

**LE DROIT À LA SANTÉ ISSU DE TRAITÉS ET
L'HÉRITAGE DE LA POLITIQUE SUR LA SANTÉ DES
INDIENS (1979)**

Considérations législatives et stratégiques contemporaines

Josée G. Lavoie, doctorat
Professeure, Département des sciences de la santé communautaire
Université du Manitoba

23 mai 2023

TABLE DES MATIÈRES

LE DROIT À LA SANTÉ ISSU DE TRAITÉS ET L'HÉRITAGE DE LA POLITIQUE SUR LA SANTÉ DES INDIENS (1979)

.....	i
Considérations législatives et stratégiques contemporaines	i
Table des matières	ii
Résumé	iv
1. Introduction	1
2. cadre législatif	3
2.1 <i>Loi constitutionnelle de 1982</i>	3
2.2 Les Premières Nations et le droit à la santé garanti par les traités	5
2.3 <i>Loi sur les Indiens (1985)</i>	7
2.4 <i>Loi canadienne sur la santé (1984)</i>	7
2.5 Commission de vérité et réconciliation	10
2.6 Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA)	13
3. Comment le cadre législatif a été appliqué jusqu'à présent.....	15
3.1 Politique sur la santé des Indiens (1979)	15
3.2 La Politique de transfert des services de santé de 1986.....	19
3.3 Rôle continu du gouvernement fédéral dans un contexte post-transfert.....	21
3.4 Contexte contemporain	23
3.5 Autonomie gouvernementale et santé au nord du 60 ^e parallèle.....	25
3.6 Les lacunes évidentes	26
4. La gouvernance des Premières Nations et le cadre législatif : POINTS À CONSIDÉRER pour le renouvellement.....	29
4.1 Encadrement de l'instrument législatif.....	29
4.2 Considérations sur le contenu d'une législation en matière de santé des Premières Nations fondée sur les distinctions	29
5. Conclusion.....	32
Annexe I, Cartographie des droits selon la DNUDPA, les appels à l'action de la CVR et le principe de Joyce	33
Annexe II, Cartographie des obligations selon la DNUDPA, les appels à l'action de la CVR et le principe de Joyce	34
Références	35

RÉSUMÉ

Le présent document donne une vue d'ensemble succincte des cadres juridiques et stratégiques liés à la santé qui encadrent et limitent le potentiel d'autodétermination et d'autonomie gouvernementale des citoyens des Premières Nations. Cet examen s'appuie sur des avancées récentes, telles que le rapport de la Commission de vérité et réconciliation, comprenant les Appels à l'action connexes,¹ et la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, adoptée par le Canada le 21 juin 2021.² L'objectif de l'examen est de soutenir l'élaboration d'une législation en matière de santé des Premières Nations fondée sur les distinctions.

Le présent document s'appuie sur :

- Un examen des traités, de la jurisprudence et des analyses juridiques du droit à la santé issu des traités;
- Un examen minutieux de la législation fédérale, provinciale et territoriale relative à la santé des Premières Nations;
- un examen des rapports pertinents formulant des recommandations sur la meilleure façon de remédier aux inégalités touchant les Premières Nations;
- Des analyses empiriques de l'efficacité du système (tel qu'il a été créé par la législation et une politique fédérale) dans la lutte contre les inégalités en matière de santé touchant les Premières Nations.

Cette analyse montre que le gouvernement fédéral a pour le moment choisi de laisser aux tribunaux le soin de définir les droits ancestraux et issus des traités. Par l'intermédiaire des arrêts *Dreaver* (1935)³ et *Wuskwi Sipiik* (1999),⁴ les tribunaux ont statué qu'un droit à la santé issu des traités, qui n'est pas limité au Traité n° 6, existe et doit être compris en termes contemporains. Malgré cela, les politiques fédérales relatives aux services de santé appliquées dans les réserves ont été élaborées en dehors des discussions sur les droits ancestraux et issus des traités.

Aujourd'hui, les obligations fédérales ont été définies comme un complément de celles provinciales, ce qui a causé une confusion permanente quant aux obligations fédérales-provinciales, des lacunes en matière de compétence et des inégalités. Les voies de la mise en œuvre de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA), des Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) et du principe de *Joyce* n'ont pas encore été tracées. Pour aller de

¹ Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. Ottawa : Commission de vérité et de réconciliation du Canada. https://ehprnh2mwo3.exactdn.com/wp-content/uploads/2021/04/4-Appels_a_l>Action_French.pdf

² *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, L.C. 2021 c. 14 (2021). <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/U-2.2.pdf>

³ *Dreaver et al. v. the King*, 5 C.N.L.C Ex Ct. 92 (non publié), 15186 Stat. (1935). <http://nosho.usask.ca/islandora/object/Mistawasis:75>

⁴ Canada. (1999). *Wuskwi Sipiik Cree Nation c. Canada (ministre de la Santé nationale et du Bien-être social). Entre la Nation crie Wuskwi Sipiik, la Nation crie Mathias Colomb, la Nation crie Opaskwayak, la Nation crie Sapotewayek, la Nation crie Mosakahiken, la Première Nation Grand Rapids et la Nation crie Chemawawin, demandeurs, et Sa Majesté la Reine du chef du Canada, représentée par le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, défenderesse* [1999] F.C.J. No. 82 Dossier No. T-383-98 Cour fédérale du Canada - Section de première instance Winnipeg, Manitoba Hargrave, Protonotaire 21 janvier 1999. <http://jerchlaw.com/wp-content/uploads/2017/08/wuskwi.pdf>

l'avant, il existe deux grandes catégories de considérations à prendre en compte : l'élaboration de l'instrument législatif et celle de son contenu.

Pour produire les retombées nécessaires, toute législation fédérale en matière de santé des Premières Nations devra comprendre un cadre qui incite les provinces, les territoires, les ordres professionnels et les organisations de santé à adopter des pratiques fondées sur les droits et l'équité afin de lutter contre le racisme systémique et interpersonnel, de surmonter les obstacles et les querelles en matière de compétence, d'augmenter le nombre de professionnels de la santé des Premières Nations et d'intégrer et protéger respectueusement les pratiques de médecine et de guérison des Premières Nations. La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) de 1984 pourrait servir de modèle, dans la mesure où elle énonce un ensemble de principes et incite les provinces et les territoires à participer à sa mise en œuvre. À l'instar de la LCS, la législation fédérale en matière de santé des Premières Nations fondée sur les distinctions pourrait inciter les provinces et les territoires à s'engager à respecter la législation. Sur le plan du contenu, l'Assemblée des Premières Nations pourrait préconiser les principes généraux suivants :

- Une définition du droit à la santé issu des traités des Premières Nations;
- La transférabilité du droit ancestral;
- Un engagement à lutter contre le racisme systémique;
- Des dispositions particulières pour les organisations professionnelles, les universités, les collèges et les systèmes de santé pour lutter contre le racisme à l'égard des Autochtones.

Au-delà des principes, une législation en matière de santé des Premières Nations fondée sur les distinctions pourrait :

- énumérer les obligations fédérales, sur la base de la jurisprudence;
- mettre en place des accords tripartites dans chaque province et territoire en tant que mécanismes permettant de traiter les obligations et les lacunes en matière de compétence;
- inclure une reconnaissance explicite du système de soins de santé des réserves en tant que 14^e système de soins de santé du Canada;
- s'inspirer de la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*,⁵ des Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation⁶ et du principe de Joyce⁷ pour définir les droits et obligations que les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les ordres professionnels, les écoles de médecine et de soins infirmiers et les organisations de santé devront reconnaître et respecter.

Au-delà de la santé et des soins de santé, il est nécessaire de prêter attention aux déterminants de la santé des Premières Nations, notamment la continuité culturelle, la gestion de l'environnement, les infrastructures et les biens communautaires, les systèmes d'éducation, la justice, l'emploi et le revenu, ainsi que la sécurité alimentaire.⁸ La prise en compte de ces déterminants permettra d'améliorer la

⁵ *Loi sur la DNUDPA* (2021), op. cit.

⁶ Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015), op. cit.

⁷ Conseil des Atikamekw de Manawan. (2020). *Principe de Joyce : Le Conseil des Atikamekw de Manawan annonce l'ouverture d'une consultation publique en préparation d'un dépôt à l'Assemblée Nationale du "Principe De Joyce"*. Manawan, Québec : C. d. A. d. Manawan.

https://www.atikamekwsiipi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf

⁸ Loppie, S., Reading, C., et de Leeuw, S. (2014). *Social Determinants of Health: Aboriginal Experiences with Racism and its Impacts*, Prince George, C.-B., Centre de collaboration nationale de la santé autochtone.

santé des personnes, des familles et des communautés et de réduire la dépendance à l'égard des services sociaux et de santé.

https://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/131/2014_07_09_FS_2426_RacismPart2_ExperiencesImpacts_EN_Web.pdf

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

1. INTRODUCTION

L'objectif du présent document est de fournir un examen concis des cadres législatifs et politiques liés à la santé, qui encadrent et limitent les possibilités d'autodétermination et d'autonomie gouvernementale des Premières Nations. Cet examen s'appuie sur la jurisprudence, des avancées récentes, telles que le rapport de la Commission de vérité et réconciliation, comprenant les Appels à l'action connexes,⁹ et la *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, adoptée par le Canada le 21 juin 2021.¹⁰ Le tableau 1 ci-dessous résume les principales étapes examinées. L'objectif de cet examen est de contribuer à l'élaboration d'une législation en matière de santé des Premières Nations fondée sur les distinctions.

Le document est divisé en trois grandes sections. La première traite du cadre législatif actuel qui régit l'accès des Premières Nations aux services de santé. La deuxième décrit la façon dont le cadre législatif actuel a été appliqué jusqu'à présent. La dernière section résume les points clés et propose des considérations pour la création d'une législation des Premières Nations fondée sur les distinctions.

J'estime qu'il est important que je me présente afin de situer le contexte du présent document. Je suis d'origine française du Québec. J'ai grandi au Québec en tant que francophone dans des communautés éloignées du Nord (où l'accès aux soins était complexe), sans le moindre contact avec des Autochtones, hormis de brèves rencontres. J'ai commencé à travailler avec les communautés autochtones pendant mes travaux de maîtrise (Université McGill, Anthropologie médicale, 1989-1993), lorsque le gouvernement de M. Parizeau a annoncé la création de la Baie James II. À l'époque, les communautés criées et inuites avaient demandé à l'Université McGill de les aider à effectuer des évaluations des répercussions sociales du projet en vue de préparer une éventuelle action en justice. C'est cette année-là (j'avais 27 ans), que je me suis rendue à l'évidence que je ne connaissais rien de ce pays et de ses relations avec les peuples autochtones. J'ai choisi de me concentrer sur le Nunavik. En 1992, j'ai déménagé dans les T.N.-O. (Rankin Inlet) pour travailler avec un conseil de santé inuit et poursuivre mon apprentissage.

J'ai entendu parler de la Politique de transfert des services de santé pendant mes travaux de maîtrise; j'ai suivi autant que possible son évolution. En 1994, lorsque j'ai déménagé en Saskatchewan, j'ai cherché à en apprendre davantage sur cette politique. J'ai travaillé en tant que rédactrice de propositions, gestionnaire du développement communautaire et évaluatrice dans les services de santé de la Nation crie de Peter Ballantyne et du Grand Conseil de Prince Albert jusqu'en 2000. Cette année-là, j'ai quitté mon poste pour faire un doctorat. Pendant cette période, j'ai enseigné à l'université avec Vicky Wilson, une aînée des Premières Nations. Depuis mon doctorat, je mène toutes mes recherches en partenariat avec des organisations autochtones; le First Nations Health and social Secretariat of Manitoba et la Manitoba Inuit Association sont à ce jour mes principaux partenaires. Je continue à travailler avec des collègues dans les pays circumpolaires, ainsi qu'en Australie et en Nouvelle-Zélande. Depuis six ans, je respecte toujours l'obligation d'enseigner en équipe avec une aînée, Gramma

⁹ Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015), op. cit.

¹⁰ *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*, L.C. 2021 c. 14 (2021). <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/U-2.2.pdf>.

Geraldine Shingoose; il s'agit d'une condition pour enseigner sur les questions autochtones.¹¹ Gramma Shingoose est une aînée très connue, qui a été interviewée par la BBC et le New York Times. Elle conseille le gouvernement suédois sur la mise en place de sa propre commission de vérité et réconciliation afin de rééquilibrer ses relations avec les Sāmi. Je suis reconnaissante à Gramma de son amitié et de ses conseils.

Tableau 1 – Résumé des étapes historiques mentionnées dans le rapport		
Année	Instrument stratégique/législatif	Importance
1867	<i>Acte de l'Amérique du Nord britannique</i>	La santé est définie comme une compétence provinciale et les affaires indiennes comme une compétence fédérale.
1876	<i>Loi sur les Indiens</i>	Elle confère au gouvernement des pouvoirs étendus en ce qui concerne l'identité, les structures politiques, la gouvernance, les pratiques culturelles et l' <u>éducation</u> des <u>Premières Nations</u> . Ces pouvoirs restreignent les libertés des Autochtones et permettent aux fonctionnaires de déterminer les <u>droits</u> et avantages des Autochtones sur la base de leur « bonne moralité ».
1935	<i>Dreaver et al v. the King</i>	Un droit à la santé issu des traités, qui ne se limite pas au traité n° 6, existe et doit être compris en termes contemporains.
1966	<i>R. c. Johnston</i>	Le droit à la santé issu des traités existe et doit être compris en termes contemporains. Cette interprétation a été rejetée en appel.
1970	<i>R. c. Nageur</i>	Le droit à la santé issu des traités existe et doit être compris en termes contemporains. Cette interprétation a été rejetée en appel.
1982	<i>Loi constitutionnelle de 1982</i>	Elle affirme les droits ancestraux et les droits issus des traités, sans les définir.
1983	<i>Nowegijick c. La Reine</i>	Le tribunal a décidé que les dispositions des traités devaient être interprétées de manière libérale et que les expressions douteuses devaient être résolues en faveur des Indiens.
1984	<i>Loi canadienne sur la santé</i>	Elle prévoit le transfert de fonds fédéraux aux provinces et aux territoires, en échange de l'adhésion des provinces et des territoires aux principes fondamentaux du régime d'assurance-maladie
1985	<i>Loi sur les Indiens (1985)</i>	Les articles 2 et 73 (1) limitent l'autonomie des Premières Nations en conférant un pouvoir décisif au ministre et au gouverneur en conseil.
1989	Politique de transfert des services de santé	Elle soutient le transfert administratif des services de santé existant dans les réserves, qui sont financés par le gouvernement fédéral, aux Premières Nations.
1990	<i>R. c. Sparrow</i>	L'arrêt définit la portée de ce qui constitue un droit ancestral et indique dans quelle mesure le gouvernement canadien peut raisonnablement empiéter sur ce droit ou le limiter.
1996	<i>R. c. Van der Peet</i>	L'arrêt définit les paramètres permettant aux tribunaux de déterminer ce qui constitue un droit ancestral valide.
1999	Wuskwi Sipihk	L'arrêt confirme que la décision antérieure prise dans l'affaire <i>Dreaver</i> était correcte et que le contexte contemporain pouvait nécessiter « un éventail complet de services médicaux contemporains ».
2007	DNUDPA	Le jeudi 13 septembre 2007, l'Assemblée générale a adopté la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) par une majorité de 144 États en faveur et 4 voix contre (Australie, Canada, Nouvelle-Zélande et États-Unis).

