'inspirant de l'autre comme modèle. Chaque stratégie vise à encadrer l'ORS concerné et ses partenaires autochtones « vers une compréhension commune voulant qu'il soit impossible de s'attaquer aux inégalités dans l'isolement, mais plutôt en travaillant ensemble » (Interlake-Eastern RHA, 2021, p. 1; Northern Health Region, 2017, p. 2). Les deux comportent aussi quatre orientations stratégiques pour renforcer les partenariats, assurer des environnements sécuritaires sur le plan culturel pour les soins de santé, faire face aux inégalités en matière de santé et améliorer le bien-être psychologique, le tout avec des objectifs d'accompagnement qui correspondent aux appels à l'action de la CVR.

L'Ontario a recours à une approche supplémentaire unique en son genre pour inspirer ses efforts et rétablir les relations avec les peuples autochtones dans son système de santé. En 2018, la province a publié des lignes directrices à l'intention des professionnels de la santé afin qu'ils puissent se familiariser avec les fondements de relations constructives et empreintes de respect avec les partenaires autochtones de la province (Ministry

<sup>22</sup> Il se peut que le présent rapport omette de faire mention de certains protocoles d'entente sur la santé des Autochtones, puisque plusieurs protocoles sont en cours et d'autres sont en pleine mutation. D'autres travaux sont recommandés à ce sujet.



*Sans égard à leur rôle en matière de compétences, plusieurs provinces et tous les territoires imposent dans leurs politiques et leurs lois sur la santé des mécanismes visant à favoriser la participation des Autochtones et leur autodétermination dans les systèmes de santé, souvent à des fonctions de direction ou de prise de décision pour la planification et la prestation des programmes et des soins de santé.*

of Health and Long-Term Care, 2018). Le guide en question constitue un outil préliminaire pour informer les lecteurs des déterminants de la santé des Autochtones, des structures de gouvernance des communautés, des approches de participation et des modèles de relations dans le milieu des soins de santé. Le guide expose aussi les principes PCAP<sup>MD</sup> (propriété, contrôle, accès et possession [First Nations Information Governance Centre, n.d.]) pour encadrer la collecte et l'utilisation de renseignements sur la santé. Ces lignes directrices au concept unique offrent la capacité de favoriser les communications entre les gouvernements coloniaux et autochtones ou les partenaires communautaires de manière à la fois respectueuse et éclairée.

Enfin, la Colombie-Britannique et le Québec sont les seules provinces à avoir commandé des enquêtes sur les relations entre les peuples autochtones et le système de santé provincial. Dans le rapport *Visible à l'œil nu* (2020), la Colombie-Britannique se penche sur le racisme systémique et anti-

autochtone et sur la discrimination dans le système de santé provincial et formule des recommandations pour s'attaquer aux causes sous-jacentes et « établir de nouvelles bases pour l'accès des peuples autochtones, les interactions avec ces personnes et leur traitement par le système de santé » (Turpel-Lafond, 2020, p. 60). En outre, la Commission Viens, au Québec (la *Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès*, 2019) traite des interactions entre les Premières Nations et les Inuits et les autorités des services publics provinciaux (Viens, 2019). Le rapport devait « faire la lumière sur les causes sous-jacentes de toutes les formes de violence, de discrimination ou de traitements différents des femmes et des hommes autochtones dans la prestation de certains services publics au Québec » (Government of Quebec, 2021, p. 1). Bien qu'elle visait au départ les services de police et les systèmes de justice, la Commission Viens s'est aussi penchée sur les expériences vécues par les Premières Nations et les

Inuits dans le système de santé et formule des recommandations de politiques pour rétablir les relations et corriger les inégalités de santé et les obstacles aux soins causés par la colonisation et les idéaux coloniaux enracinés dans le racisme, la discrimination et les stéréotypes négatifs. Parmi les 142 recommandations formulées, le rapport recommande que le Québec modifie ses lois actuelles pour enchâsser la notion de « sécurité culturelle » dans le système de santé (Viens, 2019, p. 370), et adopte la DNUDPA afin que toutes les lois du Québec soient conformes avec la Déclaration, comme l'ont fait la Colombie-Britannique et le gouvernement fédéral (Viens, 2019). Les changements législatifs demandés dans ces enquêtes se font encore attendre à l'échelle provinciale; des efforts politiques sont toutefois constatés en Colombie-Britannique en réponse au rapport *Visible à l'œil nu* (2020), tant à l'échelle provinciale qu'à celle du système de santé local (p. ex., PHSA, 2022; PHSA et al., 2021; Interior Health, 2021).

## 5.5 Résumé

Le lien entre les politiques et les lois provinciales et territoriales et la prestation de soins de santé aux Autochtones est complexe, c'est le moins qu'on puisse dire. Seul un petit nombre de provinces définissent leurs compétences ou leur rôle dans la santé des Autochtones en des termes explicites. D'autres gouvernements sont implicites ou ambigus, ou ont recours aux traités modernes ou aux accords sur l'autonomie gouvernementale pour préciser leurs responsabilités. Sans égard à leur rôle en matière de compétences, plusieurs provinces et tous les territoires imposent dans leurs politiques et leurs lois sur la santé des mécanismes visant à favoriser la participation des Autochtones et leur autodétermination dans les systèmes de santé, souvent à des fonctions de direction ou de prise de décision pour la planification et la prestation des programmes et des soins de santé. Des approches novatrices pour aider à l'autodétermination des Autochtones dans les soins de santé ont aussi vu le jour avec la tendance à la centralisation de la gestion des soins de santé et l'émergence de nouveaux modèles de prestation.

Par ailleurs, le respect et la reconnaissance des pratiques de guérison traditionnelles et de la

sécurité culturelle autochtone dans les soins de santé sont des composantes des soins qui ont gagné en popularité dans les lois sur la santé des provinces et des territoires ces dernières années. Cela est particulièrement vrai dans le cas de la réglementation des services de santé et des professionnels en soins, tout comme dans la prestation de soins elle-même.

Enfin, comme l'a fait le gouvernement fédéral, certaines provinces ont déployé des efforts en vue de rétablir les relations avec les peuples autochtones, conformément au rôle qu'elles ont à jouer dans la réconciliation et en réponse aux rapports nationaux et internationaux et aux recommandations telles que les appels à l'action de la CVR, les appels à la justice de l'ENFFADA et les articles de la DNUDPA. À cette fin, certaines provinces ont instauré des politiques et des lois sensibles à cette réalité, des protocoles d'entente et d'autres accords non contraignants juridiquement, des lignes directrices visant à encadrer l'établissement de relations constructives et respectueuses avec les partenaires autochtones ou des enquêtes publiques pour examiner et rétablir les relations.

Dans les provinces et les territoires, diverses stratégies sont utilisées pour administrer les soins

de santé des Autochtones, leur donner leur caractère particulier et faire preuve de respect dans leur prestation; on constate plusieurs similitudes et des différences très nettes dans les approches adoptées. L'Ontario et la Saskatchewan, par exemple, ont mis en place des mécanismes pour façonner les politiques sur la santé des Autochtones en prévoyant obligatoirement un espace où favoriser leur participation. Les mécanismes de l'Ontario sont toutefois enchâssés dans les lois alors qu'en Saskatchewan, cette initiative repose uniquement sur une politique et est donc plus susceptible de changer. Des différences de ce genre existent dans tout le Canada et offrent amplement de possibilités de comparaison entre les stratégies employées et d'enseignements politiques dont on peut s'inspirer. Comme presque tous les gouvernements au Canada ont maintenant réagi à la CVR, à l'ENFFADA et à la DNUDPA d'une manière ou d'une autre, l'attention du public et les pressions persistent pour que les systèmes de santé soient améliorés et plus conformes aux droits des Autochtones et à la notion de sécurité culturelle et qu'ils respectent et reconnaissent les mécanismes propres au savoir et aux pratiques traditionnelles.

# 6. CONCLUSION



Les soins de santé des Autochtones et les dispositions pour en encadrer l'organisation, la gestion et la prestation, occupent une place de plus en plus importante dans les politiques et l'espace législatif des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, ainsi que dans des activités et des accords sur l'autonomie gouvernementale. Une large part du travail d'élaboration des politiques et des lois qui s'y rattachent découle des appels formulés par les Autochtones à corriger l'héritage désastreux et discriminatoire des politiques coloniales et à mettre en place des solutions politiques fondées sur des faits probants qui tiennent compte des véritables expériences vécues par les personnes touchées. Le présent rapport permet de constater l'influence de rapports nationaux tels que celui de la CRPA, qui a contribué aux changements dans les ministères fédéraux ayant ouvert la voie à la création de Services aux Autochtones Canada; ou celui de la CVR, pour l'élaboration, en Alberta et au Manitoba, des plans stratégiques pour les soins de santé propres aux Autochtones. Des instruments internationaux tels que la DNUDPA ont aussi une influence sur les lois fédérales et provinciales, puisque les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada ont adopté officiellement cette Déclaration dans leur législature et dans le Parlement. Des

rapports d'enquête provinciaux et territoriaux ont eu une influence similaire. Les enquêtes réalisées en Colombie-Britannique, au Québec et au Yukon ont en effet mis en lumière le racisme systémique et le racisme anti-autochtone dans leurs systèmes de santé et ont formulé des recommandations pour les combattre – la Colombie-Britannique a réagi en élaborant des politiques de sécurité culturelle et le gouvernement du Yukon a fait part de ses engagements à faire de même.

Malgré de tels efforts, l'histoire nous dit que les engagements fédéraux à modifier des politiques découlant de rapports nationaux préparés par des Autochtones sont traditionnellement suivis par de la résistance, des débats et des retards qui s'étendent sur des décennies. On le constate, notamment, avec l'engagement du gouvernement fédéral à l'égard des recommandations de la CRPA, en 1996, où peu de progrès a été accompli en matière de santé (Boyer et al., 2021); avec l'engagement à l'égard de l'Accord de Kelowna, en 2005, qui s'est heurté à un manque de volonté politique et qui a finalement été abandonné (Kelly, 2011); avec l'engagement dans le cadre des appels à l'action de la CVR, en 2015, pour lequel on se bat pour arriver à des progrès graduels (Jewell & Mosby, 2021); et enfin, avec l'adoption très attendue des articles de la DNUDPA, qui s'est

d'abord heurtée à des résistances politiques, en 2007, avant que des engagements juridiques soient finalisés, en 2021. Ces mesures, jumelées à des recommandations « recyclées » d'un rapport à l'autre, viennent accroître la nécessité d'efforts soutenus et concertés pour coordonner et établir des stratégies de mise en œuvre entre les parties autochtones et non autochtones à tous les paliers des gouvernements et des systèmes de santé et des cadres de responsabilisation pour assurer une reddition de comptes. On fonde beaucoup d'espoirs sur une nouvelle loi fédérale sur la santé établissant une distinction pour les Autochtones, en cours d'élaboration; toutefois, tant que chacun continuera de déployer des efforts chacun de son côté en fonction d'une approche coloniale qui détourne les pouvoirs, on pourra peut-être espérer des progrès graduels, avec une participation autochtone du point de vue administratif seulement, et des politiques qui viendront ensuite pour la prise en charge de la santé des Autochtones isolément de tous les autres déterminants de la santé et du bien-être.

À cette fin, le présent rapport livre un portrait de haut niveau et présente une compréhension globale du paysage politique en matière de santé des Autochtones pour tout le Canada et fait état au passage de quelques lacunes importantes. Soulignons,

en premier lieu, des lacunes dans la reconnaissance, par le gouvernement fédéral de sa responsabilité de fiduciaire et de son obligation juridique à l'égard de tous les groupes autochtones, que l'on constate dans sa position officielle et dans les critères d'admissibilité aux politiques et aux programmes fédéraux. Deuxièmement, les droits aux soins de santé en vertu des traités ne sont pas encore reconnus par le gouvernement fédéral dans le cadre des négociations de tous les traités où il est question de la santé. Troisièmement, les compétences en matière de santé des Autochtones regroupent un ensemble de dispositions, dont certaines sont explicites et d'autres plus ambiguës, qui visent à préciser les rôles et responsabilités des provinces et des territoires. Quatrièmement, les possibilités de participation des Autochtones aux systèmes de santé, qui sont protégées dans les politiques et les lois provinciales et territoriales, tiennent davantage de l'autogestion que de l'autodétermination, avec encore moins de possibilités de participation dans le cadre hospitalier. Cinquièmement, même si certaines provinces ont inclus des dispositions visant à reconnaître et respecter les professions et les pratiques de guérison autochtones dans leurs lois sur la santé, d'autres ne l'ont pas fait. Sixièmement, même si des initiatives de sécurité culturelle sont en cours, seuls la Colombie-Britannique, la Saskatchewan et les trois territoires ont mis en place des stratégies visant à assurer une sécurité culturelle pour les Autochtones et, dans une certaine mesure, à combattre le racisme à l'encontre des

Autochtones dans leur système de santé grâce à des efforts sur les plans législatif et politique. Septièmement, puisque seuls les gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada ont pleinement adopté la DNUDPA, il est nécessaire de promouvoir les efforts et d'harmoniser davantage la Déclaration avec les lois et les politiques de santé provinciales et territoriales, tout en prenant note des forces et des faiblesses inhérentes à chaque article de cette Déclaration.

Somme toute, les objectifs de la recherche dont découle le présent rapport ont été atteints, puisque les inventaires comparatifs des politiques et des lois fédérales, provinciales et territoriales en matière de santé, des traités modernes et des accords sur l'autonomie gouvernementale où les peuples des Premières Nations, métis et inuits, et la santé sont précisément mentionnés sont regroupés aux annexes A, B et C. Nous avons également pu en savoir plus sur la fragmentation des compétences et sur la coordination des soins de santé pour les Autochtones dans le cadre de politiques souples ou plus rigoureuses dans les espaces des systèmes de santé fédéral, provinciaux et territoriaux (avec, par exemple, le principe de Jordan et la *Loi constitutionnelle de 1867* en ce qui a trait aux politiques fédérales relatives aux compétences; la *Loi de 2019 pour des soins interconnectés* de l'Ontario ou la *Public Health Act* [2000] de l'Alberta, qui livrent des précisions quant aux compétences provinciales). En outre, le tableau 3 à la section 5.2 relève les possibilités de participation des Autochtones dans l'Élaboration

des politiques en matière de santé, des programmes, des services et des mécanismes institutionnels, alors que la section 5.3 se penche sur les tendances émergentes dans plusieurs provinces et territoires pour faire valoir la reconnaissance et le respect des pratiques de guérison autochtones et de la sécurité culturelle dans leurs politiques et leurs lois sur la santé. Enfin, le présent rapport répertorie plusieurs moyens qu'ont mis de l'avant les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux pour rétablir et renforcer les relations avec les peuples autochtones à l'intérieur des systèmes de santé.

Bien que ce rapport mette en lumière les politiques et les efforts législatifs déployés au fédéral, dans les provinces et dans les territoires, il est important de souligner qu'il reste encore beaucoup de travail à faire pour analyser les efforts à l'échelle locale et sur le terrain. Lors de nos exposés à venir, nous devons aussi prendre en compte la valeur et l'importance des enseignements à tirer des structures de gouvernance traditionnelles et des éléments favorisant l'atteinte de l'autodétermination autochtone dans les systèmes de santé. Il ne fait pas de doute que les modèles de gouvernance traditionnels liés au monde spirituel, familial, économique et politique recèlent un potentiel inexploité et se distinguent par leur structure globale qui fait contraste avec l'État colonial actuel (RCAP, 1996b). La CRPA documente les modèles et les enseignements traditionnels et fournit de ce fait une ressource d'une grande richesse qui aide à guider les progrès des gouvernements dans

leurs efforts de réconciliation et aide à la transition de l'autogestion à la création d'espaces d'autodétermination à même leurs systèmes de santé (RCAP, 1996b). Pour ces raisons et bien d'autres, il est fortement recommandé d'entreprendre d'autres travaux en vue d'examiner les modèles de gouvernance et les enseignements traditionnels et leurs implications sur l'état actuel des systèmes de santé au Canada. Ces travaux pourraient même conduire à une enquête sur la meilleure façon, pour les deux structures

(traditionnelle et coloniale) de collaborer et de travailler à une revitalisation complète et durable de l'autodétermination des Autochtones dans tous les aspects de la santé et du bien-être. Toutefois, en amont de ces travaux, nous devons d'abord nous demander comment nous pouvons appuyer les nations afin qu'elles puissent contrôler elles-mêmes la santé, conformément à leur droit et à leur choix de le faire.

Néanmoins, chaque constatation soulève de nouvelles questions

pouvant faire l'objet de recherches plus approfondies et livre des détails susceptibles d'alimenter les discussions politiques actuelles et futures. Bien que des améliorations et des ajouts aient été faits en matière de santé des Autochtones dans les répertoires des politiques de santé fédérales, provinciales et territoriales, nous espérons présenter ces travaux comme une continuité, avec comme objectif de soutenir la prochaine génération de recherche et d'exposés sur les politiques de santé à tous les paliers de gouvernement.



Crédit : iStockPhoto.com, ID 1132711527

# RÉFÉRENCES JURIDIQUES

## CONTENUES DANS LE TEXTE

### (LOIS ET PROCÉDURES JUDICIAIRES)

*Première Nation Acadia c. Canada (Procureur général)*, [2013] N.S.S.C. 284.

*Loi sur les services de santé et les services sociaux*, L.R.Q. 1991, chap. S-4.2. (Québec)

*Alberta Metis Settlements Act* (loi sur les établissements métis), R.S.A. 2000, chap. M-14. (Alberta)

*Alberta Public Health Act* (loi de l'Alberta sur la santé publique), R.S.A. 2000, chap. P-37. (Alberta)

*Loi modifiant la Loi sur les Indiens pour donner suite à la décision de la Cour supérieure du Québec = dans l'affaire Descheneaux c. Canada*, L.C. 2017, chap. 25. (Québec)

*Projet de loi 230 sur la Journée de l'ourson Spirit Bear*, 4<sup>e</sup> session, 41<sup>e</sup> législature, Manitoba, 2021. (Manitoba)

*Acte de l'Amérique du Nord britannique*, 1867. chap. 3. (Canada)

*Calder et coll. c. Procureur général de la Colombie-Britannique*, [1973] SCR 313. (Colombie-Britannique)

*Loi canadienne sur la santé*, L.R.C. 1984. chap. C-6. (Canada)

*Loi de 2017 sur les services à l'enfance, à la jeunesse et à la famille*, L.O. 2017. chap. 14, art. 1. (Ontario)

*Loi de 2019 pour des soins interconnectés*, L.O. 2019, chap. 5, art. 1. (Ontario)

*Loi constitutionnelle de 1867*, 30 et 31 Victoria, chap. 3 (Royaume-Uni). (Canada)

*Loi constitutionnelle de 1982*, chap. 11. (Canada)

*Daniels c. Canada (Affaires indiennes et du Nord canadien)*, [2016] CSC 12. (Canada)

*Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act* (loi sur la Déclaration des droits des peuples autochtones), S.B.C. 2019, chap. 44. (Colombie-Britannique)

*Loi sur le ministère des Services aux Autochtones*, L.C. 2019, chap. 29, art. 336. (Canada)

*Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations et coll. c. Procureur général du Canada (représentant le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien)*, [2020] CHRT 36. (Canada)

*Loi sur l'Équité entre les sexes relativement à l'inscription au registre des Indiens*, LC 2010, chap. 18. (Canada)

*Loi sur la santé*, L.R.Y. 2002, chap. 106. (Yukon)

*Health and Community Services Act* (loi sur la santé et les services communautaires) S.N.L. 1996, chap. P-37.1. (Terre-Neuve-et-Labrador)

*Health Authorities Act* (loi sur les régies de la santé), S.N.S. 2014, chap. 32. (Nouvelle-Écosse)

*Health Professions Act*, Midwives Regulation (loi sur les professions de la santé, règlement sur les sages-femmes) (règl. de la C.-B. 281, 2008). (Colombie-Britannique)

*Health Sciences Association of Alberta c. Siksika Health Services*, [2017] CanLII 72953. (Alberta)

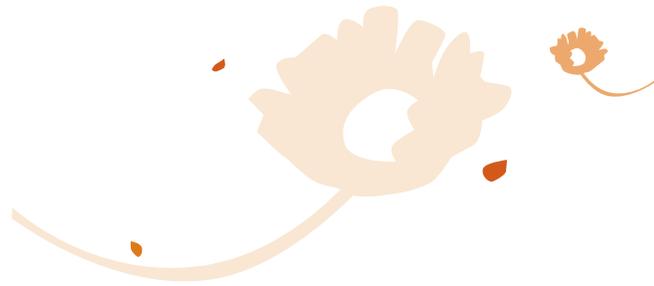
*Loi sur les hôpitaux*, L.R.Y. 2002, chap. 111. (Yukon)

- Loi sur l'assurance hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux*, L.R. T.-N.-O. 1988, chap. T-3. (Territoires du Nord-Ouest)
- Loi sur les Indiens*, L.R.C. 1985. chap. 1-5. (Canada)
- Loi sur la mise en œuvre de l'Accord de Kelowna*, L.C. 2008, chap. 23. (Canada)
- Loi sur l'accord sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador*, L.C. 2005, chap. 27. (Canada)
- Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local*, L.O. 2006, chap. 4. (Ontario)
- Loi sur la santé mentale*, L.R.TN-O. 1988, chap. M-10. (Territoires du Nord-Ouest)
- Loi sur les sages-femmes*, C.P.L.M. 1997, chap. M125. (Manitoba)
- Loi de 1991 sur les sages-femmes*, L.O. 1991, chap. 31. (Ontario)
- Loi sur la profession de sage-femme*, L.Nun. 2008, chap. 18. (Nunavut)
- Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée*, L.R.O. 1990, c. M.26. (Ontario)
- Terre-Neuve-et-Labrador (Procureur général) c. Uasbaunnuat (Innus d'Uashat et de Mani-Utenam)*, [2020] CSC 4. (Terre-Neuve-et-Labrador)
- Public Health Act* (loi sur la santé publique), R.S.P.E.I. 1988, chap. P 30.1. (Île-du-Prince-Édouard)
- Public Health Act* (loi sur la santé publique), S.B.C. 2008, chap. 28. (Colombie-Britannique)
- Loi sur la santé publique*, L.Nun. 2016, chap. 13. (Nunavut)
- Public Health Protection and Promotion Act* (loi sur la promotion et la protection de la santé publique), S.N.L. 2018, chap. P-37.3. (Terre-Neuve-et-Labrador)
- Loi sur les offices régionaux de la santé*, C.P.L.M. 1996, chap. R34. (Manitoba)
- R. c. Johnston*, [1966] 56 DLR (2d) 749. (Saskatchewan)
- Regional Health Authorities Act* (loi sur les régies régionales de santé) (2000), R.S.A. 2000, chap. R-10. (Alberta)
- Loi sur les régies régionales de la santé*, L.R.N-B. 2011, chap. 217. (Nouveau-Brunswick)
- Saanichton Marina Ltd. c. Claxton*, [1989] CanLII 2721. (Colombie-Britannique)
- Cour suprême du Canada* (Comité du Conseil privé), [1939] S.C.R. 104. (Canada)
- Loi sur l'agence de services communautaires Tłı̨chǫ*, L.T.N-O 2005, chap. 7. (Territoires du Nord-Ouest)
- Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, LC 2021, chap. 14. (Canada)
- Nation crie Wuskwiki Sipibk c. Canada (ministre de la Santé et du Bien-être social)*, [1999], 164 F.T.R. 276, 4 CNLR 293. (Canada)



# RÉFÉRENCES

(Bibliographie en anglais)



- Abele, F., Alexiuk, E., Herb George, S., & MacQuarrie, C. (2021). Completing Confederation: The necessary foundation. In K. Graham & D. Newhouse (Eds.), *Sharing the land, sharing a future: The legacy of the Royal Commission on Aboriginal Peoples* (pp. 19-49). University of Manitoba Press.
- Aboriginal Affairs and Northern Development Canada (AANDC). (2014). *Renewing the comprehensive land claims policy: Towards a framework for addressing section 35 Aboriginal rights*. Government of Canada.
- Alberta Health Services. (n.d.). *Indigenous Wellness Core*. <https://www.albertahealthservices.ca/findhealth/service.aspx?Id=1069951>
- Alberta Health Services. (2020). *Indigenous health commitments: Roadmap to wellness*. <https://www.albertahealthservices.ca/assets/info/ihp/if-ihp-indigenous-health-commitments.pdf>
- Allin, S. (2020, January 23). A new wave of centralized governance and planning across Canada's provinces. *European Observatory on Health Systems and Policies*. <https://eurohealthobservatory.who.int/monitors/health-systems-monitor/analyses/hspm/canada-2020/a-new-wave-of-centralized-governance-and-planning-across-canada-s-provinces>
- Allin, S., Sherar, M., Peckham, A., & Marchildon, G. (2018). *Rapid review 10: Province-wide services*. North American Observatory on Health Systems and Policies.
- Animikii Inc. (2020). *Why we say "Indigenous" instead of "Aboriginal"*. <https://animikii.com/news/why-we-say-indigenous-instead-of-aboriginal#:~:text=Indigenous%20comes%20from%20the%20Latin,respects%20their%20claims%20over%20it>
- Assembly of First Nations. (n.d.-a). *What is Bill C-31 and Bill C-3?* <https://www.afn.ca/wp-content/uploads/2020/01/16-19-02-06-AFN-Fact-Sheet-Bill-C-31-Bill-C-3-final-revised.pdf>
- Assembly of First Nations. (n.d.-b). *Bill S-3 amendments*. Assembly of First Nations.
- Ataullahjan, S., Bernard, W. T., Audette, M., Boyer, Y., Gerba, A., Hartling, N. J., Martin, Y., & Omidvar, R. (2022). *The scars that we carry: Forced and coerced sterilization of persons in Canada – Part II*. Standing Senate Committee on Human Rights, Senate of Canada.
- Ataullahjan, S., Bernard, W. E. T., Hartling, N. J., Boyer, Y., Martin, Y., Mégie, M-F., Ngo, T. H., Pate, K., & Tannas, S. (2021). *Forced and coerced sterilization of persons in Canada*. Standing Senate Committee on Human Rights, Senate of Canada.
- Athabasca Health Authority. (n.d.). *A place for Northern People to heal*. <https://www.athabascahealth.ca/organization/Pages/default.aspx>
- Atikamekw Nation. (2020). *Joyce's Principle*. Council of the Atikamekw of Manawan and the Council de la Nation Atikamekw. [https://principedejoyce.com/sn\\_uploads/principe/Joyce\\_s\\_Principle\\_brief\\_\\_\\_Eng.pdf](https://principedejoyce.com/sn_uploads/principe/Joyce_s_Principle_brief___Eng.pdf)
- Bemelmans-Videc, M., Rist, R., & Vedung, E. (Eds.) (1998). *Carrots, sticks & sermons: Policy instruments and their evaluation*. Routledge Taylor & Francis Group.
- Blidook, K. (2010). Exploring the role of 'legislators' in Canada: Do Members of Parliament influence policy? *Journal of Legislative Studies*, 16(1), 32-56.
- Blackstock, C. (2012). Jordan's Principle: Canada's broken promise to First Nations children? *Paediatrics & Child Health*, 17(7), 368-370.
- Borrows, J. (1997). Wampum at Niagara: The Royal Proclamation, Canadian legal history, and self-government. In M. Asch (Ed.), *Aboriginal and treaty rights in Canada* (pp. 155-172). University of British Columbia Press.
- Boyer, Y. (2014). Chapter 4: The law is a determinant of health; Chapter 5: Aboriginal and Treaty rights to health. In D. Ward (Ed.), *Moving Aboriginal health forward: Discarding Canada's Legal Barriers* (pp. 92-155). Purich Publishing Limited.
- Boyer, Y., Lavoie, J., Kornelsen, D., & Reading, J. (2021). Twenty years later: The RCAP legacy in Indigenous health system governance – what about the next twenty? In K. Graham & D. Newhouse (Eds.), *Sharing the land, sharing a future: The legacy of the Royal Commission on Aboriginal Peoples* (pp. 50-76). University of Manitoba Press.
- Brian Sinclair Working Group. (2017). *Out of sight: A summary of the events leading up to Brian Sinclair's death and the inquest that examined it and the interim recommendations of the Brian Sinclair Working Group*. [https://libguides.lib.umanitoba.ca/ld.php?content\\_id=33973085](https://libguides.lib.umanitoba.ca/ld.php?content_id=33973085)