¹¹ Shebahkeget, O. (2022). *Residential school survivor from Manitoba speaks to Sweden's truth commission about her experiences*, CBC News. Retrieved from <https://www.cbc.ca/news/canada/manitoba/gramma-shingoose-sweden-truth-commission-1.6628685>

2010	DNUDPA	Le 12 novembre 2010, le gouvernement du Canada a approuvé officiellement la DNUDPA d'une manière pleinement conforme à la Constitution et aux lois du Canada.
2015	Commission de vérité et réconciliation du Canada	La Commission de vérité et réconciliation a permis aux personnes directement ou indirectement concernées par l'héritage du système des <u>pensionnats indiens de</u> partager leurs récits et leurs expériences. Elle a abouti à 94 « Appels à l'action » (ou recommandations) qui visent à favoriser la réconciliation entre les Canadiens et les peuples autochtones.
2020	Principe de Joyce	Le décès de Joyce Echaquan, membre de la communauté atikamekw de Manawan, est survenu dans des circonstances abjectes le 28 septembre 2020 au Centre hospitalier de Joliette, dans Lanaudière, au Québec. Son décès a donné lieu à la création du principe de Joyce, qui vise à garantir à tous les citoyens autochtones le droit d'accéder équitablement, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, ainsi que le droit de jouir de la meilleure santé physique, mentale, affective et spirituelle possible. Le principe de Joyce exige la reconnaissance et le respect des connaissances traditionnelles et vivantes des populations autochtones dans tous les domaines de la santé.
2021	<i>Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones</i>	La <i>Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones</i> a reçu la sanction royale en juin 2021.

2. CADRE LÉGISLATIF

La proposition de législation en matière santé des Premières Nations fondée sur les distinctions fera partie du cadre législatif qui définit les obligations fédérales envers les Premières Nations dans le domaine de la santé et de l'accès aux soins de santé. Les composantes actuelles du cadre législatif sont les suivantes :

- la Constitution canadienne de 1982,
- la jurisprudence s'appliquant aux droits ancestraux et aux droits issus de traités,
- la compréhension actuelle, au sein du gouvernement fédéral, du droit à la santé issu des traités,
- la *Loi sur les Indiens* de 1985
- la *Loi canadienne sur la santé* de 1984.

Étant donné que le gouvernement fédéral s'est engagé à mettre en œuvre les Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, le cadre législatif en place devrait encadrer cette mise en œuvre. La présente section passe en revue ces éléments et examine les domaines de divergence et les lacunes.

2.1 Loi constitutionnelle de 1982

Les droits ancestraux sont les droits collectifs de sociétés autochtones distinctes, qui découlent de leur situation de peuples originels du Canada.¹² Slattery fait la distinction entre les droits génériques et les droits spécifiques. Tous les citoyens autochtones au Canada détiennent des droits génériques :

- Droits à la terre (titre autochtone);
- Droits aux ressources et activités de subsistance;
- Droit à l'autodétermination et à l'autonomie gouvernementale;

¹² Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada (RCAANC). (2023). *Traités et ententes*. Ottawa. <https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/fra/1100100028574/1529354437231>

- Droit de pratiquer sa propre culture et ses propres coutumes, y compris la langue et la religion (parfois appelé droit à « l'intégrité culturelle »);
- Droit de conclure des traités.

En revanche, les droits spécifiques sont des droits détenus par un groupe autochtone en particulier. Ils peuvent être reconnus dans des traités ou avoir été définis à la suite d'un procès.¹³

La *Loi constitutionnelle de 1982* confirme les droits ancestraux et les droits issus de traités. En conséquence, la Couronne n'a pas la possibilité d'abolir unilatéralement les droits ancestraux et les droits issus de traités. Étant donné que le gouvernement fédéral stipule que les droits ancestraux spécifiques doivent être définis par les tribunaux au cas par cas, la jurisprudence¹⁴ continue de définir ce que le gouvernement fédéral considère comme un droit. Par exemple, l'arrêt *R. c. Sparrow*¹⁵ (1990) définit la portée d'un droit autochtone et précise dans quelle mesure le gouvernement canadien peut raisonnablement empiéter sur ce droit ou le limiter. L'arrêt *R. c. Van der Peet*¹⁶ (1996) définit les paramètres permettant aux tribunaux de déterminer ce qui constitue un droit ancestral valide. Le test Van der Peet ne reconnaît comme valides que les droits ancestraux qui étaient exercés avant le contact avec les Européens.¹⁷

L'*Acte de l'Amérique du Nord britannique de 1867* a établi les questions autochtones comme des questions relevant de la compétence fédérale, tandis que les soins de santé ont été établis comme une question relevant de la compétence provinciale. Cette répartition des responsabilités a été reprise dans la *Loi constitutionnelle de 1982*, ce qui a entraîné une confusion et des lacunes persistantes en matière de compétence.¹⁸ Le gouvernement fédéral a longtemps maintenu la supposition selon laquelle les services de santé financés par le gouvernement fédéral dans les réserves finiraient par être transférés aux provinces, aux territoires¹⁹ et aux autorités autochtones.²⁰ Cette dernière hypothèse aurait impliqué

¹³ Slattey, B. (2007). *A Taxonomy of Aboriginal Rights*. Dans H. Foster, H. Raven, et J. Webber (Eds.), *In Let Right Be Done : Aboriginal title, the Calder Case, and the Future of Indigenous Right* (p. 111-128), Vancouver, UBC Press.

¹⁴ Ibid.

¹⁵ *R. c. Sparrow*, 1 R.C.S. 1075, [1990] 3 C.N.L.R. 160 Stat. (1990).

¹⁶ *R. c. Van der Peet*, 2 R.C.S. 507, [1996] 4 C.N.L.R.146 Stat. (1996). <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/1407/index.do>

¹⁷ Hanson, E. (2009). *Aboriginal Rights: What are Aboriginal rights?* Indigenousfoundations.aarts.ubc.ca. https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/aboriginal_rights/

¹⁸ Booz Allen & Hamilton Canada Ltd. (1969). *Study of health services for Canadian Indians*, Ottawa: Booz•Allen & Hamilton Canada Ltd. <https://archive.org/details/HCStudyOfHealthServicesForCanadianIndians1969/page/n189/mode/2up>

Groupe de travail sur le principe de Jordan. (2015). *Sans déni, délai ou interruption : Veiller à ce que les enfants des Premières Nations bénéficient de services équitables par l'entremise du principe de Jordan*, Ottawa, Assemblée des Premières Nations. https://cwrp.ca/sites/default/files/publications/fr/143f_1.pdf

Lavoie, J. G., et Dwyer, J. (2015). *Implementing Indigenous community control in health care: lessons from Canada*. *Aust Health Rev*, 40(4), 453-458. doi:10.1071/AH14101. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26553422>

¹⁹ Booz-Allen & Hamilton Canada Ltd. (1969), op. cit.

Lavoie, J. G., O'Neil, J. D., Sanderson, L., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J., Forget, E., Burton, R., Schmeichel, C., et MacNeil, D. (2005). *The Evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer Policy*, Winnipeg, Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research.

https://www.academia.edu/283509/The_Evaluation_of_the_First_Nations_and_Inuit_Health_Transfer_Policy

²⁰ Ibid.

une plus grande intégration dans les systèmes provinciaux, voire un transfert total de la supervision aux provinces. Dans ce contexte, une clarification des responsabilités du gouvernement fédéral n'aurait pas été jugée pertinente. En conséquence, la confusion des compétences continue de créer des obstacles à l'accès aux soins et contribue aux inégalités.²¹

Les droits inhérents et issus de traités des citoyens autochtones sont protégés par l'article 35(1) de la Constitution canadienne. Bien que la jurisprudence ait clairement établi le fait que ces droits ne découlent pas de la Constitution elle-même mais de l'occupation antérieure de la terre par les peuples autochtones au sein de sociétés organisées, le Canada les traite toujours, dans la pratique, comme des droits soumis à la supériorité normative du droit canadien.²²

2.2 Les Premières Nations et le droit à la santé garanti par les traités

Les Premières Nations ont toujours soutenu que toutes les négociations des traités qui ont abouti aux traités dits numérotés (1891 à 1906) prévoyaient un droit à la santé.²³ Yvonne Boyer partage cet avis :

*Selon la Cour suprême du Canada, les traités établissent une relation juridique entre la Couronne et les nations indiennes dans le but de créer des obligations. Celles-ci découlent de l'intention et du contexte des négociations du traité. Selon le principe de base des traités, les parties sont liées entre elles par les règles auxquelles elles ont consenti. Les obligations et droits découlant des traités résultent de négociations officielles et d'un consentement explicite. Les traités sont rédigés en anglais et, comme il s'agit d'une langue non autochtone, la Cour suprême a jugé que les droits issus des traités accordés aux nations indiennes par l'agent du souverain n'étaient souvent pas inclus dans les traités rédigés en anglais (R. c. Badger, 1996). Ce point est important car de nombreuses Premières Nations ont des récits oraux historiques sur les termes des traités.*²⁴

²¹ Lavoie, J. G., Kaufert, J. M., Browne, A. J., Mah, S., et O'Neil, J. D. (2015). *Negotiating barriers, navigating the maze: First Nation peoples' experience of medical relocation*, Administration publique du Canada, 58(2), 295–314. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/capa.12111>

Katz, A., Avery Kinew, K., Star, L., Taylor, C., Koseva, I., Lavoie, J. G., Burchill, C., Urquia, M., Basham, A., Rajotte, L., Ramayanam, V., Jarmasz, J., et Burchill, J. (2019). *The Health Status of and Access to Healthcare by Registered First Nation Peoples in Manitoba*, Winnipeg. http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference//FN_Report_web.pdf

Lavoie, J. G., Kornelsen, D., Boyer, Y., et Wylie, L. (2016). *Lost in Maps: Regionalization and Indigenous Health Services*, HealthcarePapers, 16(1), 63-73. doi:10.12927/hcpap.2016.24773.

²² McKerracher, K. (2023). *Relational legal pluralism and Indigenous legal orders in Canada*. *Global Constitutionalism*, 12(1), 133-153. doi:10.1017/S2045381722000193. <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/784B3EC65FF4C32314E36D2A92481992/S2045381722000193a.pdf/relational-legal-pluralism-and-indigenous-legal-orders-in-canada.pdf>

²³ Craft, A., et Lebihan, A. (2021). *The treaty right to health: A sacred obligation*, Prince George, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10361/Treaty-Right-to-Health_EN_Web_2021-02-02.pdf

²⁴ Boyer, Y., et Spence, S. (2015). *Identifying and Advancing the Treaty Rights to Health... Signed from 1871 and 1906 in Manitoba*, Revue Française d'études américaines, 144 (3^e trimestre), 95-108. doi:10.3917/rfea.144.0095. file:///C:/Users/lavoiej/Downloads/RFEA_144_0095.pdf.

Si un droit aux soins de santé est explicitement inclus dans le texte du Traité n° 6,²⁵ Boyer,²⁶ Craft²⁷ et Lavoie²⁸ ont rassemblé des preuves de promesses similaires dans les négociations de tous les autres traités. Ces droits issus des traités sont maintenant reconnus et affirmés dans l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*.²⁹

La jurisprudence a fait progresser la définition des droits issus des traités. Selon d'éminents juristes autochtones,³⁰ *Dreaver et al v. the King* (1935),³¹ *R. v. Johnston* (1966)³² et (*R. v. Swimmer*, 1970)³³ ont créé un précédent en ce qui concerne l'obligation fédérale de respecter le droit à la santé issu des traités, en statuant que les dispositions des traités signifiaient que tous les médicaments et toutes les fournitures médicales devaient être fournis gratuitement. Les arrêts *Johnston* et *Swimmer* ont toutefois été annulés en appel, la Cour ayant adopté une approche restrictive, contraire à la décision de la Cour dans l'affaire *Dreaver*.

En 1999, dans l'affaire *Wuskwi Sipiik Cree Nation c. Canada* (signataire du Traité n° 4), la Cour fédérale et la Queen's bench du Saskatchewan ont adopté une approche plus libérale et plus contemporaine, confirmant que la décision antérieure dans l'affaire *Dreaver* était correcte et que le contexte contemporain pouvait exiger « un éventail complet de services médicaux contemporains ». ³⁴ Dans cette affaire, le tribunal fédéral s'est référé à l'arrêt *Nowegijick c. La Reine*³⁵ pour justifier que les traités doivent être « interprétés de manière libérale et que les expressions douteuses doivent être éclaircies en faveur des Indiens ». ³⁶ La Cour s'est référée à l'affaire *Sparrow*³⁷ pour justifier une interprétation souple des droits « afin de permettre leur

²⁵ Canada. (1876). Copy of Treaty No. 6 between Her Majesty the Queen and the Plain and Wood Cree Indians and other Tribes of Indians at Fort Carlton, Fort Pitt and Battle River with Adhesions, Roger Duhamel, F.R.S.C., 1964 (Cat. No.: R33-0664, IAND Publication No. QS-0574-000-EE-A-1). Ottawa: Q. s. P. a. C. o. Stationary. <http://www.trcm.ca/wp-content/uploads/PDFsTreaties/Treaty%206%20Text%20and%20Adhesions.pdf>

²⁶ Boyer, Y., et Spence, S. (2015), op. cit.

²⁷ Craft, A., et Lebihan, A. (2021), op. cit.

²⁸ Lavoie, J. G., Gervais, L., Toner, J., Bergeron, O., et Thomas, G. (2013). *Aboriginal Health Policies in Canada: The Policy Synthesis Project*, Prince George, BC: N. C. C. f. A. Health. <http://www.nccah-ccnsa.ca/docs/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20-%20June%202011.pdf>

²⁹ Canada. (1982). *Loi constitutionnelle de 1982*. http://laws.justice.gc.ca/en/const/annex_e.html#l1

³⁰ Boyer, Y. (2014). *Moving Aboriginal health forward: discarding Canada's legal barriers*. Saskatoon, Sask. : Purich Publishing Ltd, Craft, A., et Lebihan, A. (2021). *Le droit à la santé garanti par le traité : une obligation sacrée*. Prince George, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://issuu.com/nccah-ccnsa/docs/treaty-right-to-health_fr-web

³¹ *Dreaver et al. v. the King* (1935), op. cit.

³² *Regina c. Johnston*, 56 D.L.R. (2d) 749 Cour d'appel de la Saskatchewan, Culliton C.J.S., Woods, Brownridge, Maguire et Hall J.J.A., 17 mars 1966, Cour d'appel de la Saskatchewan (1966).

³³ *R. c. Swimmer*, 17 D.L.R., , 1 W.W.R. 756, Pub. L. No. (1970) 6 C.N.L.C. 621, 3 C.C.C. (2D) 92 Stat. (1970).

³⁴ Canada. (1999). *Nation crie de Wuskwi Sipiik c. Canada*, op. cit.

³⁵ *Nowegijick c. La Reine*, 15833 (1983). <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/2462/index.do>

³⁶ Canada. (1999). *Wuskwi Sipiik Cree Nation v. Canada*, op. cit.

³⁷ *R. c. Sparrow*, 1 R.C.S. 1075, [1990] 3 C.N.L.R. 160 Stat. (1990).

évolution », plutôt que d'adopter un point de vue rigide, c'est-à-dire en définissant les droits tels qu'ils auraient été compris au moment de la signature du traité.

En résumé, selon l'état actuel du droit, le droit à la santé prévu par le Traité n° 6 signifie que *tous les médicaments et toutes les fournitures médicales* doivent être fournis gratuitement aux « Indiens visés par un traité », comme cela a été décidé à l'origine dans l'affaire *Dreaver (1935)*³⁸ et réaffirmé dans l'affaire *Wuskwi Sipiik Cree Nation v. Canada (1999)*.³⁹ Il convient de noter que la nation crie Wuskwi Sipiik est signataire du Traité n° 4, ce qui laisse supposer que les Premières Nations situées au-delà du Traité n° 6 détiennent un droit à la gratuité des soins en vertu du traité. Ces décisions n'ont pas encore eu d'incidence sur la politique fédérale.

2.3 Loi sur les Indiens (1985)⁴⁰

À ce jour, les politiques fédérales continuent de soutenir que l'accès des Premières Nations aux soins de santé est une question de politique fédérale, et non un droit issu d'un traité.⁴¹ Cette position est inscrite dans la *Loi sur les Indiens* de 1985 (présentée dans l'encadré 2). Les articles 2 et 73 (1) de la *Loi sur les Indiens* limitent l'autonomie des Premières Nations en conférant un pouvoir décisif au ministre et au gouverneur en conseil. La *Loi sur les Indiens* de 1985 semble en décalage avec la *Loi constitutionnelle de 1982*, la DNUDPA et la Commission de vérité et réconciliation.