- Cameron, G. D. W. (1959). The department of national health and welfare. *Canadian Journal of Public Health*, 50(8), 319-336.
- Chenier, N. M. (2002). *Health policy in Canada*. Library of Parliament, Parliamentary Research Branch.
- Clatworthy, S. (2017). *An assessment of the population impacts of select hypothetical amendments to Section 6 of the Indian Act*. Four Directions Project Consultants: Indigenous and Northern Affairs Canada.
- Core Working Group. (2021). *2021 Missing and murdered Indigenous women, girls, and 2SLGBTQQA+ people national action plan: Ending violence against Indigenous women, girls, and 2SLGBTQQA+ people*. Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada.
- Craft, A., & Lebihan, A. (2021). *The treaty right to health: A sacred obligation*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Crey, K., & Hanson, E. (2009). *Indian Status*. Indigenous Foundations, University of British Columbia. [https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/indian\\_status/](https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/indian_status/)
- Crombie, D. (1979). *Indian Health Policy*. Health and Welfare Canada.
- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada (CIRNAC). (2019). *Implementation of modern treaties and self-government agreements. July 2015 – March 2018 provisional annual report*. Government of Canada.
- Crown-Indigenous Relations and Northern Affairs Canada (CIRNAC). (2020). *Treaties and agreements*. Government of Canada.
- De Leeuw, E., Clavier, C., & Breton, E. (2014). Health policy – why research it and how: Health political science. *Health Research Policy and Systems*, 12, 55.
- Dubois, S. (2020). Maskwacis activates ‘medicine chest’ treaty clause, declaring state of emergency. *CBC News, Edmonton*, March 24.
- Federation of Saskatchewan Indian Nations. (2021). *Cultural responsiveness framework*. <https://allnationshope.ca/userdata/files/187/CRF%20-%20Final%20Copy.pdf>
- First Nations Health Authority (FNHA). (n.d.). *FNHA overview*. <https://www.fnha.ca/about/fnha-overview>
- First Nations Health Authority (FNHA). (2015). *Declaration of commitment*. <https://www.fnha.ca/Documents/Declaration-of-Commitment-on-Cultural-Safety-and-Humility-in-Health-Services.pdf>
- First Nations Health Authority (FNHA). (2022, June 14). *FNHA and HSO release BC Cultural Safety and Humility Standard*. <https://www.fnha.ca/about/news-and-events/news/fnha-and-hso-release-bc-cultural-safety-and-humility-standard>
- First Nations Health Council: Interior Region Health Nation Executive., & Interior Health Authority. (2012). *Partnership Accord*. First Nations Health Authority. [https://www.fnha.ca/Documents/Interior\\_Partnership\\_Accord.pdf](https://www.fnha.ca/Documents/Interior_Partnership_Accord.pdf)
- First Nations Health Council: North Regional Health Caucus., Northern Health Authority., & Interim First Nations Health Authority. (2012). *Northern Partnership Accord*. First Nations Health Authority. [https://www.fnha.ca/Documents/Northern\\_Partnership\\_Accord.pdf](https://www.fnha.ca/Documents/Northern_Partnership_Accord.pdf)
- First Nations Information Governance Centre. (n.d.). *The First Nations principles of OCAP®*. <https://fnigc.ca/ocap-training/>
- First Nations Inuit Health Branch (FNIHB). (2010). *Pharmacy and medical supplies and equipment benefit - Non-Insured health benefits: Policy framework*. Health Canada. [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniah-spnia/alt\\_formats/pdf/nihb-ssna/provide-fournir/pharma-prod/med-list/pharma-ms\\_e-em\\_fm-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniah-spnia/alt_formats/pdf/nihb-ssna/provide-fournir/pharma-prod/med-list/pharma-ms_e-em_fm-eng.pdf)
- First Nations Inuit Health Branch (FNIHB). (2012). *First Nations and Inuit health strategic plan: A shared path to improved health*. Health Canada. [https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniah-spnia/alt\\_formats/pdf/pubs/strat-plan-2012/strat-plan-2012-eng.pdf](https://www.canada.ca/content/dam/hc-sc/migration/hc-sc/fniah-spnia/alt_formats/pdf/pubs/strat-plan-2012/strat-plan-2012-eng.pdf)
- First Nations Leadership Council, Government of Canada, & Government of British Columbia. (2007). *Tripartite First Nations health plan*. First Nations Health Authority. <https://www.fnha.ca/Documents/TripartiteFNHealthPlan.pdf>
- First Ministers and National Aboriginal Leaders. (2005). *First ministers and national Aboriginal leaders: Strengthening relationships and closing the gap*. <https://caid.ca/Kelowna2005.pdf>
- Fraser Salish Regional Caucus, Fraser Health Authority, & First Nations Health Authority. (2020). *Fraser Partnership Accord*. First Nations Health Authority. <https://www.fraserhealth.ca/-/media/Project/FraserHealth/FraserHealth/Health-Topics/Aboriginal-Health/Cultural-safety/Signed-Partnership-Accord-2020---2023.pdf?rev=89b13c6becb04219a1c846c9ca7485e0>
- Government of Alberta. (2018). *Memorandum of understanding on implementation of Jordan’s Principle in Alberta*. <https://open.alberta.ca/publications/mou-implementation-of-jordans-principle-in-alberta>
- Government of Canada. (2022). *Implementing the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples in Canada: Next steps*. <https://www.justice.gc.ca/eng/declaration/index.html>

- Government of Canada, Government of British Columbia, & First Nations Health Society. (2011). *British Columbia tripartite framework agreement on First Nation health governance*. <https://www.fnha.ca/Documents/framework-accord-cadre.pdf>
- Government of Northwest Territories. (2019). *Cultural safety declaration of commitment*. <https://www.hss.gov.nt.ca/sites/hss/files/resources/declaration-commitment-cultural-safety-english.pdf>
- Government of Northwest Territories. (2021). *Response to Motion 29-19(2): Systemic racism*. [https://www.ntassembly.ca/sites/assembly/files/td\\_442-192.pdf](https://www.ntassembly.ca/sites/assembly/files/td_442-192.pdf)
- Government of Quebec. (2021). *Follow-up to the Viens Commission*. <https://www.quebec.ca/en/government/quebec-at-a-glance/first-nations-and-inuit/viens-commission>
- Gouldhawke, M. (2021). *The failure of federal Indigenous healthcare policy in Canada*. Yellowhead Institute.
- Government of Yukon. (2021). Development of public health agency underway as Putting People First implementation continues. *News Release*, No. 21-487. <https://yukon.ca/en/news/development-public-health-agency-underway-putting-people-first-implementation-continues>
- Greenwood, M., de Leeuw, S., & Lindsay, N. M. (2018). *Determinants of Indigenous Peoples' health: Beyond the social*. Canadian Scholars Press.
- Gregory, D., Russell, C., Hurd, J., Tyance, J., & Sloan, J. (1992). Canada's Indian Health Transfer Policy: The Gull Bay Band experience. *Human Organization*, 51(3), 214-222.
- Halseth, R., & Murdock, L. (2020). *Supporting Indigenous self-determination in health: Lessons learned from a review of best practices in health governance in Canada and Internationally*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Health Canada. (2018). *First Nations and Inuit Health Branch: Program plan*. Government of Canada.
- Health Standards Organization (HSO). (2022). *HSO 75000:2022(E) British Columbia Cultural Safety and Humility standard*. [https://healthstandards.org/standard/cultural-safety-and-humility-standard/#:~:text=This%20is%20the%20first%20edition,Columbia%20\(BC\)%2C%20Canada](https://healthstandards.org/standard/cultural-safety-and-humility-standard/#:~:text=This%20is%20the%20first%20edition,Columbia%20(BC)%2C%20Canada).
- Heiltsuk Indian Band. (2020). *Heiltsuk Indian Band By-Law 21*. <http://www.heiltsuknation.ca/wp-content/uploads/2021/01/2020-03-31-Disease-Emergency-Bylaw-v2-2.pdf>
- Hill, D. W. (2003). *Traditional medicine in contemporary contexts: Protecting and respecting Indigenous knowledge and medicine*. National Aboriginal Health Organization.
- Horizon Health Network. (n.d.). *Indigenous Liaison Committee*. <https://horizonnb.ca/about-us/horizon-board/committees/indigenous-liaison-committee/>
- Howlett, M., & Giest, S. (2015). Policy cycle. *International Encyclopedia of the Social & Behavioral Sciences*, 2, 288-292.
- Indigenous and Northern Affairs Canada (INAC). (2010). *Canada's statement of support on the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. Government of Canada. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/eng/1309374239861/1621701138904>
- Indigenous Health. (n.d.). *Aboriginal/Indigenous Health Improvement Committees*. Northern Health.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2014). *Dental benefit policy framework: Non-Insured Health Benefits Program*. Government of Canada.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2019). *Non-Insured Health Benefits (NIHB) medical transportation policy framework (interim)*. Government of Canada.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2020). *Supporting Inuit children*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1536348095773/1536348148664>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2021a). *Annual report to Parliament*. Government of Canada.
- Indigenous Services Canada (ISC). (2021b). *First Nations and Inuit health funding agreement models*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1583774026965/1583774050718>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2021c). *Indigenous health care in Canada*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1626810177053/1626810219482>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2021d). *Timeline: Jordan's Principle and First Nations child and family services*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1500661556435/1533316366163>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2022a). *An open dialogue Indigenous health legislation: Summary report*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1656016750223/1656016765403>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2022b). *Mandate*. Government of Canada. <https://www.sac-isc.gc.ca/eng/1539284416739/1539284508506>

- Indigenous Services Canada (ISC). (2022c). *Agreements-in-principle reached on compensation and long-term reform of First Nations child and family services and Jordan's Principle*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/indigenous-services-canada/news/2022/01/agreements-in-principle-reached-on-compensation-and-long-term-reform-of-first-nations-child-and-family-services-and-jordans-principle.html>
- Indigenous Services Canada (ISC). (2022d). *Co-developing distinctions-based Indigenous health legislation*. Government of Canada.
- Interior Health. (2021). *AB0200 – Aboriginal cultural safety & humility*. Kelowna: Interior Health Authority.
- Interlake-Eastern Regional Health Authority (RHA). (2021). *Regional Indigenous health strategy – A beginning for future consultation and collaboration*. Interlake-Eastern RHA.
- Irwin, R. (1995). *Aboriginal self-government: The government of Canada's approach to implementation of the inherent right and the negotiation of Aboriginal self-government*. Ministry of Indian Affairs and Northern Development, Government of Canada.
- Jewell, E., & Mosby, I. (2021). *Calls to Action accountability: A 2021 status updated on reconciliation*. Yellowhead Institute.
- Jenkins, W. I. (1978). *Policy analysis: A political and organizational perspective*. M. Robertson Publishers.
- Kashechewan (Albany) First Nation. (2020). *Kashechewan (Albany) First Nation council resolution, 2020-18-0923*. Kashechewan (Albany) First Nation.
- Kelly, M. (2011). Toward a new era of policy: Health care service delivery to First Nations. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(1), 11.
- King, A. (2021). Partially paralyzed Indigenous man left in wheelchair he can't operate outside Toronto ER files complaint. *CBC News, Toronto*, June 30.
- King, H. (2019). *UNDRIP's fundamental flaw*. Open Canada. <https://opencanada.org/undrips-fundamental-flaw/>
- King, H. (2020). *Manufacturing free, prior, and informed consent: A brief history of Canada vs. UNDRIP*. Yellowhead Institute.
- Kyoon-Achan, G., Kinew, K. A., Phillips-Beck, W., Lavoie, J., & Katz, A. (2021). Collaborative and systems approach to transforming primary health care in Manitoba First Nations communities. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 191-207.
- Lalonde, C. (1974). *A new perspective on the health of Canadians: A working document*. Ministry of National Health and Welfare. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.692294/publication.html>
- Lavoie, J. (2018). Medicare and the care of First Nations, Métis and Inuit. *Health Economics, Policy, and Law*, 13, 280-298.
- Lavoie, J., Boulton, A. F., & Gervais, L. (2012). Regionalization as an opportunity for meaningful Indigenous participation in healthcare: Comparing Canada and New Zealand. *The International Indigenous Policy Journal*, 3(1), 2.
- Lavoie, J., Clark, W., Romanescu, R., Phillips-Beck, W., Star, L., & Dutton, R. (2020). Mapping Manitoba's health policy response to the outbreak. In A. Rounce & K. Levasseur (Eds.), *COVID-19 in Manitoba: Public policy responses to the first wave* (pp. 9-25). University of Manitoba Press.
- Lavoie, J., & Forget, E. (2011). Legislating identity: The legacy of the Indian Act in eroding access to care. *The Canadian Journal of Native Studies*, 31(1), 125-138.
- Lavoie, J., Forget, E., & Browne, A. (2010). Caught at the crossroad: First Nations, health care, and the legacy of the Indian Act. *Pimatisiwin: A journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 8(1), 83-100.
- Lavoie, J., Gervais, L., Toner, J., Bergeron, O., & Thomas, G. (2011). *Looking for Aboriginal health in legislation and policies, 1970 to 2008: The policy synthesis project*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Lavoie, J., Kaufert, J., Browne, A. J., & O'Neil, J. (2016a). Managing Matajoosh: Determinants of First Nations cancer care decisions. *BMC Health Services Research*, 16, 402.
- Lavoie, J., Kaufert, J., Browne, A. J., O'Neil, J. D., Sinclair, S., & Bluesky, K. (2015). Negotiating barriers, navigating the maze: First Nation people's experience of medical relocation. *Canadian Public Administration*, 58(2), 295-314.
- Lavoie, J., Kornelsen, D., Boyer, Y., & Wylie, L. (2016b). Lost in maps: Regionalization and Indigenous health services. *Healthcare Papers*, 16(1), 63-73.
- Lavoie, J., O'Neil, J., Sanderson, K., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J., Forget, E., Burton, R., Schmeichel, C., & McNeil, D. (2005). *The evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer Policy. Final report: Volume 1, Executive summary*. First Nations Inuit Health Branch: Health Canada.
- Lawford, K., & Giles, A. (2012). An analysis of the Evaluation Policy for pregnant First Nations women in Canada. *AlterNative: An International Journal of Indigenous Peoples*, 8(3), 329-342.
- Lightfoot, S. (2020). *Unfinished business: Implementation of the UN Declaration on the Rights of Indigenous Peoples in Canada*. Essay no. 3., Institute for Research on Public Policy. <https://centre.irpp.org/research-studies/unfinished-business-implementation-of-the-un-declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples-in-canada/#:~:text=It%20simply%20requires%20the%20province,and%20action%20plan%20are%20unclear.>

- Loppie, C., & Wien, F. (2022). *Understanding Indigenous health inequalities through a social determinants model*. National Collaborating Centre for Indigenous Health.
- Lux, M. (2018). Indian hospitals in Canada. *The Canadian Encyclopedia*. <https://www.thecanadianencyclopedia.ca/en/article/indian-hospitals-in-canada>
- MacIntosh, C. (2017). Indigenous mental health: Imagining a future where action follows obligations and promises. *Alberta Law Review*, 54(3), 589-610.
- Madawaska, Tobique, Woodstock, Kingsclear, St. Mary's, and Oromocto First Nations, Vitalité Health Network, & Horizon Health Network. (2021). *Wolastoqewi addiction and mental health services Memorandum of Understanding*. Province of New Brunswick.
- Mager, J. (2021). Indigenous rights and Canadian wrongs: British Columbia's Bill 41 and the United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples. *On Politics: Journal of the University of Victoria Undergraduates of Political Science*, 14(2), 12-20.
- Marchildon, G. (2019). *Assessing health system decentralization in Canada using decision space analysis*. Montreal: 4th International Conference on Public Policy.
- Marchildon, G. P., Lavoie, J. G., & Harrold, H. J. (2021). Typology of Indigenous health system governance in Canada. *Canadian Public Administration*, 64(4), 562-586.
- Mashford-Pringle, A. (2011). How'd we get here from there? American Indians and Aboriginal Peoples of Canada health policy. *Pimatisiwin: A journal of Aboriginal and Indigenous Community Health*, 9(1), 153-175.
- Mashford-Pringle, A. (2013). *Self-determination in health care: A multiple case study of four First Nations communities in Canada* [Doctoral Dissertation]. Dalla Lana School of Public Health, University of Toronto.
- McKnight, B. (1987). *Compressive Land Claims Policy*. Ministry of Indian Affairs and Northern Development, Government of Canada.
- McLennan, B., Green, G., Marchildon, G., Strand, D., & Zelmer, J. (2020). *Putting people first: The final report of the comprehensive review of Yukon's health and social programs and services*. Government of Yukon.
- Métis Nation of Saskatchewan., & Saskatchewan Health Authority. (2018). *Memorandum of understanding: Working toward a healthier population*. <https://metisnationsk.com/wp-content/uploads/2019/03/MOU-Saskatchewan-Health-Authority-2018.07.pdf>
- Miller, R. J. (2010). *Discovering Indigenous lands: The doctrine of discovery in the English colonies*. Oxford University Press.
- Ministry of Health and Long-Term Care. (2018). *Relationship with Indigenous communities' guideline*. Government of Ontario, Population and Public Health Division.
- Ministry of Health and Social Services. (2018). *Caring for our people: Cultural safety action plan 2018-2020*. Government of Northwest Territories.
- Narine, S. (2020). 'No one is safe until we are all safe,' says national chief on the roll-out of COVID-19 vaccines. *Windspeaker*, December 11.
- Nathanson, A. (2011). Legislating Jordan's Principle: An indirect success. *Manitoba Law Journal*, 34(3), 215-232.
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2019). *Same centre – new name!* [https://www.nccih.ca/595/NCCIH\\_in\\_the\\_News.nccih?id=445#:~:text=The%20National%20Collaborating%20Centre%20for%20Indigenous%20Health%20\(NCCIH\)&text=As%20of%20May%2030th%2C%202019,for%20Indigenous%20Health%20\(NCCIH\)](https://www.nccih.ca/595/NCCIH_in_the_News.nccih?id=445#:~:text=The%20National%20Collaborating%20Centre%20for%20Indigenous%20Health%20(NCCIH)&text=As%20of%20May%2030th%2C%202019,for%20Indigenous%20Health%20(NCCIH)).
- National Collaborating Centre for Indigenous Health (NCCIH). (2021). *Informed choice and consent in First Nations, Inuit and Métis women's health services*. [https://www.nccih.ca/495/Informed\\_Choice\\_and\\_Consent\\_in\\_First\\_Nations,\\_Inuit\\_and\\_M%C3%A9tis\\_Women%E2%80%99s\\_Health\\_Services.nccih?id=323](https://www.nccih.ca/495/Informed_Choice_and_Consent_in_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_Women%E2%80%99s_Health_Services.nccih?id=323)
- National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls (NIMMIWG). (2019). *Reclaiming power and place: The final report of the National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls*. Government of Canada.
- Nguyen, N. H., Subhan, F. B., Williams, K., & Chan, C. B. (2020). Barriers and mitigating strategies to healthcare access in Indigenous communities of Canada: A narrative review. *Healthcare*, 8(2), 112.
- Nishnawbe Aski Nation, Government of Canada, & Government of Ontario. (2017). *Charter of relationship principles: Governing health system transformation in the Nishnawbe Aski Nation territory*. Government of Canada. <https://www.canada.ca/en/health-canada/corporate/transparency/health-agreements/charter-nan.html>
- North West Local Health Integration Network (LHIN). (n.d.). *North West LHIN Indigenous health*. <http://www.northwestlhin.com/goalsandachievements/Indigenous-Health.aspx>
- Northern Health Region. (2017). *Indigenous health strategy*. Manitoba. [https://northernhealthregion.com/wp-content/uploads/2019/02/6015\\_Northern\\_Health\\_Region-Indigenous\\_Health\\_Strategy\\_-\\_Revised\\_June\\_14\\_2017\\_-\\_Approved.pdf](https://northernhealthregion.com/wp-content/uploads/2019/02/6015_Northern_Health_Region-Indigenous_Health_Strategy_-_Revised_June_14_2017_-_Approved.pdf)

- Northway House Cree Nation Centre of Excellence. (n.d.). *About NHCN Health Centre of Excellence: Project history*. <https://nhcnhealthcentre.ca/project-history/>
- Northwest Territories Health and Social Services Authority (NTHSSA). (n.d.). *About us*. <https://www.nthssa.ca/en/about-us>
- Northwest Territories Health and Social Services Authority (NTHSSA). (2018). *Medical and professional staff bylaws*. <https://www.nthssa.ca/en/medical-and-professional-staff-bylaws>
- Northwest Territories Health and Social Services Authority (NTHSSA). (2021). *Backgrounder: Métis Health Benefits Policy*. [https://www.gov.nt.ca/sites/flagship/files/documents/backgrounder\\_-\\_mhb\\_policy\\_en.pdf](https://www.gov.nt.ca/sites/flagship/files/documents/backgrounder_-_mhb_policy_en.pdf)
- Office of the Auditor General of Canada. (2015). *Access to health services for remote First Nations communities*. Government of Canada. [https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl\\_oag\\_201504\\_04\\_e\\_40350.html](https://www.oag-bvg.gc.ca/internet/English/parl_oag_201504_04_e_40350.html)
- O'Neil, J., Gallagher, J., Wylie, L., Bingham, B., Lavoie, J., Alcock, D., & Johnson, H. (2016). Transforming First Nations' health governance in British Columbia. *International Journal of Health Governance*, 21(4), 229-244.
- Ontario Ministry of Health. (1994). *New directions: Aboriginal health policy for Ontario*. Government of Ontario. <https://ofhc.org/wp-content/uploads/2020/03/Aboriginal-Health-Policy-for-Ontario-full-document.pdf>
- Ontario Ministry of Health. (2021). *Facts about Home and Community Care Support Services*. <https://www.health.gov.on.ca/en/common/system/services/lhin/facts.aspx>
- Opekokew, D. (1996). *The nature and status of the oral promises in relation to the written terms of the treaties*. Privy Council Office, Canada, Royal Commission on Aboriginal Peoples. <https://publications.gc.ca/site/eng/9.830032/publication.html>
- Palmer, K., Tepper, J., & Nolan, M. (2017). Indigenous health services often hampered by legislative confusion. *Healthy Debate*, September 21.
- Pan American Health Organization. (2019). *Just societies: Health equity and dignified lives. Report of the Commission of Pan American Health Organization on Equity and Health Inequalities in the Americas*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51571>
- Patterson, L. (2006). *Aboriginal roundtable to Kelowna Accord: Aboriginal policy negotiations, 2004-2005*. Library of Parliament, Government of Canada.
- Philpott, J. (2017). *Speech for the Honourable Jane Philpott, Minister of Indigenous Services - Partners in reconciliation: Recognizing and respecting Indigenous health*. Indigenous and Northern Affairs Canada.
- Prime Minister of Canada. (2015). *Statement by Prime Minister on release of the final report of the Truth and Reconciliation Commission*. Government of Canada. <https://pm.gc.ca/en/news/statements/2015/12/15/statement-prime-minister-release-final-report-truth-and-reconciliation>
- Provincial Health Services Authority (PHSA). (2022). *Patient safety culture policy*. Government of British Columbia.
- Provincial Health Services Authority (PHSA) & BC Emergency Health Services. (2021). *Board policy – Terms of reference: Cultural Safety and Humility Committee*. Government of British Columbia.
- Quiñonez, C., & Lavoie, J. (2009). Existing on a boundary: The delivery of socially uninsured health services to Aboriginal groups in Canada. *Humanity & Society*, 33, 35-55.
- Reid, J. (2010). The Doctrine of Discovery and Canadian law. *Canadian Journal of Native Studies*, 2(2010), 335-359.
- Robbins, J. A., & Dewar, J. (2011). Traditional Indigenous approaches to healing and the modern welfare of traditional knowledge, spirituality and lands: A critical reflection on practices and policies taken from the Canadian Indigenous example. *The International Indigenous Policy Journal*, 2(4), 2.
- Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP). (1996a). *Gathering strength. Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, Volume 3*. Government of Canada. <https://data2.archives.ca/e/e448/e011188230-03.pdf>
- Royal Commission on Aboriginal Peoples (RCAP). (1996b). *Restructuring the relationship. Report of the Royal Commission on Aboriginal Peoples, Volume 2*. Government of Canada. <https://data2.archives.ca/e/e448/e011188230-02.pdf>
- Rutty, C., & Sullivan, S. C. (2010). *This is public health: A Canadian history*. Canadian Public Health Association.
- Salomons, T. (2009). *Calder Case*. University of British Columbia: Indigenous Foundations. [https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/calder\\_case/#:~:text=Calder%20v.&text=Their%20appeal%20was%20a%20landmark,Supreme%20Court%20concluded%20was%20groundbreaking](https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/calder_case/#:~:text=Calder%20v.&text=Their%20appeal%20was%20a%20landmark,Supreme%20Court%20concluded%20was%20groundbreaking)
- Saskatchewan Health Authority (SHA). (n.d.). *Traditional Knowledge Keepers Advisory*. <https://www.saskhealthauthority.ca/your-health/conditions-diseases-services/indigenous-health/traditional-knowledge-keepers-advisory>
- Saskatchewan Health Authority (SHA). (2018). *Policy framework*. SHA.
- Saskatchewan Health Authority (SHA). (2019). *Saskatchewan Health Authority commitment to Truth and Reconciliation*. <https://www.saskhealthauthority.ca/sites/default/files/2021-06/TRC-commitment-statement-signed.pdf>