2.4 Loi canadienne sur la santé (1984)⁴²

La *Loi canadienne sur la santé* (LCS) de 1984 prévoit le transfert de fonds fédéraux aux provinces et aux territoires, en échange de l'adhésion des provinces et des territoires aux principes clés du régime d'assurance-maladie, à savoir a transférabilité, l'accessibilité, l'universalité, l'intégralité et la gestion publique. La *Loi* ne dit rien au sujet de sa relation avec le système de santé autochtone – que

Encadré 2 : Dispositions relatives à la santé de la *Loi sur les Indiens* de 1985

25 - Le fait que la présente charte garantit certains droits et (2) Le ministre peut autoriser l'utilisation de terres dans une réserve aux fins [...] de projets relatifs à la santé des Indiens [...];

(73, 1) Le gouverneur en conseil peut prendre des règlements concernant [...] (g) les traitements médicaux et les services d'hygiène destinés aux Indiens;

81 (1) Le conseil d'une bande peut prendre des règlements administratifs, non incompatibles avec la présente loi ou avec un règlement pris par le gouverneur en conseil ou par le ministre, pour l'une ou l'ensemble des fins suivantes : a) l'adoption de mesures relatives à la santé des habitants de la réserve et les précautions à prendre contre la propagation des maladies contagieuses et infectieuses.

³⁸ *Dreaver et al. v. the King (1935)*, op. cit.

³⁹ Canada. (1999). *Nation crie de Wuskwi Sipiik c. Canada*, op.cit.

⁴⁰ *Loi sur les Indiens*, L.R.C., 1985, ch. I-5, (1985). <https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/i-5/>

⁴¹ Boyer, Y. (2004). *Discussion Paper Series on Aboriginal Health, Legal issues: No. 3, The International Right to Health for Indigenous Peoples in Canada*, Ottawa, N. L. C. National Aboriginal Health Organization, Université de la Saskatchewan. <https://senatorboyer.ca/wp-content/uploads/2020/09/NAHO-paper-No.-3-INTERNATIONAL.pdf>, Boyer, Y. (2014). *Moving Aboriginal health forward: discarding Canada's legal barriers*, Saskatoon, Sask., Purich Publishing Ltd.

⁴² *Loi canadienne sur la santé*, L.R.C., 1985, c. C-6, gouvernement du Canada (1984).

<https://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/c-6/TexteComple.html>

certaines ont décrit comme le 14^e système de santé du Canada.⁴³ À ce jour, le gouvernement fédéral n'a déployé aucun effort pour tenir les gouvernements provinciaux et territoriaux responsables des inégalités persistantes dont souffrent les Premières Nations dans le domaine de la santé.

Le racisme interpersonnel et structurel contribue de manière significative aux inégalités déclarées et généralisées en santé qui touchent les citoyens autochtones au Canada.⁴⁴ Le décès tragique de Mme Joyce Echaquan au Québec⁴⁵ a de nouveau attiré l'attention sur les conséquences dévastatrices du racisme contre les Autochtones. En 2020-2021, à la suite du décès de Mme Echaquan et de l'indignation générale, Ottawa a organisé un ensemble de réunions entre les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, les organisations politiques et de prestation de services des Premières Nations, des Inuits et des Métis et des partenaires du système de santé pour discuter du racisme dans le domaine des soins de santé. Ces réunions ont débouché sur le Plan d'action présenté dans l'encadré 3.

Des limites notables ont été relevées dans ce plan. Premièrement, l'accent mis sur les médecins constitue un bon début, mais tous les types et niveaux de personnel de santé, notamment les médecins, le personnel infirmier, les travailleurs sociaux, les agents de sécurité, les aides-soignants, les agents d'accueil et le personnel de triage, peuvent (souvent involontairement) contribuer à la perpétuation du

⁴³ Lavoie, J. G. (2018). Medicare and the Care of First Nations, Métis and Inuit, *Journal of Health Economics, Policy and Law*, 13(3-4), 280-298. doi:10.1017/S1744133117000391.

⁴⁴ Quelques exemples d'études empiriques :

Browne, A. J., Lavoie, J. G., Logan McCallum, M. J., et Big Canoe, C. (2022). Addressing anti-Indigenous racism in Canadian health systems: Multi-tiered approaches are required, *Revue canadienne de santé publique*, 113, 222-226. doi:doi.org/10.17269/s41997-021-00598-1;

Kétéskwēw Dion Stout, M., Wieman, C., Bourque Bearskin, L., Palmer, B. C., Brown, L., Brown, M., et Marsden, N. (2021). Gum yan asing Kaangas giidaay han hll guudang gas ga. I Will Never Again Feel That I Am Less Than: Indigenous Health Care Providers' Perspectives on Ending Racism in Health Care, *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 13-20. doi:10.32799/ijih.v16i1.36021. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.36021>;

Hassen, N., Lofters, A., Michael, S., Mall, A., Pinto, A. D., et Rackal, J. (2021). Implementing Anti-Racism Interventions in Healthcare Settings: A Scoping Review, *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2993. doi:10.3390/ijerph18062993. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062993>;

Phillips-Beck, W., Eni, R., Lavoie, J. G., Avery Kinew, K., Kyoon Achan, G., et Katz, A. (2020). Confronting Racism within the Canadian Healthcare System: Systemic Exclusion of First Nations from Quality and Consistent Care, *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 17(8343), 1-20. <https://www.mdpi.com/1660-4601/17/22/8343/pdf>.

⁴⁵ Bureau du Coroner du Québec. (2021). *Rapport d'enquête, Loi sur la recherche des causes et des circonstances des décès, pour la protection de la vie humaine, concernant le décès de Joyce Echaquan, 2020-00275*, Québec, Bureau du Coroner du Québec. <https://www.cbc.ca/news/canada/montreal/joyce-echaquan-systemic-racism-quebec-government-1.6196038>.

racisme systémique.⁴⁶ De plus, le soutien apporté à la communauté atikamekw est louable, car le fait de confier à une seule communauté la responsabilité de lutter contre le racisme interpersonnel et systémique ne peut que faire avancer ce problème national.

Des universitaires ont suggéré qu'une approche plus solide consisterait à intégrer la lutte contre le racisme à l'encontre des Autochtones dans la *Loi canadienne sur la santé* : une telle disposition sensibiliserait les établissements et organisations de santé provinciaux et territoriaux à la nécessité de mettre en œuvre des plans de responsabilisation et d'examiner comment intégrer des mesures de responsabilisation en tant qu'aspirations organisationnelles.⁴⁷ Cette proposition recoupe directement le récent rapport d'enquête du coroner du Québec sur le décès de Mme Joyce Echaquan, dont la principale recommandation est : les provinces doivent reconnaître l'existence d'un racisme systémique et prendre « l'engagement de contribuer à son élimination ».⁴⁸ La communauté de Manawan, où vivait Mme Echaquan, a créé le principe de Joyce, qui est présenté dans l'encadré 4.⁴⁹ La mise en œuvre du principe de Joyce exige des gouvernements fédéral et provinciaux, des établissements d'enseignement, des organisations professionnelles et des organismes de santé et de services sociaux qu'ils collaborent avec les organisations autochtones, et que les

Encadré 3 : Plan d'action fédéral pour lutter contre le racisme dans le système de santé

- Lancement d'activités de mobilisation pour soutenir l'élaboration conjointe d'une législation en matière de santé autochtone fondée sur les distinctions (Premières Nations, Inuits et Métis).

- 2 millions de dollars aux autorités dirigeantes des Premières Nations du Conseil atikamekw de Manawan et du Conseil tribal de la Nation Atikamekw au Québec pour la formation et l'information sur le droit à l'accès équitable aux services sociaux et de santé, tel que stipulé dans le principe de Joyce.

- 4 millions de dollars pour la création d'un consortium national sur la formation médicale autochtone, dirigé par l'Association des médecins autochtones du Canada, qui sera chargé d'assurer un leadership et de mettre en œuvre des projets menés par des Autochtones pour réformer et mettre à jour la formation des médecins.

Boîte 4, Principe de Joyce

Le Principe de Joyce 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.

⁴⁶ Browne, et al. (2022), op. cit.

⁴⁷ Johansen, C., Nakagawa, B., Hacker, C. et Oetter, H. (2021). *Racism in health care : An apology to Indigenous people and a pledge to be anti-racist*, British Columbia College of Nurses & Midwives, College of Dental Surgeons of British Columbia, College of Pharmacists of British Columbia, & College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Tiré de <https://www.bccnm.ca/BCCNM/Announcements/Pages/Announcement.aspx?AnnouncementID=267>

Université du Manitoba, Faculté des sciences de la santé Rady. (2020). *Rady Faculty of Health Sciences Policy: Disruption of all Forms of Racism*, Winnipeg, Faculté des sciences de la santé Rady de l'Université du Manitoba. http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/media/Disruption-of-all-Forms-of-Racism_Policy-approved-August-25-2020.pdf

⁴⁸ Bureau du Coroner du Québec. (2021), op. cit.

⁴⁹ Conseil des Atikamekw de Manawan. (2020), op. cit.

gouvernements provinciaux et fédéral s'engagent à mettre en œuvre le principe de Joyce :

- s'attaquer au racisme systémique;
- résoudre les problèmes de sous-financement et les différends en matière de compétence;
- responsabiliser les professionnels et les organismes de santé et de services sociaux;
- informer la prochaine génération de professionnels de la santé et des services sociaux pour mettre fin au racisme systémique et interpersonnel.

Selon le cadre législatif actuel, le principe de Joyce dépend de la bonne volonté des gouvernements, des établissements d'enseignement et des organisations professionnelles.

2.5 Commission de vérité et réconciliation

La Commission de vérité et réconciliation a permis aux personnes directement ou indirectement touchées par les séquelles du système des [pensionnats indiens](#) de relater leurs récits et leurs expériences. En décembre 2015, elle a publié l'intégralité de son rapport final en six volumes, encourageant tous les Canadiens à lire ce rapport ou son résumé pour en apprendre davantage sur la terrible histoire des pensionnats indiens et ses tristes séquelles. Les Appels à l'action portant sur la santé figurent dans l'encadré 5 ci-dessous. Ils définissent les responsabilités des gouvernements et des institutions

de reconnaître les droits des populations autochtones au Canada en matière de soins de santé, de déterminer et combler les lacunes en matière d'équité en santé en cernant les besoins particuliers en santé de ces groupes et en y répondant, de reconnaître l'importance de la perception de la santé par les Autochtones et de leur connaissance de la guérison et des pratiques traditionnelles, d'augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones et d'incorporer de l'information et une formation dans les professions de santé afin de garantir la compétence culturelle (y compris la connaissance des problèmes de santé, de l'histoire, des droits ancestraux officiels et des enseignements et pratiques des Autochtones).⁵⁰

La CVR demandent à tous les intervenants du secteur de la santé de travailler à la mise en œuvre des Appels à l'action.

⁵⁰ McNally, M., et Martin, D. (2017). *First Nations, Inuit and Metis health: Considerations for Canadian health leaders in the wake of the Truth and Reconciliation Commission of Canada report*, Healthc Manage Forum, 30(2), 117-122. doi:10.1177/0840470416680445. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28929885>

Des plans de réconciliation ont vu le jour dans des établissements d'éducation postsecondaire,⁵¹ des organisations professionnelles⁵² et des systèmes de santé.⁵³ La portée de ces plans et la participation des citoyens autochtones à leur élaboration doivent encore être analysées. Aucun mécanisme de contrôle n'a été mis en place.

⁵¹ Castleden, H., Darrach, M. et Lin, J. (2022). Public health moves to innocence and evasion? Graduate training programs' engagement in truth and reconciliation for Indigenous health, *Revue canadienne de santé publique*, 113(2), 211-221. doi:10.17269/s41997-021-00576-7. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34783999>

Lane, A., et Petrovic, K. (2018). *Educating Aboriginal Nursing Students: Responding to the Truth and Reconciliation Report*, *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 15(1). doi:10.1515/ijnes-2017-0064. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29306922>

⁵² Anderson, M. (2018). An Indigenous physician's response to the settler physician perspective on Indigenous health, truth, and reconciliation. *Can Med Educ J*, 9(4), e142-e143. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30498555>

Gasparelli, K., Crowley, H., Fricke, M., McKenzie, B., Oosman, S., et Nixon, S. A. (2016). Mobilizing Reconciliation: Implications of the Truth and Reconciliation Commission Report for Physiotherapy in Canada, *Physiother Can*, 68(3), 211-215. doi:10.3138/ptc.68.3.GEE. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27909369>

Jaworsky, D. (2018). A settler physician perspective on Indigenous health, truth, and reconciliation, *Can Med Educ J*, 9(3), e101-e106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30140353>

Smith, P. (2018). Commentary: A settler physician perspective on Indigenous health, truth, and reconciliation, *Ibid.*, 9(3), e107-e108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30140354>

⁵³ Kelly, L. P., et Chakanyuka, C. (2021). Truth before reconciliation, antiracism before cultural safety. *Contemp Nurse*, 57(5), 379-386. doi:10.1080/10376178.2021.1991415. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34623223>

McGibbon, E. (2019). Truth and reconciliation: Healthcare organizational leadership, *Health Manage Forum*, 32(1), 20-24. doi:10.1177/0840470418803379. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30514125> McNally, M., & Martin, D. (2017), op. cit.

Williams, K., Potestio, M. L., Austen-Wiebe, V., Population, P., et Indigenous Health Strategic Clinical, N. (2019). Indigenous Health: Applying Truth and Reconciliation in Alberta Health Services, *Cmaj*, 191 (Suppl), S44-S46. doi:10.1503/cmaj.190585. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31801766>

Encadré 5 : Appels à l'action propres à la santé de la Commission de vérité et réconciliation

18. Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international et le droit constitutionnel, de même que par les traités.

19. Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.

20. Afin de régler les conflits liés à la compétence en ce qui a trait aux Autochtones vivant à l'extérieur des réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve, de respecter ces besoins et d'y répondre.

21. Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement à long terme pour les besoins des centres autochtones, nouveaux et de plus longue date, voués au traitement de problèmes de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle avec lesquels doivent composer les Autochtones et qui découlent de leur expérience dans les pensionnats, et de veiller à accorder la priorité au financement de tels centres de traitement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

22. Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande.

23. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement :

- i. de voir à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé;
- ii. de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones;
- iii. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

24. Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de soins infirmiers du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme.

2.6 Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA)

La *Loi sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones* a reçu la sanction royale en juin 2022 et est immédiatement entrée en vigueur.⁵⁴ Elle s'engage inconditionnellement à mettre en œuvre la DNUDPA⁵⁵ en tant que norme minimale. La DNUDPA est un document de grande portée qui fait référence aux droits des Autochtones dans leurs dimensions sociales, spirituelles, juridiques, éducatives et économiques. Les dispositions propres à la santé sont présentées dans l'encadré 6. La mise en œuvre de la DNUDPA nécessitera le « tressage » des traditions juridiques autochtones et occidentales.

La *Loi* réitère l'engagement du gouvernement fédéral à protéger les droits ancestraux et issus des traités, tels qu'ils sont reconnus et affirmés dans l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*.⁵⁶ Elle s'engage également à adopter un plan d'action, tel que des extraits figurent dans l'encadré 7.⁵⁷

Il est établi que ce plan est mis en œuvre en Colombie-Britannique.⁵⁸ Il n'a pas été possible de trouver ce type de mesure dans d'autres provinces ou les territoires.

Encadré 6 : Engagements de la DNUDPA relatifs à la santé

Article 23 Les peuples autochtones ont le droit de définir et d'élaborer des priorités et des stratégies en vue d'exercer leur droit au développement. En particulier, ils ont le droit d'être activement associés à l'élaboration et à la définition des programmes de santé, de logement et d'autres programmes économiques et sociaux les concernant, et, autant que possible, de les administrer par l'intermédiaire de leurs propres institutions.