- Siksika Nation. (2021). *Siksika Nation – Alberta Health Relationship Agreement signing*. Siksika Health Services.
- Sinha, V., Sangster, M., Gerlach, A. J., Bennett, M., Lavoie, J. G. & Lach, L., Balfour, M., & Folster, S. (2022). *The implementation of Jordan's Principle in Manitoba: Final report*. Assembly of Manitoba Chiefs.
- Smith, E. (2022). New Mi'kmaw health authority receives nearly \$9M in federal funding. *CBC News, Nova Scotia*, January 24.
- Snuneymuxw First Nation. (2020). *Snuneymuxw First Nation Covid-19 by-law (2020-01)*. <https://www.snuneymuxw.ca/sites/default/files/news/Signed%20SFN%20Covid19%20Bylaw.pdf>
- Southern Chiefs Organization Inc., & Government of Canada. (2020). *Memorandum of understanding between: Southern Chiefs' Organization Inc. (SCO) and the Government of Canada (Canada)*. <https://scoinc.mb.ca/wp-content/uploads/2021/06/Health-Transformation-MOU-June-18-2020-wcag.pdf>
- Southwest LHIN. (n.d.). *Indigenous Health Committee*. Southwest LHIN.
- Tajikeimik. (n.d.). *Mi'kmaw health and wellness*. <https://mhwns.ca/>
- Treaty No. 6. between Her Majesty the Queen and the Plains and Wood Cree Indians and other tribes of Indians at Fort Carlton, Fort Pitt and Battle River.* (1876). Queen's Printer.
- Truth and Reconciliation Commission (TRC) of Canada. (2015). *Truth and Reconciliation Commission Reports*. McGill-Queen's University Press.
- Turpel-Laford, M. E. (2020). *In plain sight: Addressing Indigenous-specific racism and discrimination in B.C. health care*. Engage BC, Government of British Columbia.
- United Nations. (2007). *United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples*. <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples.html>
- Vancouver Coastal Caucus, Interim First Nations Health Authority, & Vancouver Coastal Health. (2012) *Vancouver Coastal partnership accord*. [https://www.fnha.ca/Documents/Vancouver\\_Coastal\\_Partnership\\_Accord.pdf](https://www.fnha.ca/Documents/Vancouver_Coastal_Partnership_Accord.pdf)
- Vancouver Island Regional Caucus, Island Health, & First Nations Health Authority. (2016) *Vancouver Island Partnership Accord*. <https://fnhc.ca/wp-content/uploads/2021/09/Vancouver-Island-Partnership-Accord-2016.pdf>
- Viens, J. (2019). *Public Inquiry Commission on relations between Indigenous Peoples and certain public services in Québec: Listening, reconciliation and progress. Final report*. Government of Québec.
- Wale, E., & Lavoie, J. (2015). Defined by 0.11%: Policies delimiting access to prescription drugs for First Nations people in British Columbia. *International Journal of Indigenous Health*, 10(2), 151-165.
- Walker, J., Harris, S., Thomas, J., Mae Phillips, M., & Stones, A. (2018). A national legacy framework for comprehensive and sustainable access to mental health services for Indigenous children and youth mental health in Canada. *The Canadian Journal of Native Studies*, 38(2), 145-164.
- Women and Gender Equality Canada. (2020). *Background – National Inquiry into Missing and Murdered Indigenous Women and Girls*. Government of Canada.
- Young, T. K. (1984). Indian Health Services in Canada: A sociohistorical perspective. *Social Science & Medicine*, 18(3), 257-264



# ANNEXE A. POLITIQUES, LOIS ET AUTRES DOCUMENTS SUR LA SANTÉ PERTINENTS POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Proclamation royale	1763	Reconnaît les Premières Nations comme États souverains pour la gestion de leurs propres affaires, à moins qu'il en soit négocié autrement dans des traités et avec l'approbation de la Couronne.
<i>Acte de l'Amérique du Nord britannique</i> , 1867, chap. 3.	1867	Le paragraphe 91(24) affirme la compétence fédérale pour les questions de statut des peuples des Premières Nations. Interprété plus tard dans des décisions de la Cour suprême du Canada en 1939 et en 2016 afin d'inclure les Inuits, les Métis et les Premières Nations non inscrites.
<i>Loi sur les Indiens</i> , L.R.C. 1985, chap. 1-5.	1876	Accorde au gouverneur en conseil le pouvoir de promulguer des règlements sur les soins de santé des Premières Nations et aux conseils de bande le pouvoir d'imposer des règlements en matière de santé dans la communauté.
Cour suprême du Canada (Comité du Conseil privé), 1939 S.C.R. 104, [1939].	1939	Interprète le paragraphe 91(24) de l' <i>Acte de l'Amérique du Nord britannique</i> (1867) (maintenant la <i>Loi constitutionnelle de 1867</i> ) afin d'y inclure les Inuits et d'élargir la responsabilité fiduciaire fédérale.
Politique sur la santé des Indiens	1979	Établit trois grands objectifs pour le gouvernement fédéral en vue d'améliorer la santé des Premières Nations : développement communautaire, raffermissement des relations et renforcement du système de santé du Canada en ce qui a trait à la santé des peuples autochtones.
<i>Loi constitutionnelle de 1982</i> , chap. 11.	1982	Adopte l'indépendance pleine et entière du Canada à l'égard de la Grande-Bretagne et enchâsse la <i>Charte canadienne des droits et libertés</i> et les droits des peuples autochtones à l'article 35 de la Loi; l'article 35 reconnaît et confirme les droits existants, ancestraux ou issus de traités, des peuples des Premières Nations, des Métis et des Inuits du Canada et reconnaît les Métis en tant que peuple autochtone pour la première fois dans une loi canadienne.
Politique de transfert de santé	1989	Programme de politique visant à bâtir la capacité communautaire et à transférer le contrôle de la gestion des soins de santé et leur planification aux communautés autochtones.
Accord de Kelowna	2005	Formule des recommandations de politiques visant à améliorer la prestation des services de santé pour les peuples autochtones et parfaire l'accès aux services, avec reconnaissance de divers déterminants de la santé.
Politique sur le transport pour raison médicale	2005	Cadre de travail pour le financement des frais de voyages engagés pour recevoir des soins de santé à l'extérieur de sa communauté de résidence.

Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Politique concernant les voyages pour obtenir les services d'un guérisseur traditionnel	2005	Cadre de travail pour le financement des frais de voyages engagés pour recevoir les soins de guérisseurs traditionnels à l'extérieur de sa communauté de résidence.
Principe de Jordan	2007	Principe de l'enfant d'abord visant à s'assurer que les enfants des Premières Nations reçoivent des soins en fonction de leurs besoins, avant de résoudre tout différend de compétences relatives au financement de ces soins.
<i>Loi de mise en œuvre de l'Accord de Kelowna</i> , LC 2008, chap. 23	2008	Loi visant l'application de l'Accord de Kelowna, dans le cadre d'un engagement de 10 ans.
Cadre de travail sur les prestations dentaires	2014	Cadre de travail assurant un encadrement et une orientation pour l'administration de prestations pour soins dentaires dans le cadre du programme de services de santé non assurés.
Commission de vérité et réconciliation du Canada	2015	Les appels à l'action n <sup>os</sup> 18 à 24 formulent des recommandations politiques pour améliorer l'accès à des soins appropriés et adaptés sur le plan culturel, notamment à l'endroit des professionnels de la santé et des établissements de soins.
Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA)	2016	Signature de la DNUDPA par le Canada; un instrument international pour les droits de la personne et un cadre de travail pour comprendre les normes minimales de survie, de dignité et de bien-être des peuples autochtones. Les articles 21.1, 23, 24.1, 24.2 et 29.3 sont pertinents pour les aspects entourant la santé des Autochtones.
<i>Daniels c. Canada</i> (Affaires indiennes et du Nord canadien), 2016 C.S.C. 12, [2016] 1 R.C.S. 99.	2016	Interprète le paragraphe 91(24) de la <i>Loi constitutionnelle de 1867</i> afin d'y inclure les Métis et les Premières Nations non inscrites et d'élargir la responsabilité fiduciaire du gouvernement fédéral.
Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées	2019	Les appels à la justice n <sup>os</sup> 3.1 à 3.7, 7.1 à 7.9, 16.7 à 16.10, 17.4, 17.8, 17.23 et 18.26 à 18.31 formulent des recommandations de politiques pour améliorer l'accès à des soins appropriés et offrant une sécurité culturelle, y compris des recommandations fondées sur les distinctions à l'intention des professionnels de la santé et des institutions.
<i>Loi sur le ministère des Services aux Autochtones</i> , L.C. 2019, chap. 29, art. 336.	2019	Établit le ministère fédéral responsable des soins de santé aux Autochtones, de la planification des politiques visant les soins de santé et de leur mise en œuvre.
<i>Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones</i> , L.C. 2021, chap. 14.	2021	Facilite l'intégration de la DNUDPA dans toutes les lois du Canada et veillent à ce qu'elles soient conformes à la Déclaration.
Dispositions législatives sur la santé des Autochtones fondées sur les distinctions fournitures médicales	<i>En cours d'élaboration</i>	Politique visant à améliorer l'accès à des services de santé de grande qualité, pertinents et sécuritaires sur le plan culturel, exempts de racisme anti-autochtone. En cours d'élaboration conjointe avec les organisations autochtones nationales et régionales, les gouvernements provinciaux, territoriaux et les gouvernements autochtones autonomes, les professionnels de la santé et d'autres détenteurs du savoir, et le public, grâce à une série d'événements participatifs.

# ANNEXE B. TRAITÉS MODERNES ET ACCORDS SUR L'AUTONOMIE GOUVERNEMENTALE, ET LEUR PERTINENCE POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES<sup>23</sup>

Accord	Année	Signataires	Pertinence pour la santé des Autochtones
Convention de la Baie James et du Nord québécois	1975	Cris de la Baie James, Inuits du Nunavik, gouvernements du Québec et du Canada	Jette les bases de la création du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James, qui agit comme fournisseur de soins pour les personnes résidant sur le territoire du traité.
Convention du Nord-Est québécois	1978	Nation naskapie et gouvernements du Québec et du Canada	Établit la compétence de la nation naskapie pour la prestation et l'administration des services de santé, en partenariat avec le système de santé provincial au Québec; a permis la mise sur pied d'un comité consultatif provisoire des services de santé et des services sociaux assurant la surveillance des soins de santé sur le territoire du traité.
Convention définitive des Inuvialuit/ Revendication de l'Arctique de l'Ouest	1984	Inuvialuit et gouvernements du Yukon, des Territoires du Nord-Ouest et du Canada	Établit l'Inuvialuit Regional Corporation (société régionale inuvialuit) et avec elle, la direction de la santé et du bien-être. Les programmes et les services sont offerts par cette direction dans le cadre d'ententes de contribution signées entre les gouvernements fédéral et territorial et l'Inuit Tapiriit Kanatami. La convention définitive établit aussi le programme de développement social, conçu pour conseiller le gouvernement territorial sur les questions et les programmes de santé tels que les soins dentaires et la nutrition.
Loi sur l'autonomie gouvernementale de la bande indienne sechelte	1986	Première nation des Sechelts et gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada	Établit la compétence de la Première Nation des Sechelt pour l'application des lois relatives aux services de santé sur les terres des Sechelt.

<sup>23</sup> D'autres traités modernes et accords sur l'autonomie gouvernementale ont été signés, mais se situent hors du rayon d'action des services et de la prestation des soins de santé et n'ont donc pas été inclus dans le présent rapport. C'est le cas, par exemple, de l'Entente sur l'éducation des Mi'kmaq (1998) et de l'Entente sur l'éducation de la Nation Anishinabek (2017).

Accord	Année	Signataires	Pertinence pour la santé des Autochtones
Entente de revendication territoriale globale des Gwich'in	1992	Conseil tribal des Gwich'in et gouvernements du Canada et des Territoires du Nord-Ouest	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé. La prestation de services de santé doit toutefois être négociée dans le cadre d'accords distincts sur l'autonomie gouvernementale.
Loi concernant l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut	1993	Inuits de la région du Nunavut (représentés par la Tunngavik Federation of Nunavut) et gouvernement du Canada	Établit le territoire du Nunavut et avec lui, la responsabilité et le contrôle de l'administration et de la prestation des soins et des services de santé.
Entente définitive des Premières Nations de Champagne et Aishihik	1993	Premières Nations de Champagne et Aishihik et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.
Entente définitive de la Première Nation des Nacho Nyak Dun	1993	Première Nation des Nacho Nyak Dun et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.
Entente définitive du Conseil des Teslin de Tlingit	1993	Conseil des Teslin de Tlingit et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.

Accord	Année	Signataires	Pertinence pour la santé des Autochtones
Entente définitive de la Première Nation des Gwitchin Vuntut	1993	Première Nation des Gwitchin Vuntut et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.
Entente de revendication territoriale globale des Dénés et Métis du Sahtu	1994	Conseil tribal du Sahtu (représentant les Dénés de Colville Lake, Déline, Fort Good Hope et Fort Norman, et les Métis de Fort Good Hope, Fort Norman et Norman Wells dans la région du Sahtu de la vallée du Mackenzie) et gouvernement du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé. La prestation de services de santé doit toutefois être négociée dans le cadre d'accords distincts sur l'autonomie gouvernementale.
Entente définitive de la Première Nation de Little Salmon/Carmacks	1997	Première Nation de Little Salmon/Carmack et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.
Entente définitive de la Première Nation de Selkirk	1997	Première Nation de Selkirk et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.

Accord	Année	Signataires	Pertinence pour la santé des Autochtones
Entente définitive de la Première Nation de Tr'ondëk Hwëch'in	1998	Première Nation de Tr'ondëk Hwëch'in et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.
Entente définitive des Nisga'as	2000	Nation des Nisga'as et gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada	Accorde au gouvernement niska'a lisims le pouvoir de promulguer des lois en matière de santé afin de disposer des bases nécessaires à la mise sur pied de la Nisga'a Valley Health Authority, une régie de la santé responsable de la prestation et de l'administration des programmes et des services de santé. Accorde aussi au gouvernement niska'a lisims le pouvoir d'autoriser ou d'octroyer des permis aux guérisseurs autochtones exerçant sur les terres des Nisga'as; limite toutefois le pouvoir de réglementer les produits ou les substances déjà réglementés par des lois fédérales ou provinciales.
<i>Alberta Metis Settlements Act</i> (loi sur les établissements métis), R.S.A. 2000, chap. M-14.	2000	Gouvernement de l'Alberta et Metis Settlements General Council représentant les établissements métis de Buffalo Lake, East Prairie, Elizabeth, Fishing Lake, Gift Lake, Kikino, Paddle Prairie et Peavine	Établit huit établissements métis en Alberta afin de créer une assise territoriale qui «permettra la conservation et l'amélioration de la culture et de l'identité métisses et permettra aux Métis d'atteindre l'autonomie gouvernementale en vertu des lois de l'Alberta» (s. 0.1(a)). Les établissements ont le pouvoir de promulguer leurs propres règlements en matière de santé, de sécurité et de bien-être de leurs résidents et en matière de santé publique.
Entente définitive du Conseil des Ta'an Kwach'an	2002	Conseil des Ta'an Kwach'an et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.

Accord	Année	Signataires	Pertinence pour la santé des Autochtones
Première Nation de Kluane – Entente définitive	2003	Première Nation de Kluane et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.
Accord sur les revendications territoriales et Accord sur l'autonomie gouvernementale des Tłı̨chǫ	2003	Nation Tłı̨chǫ et gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Canada	Stipule que le gouvernement territorial et le Conseil des Dogrib signataires du Traité n° 11 doivent négocier un accord relatif à la gestion, à l'administration et à la prestation de programmes de santé sur le territoire des Tłı̨chǫ de manière à respecter et à promouvoir la langue des Tłı̨chǫ, leur culture et leur mode de vie; définit les bases nécessaires à l'établissement ultérieur de la Tłı̨chǫ Community Services Agency (régie des services des Tłı̨chǫ) et de sa direction de la santé et des services sociaux au sein du gouvernement Tłı̨chǫ.
Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador	2005	Inuits du Labrador et gouvernements de Terre-Neuve-et-Labrador et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la mise sur pied du gouvernement du Nunatsiavut et de son ministère de la Santé et du Développement social, lequel est responsable de la gestion de la santé et de la prestation des soins.
Entente définitive de la Première Nation de Carcross/Tagish	2005	Première Nation de Carcross/ Tagish et gouvernements du Yukon et du Canada	Accorde à la Première Nation de Carcross/Tagish le pouvoir de promulguer des lois sur la prestation de soins de santé; exclut toutefois l'octroi de permis et la réglementation des services offerts hors des terres d'établissement octroyées par l'entente.
Entente définitive de la Première Nation de Kwanlin Dün	2005	Première Nation de Kwanlin Dün et gouvernements du Yukon et du Canada	Fournit les bases nécessaires à la création de sociétés pouvant mettre sur pied, financer ou administrer des programmes ou des initiatives en matière de santé ou de soins de santé; permet aussi de négocier la délégation de pouvoirs afin de diviser et partager la responsabilité de conception, de prestation et d'administration des programmes liés à la santé et aux services sociaux. L'entente précise aussi que les signataires peuvent négocier une représentation garantie au sein des commissions gouvernementales, conseils, conseils d'administration ou comités territoriaux afin de contribuer à des questions liées aux soins de santé.
Accord sur l'autonomie gouvernementale de la Première Nation de Westbank	2005	Première Nation de Westbank et gouvernement du Canada	Établit le pouvoir de la Première Nation de Westbank en matière de réglementation des pratiques médicinales traditionnelles Okanagan et des personnes qui utilisent ces pratiques sur les terres des Westbank; limite toutefois le pouvoir de réglementer les produits ou les substances déjà réglementés par des lois fédérales ou provinciales ou d'octroyer des permis d'exercice à certaines catégories de professionnels pour les mêmes raisons. En vertu de cet accord, la Première Nation de Westbank peut aussi conclure des ententes séparées avec d'autres gouvernements ou organismes afin de négocier la prestation de services de santé ou l'application de normes provinciales ou autres en matière de santé sur les terres des Westbank.

Accord	Année	Signataires	Pertinence pour la santé des Autochtones
Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Nunavik	2007	Inuits du Nunavik et gouvernement du Canada	Renforce l'autorité des Inuits du Nunavik sur les institutions créées dans le cadre de la Convention de la Baie James et du Nord québécois et établit le gouvernement régional du Nunavik. L'Accord ne comprend pas de dispositions particulières concernant la santé ou les soins de santé.
Entente définitive de la Première Nation de Tsawwassen	2007	Première Nation de Tsawwassen et gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada	Établit le pouvoir de la Première Nation de Tsawwassen d'autoriser ou d'octroyer des permis aux guérisseurs autochtones exerçant sur le territoire des Tsawwassen; l'entente limite toute-fois le pouvoir de réglementer les professionnels de la santé ou de la médecine, ainsi que les produits ou les substances déjà réglementés par des lois fédérales ou provinciales. Accorde à la Première Nation Tsawwassen le pouvoir de promulguer des lois relatives aux services de santé et de santé publique offerts par des établissements ou sur les territoires des Tsawwassen; établit les signataires pouvant négocier des ententes séparées pour l'administration de programmes ou de services de santé fédéraux ou provinciaux offerts par un établissement tsawwassen sur les territoires des Tsawwassen.
Entente définitive des Premières Nations de Maanulth	2009	Premières Nations de Maanulth : Première Nation Huuayaht, Première Nation Ka:'yu:'k't'h'/Che:k'tles7et'h', Nation Toquaht, tribu des Uchucklesaht, Première Nation des Ucluelet et gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada	Accorde à chaque gouvernement de la Première Nation de Maanulth le pouvoir de promulguer des lois relatives aux services de santé offerts sur leur assise territoriale respective.
Accord sur les revendications territoriales de la Région marine d'Eeyou	2012	Cris d'Eeyou Istchee et gouvernement du Canada	L'Accord ne contient pas de dispositions particulières en matière de santé ou de soins de santé. Les dispositions en matière d'administration et de prestation des soins de santé pourraient être interprétées en fonction de la Convention de la Baie James et du Nord québécois et s'appliquer aux bénéficiaires de cette convention.
Accord sur l'autonomie gouvernementale de la nation dakota de Sioux Valley	2014	Nation dakota de Sioux Valley et gouvernement du Canada	Établit la compétence de la nation dakota de Sioux Valley sur les questions de santé publique et la prestation de services de santé. Les lois promulguées en vertu de cette compétence doit respecter les principes et les critères de programme établis en vertu de la <i>Loi canadienne sur la santé</i> . La nation Dakota de Sioux Valley peut aussi promulguer des lois visant à réglementer la médecine traditionnelle et les personnes qui la pratiquent.

Accord	Année	Signataires	Pertinence pour la santé des Autochtones
Entente définitive de la nation des Tla'amin	2014	Nation des Tla'amin et gouvernements de la Colombie-Britannique et du Canada	Établit le pouvoir de la nation des Tla'amin d'autoriser ou d'octroyer des permis aux guérisseurs autochtones exerçant sur les terres des Tla'amin; l'entente limite toutefois le pouvoir de réglementer les professionnels de la santé ou de la médecine déjà réglementés par des lois fédérales ou provinciales. Accorde à la nation Tla'amin le pouvoir de promulguer des lois relatives aux services de santé et de santé publique offerts par des établissements sur les territoires des Tla'amin; limite toutefois le pouvoir de réglementer les services de santé offerts par des établissements ou des organismes de santé provinciaux. Les signataires peuvent négocier une entente séparée relativement à la prestation et à l'administration de services de santé fédéraux et provinciaux autres que ceux offerts par un établissement des Tla'amin.
Accord sur l'autonomie gouvernementale de Délı̨ne entre les Dénés et Métis du Sahtu	2016	Déné et Métis du Sahtu de Délı̨ne et gouvernements des Territoires du Nord-Ouest et du Canada	Établit la compétence du gouvernement Got'ı̨ne de Délı̨ne relativement à la réglementation des services de guérison traditionnelle; limite toute-fois le pouvoir de réglementer les produits ou les substances réglementés, ainsi que les pratiques et les professionnels de la santé déjà réglementés par des lois fédérales ou provinciales. Les signataires peuvent négocier une entente séparée relativement à l'administration et la prestation de programmes et de services de santé territoriaux ou fédéraux dans le district de Délı̨ne. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest doit consulter le gouvernement Got'ı̨ne de Délı̨ne pour toute proposition de création ou de restructuration d'une autorité sanitaire dans le district de Délı̨ne. De plus, les signataires et leurs gouvernements respectifs doivent maintenir une relation intergouvernementale afin de partager en permanence l'information pertinente pour la prestation de programmes de santé dans le district de Délı̨ne et doivent se réunir deux fois par année afin de discuter des points suivants : a) prestation des programmes de santé dans le district de Délı̨ne, b) priorités en matière de soins de santé et c) toute entente intervenue concernant d'autres sections de l'accord.
Entente sur la gouvernance de la Nation crie	2017	Cris d'Eeyou Istchee et gouvernement du Canada	Établit la compétence et protège l'autonomie gouvernementale des Cris d'Eeyou Istchee sur les terres relevant déjà des compétences du gouvernement fédéral dans la Convention de la Baie James et du Nord québécois. Accorde aux Cris d'Eeyou Istchee le pouvoir de promulguer des lois sur des questions relevant de la gouvernance régionale. L'entente ne contient pas de dispositions en matière de santé ou de soins de santé.
Entente de reconnaissance et de mise en œuvre de l'autonomie gouvernementale des Métis du Manitoba	2021	Manitoba Metis Federation Inc. et gouvernement du Canada	Confirme la reconnaissance des Métis du Manitoba par le gouvernement fédéral et le soutien qu'il leur accorde dans l'exercice de leurs droits inhérents à l'autodétermination et à l'autonomie gouvernementale par le biais de la Manitoba Metis Federation Inc. L'entente ne contient pas de dispositions en matière de santé ou de soins de santé.