Article 24 1. Les peuples autochtones ont droit à leur pharmacopée traditionnelle et ils ont le droit de conserver leurs pratiques médicales, notamment de préserver leurs plantes médicinales, animaux et minéraux d'intérêt vital. Les autochtones ont aussi le droit d'avoir accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé.

2. Les Autochtones ont le droit, en toute égalité, de jouir du meilleur état possible de santé physique et mentale. Les États prennent les mesures nécessaires en vue d'assurer progressivement la pleine réalisation de ce droit.

⁵⁴ DNUDPA (2021), op. cit.

⁵⁵ Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones*. Genève, Nations Unies. <https://www.un.org/development/desa/indigenouspeoples/declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples.html>

⁵⁶ Canada (1982), op. cit.

⁵⁷ DNUDPA (2021), op. cit.

⁵⁸ <https://www2.gov.bc.ca/gov/content/governments/indigenous-people/new-relationship/united-nations-declaration-on-the-rights-of-indigenous-peoples/implementation>

Encadré 7 : Plan d'action pour la mise en œuvre de la DNUDPA

6 (2) (a) des mesures pour (i) pour s'attaquer aux injustices, combattre les préjugés et éliminer toutes les formes de violence, de racisme et de discrimination à l'égard des peuples autochtones, y compris les aînés, les jeunes, les enfants, les femmes, les hommes, les personnes en situation de handicap et les personnes bispirituelles et de diverses identités de genre, et (ii) visant à promouvoir le respect et la compréhension mutuels, ainsi que de bonnes relations, notamment par la formation sur les droits de la personne.

6 (2) (b) des mesures liées au contrôle, à la surveillance, au suivi, aux recours ou aux réparations ou à d'autres obligations relatives à la mise en œuvre de la Déclaration;

6 (3) des mesures de contrôle de sa mise en œuvre et des obligations relatives à sa révision et à sa modification.

3. COMMENT LE CADRE LÉGISLATIF A ÉTÉ APPLIQUÉ JUSQU'À PRÉSENT

La jurisprudence actuelle concernant le droit à la santé issu des traités comprend l'accès gratuit à tous les traitements et médicaments. Bien que le gouvernement fédéral ait décidé de s'en remettre aux tribunaux pour définir les droits ancestraux, les décisions judiciaires ont été ignorées à maintes reprises. Un exemple récent est l'ensemble de décisions rendues par le Tribunal canadien des droits de la personne entre 2007 et 2022, qui ont été continuellement ignorées, entraînant des retards dans la mise en œuvre du principe de Jordan.⁵⁹

Les options en matière de politiques offertes aux Premières Nations ont été façonnées à la suite de décisions historiques et, plus récemment, soutenues par le cadre législatif en place. La *Loi sur la DNUDPA* et les Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation s'ajoutent à ce cadre stratégique, mais n'offrent pas de moyens clairs pour élargir l'espace accordé à l'autonomie gouvernementale et à l'autodétermination des Premières Nations.

La section suivante montre l'absence de liens qui existe entre le cadre législatif et le cadre stratégique, en prenant pour exemple la Politique sur la santé des Indiens de 1979 et la Politique de transfert des services de santé.

3.1 Politique sur la santé des Indiens (1979)

L'entrée en vigueur de la Politique de transfert des services de santé est la conséquence d'une série d'événements qui ont remodelé les relations entre les Premières Nations et l'État-nation. L'éventuel premier événement est le rapport Hawthorn (1966),⁶⁰ qui est la première étude complète sur les conditions sociales et économiques dans les réserves. Commandé par le gouvernement libéral, ce rapport a mis l'accent sur les conditions de vie déplorables dans les réserves indiennes et a recommandé de délaissier la prise en charge et la gestion au profit du développement économique.

Il est difficile de savoir dans quelle mesure le rapport Hawthorn, par opposition à l'idéologie, a réellement influencé les développements ultérieurs.⁶¹ Le gouvernement libéral de Trudeau a été élu en 1968, après avoir mené une campagne axée sur l'idéologie libérale portée par le slogan « *La société juste* », qui prônait l'égalité et les droits de la personne sur le plan individuel. La position du gouvernement Trudeau sur les affaires indiennes était décrite dans le *Livre blanc* de 1969, qui appelait à

⁵⁹ Société de soutien à l'enfance et à la famille des Premières Nations. (2016). *Information Sheet Canadian Human Rights Tribunal Decisions on First Nations Child Welfare and Jordan's Principle Case Reference CHRT 1340/7008*, Ottawa. <https://fncaringssociety.com/sites/default/files/Info%20sheet%20Oct%2031.pdf>

Lett, D. (2008). Jordan's Principle remains in limbo, *Canadian Medical Association Journal*, 179(12), 1256.

Sinha, V., & Wong, S. (2015). Ensuring First Nations children's access to equitable services through Jordan's Principle: The time to act is now, *Paediatrics and Child Health*, 20(2), 62-64.

Groupe de travail sur le principe de Jordan. (2015), op. cit.

Sinha, V., Sangster, M., Gerlach, A. J., Bennett, M., Lavoie, J. G., Lach, L. L., Balfour, M., et Folster, S. (2022). *The Implementation of Jordan's Principle in Manitoba: Final Report*, Winnipeg. <https://manitobachiefs.com/wp-content/uploads/22-01-28-The-Implementation-of-Jordans-Principle-in-Manitoba-Final-Report.pdf>

⁶⁰ Hawthorn, H. (1966). *A Survey of the Contemporary Indians of Canada Economic, Political, Educational Needs and Policies Part 1* (le rapport Hawthorn), Ottawa, I. A. Branch. http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/srvy/sci_e.html

⁶¹ Weaver, S. M. (1981). *Making the Canadian Indian Policy: The hidden agenda, 1968-1970*, Toronto, University of Toronto Press.

l'abrogation de la *Loi sur les Indiens*, au démantèlement du ministère des Affaires indiennes, à l'élimination du système des réserves indiennes et à l'inclusion des citoyens des Premières Nations dans le tissu de la société canadienne à l'échelle individuelle.⁶² Cette proposition a été accueillie par une mobilisation politique des Premières Nations, qui a finalement abouti à la fondation de la Fraternité nationale des Indiens (devenue ensuite l'Assemblée des Premières Nations ou APN) et au retrait du *Livre blanc*.⁶³ En juin 1970, les Indian Chiefs of Alberta ont déposé une contre-proposition : l'exposé de position *Citizen Plus* (connu également sous le nom de *Red Paper*) proposait de conserver le statut d'Indien inscrit; de préserver la culture indienne par l'intermédiaire du statut, des droits, des terres et des traditions; d'accepter la responsabilité législative pour les Indiens; de soutenir le développement de toutes les tribus; de moderniser les traités et de reconnaître que les titres fonciers appartiennent aux Indiens et sont détenus en fiducie par la Couronne.⁶⁴

En 1969, la société Booz Allen and Hamilton a été chargée d'étudier les besoins en matière de santé et de soins de santé des Indiens du « Moyen Nord » et de formuler des recommandations. L'impulsion a probablement été donnée par l'adoption de la *Loi sur les soins médicaux* (1966) du gouvernement fédéral,⁶⁵ qui consacrait l'obligation pour le Canada d'aider financièrement les provinces qui choisissaient de fournir un accès aux services assurés sur une base sans but lucratif.⁶⁶ La *Loi* ne disait rien sur la fourniture de soins aux « Indiens ».

Booz Allen et Hamilton ont désigné par le terme « Moyen Nord » les régions septentrionales de chaque province; territoire historique de nombreuses communautés autochtones et de communautés non autochtones beaucoup plus jeunes et parfois éphémères, qui étaient alimentées par l'économie d'extraction des ressources (c'est-à-dire l'exploitation minière et forestière). L'idée d'étudier le Moyen Nord était probablement liée au fait que les services de santé provinciaux avaient tendance à être situés dans les grands centres urbains plus au sud, rendant difficile l'accès aux nouveaux services provinciaux dans une grande partie du Moyen Nord.⁶⁷ L'accent mis sur le Moyen Nord s'inscrivait toutefois dans un programme à plus long terme qui visait à décharger les provinces de leurs obligations. Ainsi, le rapport final recommandait que les services offerts par le gouvernement fédéral *complètent* ceux offerts par les provinces : le rapport ne définissait pas les obligations fédérales.

Dans le rapport, les réserves sont considérées comme des entités temporaires. C'est ce qui ressort de la citation suivante, dans laquelle les consultants font des recommandations sur la nécessité de construire de nouveaux établissements de santé dans les réserves :

Les nouvelles installations [de santé] devraient être mobiles. On espère qu'au fil du temps le Moyen Nord connaîtra un développement économique. Avec l'afflux de population et la vitalité économique qui en résultera, des ressources de soins de santé [financées par les provinces] seront mises en place, ce qui rendra obsolètes les installations indiennes permanentes. Dans le cas où il n'y aurait pas de développement économique, on espère que les Indiens déménageront

⁶² Canada. (1969). *Statement of the Government of Canada in Indian Policy*, Ottawa, Affaires indiennes et du Nord canadien. https://publications.gc.ca/collections/collection_2014/aadnc-aandc/R32-2469-eng.pdf

⁶³ Weaver, S. M. (1981), op. cit.

⁶⁴ Ibid.

⁶⁵ Association médicale canadienne. (1966). *Loi sur les services médicaux - projet de loi C-227. News & Views on the Economics of Medicine*, 19(142), 1-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1936851/pdf/canmedaj01191-0054.pdf>

⁶⁶ Lavoie (2018), op. cit.

⁶⁷ Booz-Allen & Hamilton Canada Ltd. (1969), op. cit.

*dans des régions économiquement plus viables; il faudrait les encourager à le faire. Si des installations permanentes étaient construites, cela pourrait dissuader les bandes de déménager. Si la bande déménage après la construction d'une installation permanente, celle-ci ne sera plus adaptée.*⁶⁸

Cette citation illustre bien l'idéologie de l'époque, qui fait écho au *Livre blanc*, qui prônait la nécessité de « normaliser » la présence des Premières Nations au Canada par l'assimilation dans le tissu social canadien, où l'accès aux soins se faisait par l'intermédiaire des provinces. Ce plan ignorait l'aspiration des Premières Nations à l'autodétermination et ne tenait pas compte de la manière dont les points de vue racistes dominants pouvaient saper toute possibilité d'intégration des Premières Nations, si celles-ci optaient pour une plus grande intégration dans le tissu social canadien. L'hypothèse d'une *société juste* n'a pas été étayée par des preuves.⁶⁹ En outre, le rapport de Booz Allen et Hamilton fait remarquer que les débats entre les provinces et le gouvernement fédéral sur la responsabilité (compétence) de financer, subventionner ou fournir des services dans les réserves ont créé des obstacles à l'accès aux soins.⁷⁰

La mobilisation des années 1960 et la formation de l'APN ont servi de catalyseur et ont donné lieu à de nombreux débats sur le *problème indien* entre le gouvernement fédéral et les Premières Nations. En novembre 1974, lors d'une conférence fédérale-provinciale des ministres de la Santé, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a présenté la *Politique du gouvernement fédéral concernant les services de santé offerts aux Indiens*, réitérant le fait qu'elle ne reconnaissait aucune obligation, issue d'une loi ou d'un traité, de fournir des services de santé aux Indiens. Le gouvernement fédéral s'est néanmoins engagé à assurer l'accès aux services là où les services provinciaux faisaient défaut et à aider financièrement les Indiens démunis à accéder aux services provinciaux *lorsqu'aucune autre aide n'était disponible*, s'imposant ainsi comme le payeur de dernier recours, qui était seulement obligé de compléter l'accès aux services provinciaux.⁷¹

Le document *Indian Relationships Paper* (1975),⁷² qui a été rédigé avec la participation des Premières Nations, définissait un cadre politique visant à renforcer le contrôle des Premières Nations sur les programmes et services de santé offerts dans les réserves. Le point de départ a été la création de deux nouveaux éléments à ajouter à l'équipe de soins de santé dans les réserves : le Programme des représentants de la santé communautaire et le Programme national de lutte contre l'alcoolisme et la drogue chez les autochtones (PNLADA). Ainsi, 75 % des Premières Nations ont commencé à gérer ces nouveaux éléments par l'intermédiaire d'ententes de contribution.

⁶⁸ Ibid.

⁶⁹ Lux, M. K. (2010). Care for the 'racially careless': Indian hospitals in the Canadian West, 1920-1950s. *Canadian Historical Review*, 91(3), 407-434. doi:10.3138/chr.91.3.407.
<https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/chr.91.3.407>

Lux, M. K. (2016). *Separate Beds : a history of Indian hospitals in Canada, 1920s -1980s*, Toronto, University of Toronto Press.

⁷⁰ Booz-Allen & Hamilton Canada Ltd. (1969), op. cit.

⁷¹ Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social. (1974). *Politique du gouvernement fédéral concernant les services de santé offerts aux Indiens*, Ottawa.

⁷² Castile, G. P. (2006). *Taking Charge : Native American Self-Determination and Federal Indian Policy, 1975-1993*, Tucson, The University of Arizona Press.

À la fin de 1978, la Direction générale des services médicaux a publié la *Directive sur la fourniture de services non assurés aux Indiens*,⁷³ appelée aujourd'hui Programme des services de santé non assurés (SSNA). La directive reflétait la conviction apparente d'un abus généralisé dans le domaine des médicaments, des lunettes, des soins dentaires et du transport pour raison médicale. Pour faire face à l'escalade des coûts, la directive proposait de ne couvrir que les Indiens indigents. En réponse, convaincues que les SSNA étaient un droit issu des traités, les Premières Nations ont défilé sur la Colline du Parlement et un groupe est monté sur une aire de péage à la frontière internationale près de Cornwall, en Ontario, pour attirer l'attention sur leur opposition. En janvier 1979, le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social a accepté de suspendre la mise en œuvre de la directive pendant six mois.⁷⁴ Elle n'a jamais été rétablie.

Cette protestation pourrait également avoir été le catalyseur de la *Politique sur la santé des Indiens* de 1979, qui comprenait trois piliers : le développement communautaire, la relation traditionnelle des Premières Nations avec le gouvernement fédéral et le système de santé canadien.⁷⁵ C'est très probablement en prévision de la présentation de cette politique que, la même année, le juge Thomas Berger a été chargé de définir un processus destiné à engager efficacement les Premières Nations et les Inuits dans le processus de consultation permanent prévu pour soutenir cette politique. Il a proposé 800 000 \$ pour financer l'APN et les organisations provinciales des Premières Nations, et 150 000 \$ supplémentaires pour l'APN pour former une *Commission nationale d'enquête sur la santé des Indiens*.⁷⁶

Trois mois après sa présentation, la *Politique sur la santé des Indiens* a été suivie par la publication de l'*Indian Health Discussion Paper*, décrivant un éventuel processus de transfert des services de santé existants aux communautés des Premières Nations.⁷⁷ En mai 1981, Monique Bégin, ministre de la Santé nationale et du Bien-être social, a présenté un document décrivant la possibilité et la complexité du transfert des services existants aux Premières Nations.⁷⁸ En 1982, le *Programme pilote de santé communautaire* a été mis en place pour aider les Premières Nations à expérimenter différents modèles de prestation de services communautaires.⁷⁹

La *Politique de transfert des services de santé* a été annoncée par le ministre Jake Epp en 1986, probablement en réponse à la pression exercée par les projets de démonstration visant à obtenir

⁷³ Santé nationale et Bien-être social Canada. (1978). *Lignes directrices relatives à la prestation de services médicaux et dentaires non assurés aux Indiens inscrits et Inuit*, Ottawa, Santé nationale et Bien-être social Canada.

⁷⁴ Young, T. K. (1984). Indian health services in Canada : a sociohistorical perspective, *Social Science & Medicine*, 18(3), 257-264.

⁷⁵ Crombie, T. H. D. (1979). *Déclaration sur les services de santé aux Indiens*, Ottawa, Santé nationale et Bien-être social. https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/sc-hc/H14-296-1979.pdf

⁷⁶ Berger, J. T. R. (1980). *Rapport de la Commission consultative sur la consultation sanitaire avec les Indiens et les Inuit*, Ottawa, Santé nationale et Bien-être social. https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/sc-hc/H34-322-1980-fra.pdf

⁷⁷ Santé nationale et Bien-être social. (1979). *Document de travail sur la santé des Indiens*, Ottawa, Santé nationale et Bien-être social.

⁷⁸ Bégin, T. H. M. (1981). *Document de travail : Transfert des services de santé aux Premières nations et aux Inuits*, Ottawa, Santé nationale et Bien-être social.

⁷⁹ Garro, L. C., Roulette, J. et Whitmore, R. G. (1986). Community control of health care delivery : L'expérience de Sandy Bay, *Revue canadienne de santé publique*, 77 (juillet/août), 281-284.

l'assurance d'un financement continu. En novembre 1987, une conférence consultative nationale a été organisée avec l'APN afin d'examiner les préoccupations.⁸⁰ Elle a débouché sur 94 recommandations faites à Santé Canada, qui portaient sur les droits ancestraux et issus de traités, la compétence, le processus de transfert et les négociations, le financement, les installations, le personnel et les questions relatives aux populations situées au nord du 60^e parallèle. Ces recommandations ont été documentées, comme la réponse du gouvernement fédéral,⁸¹ et d'autres commentaires ont été formulés par l'Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire (ONRIISC)⁸² et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.⁸³ Ces documents font état d'une longue liste de préoccupations administratives.

3.2 La Politique de transfert des services de santé de 1986

Il est difficile d'estimer dans quelle mesure la *Conférence nationale sur le transfert des services de santé des Indiens* a contribué à façonner la présentation ultérieure au Conseil du Trésor, nécessaire pour que Santé Canada obtienne l'autorisation de conclure des accords de financement avec les Premières Nations. Le processus de transfert était déjà bien entamé, 279 communautés indiennes situées en Saskatchewan, au Manitoba, en Colombie-Britannique et au Québec s'étant lancées dans les activités préalables au transfert dès 1988.⁸⁴ Le premier transfert a été réalisé à Montreal Lake Saskatchewan en 1988, apparemment en prévision de l'approbation du Conseil du Trésor : l'accord a été retardé en raison du manque d'outils nécessaires à la mise en œuvre d'un transfert.⁸⁵ La présentation de Santé Canada au Conseil du Trésor a finalement été approuvée,⁸⁶ et les directeurs régionaux ont été informés de l'approbation de l'initiative de transfert en juin 1989.⁸⁷ Il est important de noter que la Politique de transfert des services de santé a été positionnée par le gouvernement fédéral en dehors de toute discussion sur le droit à la santé issu de traités, la disposition suivante apparaissant dans les accords de transfert :

⁸⁰ Assemblée des Premières Nations. (1987). *Special Report: The National Indian Health Transfer Conference*, Ottawa, Assemblée des Premières Nations.

⁸¹ Assemblée des Premières Nations. (1989). *Assembly of First Nations comments on M.S.B. response to the Recommendations made at the AFN National Indian Health Transfer Conference in November of 1987*, Ottawa, Assemblée des Premières Nations.

⁸² Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire. (1989). *NIICHO's comments on NH&W's response to the recommendations obtained at the AFN National Indian Health Transfer Conference*.

⁸³ Indian and Inuit Nurses of Canada. (1989). *Comments on MSB Response on Recommendations made at the Transfer Conference in Montreal, November 1987*, Ottawa, Indian and Inuit Nurses of Canada.

⁸⁴ Santé et bien-être Canada. (1989). The transfer of health services to Indian control. *Saskatchewan Indian Federated Journal*, 4(1), 7-11-17-15.

⁸⁵ Bird, L. et Moore, M. (1991). The William Charles Health Centre of Montreal Lake Band : a case study of transfer. *Arctic medical research, Supplement 50 (1-4)*, 47-49.

⁸⁶ Santé nationale et Bien-être social, et Conseil du Trésor du Canada. (1989). *Protocole d'entente entre le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et le Conseil du Trésor concernant le transfert du contrôle des services de santé aux Indiens*. Ottawa : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social

⁸⁷ Nicholson, J. (1989). Note de service du sous-ministre adjoint, Direction générale des services médicaux, Santé Canada, aux directeurs régionaux (p. 7). Ottawa : Santé Canada, Direction générale des services médicaux,

*Aucune disposition du présent accord ne peut : a) être interprétée comme diminuant, dérogeant ou portant préjudice à tout traité ou droit ancestral du bénéficiaire; b) porter préjudice à toute demande, négociation ou règlement concernant des revendications territoriales ou des droits fonciers entre le Canada et le bénéficiaire; c) porter préjudice à la mise en œuvre du droit inhérent à l'autonomie gouvernementale ou porter préjudice de quelque façon que ce soit aux négociations concernant l'autonomie gouvernementale auxquelles participe le bénéficiaire.*⁸⁸

La *Politique de transfert des services de santé* a fourni un cadre relativement souple en ce qui concerne la gouvernance : les Premières Nations individuelles peuvent demander à obtenir le transfert de postes communautaires (appelé transfert de 1^{er} niveau), ou les Premières Nations peuvent demander à obtenir le transfert sous l'égide d'un Conseil Tribal (consortium régional des Premières Nations, avec une adhésion volontaire) ou d'un autre groupe organisationnel de communautés. Si un modèle régional est retenu, les postes régionaux précédemment détenus par Santé Canada (appelés transfert de 2^e niveau, nutritionnistes et agents d'hygiène du milieu par exemple) peuvent être transférés en plus des postes communautaires. Dans certains cas, le transfert de 3^e niveau, les postes de médecin hygiéniste et de supervision des soins infirmiers ont également été transférés.⁸⁹

Les postes énumérés dans l'accord de transfert comprenaient à l'origine tous les postes communautaires et certains postes régionaux. Les accords de transfert avec le Conseil tribal de Meadow Lake (SK), la Nation crie de Peter Ballantyne (SK), la Bande indienne de Lac LaRonge (SK), le Grand Conseil de Prince Albert (SK) et les Premières Nations de Berens River (MB) comprenaient le personnel infirmier de soins primaires. Le transfert du personnel infirmier de soins primaires a apparemment été interrompu par la suite en raison des préoccupations de la Commission de la fonction publique, qui a menacé d'organiser une grève nationale si le personnel infirmier de soins primaires continuait à être transféré aux autorités des Premières Nations. Ainsi, dans la majeure partie du Canada, le personnel employé par les Premières Nations et le personnel fédéral travaillent pour fournir un complément de services de soins primaires aux membres de la communauté. D'après mon expérience, là où le personnel infirmier de soins primaires a été transféré, le travail d'équipe est plus évident. Lorsque le personnel infirmier de soins primaires demeure des employées fédérales, les directives divergentes, les avantages sociaux et la culture de l'employeur créent des défis pour la mise en œuvre d'une approche intégrée.

Certaines Premières Nations ont choisi d'intégrer la santé sous l'égide politique de leur Chef et de leur Conseil. Dans ce cas, un Comité sur la santé est généralement nommé par le Chef et le Conseil pour formuler des recommandations sur les programmes de santé. D'autres, en particulier les plus grandes Premières Nations, peuvent avoir choisi de créer une société indépendante, afin d'assurer une certaine séparation des responsabilités financières potentielles qui peuvent être encourues par le Chef et le Conseil dans le cadre d'activités de développement économique. Dans ce cas, le Chef et le Conseil peuvent soit nommer les membres d'un Conseil sur la santé, soit les faire élire. Dans les cas où une

⁸⁸ Lavoie et al. (2005), op. cit.

⁸⁹ Merasty, R. (2001, 21 juin 2001). NITHA, Health Canada Sign Demonstration Project for third level health services, The project is the first of its kind in Canada (NITHA, Santé Canada signent un projet de démonstration pour des services de santé de troisième niveau). *PAGC Tribune*.

Santé Canada (DGSPNI). (2001). *Politique de transfert des services de 2e et 3e niveaux*. Ottawa : Santé Canada Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.

Direction générale des services médicaux de Santé Canada. (1991). *Politique de masse critique*. Ottawa : Direction générale des services médicaux de Santé Canada

structure régionale est mise en place,⁹⁰ le Conseil sur la santé régional peut travailler avec les comités sur la santé locaux. Étant donné que le Conseil sur la santé reste responsable de toutes les décisions, les comités conservent généralement un rôle consultatif.

Historiquement, la majorité des services de santé fournis dans les réserves l'ont été par du personnel infirmier.⁹¹ Ce modèle axé sur les soins infirmiers a évolué par nécessité : les économies d'échelle signifiaient souvent que les communautés étaient trop petites pour que la présence d'un médecin soit rentable, et les problèmes de recrutement et de maintien en poste étaient encore plus graves parmi les médecins. Santé Canada a lancé un programme de RSC en 1974 pour appuyer le personnel infirmier, principalement non autochtone, travaillant dans les réserves. Les RSC devaient assurer une liaison linguistique et culturelle avec la communauté, soutenant ainsi le personnel infirmier dans la prestation de services cliniques et de santé publique. Ils n'étaient pas et ne sont toujours pas considérés comme des professionnels de la santé. Au cours des premières années, le rôle du RSC s'est élargi et contracté au gré des caprices de l'infirmière ou de l'infirmier responsable, allant de la prestation directe de services de sage-femme à des rôles strictement cléricaux et de traduction. Les RSC ont reçu peu de formation officielle, à l'exception de celle que le personnel infirmier était disposé à dispenser sur le tas. Des discussions informelles avec des RSC chevronnés au cours des dix dernières années soulignent néanmoins qu'au cours des premières années du programme, les RSC étaient susceptibles d'effectuer des tâches qui ne sont plus autorisées par la législation et la réglementation relatives au champ d'exercice des professions de la santé. Le rôle actuel est plutôt celui de la traduction, de la promotion de la santé, de la recherche de contacts pour les maladies infectieuses et de la collaboration avec le personnel infirmier dans les cliniques de vaccination ou les cliniques prénatales. Bien qu'il ait été question que le programme des RSC soit un pas vers la formation d'infirmières ou d'infirmiers autochtones, il s'est avéré difficile à mettre en œuvre et n'a pas été facilité par le gouvernement fédéral.

3.3 Rôle continu du gouvernement fédéral dans un contexte post-transfert

Avec la mise en œuvre de la Politique de transfert des services de santé, le rôle du gouvernement fédéral a commencé à s'éloigner de la prestation directe de services. Le rôle résiduel de la direction générale a été examiné à maintes reprises au cours des dernières décennies. Le *Sous-comité de 1986 sur le transfert du contrôle des services de santé aux Indiens* a d'abord cerné quatre grands domaines :

- Les obligations découlant de la relation traditionnelle entre les Premières Nations et le gouvernement fédéral, y compris la responsabilité permanente de la gestion prudente des ressources fédérales affectées par le Parlement aux programmes de santé et à leurs réalisations, et l'assurance de la protection de la santé et de la sécurité des communautés.
- La responsabilité de continuer à fournir certains services de santé par principe : y compris la prestation de services directs aux Premières Nations qui ne souhaitent pas assumer les responsabilités du programme de santé, la poursuite de la prestation de services de santé non

⁹⁰ Comme dans le cas des Premières Nations multicommunautaires ou lorsque les transferts sont effectués sous l'égide d'un Conseil tribal.

⁹¹ L'extension du champ d'exercice signifie que le personnel infirmier travaillant dans les réserves peut prescrire un nombre limité de médicaments, effectuer des interventions de base telles que des sutures, etc. Le champ d'application est déterminé en collaboration avec l'organisme provincial d'autorisation des soins infirmiers et protégé par la législation. Des variations entre les provinces ont été constatées.

assurés et le maintien d'une capacité d'assistance à la demande d'une communauté en cas d'imprévu majeur ou de situation d'urgence en matière de santé.

- Le maintien de responsabilités de programme découlant de considérations liées aux économies d'échelle : y compris les responsabilités liées à l'éducation et à la formation actuellement assurées par le gouvernement fédéral en tant que politique, qui ne se prêteraient pas facilement à la décentralisation et aux transferts en raison de considérations financières et administratives.
- Responsabilités en matière d'aide au développement des communautés dans le domaine de la santé, y compris le soutien aux programmes, la formation, etc.

En 1996, Santé Canada a publié un document de travail visant à examiner les possibilités d'externalisation du plus grand nombre possible de responsabilités, à la lumière de la décision du Comité exécutif ministériel de se *retirer des activités de prestation directe de services*.⁹²

L'exercice le plus récent propose quatre domaines résiduels pour le gouvernement fédéral : a. la gestion de la relation de responsabilité avec les communautés des Premières Nations; b. le suivi et l'évaluation des plans de santé; c. le renforcement des capacités des communautés des Premières Nations; d. la fourniture de *biens publics*, c'est-à-dire la mise en place de "biens" ou d'outils tels que des normes relatives à tous les aspects de la conception et de la prestation des services de santé communautaire; la production et la diffusion d'expériences, de bonnes pratiques et d'enseignements tirés de la prestation et de l'administration des services de santé; et la défense des intérêts liés aux grandes questions de santé communautaire.⁹³

En outre, je dirais qu'il reste un rôle à jouer pour s'assurer que les réformes provinciales n'ouvrent pas de brèches dans les services pour les Premières Nations vivant dans les réserves. Les systèmes de santé provinciaux sont planifiés et réformés indépendamment des systèmes fédéraux et des systèmes des Premières Nations, ce qui crée des possibilités de transfert de coûts entre les deux gouvernements ou d'apparition de lacunes dans les services, laissant les Premières Nations dans une situation de soins inférieurs aux normes ou d'absence de soins.⁹⁴ Étant donné que les Premières Nations *relèvent du gouvernement fédéral*, elles ont toujours eu un rôle marginal, voire aucun rôle, dans les réformes provinciales des soins de santé, bien qu'il existe des preuves que cela commence à changer, notamment en Colombie-Britannique⁹⁵ et au Manitoba.⁹⁶ Le gouvernement fédéral pourrait également

⁹² Santé Canada. (1996). *Rôle recentré de la Direction générale des services médicaux*, projet : Santé Canada

⁹³ Schacter, M. (2001). *Des moyens aux fins : définir un nouveau rôle pour la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits dans un monde post-transfert*. Ottawa : Institut sur la gouvernance

⁹⁴ Lemchuk-Favel, L. (1999). Le financement d'un système de santé intégré pour les Premières Nations et les Inuits : un document de travail (pp. 78). Ottawa. (Réimprimé à partir de : Not in File)

⁹⁵ Gallagher, J., Mendez, J. K. et Kehoe, T. (2015). The First Nations Health Authority : a transformation in healthcare for BC First Nations. *Healthcare Management Forum*, 28(6), 255-261. http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0840470415600131?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed

O'Neil, J. D., Gallagher, J., Wylie, L., Bingham, B., Lavoie, J. G., Alcock, D. et Johnson, H. (2016). Transforming First Nations' health governance in British Columbia (Transformer la gouvernance de la santé des Premières Nations en Colombie-Britannique). *International Journal of Health Governance*, 21(4), 229-244. doi:DOI 10.1108/IJHG-08-2016-0042. <http://www.emeraldinsight.com/doi/pdfplus/10.1108/IJHG-08-2016-0042>

⁹⁶ Lavoie, J. G., Phillips-Beck, W., Clark, W., Star, L. et Dutton, R. (2020). Cartographie de la réponse de la politique en matière de santé du Manitoba à l'épidémie. Dans A. Rounce & K. Lavoie (Eds.), *Manitoba in Lockdown : Public Policy Conversations about COVID-19* (pp. 9-25). Winnipeg : University of Manitoba Press.

avoir un rôle à jouer dans la surveillance des iniquités de financement fédérales-provinciales et de Premières Nations à Premières Nations,⁹⁷ et dans les résultats des provinces et des territoires en ce qui concerne la lutte contre le racisme systémique et interpersonnel.⁹⁸

3.4 Contexte contemporain

Bien que des ajustements aient été apportés à la *Politique de transfert des services de santé* à la suite de la publication de l'évaluation de 2005,⁹⁹ le cadre de la politique demeure et continue d'être utilisé, bien qu'avec une terminologie légèrement différente.¹⁰⁰ Une analyse récente montre que les communautés et les Conseils tribaux qui opèrent dans le cadre de la *Politique de transfert des services de santé* ont en fait peu de possibilités d'exercer un contrôle sur la prestation des services de santé, et que l'autorité qu'ils détiennent ne concerne qu'un nombre limité de programmes.¹⁰¹

Au-delà du cadre de la *Politique de transfert des services de santé*, des modèles tripartites ont également vu le jour. Certains sont le fruit d'accords sur des revendications territoriales : le *Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James* (CBHSSJB) et la *Régie régionale de la santé et des services sociaux du Nunavik* (NRBHSS),¹⁰² ainsi que le gouvernement des Tłı̨chǫ des Territoires du Nord-Ouest (TNO).¹⁰³ Certains sont des accords tripartites destinés à améliorer l'accès aux soins, comme

Clark, W., Lavoie, J. G., Nickel, N. et Dutton, R. (2020). Manitoba Inuit Association's rapid response to ensuring an Inuit identifier in COVID-19 testing within Manitoba testing processes. *American Indian Culture and Research Journal*, 44(3), 5-14. doi:https://doi.org/10.17953/aicrj.44.3.clark_et.al.
<https://meridian.allenpress.com/aicrj/article-abstract/44/3/5/467369/Manitoba-Inuit-Association-s-Rapid-Response-to?redirectedFrom=fulltext>

⁹⁷ Lavoie, J. G., Forget, E. et O'Neil, J. D. (2007). L'importance de l'équité dans le financement des services de santé des Premières Nations dans les réserves : Résultats de l'évaluation nationale de 2005 de la politique de transfert en matière de santé. *Healthcare policy*, 2(4), 79-98.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585472/pdf/policy-02-79.pdf>

⁹⁸ Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015), op.cit.