# ANNEXE C. POLITIQUES ET LOIS PROVINCIALES ET TERRITORIALES ET LEUR PERTINENCE POUR LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Colombie-Britannique	<i>Medicare Protection Act</i> (loi sur l'assurance maladie), R.S.B.C. 1996, chap. 286.	1996	Explique en quoi consiste le régime d'assurance maladie de la Colombie-Britannique. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	<i>Tobacco and Vapour Products Control Act</i> (loi sur le contrôle du tabac et des produits de vapotage), R.S.B.C. 1996, chap. 451.	1996	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.
	<i>Public Health Act</i> (loi sur la santé publique), S.B.C. 2008, chap. 28.	2008	Livre des directives à l'intention de la province sur les questions de santé publique. L'alinéa 3(2)(a) stipule que le ministre peut élaborer un plan en matière de santé pour définir les besoins de groupes particuliers et y répondre, et mentionne précisément les peuples autochtones.
	<i>Health Professions Act</i> , Midwives Regulation (loi sur les professions de la santé, règlement sur les sages-femmes) (règl. de la C.-B. 281, 2008)	2008	Confirme que les sages-femmes autochtones peuvent inscrire leur pratique auprès du College of Nurses and Midwives de la Colombie-Britannique. Exempte les sages-femmes autochtones exerçant sur les réserves des Premières Nations des règlements provinciaux et des limites qu'ils imposent.
	Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations	2011	Établit la Régie de la santé des Premières Nations, un modèle de gouvernance autochtone en matière de santé responsable de la planification et de la prestation des soins aux peuples des Premières Nations de toute la Colombie-Britannique.
	Déclaration d'engagement	2015	Confirme l'engagement de la Provincial Health Services Authority (régie provinciale des services de santé) et des autorités régionales de la santé de la Colombie-Britannique à intégrer l'humilité et la sécurité culturelles dans leurs organisations et dans leurs pratiques de prestation de soins.
	<i>Declaration on the Rights of Indigenous Peoples Act</i> (loi sur la Déclaration des droits des peuples autochtones), S.B.C. 2019, chap. 44.	2019	Amorce la mise en œuvre complète de la DNUDPA en Colombie-Britannique en veillant à ce que toutes les lois de la province soient conformes aux articles de la DNUDPA.
	Politique du conseil – Mandat : Cultural Safety and Humility Committee (comité de l'humilité et de la sécurité culturelles)	2021	Confirme que le Cultural Safety and Humility Committee a comme mandat de veiller à l'élaboration de politiques et à la prestation de services de santé respectant les principes et les pratiques de sécurité culturelle autochtone, et ce, dans toute la province.
	Patient Safety Culture Policy (politique sur la sécurité culturelle des patients)	2022	Établit l'engagement de la Provincial Health Services Authority à intégrer la sécurité culturelle dans toutes ses politiques et procédures à titre de mesure pour lutter contre le racisme systémique et améliorer l'équité en matière de santé pour les peuples autochtones.
British Columbia Cultural Safety and Humility Standard (norme en matière d'humilité et de sécurité culturelles)	2022	Ressource politique visant à aider les organismes et les systèmes de santé à élaborer, mettre en œuvre et évaluer des stratégies pour combattre le racisme anti-autochtone et créer un environnement sécuritaire sur le plan culturel.	

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Alberta	<i>Alberta Public Health Act</i> (loi sur la santé publique de l'Alberta) R.S.A. 2000, chap. P-37.	2000	Livre des directives pour la province en matière de santé publique. Confirme que les établissements métis sont des municipalités incluses dans la Loi et ses dispositions.
	<i>Prevention of Youth Tobacco Use Act</i> (loi sur la prévention de l'usage du tabac chez les jeunes), R.S.A. 2000, chap. P-22.	2000	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones par des personnes de moins de 18 ans.
	<i>Regional Health Authorities Act</i> (loi sur les régies régionales de santé) (2000), R.S.A. 2000, chap. R-10.	2000	Établit le système de santé centralisé provincial. Confirme que les établissements métis sont des municipalités incluses dans la loi et ses dispositions.
	<i>Health Professions Act</i> (loi sur les professions de la santé, règlement sur la profession de travailleur social) (règl. de l'AB 82/2003)	2003	Exempte les pratiques autochtones des activités limitées en vertu de la loi, en stipulant que « les membres réglementés peuvent offrir des interventions psychosociales en ayant recours à des pratiques autochtones traditionnelles s'ils ont reçu la formation et des directives pour l'utilisation d'approches autochtones traditionnelles et que cette personne est reconnue par une communauté autochtone ». (s. 12).
	<i>Tobacco, Smoking and Vaping Reduction Act</i> (loi sur la réduction du tabac, du tabagisme et du vapotage), S.A. 2005, chap. T-3.8.	2005	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.
	<i>Alberta Health Act</i> (loi sur la santé de l'Alberta), S.A. 2010, chap. A-19.5.	2010	Explique en quoi consiste le régime d'assurance maladie de l'Alberta. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
Saskatchewan	<i>Public Health Act</i> (loi sur la santé publique), S.S. 1994, chap. P-37.1.	1994	Fournit des lignes directrices à la province sur les questions de santé publique. L'article 4 stipule ce qui suit : « aux fins de l'application de cette Loi conformément à l'intention du législateur, le ministre peut conclure des accords avec... le gouvernement du Canada ou... une bande indienne ou toute autre personne », ce qui établit que les bandes des Premières Nations ne sont pas visées par la loi et ses règlements.
	<i>Tobacco and Vapour Products Control Act</i> (loi sur le contrôle des produits du tabac et du vapotage) S.S. 2001, chap. T-14.1	2001	Exclut les cérémonies et les activités culturelles ou spirituelles autochtones de la loi et de ses règlements.
	<i>Tobacco Control Amendment Act</i> (loi modifiant le contrôle du tabac), S.S. 2010, chap. 34	2010	Exclut les cérémonies et les activités culturelles ou spirituelles autochtones de la loi et de ses règlements.
	<i>Provincial Health Authority Act</i> (loi sur la régie provinciale de la santé), S.S. 2017, chap. P-30.3	2017	Établit le système de santé centralisé provincial. L'alinéa 4-3(2)(h) précise ce qui suit : « la Provincial Health Authority peut, aux fins d'exercer ses responsabilités en vertu de la présente loi... conclure des ententes avec le gouvernement du Canada ou... des bandes autochtones », ce qui établit que les bandes des Premières Nations ne sont pas visées par la loi et ses règlements.
	Saskatchewan Health Authority Policy Framework (cadre stratégique de la régie provinciale de la santé de la Saskatchewan)	2018	Établit la nécessité de représentants en santé des Autochtones pour fournir de l'information et conseiller dans le cadre de l'élaboration de politiques dans le système de santé afin que la démarche soit respectueuse et adaptée sur le plan culturel.
Saskatchewan Health Authority Commitment to Truth and Reconciliation (engagement de la régie provinciale de la santé de la Saskatchewan pour la vérité et la réconciliation)	2019	Établit l'engagement de la Saskatchewan Health Authority à mettre en œuvre les appels à l'action de la CVR en ce qui concerne la santé et les soins de santé et à devenir un organisme sensible sur le plan culturel.	

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Manitoba	Smoking and Vapour Products Control Act (loi sur le tabac et les produits de vapotage), C.P.L.M. 1990, chap. S150.	1990	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.
	Loi sur les offices régionaux de la santé, C.P.L.M. 1996, chap. R34.	1996	Établit le système provincial de santé. Stipule : «pour l'application de la présente loi et de ses règlements, le ministre peut conclure des accords avec... une bande indienne, avec l'approbation du lieutenant-gouverneur en conseil» (s. 5(1)(c)), et établit que les bandes des Premières Nations sont en dehors de la loi et de ses règlements.  Établit que les offices régionaux doivent consulter les bandes indiennes lors de l'élaboration de leur plan sanitaire régional si l'office régional «l'Estime indiqué» (s. 24(2)).
	Loi sur les sages-femmes, C.P.L.M. 1997, chap. M125	1997	Reconnaît et respecte les soins prodigués par les sages-femmes autochtones en précisant que le Conseil doit créer « un comité permanent chargé de conseiller l'Ordre sur les questions touchant la prestation de soins aux femmes autochtones par les sages-femmes» (s. 8(5)(b)).
	Loi sur la santé publique, C.P.L.M. 2006, chap. P210.	2006	Fournit des lignes directrices à la province relativement aux questions de santé publique. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	Loi sur les professions de la santé réglementées, S.M. 2009, chap. 15.	2009	Exempte les guérisseurs autochtones de certaines activités soumises à des restrictions tel que précisé dans la Loi, en précisant que cette exemption touche « le traitement d'un autochtone ou d'un membre d'une collectivité autochtone, en conformité avec les traitements traditionnels que donne un guérisseur autochtone». (s. 5(3)(f)).
	Projet de loi 10, Loi modifiant la Loi sur les offices régionaux de la santé, 4 <sup>e</sup> session, 41 <sup>e</sup> législature du Manitoba, 2019.	2019	Amorce la réforme et établit le système de santé centralisé provincial. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Ontario	<i>Loi sur le ministère de la Santé et des Soins de longue durée</i> , L.R.O. 1990, chap. M.26	1990	Dans l'application de la Loi, précise que le ministre peut « conclure des ententes avec des organismes autochtones relativement à la fourniture de services de soins à domicile et en milieu communautaire aux communautés autochtones » (s. 6(1)(4.1)), ce qui a pour effet d'exclure les communautés de cette loi.  Précise que les conseils des services de santé aux Autochtones sont chargés de conseiller le ministre sur les questions en matière de santé et de prestation de services qui concernent les Autochtones (s. 8.1(1)).
	<i>Loi sur la protection et la promotion de la santé</i> , L.R.O. 1990, chap. H.7	1990	Contient des lignes directrices pour la province en matière de santé publique. Précise qu'un conseil sanitaire peut conclure une entente avec un conseil de bande d'une Première Nation en vertu de laquelle le conseil de santé offrira des programmes et des services de santé aux membres de la bande; de ce fait, les responsabilités à l'égard des communautés de Premières Nations ne sont donc pas visées par la Loi.
	<i>Loi de 1991 sur les professions de santé réglementées</i> , L.O. 1991, chap. 18	1991	Exempte des dispositions de la Loi les guérisseurs autochtones offrant des services traditionnels ainsi que les sages-femmes autochtones offrant des services traditionnels de sage-femme à des personnes autochtones ou à des membres d'une communauté autochtone. Toutefois, si un guérisseur ou une sage-femme autochtone est membre d'un ordre d'une profession de la santé, sa pratique sera soumise à la compétence de cet ordre (section 35).
	<i>Loi de 1991 sur les sages-femmes</i> , L.O. 1991, chap. 31.	1991	Établit une « exception dans le cas des sages-femmes autochtones » au titre réservé de sage-femme en Ontario en précisant que « tout autochtone offrant des services traditionnels de sage-femme peut... employer le titre de "sage-femme autochtone", une variation ou une abréviation, ou un équivalent dans une autre langue; et... [peut] se présenter comme une personne ayant qualité pour exercer en Ontario à titre de sage-femme autochtone » (s. 8(3)(a)(b)).
	Politique de santé applicable aux Autochtones	1994	Vise à améliorer la santé des Autochtones en Ontario en augmentant la participation de la communauté dans la planification, la conception, la mise en œuvre et l'évaluation des programmes et des services de santé; a mené à la création des Centres d'accès aux services de santé pour les Autochtones.
	<i>Loi de 2004 sur l'engagement d'assurer l'avenir de l'assurance-santé</i> , L.O. 2004, chap. 5.	2004	Explique le fonctionnement du régime d'assurance maladie de l'Ontario. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	<i>Loi de 2006 sur l'intégration du système de santé local</i> , L.O. 2006, chap. 4.	2006	Établit les responsabilités des Réseaux locaux d'intégration des services de santé (RLISS) de recueillir et mesurer les données sur la santé pertinentes pour les questions de santé des Autochtones et précise que chaque RLISS doit « inclure dans le rapport annuel... des données se rapportant expressément aux questions de santé autochtones dont le réseau local d'intégration des services de santé [RLISS] a traité » (s. 13.1(3)(a)).
	<i>Loi de 2017 favorisant un Ontario sans fumée</i> , L.O. 2017, chap. 26, art. 3.	2017	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.
	<i>Loi de 2019 pour des soins interconnectés</i> , L.O. 2019, chap. 5, art. 1.	2019	Établit le système de santé centralisé provincial. Précise que l'autorité provinciale de santé doit interagir avec les communautés autochtones afin de créer des entités autochtones de planification de la santé et travailler ensuite « d'une manière qui reconnaît le rôle des peuples autochtones dans la planification et la prestation de services de santé au sein de leurs collectivités » (s. 44(2)(a)).