⁹⁹ Fusion de programmes distincts, flexibilité accrue des lignes budgétaires, consolidation des exigences en matière de rapports, etc.

Lavoie et al. (2005), op. cit.

¹⁰⁰ Les termes "non transféré", "intégré" et "transféré" sont devenus "ensemble", "transition", "souple" et "transfert souple". Les deux ensembles de termes reflètent un gradient en termes de souplesse et d'autonomie. Santé Canada (DGSPNI). (2008). *Cadre de financement des contributions et modification de l'entente*. Ottawa : Santé Canada (DGSPNI).

¹⁰¹ Marchildon (2021), op. cit.

¹⁰² Bearskin, S. et Dumont, C. (1991, 1991). *Le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James : les douze premières années - 1978-1990*. Document présenté au 8^e Congrès international sur la santé circumpolaire, Whitehorse, Yukon, Canada. (1974). *La Convention de la Baie James et du Nord québécois (CBJNQ)*. Ottawa : Affaires indiennes et du Nord Canada. [La Convention de la Baie James et du Nord québécois et la Convention du Nord-Est québécois - Rapports annuels 2008-2009 / 2009-2010 \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](http://www.rcaanc-cirnac.gc.ca/14961311-80c4-4681-b112-14180b26969d)

¹⁰³ Canada, Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, & The Tłı̨chǫ. (2003). *Entente sur les revendications territoriales et l'autonomie gouvernementale entre les Tłı̨chǫ, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest et le gouvernement du Canada*. Ottawa : Canada.
<https://www.tlichoc.ca/sites/default/files/documents/government/T%C5%82%C4%B1%CC%A8cho%CC%A8%20Agreement%20-%20English.pdf>

l'*Athabasca Health Authority* (AHA), basée en Saskatchewan.¹⁰⁴ D'autres résultent du transfert du contrôle des hôpitaux aux Premières Nations : le Conseil tribal de Saskatchewan Fort Qu'Appelle, l'Associated First Nations' All Nations' Healing Hospital et le Centre d'excellence en santé de la Nation crie de Norway House.¹⁰⁵

Le modèle le plus remarquable qui a émergé est la création de l'*Autorité sanitaire des Premières Nations de la Colombie-Britannique* (FNHA) en 2013, financée et habilitée par le gouvernement fédéral à assumer des responsabilités fédérales auparavant gérées par le bureau fédéral régional. La FNHA 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 provinciale des services de santé* et les autorités régionales de santé de la province. Les communautés des Premières Nations participent pleinement à la planification des services de santé et à la prestation des services de santé dans les réserves.¹⁰⁶

Dans les provinces de l'Atlantique, les discussions suggèrent un certain intérêt pour la création d'une autorité sanitaire des Premières Nations à l'échelle de l'Atlantique ou de la province.¹⁰⁷ Au Manitoba, le rapport Wabung présente une vision d'un système de santé intégré, dirigé par les Premières Nations à l'échelle de la province.¹⁰⁸ Les discussions ont été suspendues en raison de la pandémie de COVID-19, mais dans le contexte du Manitoba, des inquiétudes ont été exprimées sur le fait que, bien que les Premières Nations de Colombie-Britannique aient été soutenues dans la création d'un modèle de transfert à l'échelle de la province répondant à leurs besoins, les autres organisations provinciales et territoriales des Premières Nations (OPT) étaient maintenant censées simplement adopter ce modèle, et ce malgré des contextes, une histoire, des relations, etc. différents.

Les modèles à l'échelle de la province augmentent l'influence que les Premières Nations peuvent exercer sur les politiques fédérales et provinciales et sur la prestation de services. Dans le contexte de l'*Autorité sanitaire de la Colombie-Britannique*, l'influence exercée par celle-ci en raison de sa taille a permis une plus grande intégration des services de santé provinciaux et des Premières Nations, ainsi qu'une amélioration de l'accès à des soins respectueux et adaptés, grâce à des transformations aux niveaux structurel, systémique et individuel.¹⁰⁹ Des analyses énumérant les défis et

¹⁰⁴ Saskatchewan. (2007). Athabasca Health Authority. *Athabasca Health Authority*. <http://www.health.gov.sk.ca/athabasca-health-authority>

¹⁰⁵ Marchildon (2021), op. cit.

¹⁰⁶ Gallagher (2015), op. cit.

O'Neil (2016), op. cit.

¹⁰⁷ Partenariat pour la santé des Premières Nations de l'Atlantique. (2020). *Modèles de contrôle des Premières Nations : Exploring the Devolution of Health Program Funding in Atlantic Canada*. Halifax. https://www.apcfn.ca/wp-content/uploads/2020/07/FN_Health_Control_Models_FINAL.pdf

¹⁰⁸ Assemblée des Chefs du Manitoba. (2019). *Wabung Nos lendemains imaginés : Vision pour les 50 prochaines années*. Winnipeg. https://reospartners.com/wp-content/uploads/2019/12/Wabung-Our-Tomorrows-Imagined_FINAL.pdf

¹⁰⁹ Greenwood, M. (2019). Modélisation du changement et de la sécurité culturelle : Une étude de cas dans la transformation du système de santé du nord de la Colombie-Britannique. *Healthc Manage Forum*, 32(1), 11-14. doi:10.1177/0840470418807948. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30514119>

les limites doivent encore être publiées. Le Partenariat pour la santé des Premières Nations de l'Atlantique¹¹⁰ a relevé les avantages et les inconvénients de ce modèle :

Tableau 2, perspective du Partenariat pour la santé des Premières Nations de l'Atlantique sur les approches provinciales de l'autodétermination en matière de services de santé

Quelques avantages :	Quelques inconvénients :
<ul style="list-style-type: none">• La reddition de comptes concernant les dépenses de santé passe du gouvernement fédéral aux communautés.• Elle offre la possibilité de transférer le financement de l'administration à la mise en œuvre des programmes.• Elle pourrait permettre de passer d'une approche cloisonnée à des stratégies de financement holistiques et adaptées à la culture.• Amélioration des possibilités de collaboration entre les communautés pour une meilleure efficacité de la programmation.	<ul style="list-style-type: none">• Le conseil d'administration de la FNHA est politiquement responsable des choix de dépenses dans un environnement où les besoins sont importants et les ressources limitées.• Il peut s'avérer difficile d'obtenir un consensus entre toutes les communautés des PN sur les décisions de financement de la santé

Il y a des limites à ce que les autorités des Premières Nations assument la responsabilité des fonctions de réglementation et de reddition de comptes qui étaient auparavant exercées par le gouvernement fédéral, dans un système manquant de ressources.

3.5 Autonomie gouvernementale et santé au nord du 60^e parallèle

Des accords d'autonomie gouvernementale ont été signés dans les Territoires du Nord-Ouest et au Nunavut, mais ils n'incluaient pas le contrôle des services de santé à l'échelle locale. Le Nunavut ne sera pas abordé davantage, car il ne compte aucune communauté des Premières Nations.

Certaines Premières Nations du Yukon et des Territoires du Nord-Ouest gèrent des programmes de santé communautaires. La Politique de transfert des services de santé a été mise en œuvre différemment au nord du 60^e parallèle.¹¹¹ Les dispositions ont été prises soit dans le cadre d'un *accord intégré*¹¹², soit au moyen d'un ensemble de subventions pour la gestion de programmes distincts. Des discussions récentes suggèrent que certaines autorités des Premières Nations pourraient vouloir élargir leur contrôle aux services de santé et à d'autres services à l'avenir.¹¹³

¹¹⁰ Partenariat pour la santé des Premières Nations de l'Atlantique. (2020), op. cit.

¹¹¹ Lavoie et al. (2013), op. cit.

¹¹² Voir la note de bas de page 102 pour une description.

¹¹³ Marchildon, G. P., Lavoie, J. G. et Harrold, H. J. (2021). Typologie de la gouvernance du système de santé autochtone au Canada. *Canadian Public Administration-Administration Publique Du Canada*, 64(4), 561-586. doi:10.1111/capa.12441. <Voir ISI>://WOS:000716485500001

3.6 Les lacunes évidentes

À ce jour, les systèmes de santé provinciaux semblent ignorer le savoir traditionnel en matière de santé et les pratiques de guérison sur lesquelles certains peuples autochtones s'appuient pour atteindre et maintenir leur santé et leur bien-être, ou y être opposés ou apathiques.¹¹⁴ Bien que le gouvernement fédéral se soit efforcé de faire participer les Premières Nations (APN, OPT) à l'élaboration de nouveaux programmes, les services financés et les cadres réglementaires et de responsabilité laissent peu de place à la création d'approches locales, adaptées, holistiques et culturellement éclairées pour soutenir les individus, les familles et le bien-être de la communauté.¹¹⁵ Des modèles intégrés

Encadré 8 : Politique de déplacement pour la prestation de services de guérisseurs traditionnels

8.1 *Des services de transport pour raison médicale, dans la région ou le territoire de résidence du client, peuvent être fournis pour que le client se rende chez un guérisseur traditionnel ou, lorsque cela est économique, pour qu'un guérisseur traditionnel se rende dans la communauté.*

8.2 *Les services de transport pour raison médicale pour accéder aux services d'un guérisseur traditionnel doivent être autorisés au préalable par la DGSPNI ou par une autorité ou une organisation de santé des Premières Nations ou des Inuits. Exceptionnellement, la DGSPNI ou une autorité ou organisation de santé des Premières Nations ou des Inuits peut accorder une autorisation après coup lorsque la justification médicale appropriée est fournie et approuvée.*

8.3 *Lorsque les guérisseurs traditionnels sélectionnés par le client se trouvent en dehors de la région ou du territoire de résidence du client, les frais de déplacement ne sont remboursés que pour le déplacement jusqu'à la frontière régionale ou territoriale.*

8.4 *Les critères suivants doivent être pris en compte avant d'approuver les services de transport pour raison médicale pour les services de guérisseurs traditionnels :*

- i. le guérisseur traditionnel est reconnu comme tel par la bande locale, le Conseil tribal ou le professionnel de la santé;*
 - ii. un médecin agréé peut confirmer que le client souffre d'un problème médical;*
 - ii. si un médecin agréé n'est pas systématiquement disponible dans la communauté, un professionnel de la santé communautaire ou un représentant de la DGSPNI peut confirmer que le client souffre d'un problème médical.*
-

¹¹⁴ Reading, C. L. et Wien, F. (2009). *Les inégalités en matière de santé et les déterminants sociaux de la santé des peuples autochtones* : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone, Prince George, C.-B.

Kyoon Achan, G., Eni, R., Kinew, K. A., Phillips-Beck, W., Lavoie, J. G. et Katz, A. (2021). Les deux grandes traditions de guérison : Enjeux, possibilités et recommandations pour un système de santé intégré des Premières Nations au Canada. *Health Syst Reform*, 7(1), e1943814. doi:10.1080/23288604.2021.1943814. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34375567>

¹¹⁵ Ibid.

Un examen de la législation et des politiques provinciales et territoriales contenant des dispositions propres aux Autochtones a révélé un patchwork de dispositions provisoires, couvrant les questions de la pratique traditionnelle des sages-femmes, de l'usage cérémoniel du tabac et des cas où les gouvernements provinciaux pourraient conclure des accords avec le Chef et le Conseil pour la prestation de soins. Ces dispositions ne clarifient pas les sphères de compétences.¹²¹ Ce patchwork témoigne de l'absence de leadership fédéral pour guider les provinces et les territoires vers la définition de voies claires pour l'intégration des systèmes afin de garantir un accès équitable et la prestation continue de soins de qualité.

¹²¹ Lavoie et al. (2013), op. cit.

Halseth, R. et Murdock, L. (2020). *Promouvoir l'autodétermination autochtone dans le domaine de la santé : Lessons Learned from a Review of Best Practices in Health Governance in Canada and Internationally*. Prince George, C.-B. : N. C. C. f. I. Health. <https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/317/Ind-Self-Determine-Halseth-Murdoch-EN-web-2020-12-02.pdf>

4. LA GOUVERNANCE DES PREMIÈRES NATIONS ET LE CADRE LÉGISLATIF : POINTS À CONSIDÉRER POUR LE RENOUVELLEMENT

Pour résumer les points soulevés ci-dessus, à ce jour,

1. Le gouvernement fédéral a choisi de laisser aux tribunaux le soin de définir les droits ancestraux et issus des traités.
2. Les tribunaux, dans le cadre de *Dreaver* (1935) et de *Wuskwi Sipihk* (1999), ont statué que le droit à la santé issu des traités, qui n'est pas limité au Traité n° 6, existe et doit être compris en termes contemporains.
3. Les politiques fédérales relatives aux services de santé fournis dans les réserves ont été établies en dehors des discussions sur les droits ancestraux et issus des traités.
4. Les obligations fédérales ont été définies comme complémentaires de celles des provinces, ce qui a entraîné une confusion persistante sur les obligations fédérales-provinciales, des lacunes dans les compétences et des inégalités.
5. Les mécanismes de mise en œuvre de la DNUDPA, des Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation et du principe de *Joyce* n'ont pas encore été créés.

Les points à considérer pour aller de l'avant comprennent deux grandes catégories : l'encadrement de l'instrument législatif et son contenu.

4.1 Encadrement de l'instrument législatif

La *Loi canadienne sur la santé*, qui repose sur une adhésion volontaire, des principes communs et des incitations financières au respect, constitue une option viable pour évaluer les obligations découlant de traités et mettre en place des mécanismes et des procédures permettant de cerner et de résoudre les confusions relatives à la compétence et de demander des comptes aux gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux, aux systèmes de santé, aux organismes de santé et aux organisations professionnelles, afin d'enquêter sur le racisme systémique et interpersonnel, d'y remédier et de le prévenir.¹²² Les principes généraux possibles pourraient être les suivants :

- ✓ Transférabilité des droits ancestraux;
- ✓ Un engagement à lutter contre le racisme systémique;
- ✓ Dispositions particulières pour les organisations professionnelles, les universités et les collèges ainsi que les systèmes de santé, afin de lutter contre le racisme à l'égard des Autochtones.

4.2 Considérations sur le contenu d'une législation en matière de santé des Premières Nations fondée sur les distinctions

Premièrement, la recherche d'un système de soins de santé plus équitable pour les Premières Nations a jusqu'à présent été laissée à la bonne volonté des gouvernements, des établissements d'enseignement, des organisations professionnelles et des organisations de services sociaux et de santé. En ce qui concerne les soins de santé, le gouvernement fédéral a toujours considéré que ses obligations étaient complémentaires à celles des provinces.¹²³ Malgré la jurisprudence, les obligations fédérales restent indéfinies, ce qui fait place à des ambiguïtés et des lacunes. Une considération essentielle pourrait donc

¹²² Lavoie, J. G. (2013). Le silence des politiques : pourquoi le Canada a besoin d'une politique nationale sur la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. *Int J Circumpolar Health*, 72, 22690. doi:10.3402/ijch.v72i0.22690. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380077>

¹²³ Booz-Allen & Hamilton Canada Ltd. (1969), op. cit.

être de veiller à ce que la législation énumère les obligations fédérales, sur la base de la jurisprudence. Ce point a été soulevé dans la DNUDPA et dans les Appels à l'action de la CVR.

Deuxièmement, des accords tripartites dans chaque province et territoire pourraient ancrer des mécanismes permettant de traiter les obligations et les lacunes en matière compétence, et de créer conjointement des solutions. La supervision de ces accords nécessitera des ressources et des mécanismes pour imposer des solutions. Le principe de Joyce recommande la création de bureaux de médiateurs pour veiller à ce que les obligations soient respectées.

Encadré 9, Voies à suivre pour remédier aux inégalités en matière de santé chez les Premières Nations : La DNUDPA, la CVR et le principe de Joyce

<i>Gouvernement fédéral</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Reconnaissance par le gouvernement fédéral que les inégalités sont le résultat direct de politiques antérieures.</i>
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Suivi au niveau fédéral des progrès réalisés en matière d'équité en santé, à l'aide d'indicateurs élaborés en collaboration avec les peuples autochtones.</i>
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Soutien financier fédéral aux centres de guérison autochtones existants et nouveaux afin de remédier aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et spirituels causés par les politiques du passé.</i>
<i>Établissements d'enseignement post-secondaire</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones et assurer leur maintien en poste.</i>
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Formation à la compétence culturelle pour tous les professionnels de la santé.</i>
	<hr/> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Les écoles de médecine et de personnel infirmier au Canada doivent exiger de tous les étudiants qu'ils suivent un cours sur les questions de santé autochtone.</i>
<i>Organisations professionnelles</i>	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Les ordres professionnels intègrent des Autochtones dans leurs conseils d'administration</i>

Troisièmement, le système de santé dans les réserves, financé par le gouvernement fédéral, est un système de santé qui fournit des services de santé essentiels, assurés et non assurés, aux

Organismes de santé

- *Les organismes de santé s'engagent à assurer une formation continue, y compris en matière de sécurité culturelle. Un suivi doit être mis en place (médiateur) et un engagement à lutter contre toute manifestation de racisme à l'encontre des Autochtones doit être pris.*
-

Premières Nations. Il est cependant financé par un financement de base limité, complété par un ensemble de financements de type projet, et mis en œuvre de manière inégale à travers le pays.¹²⁴ Il s'agit d'une approche disparate, qui n'a pas encore été conceptualisée et équipée par le gouvernement fédéral en tant que système de soins de santé. Il serait donc essentiel de reconnaître explicitement le système de soins de santé dans les réserves comme le **14^e système de soins de santé** du Canada. Cette recommandation implique l'obligation de financer ce système par des transferts de paiement, plutôt que par un ensemble de programmes et de projets, un financement adéquat des infrastructures, la mise en œuvre de dossiers médicaux électroniques, un processus d'amélioration de la qualité, etc. Cela peut également nécessiter de remédier aux lacunes des réglementations et législations provinciales sur le cadre de pratique, qui tendent à être fondées sur des données urbaines, afin de garantir que les réglementations sur le cadre de pratique puissent mieux servir les contextes ruraux et éloignés.

Quatrièmement, la mise en œuvre de la DNUDPA, des Appels à l'action de la CVR et du principe de Joyce exige la **reconnaissance des droits** et la **concrétisation des droits ancestraux par l'adoption d'obligations**, énoncées dans ces documents.¹²⁵ Cela inclut des obligations précises pour les gouvernements fédéral et provinciaux, les écoles de médecine et de soins infirmiers ainsi que les organisations de santé, comme le montre l'encadré 9.

Ces recommandations fournissent des pistes pour résoudre les problèmes de longue date qui minent la santé et l'accès aux soins des Premières Nations.

¹²⁴ Lavoie (2007), op. cit.

¹²⁵ Voir les annexes I et II pour une cartographie des recommandations et des Appels à l'action provenant de ces sources.

5. CONCLUSION

Jusqu'à présent, le cadre qui a orienté l'élaboration de la politique fédérale a été celui d'un transfert de responsabilités fédérales, au mieux vaguement définies, aux organisations des Premières Nations. Ce transfert a été soutenu par un patchwork législatif. Cette approche fragmentée, qui continue de reposer sur le transfert aux provinces de responsabilités fédérales mal définies en matière de santé des Premières Nations, a perpétué les inégalités, ignoré les obligations découlant des traités et n'est pas conforme aux engagements pris dans le cadre de la mise en œuvre de la DNUDPA et des Appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation. Je pense que si l'on n'y remédie pas, cette approche perpétuera les inégalités et reproduira les conditions qui ont conduit à la mort tragique de M^{me} Echaquan et de M. Brian Sinclair,¹²⁶ et aux rapports continus sur le racisme interpersonnel et systémique dont sont victimes les Premières Nations et d'autres groupes autochtones.

Suite aux négociations sur l'autonomie gouvernementale et à la Politique de transfert des services de santé, les Premières Nations gèrent aujourd'hui une mosaïque de projets et de programmes de santé, plutôt qu'un système. Il est nécessaire de reconnaître le 14^e système de soins de santé du Canada et de créer des mécanismes pour intégrer efficacement un continuum complet de soins dans toutes les sphères de compétence.

Au-delà de la santé et des soins de santé, il est nécessaire de prêter attention aux déterminants de la santé des Premières Nations, notamment à la continuité culturelle, à la gérance de l'environnement, aux infrastructures et aux biens communautaires, aux systèmes éducatifs, à la justice, à l'emploi et au revenu, ainsi qu'à la sécurité alimentaire.¹²⁷ La prise en compte de ces déterminants permettra d'améliorer la santé des individus, des familles et des communautés et de réduire la dépendance à l'égard des services sociaux et de santé.

J'espère que le présent document fournira des pistes utiles pour résoudre ces problèmes de longue date et bien documentés.

Solidairement vôtre,

A handwritten signature in black ink, appearing to be 'C. J. L.', is centered below the text 'Solidairement vôtre,'.

¹²⁶ Groupe de travail Brian Sinclair. (2017). *Hors de vue : Un résumé des événements qui ont conduit à la mort de Brian Sinclair et de l'enquête qui l'a examinée, ainsi que les recommandations provisoires du groupe de travail Brian Sinclair*. <https://www.dropbox.com/s/wxf3v5uh2pun0pf/Out%20of%20Sight%20Final.pdf?dl=0>

¹²⁷ Loppie (2014), op. cit.

Greenwood (2015), op. cit.

ANNEXE I, CARTOGRAPHIE DES DROITS SELON LA DNUDPA, LES APPELS À L'ACTION DE LA CVR ET LE PRINCIPE DE JOYCE

Droits	DNUDPA	CVR	Principe de Joyce
1. Mettre en œuvre les droits des peuples autochtones en matière de soins de santé, tels qu'ils sont définis dans le droit international, le droit constitutionnel et les traités, y compris pour ceux qui vivent hors des réserves.		Appels 18, 20	
2. Droit, sans discrimination, à l'amélioration des conditions économiques et sociales, y compris... la santé et la sécurité sociale.	Article 21.1	Appel 18	
3. Droit de déterminer et d'élaborer des priorités et des stratégies pour exercer leur droit au développement.	Article 23		
4. Droit de participer activement à l'élaboration et à la détermination des programmes de santé... et des autres programmes sociaux qui les concernent et, dans la mesure du possible, d'administrer ces programmes par l'intermédiaire de leurs propres institutions.	Article 23		
5. Droit aux médecines et pratiques de santé traditionnelles, y compris la conservation de leurs plantes médicinales, animaux et minéraux vitaux.	Article 24.1	Appel 22 de la CVR, appelant à l'inclusion dans le système de santé	
6. Droit d'accès, sans aucune discrimination, à tous les services sociaux et de santé, indépendamment de la compétence.	Article 24.1		L'article 1, VII, et l'article 2, I, prévoient la création d'un bureau du médiateur pour la santé autochtone.
7. Droit égal de jouir du meilleur état de santé physique et mentale possible. Les États prennent les mesures nécessaires pour assurer progressivement le plein exercice de ce droit.	Article 24.2	Appel 18	

ANNEXE II, CARTOGRAPHIE DES OBLIGATIONS SELON LA DNUDPA, LES APPELS À L'ACTION DE LA CVR ET LE PRINCIPE DE JOYCE

Obligations	DNUDPA	CVR	Principe de Joyce
1. Reconnaissance par le gouvernement fédéral que les inégalités sont le résultat direct de politiques antérieures		Appel 18	L'article 3, I, III demande aux représentants gouvernementaux de dénoncer toute manifestation de racisme à l'encontre des peuples autochtones et de financer des campagnes de sensibilisation.
2. Le gouvernement fédéral surveille les progrès réalisés en matière d'équité en santé, à l'aide d'indicateurs élaborés en collaboration avec les peuples autochtones.		Appel 19	Article 1.IV
3. Le gouvernement fédéral doit soutenir financièrement les centres de guérison autochtones existants et nouveaux afin de remédier aux préjudices physiques, mentaux, émotionnels et spirituels causés par les politiques passées.		Appel 21	Article 1.II, étendu à l'ensemble des services sociaux et de santé, avec un financement des programmes équitable à celui des provinces.
4. Augmenter le nombre de professionnels de la santé autochtones et assurer leur maintien en poste.		Appel 23	Article 4, II
5. Formation à la compétence culturelle pour tous les professionnels de la santé.		Appel 23	Article 5, I
6. Les écoles de médecine et de soins infirmiers au Canada doivent exiger de tous les étudiants qu'ils suivent un cours sur les questions de santé autochtone.		Appel 24	L'article 4, I, III-IV, ajoute l'inclusion des populations autochtones dans les programmes scolaires et la décolonisation.
7. Les ordres professionnels intègrent les Autochtones dans leurs conseils d'administration			Article 5, II
8. Les organismes de santé s'engagent à assurer une formation continue, y compris en matière de sécurité culturelle. Un suivi doit être mis en place (médiateur) et un engagement à lutter contre toute manifestation de racisme à l'encontre des peuples autochtones doit être pris.			Article 6

RÉFÉRENCES

- Allen, L., Hatala, A., Ijaz, S., Courchene, E. D. et Bushie, E. B. (2020). Indigenous-led health care partnerships in Canada. *Canadian Medical Association Journal*, 192(2 mars), E208-E216.
[doi:https://doi.org/10.1503/cmaj.190728](https://doi.org/10.1503/cmaj.190728). <https://www.cmaj.ca/content/192/9/E208.short>
- Anderson, M. (2018). Réponse d'un médecin autochtone au point de vue d'un médecin colonisateur sur la santé autochtone, la vérité et la réconciliation. *Can Med Educ J*, 9(4), e142-e143.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30498555>
- Assemblée des Premières Nations. (1987). *Rapport spécial : La Conférence nationale sur le transfert des services de santé aux Indiens*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations
- Assemblée des Premières Nations. (1989). *Commentaires de l'Assemblée des Premières Nations sur la réponse du M.S.B. aux recommandations formulées lors de la Conférence nationale de l'APN sur le transfert des services de santé aux Indiens en novembre 1987*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations
- Partenariat pour la santé des Premières Nations de l'Atlantique. (2020). *First Nations Control Models: Exploring the Devolution of Health Program Funding in Atlantic Canada*. Halifax. https://www.apcfn.ca/wp-content/uploads/2020/07/FN_Health_Control_Models_FINAL.pdf
- Bearskin, S. et Dumont, C. (1991, 1991). *Le Conseil cri de la santé et des services sociaux de la Baie James : les douze premières années - 1978-1990*. Document présenté au 8^e Congrès international sur la santé circumpolaire, Whitehorse, Yukon.
- Bégin, T. H. M. (1981). *Document de travail : Le transfert des services de santé aux communautés indiennes*. Ottawa : Santé nationale et Bien-être social
- Berger, J. T. R. (1980). *Rapport de la Commission consultative sur la consultation sanitaire avec les Indiens et les Inuit*. Ottawa : Santé nationale et Bien-être social.
https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/sc-hc/H34-322-1980-fra.pdf
- Bird, L. et Moore, M. (1991). The William Charles Health Centre of Montreal Lake Band : a case study of transfer. *Arctic medical research, Supplement 50 (1-4)*, 47-49.
- Booz-Allen & Hamilton Canada Ltd. (1969). *Study of health services for Canadian Indians*. Ottawa : Booz-Allen & Hamilton Canada Ltd.
<https://archive.org/details/HCStudyOfHealthServicesForCanadianIndians1969/page/n189/mode/2up>
- Boyer, Y. (2004). *Discussion Paper Series on Aboriginal Health, Legal issues: No. 3, The International Right to Health for Indigenous Peoples in Canada*. Ottawa: N. L. C. National Aboriginal Health Organization, Université de Saskatchewan. <https://senatorboyer.ca/wp-content/uploads/2020/09/NAHO-paper-No.-3-INTERNATIONAL.pdf>
- Boyer, Y. (2014). *Moving Aboriginal health forward: discarding Canada's legal barriers*. Saskatoon, SK : Purich Publishing Ltd.
- Boyer, Y. et Spence, S. (2015). Identifier et faire progresser les droits à la santé issus des traités... signés entre 1871 et 1906 au Manitoba. *Revue Française d'Études Américaines*, 144(3^e trimestre), 95-108.
doi:10.3917/rfea.144.0095. file:///C:/Users/lavoiej/Downloads/RFEA_144_0095.pdf.

- Research Journal*, 44(3), 5-14. doi:https://doi.org/10.17953/aicrj.44.3.clark_etal.
<https://meridian.allenpress.com/aicrj/article-abstract/44/3/5/467369/Manitoba-Inuit-Association-s-Rapid-Response-to?redirectedFrom=fulltext>
- Conseil des Atikamekw de Manawan. (2020). *Principe de Joyce : Le Conseil des Atikamekw de Manawan annonce l'ouverture d'une consultation publique en préparation d'un dépôt à L'Assemblée Nationale du " Principe De Joyce "*. Manawan, Québec : C. d. A. d. Manawan.
https://www.atikamekwspi.com/public/images/wbr/uploads/telechargement/Doc_Principe-de-Joyce.pdf
- Craft, A., et Lebihan, A. (2021). *The treaty right to health: A sacred obligation*. Prince George : National Collaborating Centre for Indigenous Health.
https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/10361/Treaty-Right-to-Health_EN_Web_2021-02-02.pdf
- Crombie, T. H. D. (1979). *Déclaration sur la politique de santé des Indiens*. Ottawa : Santé nationale et Bien-être social. https://publications.gc.ca/collections/collection_2018/sc-hc/H14-296-1979.pdf
- Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. (2023). *Traités et ententes*. Ottawa : Relations Couronne-Autochtones et Affaires du Nord Canada. [Traités et ententes \(rcaanc-cirnac.gc.ca\)](https://www.rcaanc-cirnac.gc.ca)
- Ministère de la Santé nationale et du Bien-être. (1974). *Politique du gouvernement fédéral concernant les services de santé aux Indiens*. Ottawa
- Dreaver et al. v. the King, 5 C.N.L.C Ex Ct. 92 (non publié), 15186 Stat. (1935).
<http://nosho.usask.ca/islandora/object/Mistawasis:75>
- Société de soutien aux Premières Nations. (2016). *Fiche d'information : Décisions du Tribunal canadien des droits de la personne sur la protection de l'enfance des Premières Nations et le principe de Jordan. Référence de l'affaire CHRT 1340/7008*. Ottawa.
<https://fncaringsociety.com/sites/default/files/Info%20sheet%20Oct%2031.pdf>
- Gallagher, J., Mendez, J. K. et Kehoe, T. (2015). The First Nations Health Authority : a transformation in healthcare for BC First Nations. *Healthcare Management Forum*, 28(6), 255-261.
http://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1177/0840470415600131?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- Garro, L. C., Roulette, J. et Whitmore, R. G. (1986). Contrôle de la prestation des soins de santé par les communautés : L'expérience de Sandy Bay. *Revue canadienne de santé publique*, 77(juillet/août), 281-284.
- Gasparelli, K., Crowley, H., Fricke, M., McKenzie, B., Oosman, S. et Nixon, S. A. (2016). Mobiliser la réconciliation : Implications du rapport de la Commission de vérité et réconciliation pour la physiothérapie au Canada. *Physiother Can*, 68(3), 211-215. doi:10.3138/ptc.68.3.GEE.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27909369>
- Greenwood, M. (2019). Modelling change and cultural safety: A case study in northern British Columbia health system transformation. *Healthc Manage Forum*, 32(1), 11-14. doi:10.1177/0840470418807948.
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30514119>
- Greenwood, M., de Leeuw, S., Lindsay, N. M. et Reading, C. (2015). *L Determinants of Indigenous Peoples' Health in Canada: beyond the social*. Toronto : Canadian Scholars' Press.