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Québec	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux</i> , L.R.Q. 1991, chap. S-4.2	1991	Explique en quoi consiste le système de santé du Québec. Respecte l'autonomie du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (créé en vertu de la Convention de la Baie James et du Nord québécois) en tant qu'entité distincte non visée par la Loi.  Établit la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik afin de respecter l'autonomie de l'administration régionale Kativik à l'égard de la santé et des services sociaux. Les dispositions de la Loi continuent de s'appliquer à la Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik; elles sont toutefois sujettes aux « dispositions particulières édictées par celle-ci [la Loi] » (s. 530.2).
	<i>Loi sur les services de santé et les services sociaux pour les Autochtones cris</i> , L.R.Q. 1991, chap. S-5	1991	Établit le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (créée dans le cadre de la Convention de la Baie James et du Nord québécois).
	<i>Loi sur les sages-femmes</i> , L.R.Q. 1999, chap. S-0.1.	1999	N'exclut pas les sages-femmes autochtones de la Loi, mais permet plutôt aux communautés autochtones de conclure des ententes avec le gouvernement provincial afin de réglementer la pratique des sages-femmes, particulièrement en ce qui a trait aux services offerts dans leur communauté.
	<i>Loi sur la santé publique</i> , L.R.Q. 2001, chap. S-2.2	2001	Fournit des lignes directrices à la province sur les questions de santé publique. Stipule que le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James peut intervenir lors de crises de santé publique.
	<i>Loi modifiant l'organisation et la gouvernance du réseau de la santé des services sociaux notamment par l'abolition des agences régionales</i> , L.Q. 2015, chap. O-7.2.	2015	Établit le système de santé centralisé provincial. Respecte l'autonomie du Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James (créé en vertu de la Convention de la Baie James et du Nord québécois) en tant qu'entité distincte non visée par la Loi.
Nouveau-Brunswick	<i>Loi sur la santé publique</i> , L.N-B 1998, chap. P-22.4	1998	Fournit des lignes directrices à la province sur les questions de santé publique. Précise que le ministre peut conclure des ententes avec les conseils de bande de Premières Nations en vertu de cette Loi, qui établit que les communautés des Premières Nations sont des entités distinctes non visées par la Loi.
	<i>Loi sur les endroits sans fumée</i> , L.R.N-B 2011, chap. 222.	2011	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.
	<i>Loi sur les régies régionales de la santé</i> , L.R.N-B 2011, chap. 217.	2011	Établit deux régies régionales de la santé pour la province. Précise qu'il doit y avoir une représentation autochtone dans le cadre des nominations au conseil d'administration d'une régie régionale de la santé.  Précise que le ministre peut conclure des ententes avec les conseils de bande de Premières Nations en vertu de cette Loi, qui établit que les communautés des Premières Nations sont des entités distinctes non visées par la Loi.

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Nouvelle-Écosse	<i>Smoke-Free Places Act</i> (loi sur les endroits sans fumée), S.N.S. 2002, chap. 12.	2002	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.
	<i>Health Protection Act</i> (loi sur la protection de la santé) S.N.S. 2004, chap. 4.	2004	Fournit des lignes directrices à la province sur les questions de santé publique. Précise que le ministre peut conclure des ententes avec les conseils de bande de Premières Nations en cas de crise sanitaire, afin d'y réagir et d'adopter des mesures, établissant par conséquent que la responsabilité à l'égard des communautés des Premières Nations n'est pas visée par la Loi.
	<i>Health Authorities Act</i> (loi sur les régies de la santé), S.N.S. 2014, chap. 32.	2014	Établit le système de santé centralisé provincial. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>  Les règlements de la Loi stipulent que les community health boards (conseils de santé communautaires) doivent comporter une représentation culturelle qui reflète la communauté desservie. N'exige pas de représentation autochtone, mais précise plutôt que les personnes appartenant à un peuple autochtone doivent avoir la possibilité de préciser qu'ils sont autochtones dans leur candidature en vue de siéger à ces conseils.
Île-du-Prince-Édouard	<i>Public Health Act</i> (Loi sur la santé publique), R.S.P.E.I. 1988, chap. P-30.1.	1988	Fournit des lignes directrices à la province sur les questions de santé publique. Exige le partage de l'information avec les communautés des Premières Nations en tant qu'entités distinctes et précise ce qui suit : « aux fins de l'évaluation des répercussions, et pour la planification et la prise en charge d'une menace à la santé publique, le ministre et l'administrateur en chef de la santé publique peuvent divulguer de l'information à... une bande telle que définie dans la Loi sur les Indiens » (s. 57(1)(f)).
	<i>Regulated Health Professions Act</i> (loi sur les professions de la santé réglementées, R.S.P.E.I. 1988, chap. R-10.1	1988	Exempte les « services de guérison traditionnels... offerts par un guérisseur autochtone des restrictions touchant les activités des professionnels de la santé telles que précisées dans la loi (s. 86(4)(e)).
	<i>Tobacco and Electronic Smoking Device Sales and Access Act</i> (loi sur l'accès et la vente de produits du tabac et de cigarettes électroniques), R.S.P.E.I. 1988, chap. T-3.1.	1988	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.
	<i>Health Services Act</i> (loi sur les services de santé), R.S.P.E.I. 1988, chap. H-1.6.	1988	Établit le système de santé centralisé provincial. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Terre-Neuve-et-Labrador	<i>Health and Community Services Act</i> (loi sur la santé et les services communautaires), S.N.L. 1996, chap. P-37.1.	1996	Explique le fonctionnement du système de santé principal. Respecte l'autonomie et les droits des Inuits du Labrador et précise ce qui suit : « cette loi et ses règlements... devraient être lus et s'appliquer conjointement avec la <i>Loi sur l'Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador</i> et, lorsqu'une disposition de cette loi ou de ses règlements pris en vertu de la loi ne correspond pas ou contredit une disposition, une modalité ou une condition de la <i>Loi sur l'Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador</i> , la disposition, la modalité ou la condition de la <i>Loi sur l'Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador</i> aura préséance sur les dispositions de la présente loi » (s. 2.1).
	<i>Regional Health Authorities Act</i> (loi sur les régies régionales de la santé), S.N.L. 2006, chap. R-7.1.	2006	Établit le système de santé provincial et les quatre régies régionales de la santé de la province. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	<i>Public Health Protection and Promotion Act</i> , S.N.L. 2018, chap. P-37.3.	2018	Fournit des lignes directrices à la province sur les questions de santé publique. Respecte l'autonomie et les droits des Inuits du Labrador en précisant que les dispositions contenues dans la <i>Loi sur l'Accord sur les revendications territoriales des Inuits du Labrador</i> ont préséance en cas de conflit entre les divers articles de ces instruments législatifs.
Yukon	<i>Loi sur la santé</i> , L.R.Y. 2002, chap. 106.	2002	Établit et explique le fonctionnement du système de soins de santé du territoire. Précise que pour la planification, l'évaluation et la mise en œuvre des politiques de santé et de services sociaux, « le ministre et tous les autres responsables publics... doivent être guidés par les principes suivants... la collaboration des groupes... notamment autochtones... l'intérêt des politiques et des systèmes pour la diversité culturelle et leur souplesse en cette matière » (s. 2(4)(c)(e)). Reconnaît et protège « la maîtrise des Autochtones sur leurs pratiques traditionnelles d'alimentation et de guérison... et de protéger ces pratiques à titre de médecine parallèle » (s. 5(1)) et stipule que le ministre doit encourager « la compréhension mutuelle, la connaissance et le respect entre les prestataires de services sociaux et de santé qui œuvrent dans le cadre du système des services sociaux et de santé et les prestataires de pratiques traditionnelles autochtones d'alimentation et de guérison » (s. 5(2)).
	<i>Loi sur la santé et la sécurité publiques</i> , L.R.Y. 2002, chap. 176.	2002	Fournit des lignes directrices au territoire sur les questions de santé publique. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	<i>Loi sur les hôpitaux</i> , L.R.Y. 2002, chap. 111	2002	Établit et explique le fonctionnement de la Régie des hôpitaux du Yukon. Exige la représentation des Premières Nations parmi les administrateurs nommés par le commissaire en conseil exécutif de la Régie (s. 5(1)(a)(i-ii)). Établit le Comité des Premières Nations sur la santé, appelé à travailler dans les hôpitaux du Yukon et à offrir divers services de santé des Premières Nations (ces types de services sont précisés dans la Loi) (s. 6). Exige du Comité des Premières Nations sur la santé qu'il prépare une politique sur l'équité et la formation à l'emploi et un plan de mise en œuvre. La politique doit viser à contrer la sous-représentation des Premières Nations dans la prestation de services de santé et à améliorer la qualité des soins (art. 6).
	<i>Loi sur le contrôle et la réglementation des produits du tabac ou du vapotage</i> , L.Y. 2019, chap. 14.	2019	Exclut de la Loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Territoires du Nord-Ouest	<i>Loi sur l'assurance hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux</i> , L.R. T.-N.-O. 1988, chap. T-3.	1988	Explique en quoi consiste le système de santé du territoire. Respecte l'autonomie de l'Agence de services communautaires Tłı̨chq̄ établie en vertu de la Loi sur l'Agence de services communautaires Tłı̨chq̄, de l'entente sur la revendication territoriale des Tłı̨chq̄ et de leur accord sur l'autonomie gouvernementale.  La Loi stipule que la présidente ou le président de l'Agence de services communautaires Tłı̨chq̄ doit siéger au conseil de l'administration territoriale des services de santé et des services sociaux des Territoires du Nord-Ouest afin de contribuer aux pratiques de prise de décisions.
	<i>Loi sur l'assurance-maladie</i> , L.R.T.-N.-O. 1988, chap. M-8.	1988	Établit le régime d'assurance maladie du territoire pour les programmes et services de santé. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	Politique liée au Régime d'assurance-maladie pour les Métis	1995	Offre un programme de couverture d'assurance maladie supplémentaire conçu pour les Métis vivant dans les Territoires du Nord-Ouest. Le programme s'inspire du programme de Services de santé non assurés du gouvernement fédéral.
	<i>Loi sur la santé publique</i> , L.R.T. N O. 2007, chap. 17.	2007	Fournit des lignes directrices au territoire sur les questions de santé publique. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	Medical and Professional Staff Bylaws (règlements visant les professionnels de la santé et les médecins)	2018	Établit la responsabilité de directeurs médicaux régionaux et territoriaux, des responsables de clinique territoriaux et du comité directeur des médecins du territoire à l'égard de la prestation de soins de qualité, sécuritaire sur le plan culturel, au sein du système de santé du territoire.
	<i>Loi sur les produits du tabac et du vapotage</i> , L.R.T. N O. 2019, chap. 31.	2019	Exclut de la loi et de ses règlements l'usage du tabac pour des cérémonies et des activités culturelles ou spirituelles autochtones.
	Déclaration d'engagement pour la sécurité culturelle	2019	Précise l'engagement du système de santé du territoire à intégrer la sécurité culturelle autochtone et les soins fondés sur les relations dans l'ensemble de ses pratiques d'organisation et de prestation des soins.

Gouvernement	Document	Année	Pertinence pour la santé des Autochtones
Nunavut	<i>Loi sur l'assurance hospitalisation et l'administration des services de santé et des services sociaux</i> , L.R. T.-N.-O. 1988, c. T-3.	1988	Explique le fonctionnement de l'administration des services sociaux de santé dans le territoire. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	<i>Loi sur l'assurance-maladie</i> , L.R.T.-N.-O. 1988, chap. M-8.	1988	Établit le régime d'assurance maladie du territoire pour les programmes et services de santé. <i>Ne contient pas de dispositions propres aux Autochtones.</i>
	<i>Loi sur la santé mentale</i> , L.R.T.-N.-O. 1988, chap. M-10.	1988	L'article 7 stipule que les médecins peuvent consulter un aîné lors d'évaluations psychiatriques non volontaires de patients parlant couramment une langue inuite et qui ne parlent ni anglais ni français. Le patient et l'aîné doivent se connaître et provenir de la même communauté et avoir les mêmes antécédents culturels. L'aîné peut déterminer si le patient souffre d'un trouble mental pouvant entraîner des lésions corporelles pour autrui ou pour lui-même.
	<i>Loi sur la profession de sage-femme</i> , L.Nun. 2008, chap. 18.	2008	Reconnait et protège la pratique traditionnelle des sages-femmes inuites et stipule qu'à partir « des connaissances, des techniques et de la capacité de porter un jugement que comprend l'exercice de la profession de sage-femme à la façon traditionnelle des Inuits, le ministre élabore le contenu pédagogique de programmes » pour tous les types de programmes de formation et de formation professionnelle portant sur la profession de sage-femme (s. 6.1(1)). Ces programmes doivent aussi veiller à ce que « des personnes ayant de l'expérience dans l'exercice de la profession de sage-femme à la façon traditionnelle des Inuits soient invitées à enseigner aux élèves et à partager leurs connaissances » (s. 6.1(2)).  La Loi stipule que le Comité d'inscription des sages-femmes doit faire « la promotion de l'intégration, dans ce qui suit, des connaissances, des techniques et de la capacité de porter un jugement » dans tous les types de formation à la profession de sage-femme et dans les programmes de développement professionnel, et dans l'exercice de la profession de sage-femme (s. 8(e)).
	<i>Loi sur la santé publique</i> , L.Nun. 2016, chap. 13.	2016	Fournit des lignes directrices au territoire sur les questions de santé publique. L'article 6 affirme que le système de santé publique est fondé sur les valeurs sociétales des Inuits. Il précise que le ministre et le chef de la santé publique doivent s'assurer de l'intégration de ces valeurs dans l'ensemble du système de santé publique et explique quelles sont ces valeurs, désignées par les mots suivants : Inuuqatigiitsiarniq, Tunnganarniq, Pijitsirniq, Aajiiqatigiinni, Pilimmaksarniq ou Pijariuqsarniq, Piliriqatigiinni ou Ikajuqtiigiinni, Qanuqtuurniq et Avatittinnik Kamatsiarniq.