- Halseth, R. et Murdock, L. (2020). *Supporting Indigenous Self-Determination in Health: Lessons Learned from a Review of Best Practices in Health Governance in Canada and Internationally*. Prince George BC : N. C. C. f. I. Health. <https://www.nccih.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/317/Ind-Self-Determine-Halseth-Murdoch-EN-web-2020-12-02.pdf>
- Hanson, E. (2009). Aboriginal Rights: What are Aboriginal rights? *Indigenousfoundations.arts.ubc.ca*. https://indigenousfoundations.arts.ubc.ca/aboriginal_rights/
- Hassen, N., Lofters, A., Michael, S., Mall, A., Pinto, A. D., & Rackal, J. (2021). Implementing Anti-Racism Interventions in Healthcare Settings : A Scoping Review. *International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2993. doi:10.3390/ijerph18062993. <https://doi.org/10.3390/ijerph18062993>
- Hawthorn, H. (1966). *Enquête sur les Indiens contemporains du Canada - Besoins et politiques en matière d'économie, de politique et d'éducation - Partie 1 (Le rapport Hawthorn)*. Ottawa : DG des AI http://www.ainc-inac.gc.ca/pr/pub/srvy/sci_e.html
- Santé et bien-être Canada. (1989). The transfer of health services to Indian control. *Saskatchewan Indian Federated Journal*, 4(1), 7-11-17-15.
- Santé Canada. (1996). *Rôle recentré de la Direction générale des services médicaux, projet* : Santé Canada
- Santé Canada (DGSPNI). (2001). *Politique de transfert des services de 2e et 3e niveaux*. Ottawa : Santé Canada Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits.
- Santé Canada (DGSPNI). (2008). *Cadre de financement des contributions et modification de l'entente*. Ottawa : Santé Canada (DGSPNI)
- Direction générale des services médicaux de Santé Canada. (1991). *Politique de masse critique*. Ottawa : Direction générale des services médicaux de Santé Canada
- Loi sur les Indiens, L.R.C. 1985, c. I-5, (1985). [Loi sur les Indiens \(justice.gc.ca\)](http://www.justice.gc.ca)
- Infirmières indiennes et inuites du Canada. (1989). *Commentaires sur la réponse de la DGSM aux recommandations formulées lors de la conférence sur le transfert tenue à Montréal en novembre 1987*. Ottawa : Infirmières et infirmiers indiens et inuits du Canada
- Services aux Autochtones Canada. (2019). *Cadre de travail sur le transport pour raison médicale du programme des Services de santé non assurés (SSNA) pour les Premières Nations et les Inuit (version provisoire)*. Ottawa. [Cadre de travail sur le transport pour raison médicale du programme des Services de santé non assurés \(SSNA\) pour les Premières Nations et les Inuit \(Version provisoire\) \(sac-isc.gc.ca\)](http://www.sac-isc.gc.ca)
- Jaworsky, D. (2018). A settler physician perspective on Indigenous health, truth, and reconciliation. *Can Med Educ J*, 9(3), e101-e106. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30140353>
- Johansen, C., Nakagawa, B., Hacker, C. et Oetter, H. (2021). Racism in health care : An apology to Indigenous people and a pledge to be anti-racist. British Columbia College of Nurses & Midwives, College of Dental Surgeons of British Columbia, College of Pharmacists of British Columbia, & College of Physicians and Surgeons of British Columbia. Tiré de <https://www.bccnm.ca/BCCNM/Announcements/Pages/Announcement.aspx?AnnouncementID=267>
- Katz, A., Avery Kinew, K., Star, L., Taylor, C., Koseva, I., Lavoie, J. G., Burchill, C., Urquia, M., Basham, A., Rajotte, L., Ramayanam, V., Jarmasz, J. et Burchill, J. (2019). *L'état de santé et l'accès aux soins de santé des membres*

inscrits des Premières Nations au Manitoba. Winnipeg. http://mchp-appserv.cpe.umanitoba.ca/reference//FN_Report_web.pdf

- Kelly, L. P. et Chakanyuka, C. (2021). Truth before reconciliation, antiracism before cultural safety. *Contemp Nurse*, 57(5), 379-386. doi:10.1080/10376178.2021.1991415. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34623223>
- Kétéskwēw Dion Stout, M., Wieman, C., Bourque Bearskin, L., Palmer, B. C., Brown, L., Brown, M. et Marsden, N. (2021). Gum yan asing Kaangas giidaay han hll guudang gas ga. I Will Never Again Feel That I Am Less Than : Indigenous Health Care Providers' Perspectives on Ending Racism in Health Care. *International Journal of Indigenous Health*, 16(1), 13-20. doi:10.32799/ijih.v16i1.36021. <https://doi.org/10.32799/ijih.v16i1.36021>
- Kyoon Achan, G., Eni, R., Kinew, K. A., Phillips-Beck, W., Lavoie, J. G. et Katz, A. (2021). The Two Great Healing Traditions: Issues, Opportunities, and Recommendations for an Integrated First Nations Healthcare System in Canada. *Health Syst Reform*, 7(1), e1943814. doi:10.1080/23288604.2021.1943814. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/34375567>
- Lane, A., et Petrovic, K. (2018). Educating Aboriginal Nursing Students: Responding to the Truth and Reconciliation Report. *Int J Nurs Educ Scholarsh*, 15(1). doi:10.1515/ijnes-2017-0064. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29306922>
- Lavoie, J. G. (2013). Policy silences: why Canada needs a National First Nations, Inuit and Metis health policy. *Int J Circumpolar Health*, 72, 22690. doi:10.3402/ijch.v72i0.22690. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24380077>
- Lavoie, J. G. (2018). Medicare and the Care of First Nations, Métis and Inuit. *Journal of Health Economics, Policy and Law*, 13(3-4), 280-298. doi:10.1017/S1744133117000391.
- Lavoie, J. G. et Dwyer, J. (2015). Implementing Indigenous community control in health care : lessons from Canada. *Aust Health Rev*, 40(4), 453-458. doi:10.1071/AH14101. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26553422>
- Lavoie, J. G., Forget, E. et O'Neil, J. D. (2007). Why equity in financing First Nation on-reserve health services matters: Findings from the 2005 National Evaluation of the Health Transfer Policy. *Healthcare policy*, 2(4), 79-98. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2585472/pdf/policy-02-79.pdf>
- Lavoie, J. G., Gervais, L., Toner, J., Bergeron, O. et Thomas, G. (2013). *Aboriginal Health Policies in Canada: The Policy Synthesis Project*. Prince George, BC : N. C. C. f. A. Health. <http://www.nccah-cnsa.ca/docs/Looking%20for%20Aboriginal%20Health%20in%20Legislation%20and%20Policies%20-%20June%202011.pdf>
- Lavoie, J. G., Kaufert, J. M., Browne, A. J., Mah, S. et O'Neil, J. D. (2015). Négocier les barrières, naviguer dans le labyrinthe : L'expérience des peuples des Premières Nations en matière de relocalisation médicale. *Administration publique du Canada*, 58(2), 295-314. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/capa.12111>
- Lavoie, J. G., Kornelsen, D., Boyer, Y. et Wylie, L. (2016). Lost in Maps: Regionalization and Indigenous Health Services. *HealthcarePapers*, 16(1), 63-73. doi:10.12927/hcpap.2016.24773.
- Lavoie, J. G., O'Neil, J. D., Sanderson, L., Elias, B., Mignone, J., Bartlett, J., Forget, E., Burton, R., Schmeichel, C. et MacNeil, D. (2005). *The Evaluation of the First Nations and Inuit Health Transfer Policy*. Winnipeg : Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health Research. https://www.academia.edu/283509/The_Evaluation_of_the_First_Nations_and_Inuit_Health_Transfer_Policy

- Lavoie, J. G., Phillips-Beck, W., Clark, W., Star, L. et Dutton, R. (2020). Mapping Manitoba health policy response to the outbreak. Dans A. Rounce & K. Levasseur (Eds.), *Manitoba in Lockdown : Public Policy Conversations about COVID-19* (pp. 9-25). Winnipeg : University of Manitoba Press.
- Lemchuk-Favel, L. (1999). Le financement d'un système de santé intégré pour les Premières Nations et les Inuits : un document de travail (pp. 78). Ottawa.
- Lett, D. (2008). Le principe de Jordan reste dans les limbes. *Journal de l'Association médicale canadienne*, 179(12), 1256.
- Loppie, S., Reading, C., & de Leeuw, S. (2014). *Déterminants sociaux de la santé : Expériences autochtones du racisme et de ses répercussions*. Prince George BC : Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. https://www.nccah-ccnsa.ca/Publications/Lists/Publications/Attachments/131/2014_07_09_FS_2426_RacismPart2_ExpériencesImpacts_EN_Web.pdf
- Lux, M. K. (2010). Care for the 'racially careless': Indian hospitals in the Canadian West, 1920-1950s. *Canadian Historical Review*, 91(3), 407-434. doi:10.3138/chr.91.3.407. <https://www.utpjournals.press/doi/abs/10.3138/chr.91.3.407>
- Lux, M. K. (2016). *Separate Beds : a history of Indian hospitals in Canada, 1920s -1980s*. Toronto : University of Toronto Press.
- Marchildon, G. P., Lavoie, J. G. et Harrold, H. J. (2021). Typologie de la gouvernance du système de santé autochtone au Canada. *Canadian Public Administration-Administration Publique Du Canada*, 64(4), 561-586. doi:10.1111/capa.12441. <Voir ISI>://WOS:000716485500001
- McGibbon, E. (2019). Truth and reconciliation: Healthcare organizational leadership. *Healthc Manage Forum*, 32(1), 20-24. doi:10.1177/0840470418803379. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30514125>
- McKerracher, K. (2023). Relational legal pluralism and Indigenous legal orders in Canada. *Global Constitutionalism*, 12(1), 133-153. doi:10.1017/S2045381722000193. <https://www.cambridge.org/core/services/aop-cambridge-core/content/view/784B3EC65FF4C32314E36D2A92481992/S2045381722000193a.pdf/relational-legal-pluralism-and-indigenous-legal-orders-in-canada.pdf>
- McNally, M. et Martin, D. (2017). First Nations, Inuit and Metis health: Considerations for Canadian health leaders in the wake of the Truth and Reconciliation Commission of Canada report. *Healthc Manage Forum*, 30(2), 117-122. doi:10.1177/0840470416680445. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28929885>
- Merasty, R. (2001, 21 juin 2001). NITHA, Health Canada Sign Demonstration Project for third level health services, The project is the first of its kind in Canada. *PAGC Tribune*.
- Santé nationale et bien-être. (1979). *Document de travail sur la santé des Indiens*. Ottawa : Santé nationale et Bien-être social
- Santé nationale et Bien-être social, et Conseil du Trésor du Canada. (1989). *Protocole d'entente entre le ministre de la Santé nationale et du Bien-être social et le Conseil du Trésor concernant le transfert du contrôle des services de santé aux Indiens*. Ottawa : Ministère de la Santé nationale et du Bien-être social
- Santé nationale et Bien-être social Canada. (1978). *Directive stratégique pour la prestation de services médicaux et dentaires non assurés aux Indiens inscrits et aux Inuits*. Ottawa : Santé nationale et Bien-être social Canada

- Slattery, B. (2007). A Taxonomy of Aboriginal Rights. Dans H. Foster, H. Raven, & J. Webber (Eds.), *In Let Right Be Done : Aboriginal title, the Calder Case, and the Future of Indigenous Right* (pp. 111-128). Vancouver : UBC Press.
- Smith, P. (2018). Commentary: A settler physician perspective on Indigenous health, truth, and reconciliation. *Can Med Educ J*, 9(3), e107-e108. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30140354>
- Tenbenschel, T., Dwyer, J. et Lavoie, J. G. (2013). How not to kill the golden goose: Reconceptualising accountability relationships in community-based third sector organisations. *Public Administration Review*, 16(7), 925-944. doi:10.1080/14719037.2013.770054. <http://dx.doi.org/10.1080/14719037.2013.770054>
- Assemblée des chefs du Manitoba. (2019). *Wahbung Our Tomorrows Imagined: Vision for the Next 50 Years*. Winnipeg. https://reospartners.com/wp-content/uploads/2019/12/Wahbung-Our-Tomorrows-Imagined_FINAL.pdf
- L'Association médicale canadienne. (1966). La *Loi sur les soins médicaux* - projet de loi C-227. *News & Views on the Economics of Medicine*, 19(142), 1-2. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1936851/pdf/canmedaj01191-0054.pdf>
- Groupe de travail sur le principe de Jordan. (2015). *Sans déni, retard ou interruption : Garantir l'accès des enfants des Premières Nations à des services équitables grâce au principe de Jordan*. Ottawa : Assemblée des Premières Nations. https://www.afn.ca/uploads/files/jordans_principle-report.pdf
- Commission de vérité et réconciliation du Canada. (2015). *Commission de vérité et réconciliation du Canada : Appels à l'action*. Ottawa : Commission de vérité et réconciliation du Canada. http://trc.ca/assets/pdf/Calls_to_Action_English2.pdf
- Nations Unies. (2007). *Déclaration des Nations unies sur les droits des peuples autochtones*. Genève : Nations unies. [United Nations Declaration on the Rights of Indigenous Peoples | Division for Inclusive Social Development \(DISD\)](https://www.un.org/fr/development/disd/indigenous-declaration)
- Loi sur la déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones S.C. 2021 c. 14 (2021). <https://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/U-2.2.pdf>
- Université du Manitoba, Faculté des sciences de la santé Rady. (2020). *Politique de la Faculté des sciences de la santé de Rady : Disruption de toutes les formes de racisme*. Winnipeg : Faculté des sciences de la santé Rady de l'Université du Manitoba. http://umanitoba.ca/faculties/health_sciences/media/Disruption-of-all-Forms-of-Racism_Policy-approved-August-25-2020.pdf
- Weaver, S. M. (1981). *Making the Canadian Indian Policy: The hidden agenda, 1968-1970*. Toronto : University of Toronto Press.
- Williams, K., Potestio, M. L., Austen-Wiebe, V., Population, P., & Indigenous Health Strategic Clinical, N. (2019). Indigenous Health: Applying Truth and Reconciliation in Alberta Health Services. *Cmaj*, 191(Suppl), S44-S46. doi:10.1503/cmaj.190585. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31801766>
- Young, T. K. (1984). Indian health services in Canada : a sociohistorical perspective. *Social Science & Medicine*, 18(3), 257-264.