

2010

# Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain : l'autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d'un partenariat équitable entre l'État et les Autochtones

Thibault Martin

Eric Diotte

Follow this and additional works at: <https://ir.lib.uwo.ca/aprci>

 Part of the [Social Policy Commons](#)

---

## Citation of this paper:

Martin, Thibault and Diotte, Eric, "Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain : l'autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d'un partenariat équitable entre l'État et les Autochtones" (2010). *Aboriginal Policy Research Consortium International (APRCi)*. 61.  
<https://ir.lib.uwo.ca/aprci/61>

# 6

## **Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain : l'autonomie gouvernementale, une condition de la redéfinition d'un partenariat équitable entre l'État et les Autochtones**

Thibault Martin et Eric Diotte

### **Introduction**

Après la Seconde Guerre mondiale, la fin progressive de la politique de restriction de la mobilité des Autochtones a permis à un nombre de plus en plus important de membres des Premières nations d'envisager de pouvoir participer pleinement à la sphère sociale, politique et économique de la société canadienne.<sup>1</sup> C'est ainsi qu'un certain nombre d'entre eux choisirent de quitter leur communauté pour aller chercher du travail en milieu urbain. Le mouvement migratoire fut d'abord très modeste. En 1951, par exemple, seuls 251 Autochtones résidaient à Winnipeg alors qu'aujourd'hui, ils sont plus de 50 000, et la ville de Winnipeg estime qu'ils seront près de 100 000 en 2020.<sup>2</sup> Bien qu'exemplaire, le cas de Winnipeg est loin d'être unique et le taux d'urbanisation des Autochtones ne cesse d'augmenter partout au pays. Établi à 13% en 1961, ce taux atteint 31% en 1971, 42% en 1981,<sup>3</sup> et près de 50% en 2001.<sup>4</sup> Selon le recensement de 2006, le pourcentage d'Autochtones résidant en milieu urbain s'élève à 54%.<sup>5</sup> De ce nombre, environ 80% vivent dans les grandes régions métropolitaines, notamment Winnipeg, Edmonton Vancouver, Calgary, Toronto, Regina, Ottawa-Gatineau, et Montréal.<sup>6</sup>

Plusieurs facteurs poussent les Autochtones à quitter les réserves et les régions rurales pour s'établir en milieu urbain. Cet ouvrage porte sur l'un d'entre eux, soit l'accessibilité aux soins de santé. Nous tentons de jeter les bases d'une réflexion sur le lien entre l'urbanisation des Autochtones et l'élaboration de politiques publiques de santé qui leurs sont destinées. Tout d'abord, nous nous intéressons aux différents facteurs qui contribuent au départ des Autochtones vers les régions urbaines et à la réalité qui les attend une fois installés dans ces milieux. Nous nous attardons surtout aux facteurs qui limitent leur plein accès aux services de santé. Ensuite, nous analysons les politiques publiques en matière de santé afin de

déterminer si elles répondent réellement aux besoins des Autochtones qui vivent en milieu urbain. En dernier lieu, nous nous intéressons aux retombées des changements démographiques sur l'élaboration des politiques dans une perspective d'autonomie gouvernementale des Autochtones. Nous examinons l'impact de cette démarche vers l'autonomie en termes de transfert des responsabilités dans le domaine de la santé. Nous constatons que cette question prend tout son sens depuis que l'autonomie gouvernementale des Autochtones est considérée comme une des conditions nécessaires (certains diraient *sine qua non*) à l'amélioration de la situation socio-économique et de la santé des Autochtones. De plus, étant donné que le gouvernement du Canada a officiellement adopté, en août 1995, la *Politique sur l'autonomie gouvernementale* qui « reconnaît le droit inhérent des Autochtones à l'autonomie gouvernementale »,<sup>7</sup> les institutions fédérales ont maintenant l'obligation de favoriser cette autonomie dans tous les domaines, incluant celui de la santé. Nous ne questionnons pas la pertinence de l'autonomie gouvernementale comme réponse à la crise des collectivités autochtones, la démarche vers cette autonomie étant devenue un projet national qui, à défaut de faire l'unanimité, est endossé par les partis concernées, soit les Autochtones et le gouvernement fédéral. Nous nous intéressons plutôt à la manière dont les différents ministères, agences et autres organismes concernés peuvent s'acquitter de ce mandat. Certes, on en conviendra, l'autonomie gouvernementale en milieu urbain présente des enjeux spécifiques liés à la diversité et à la mobilité des groupes autochtones, surtout parce qu'il n'y a pas d'assise territoriale, sauf dans le cas de quelques réserves urbaines. D'ailleurs, même dans ces cas, l'autonomie qui peut y être acquise est loin de celle obtenue par les ententes, dites modernes, signées par les groupes tels que les Inuits, les Inuvialuits, les Cris Eeyou du Québec ou les Nisga'as. Toutefois, nous présentons différents programmes de santé en vigueur au sein des groupes autochtones jouissant d'une autonomie gouvernementale effective et nous tentons de voir s'ils peuvent inspirer la mise en place de politiques de santé autochtone en milieu urbain.

Cet ouvrage est en partie fondé sur une recherche méta-documentaire. La méthode d'analyse utilisée est celle de l'analyse de contenu telle que développée par Mayer et Deslauriers.<sup>8</sup> L'échantillon de la recherche est principalement constitué d'articles et de rapports de recherche sur les politiques en matière de santé autochtone et sur l'autonomie gouvernementale de la population autochtone. En nous fondant sur des études de cas, nous avons analysé l'urbanisation des Autochtones, en particulier des diabétiques, et leur accès différenciés aux services de santé. Nous avons aussi interviewé de façon spécifique une vingtaine de patients et de professionnels de la santé autochtones du Manitoba.<sup>9</sup> Toutefois, notre analyse s'inscrit dans la démarche globale d'une étude compréhensive des questions autochtones que nous avons entamée il y a plus de 10 ans et qui nous a menés à effectuer différents terrains d'enquête, tant en territoires cris (Manitoba et Québec), inuit (Nunavik), métis et innu qu'en milieu urbain (Winnipeg). Ces terrains nous ont permis de mieux comprendre les attentes des Autochtones et

leurs propres interprétations de leurs expériences dans la société contemporaine. Nous reflétons cette réalité en faisant intervenir la subjectivité des intervenants autochtones dans l'analyse que nous offrons, notamment en ce qui a trait à l'importance de l'autonomie gouvernementale dans l'amélioration des conditions de vie en général, et de la santé en particulier.

## I. Les Autochtones en milieu urbain

L'urbanisation des Autochtones résulte d'une action réflexive influencée à la fois par le contexte socioculturel contraignant et les choix rationnels faits par les individus.<sup>10</sup> Ainsi, les Autochtones quittent les réserves à la fois pour des raisons « positives » comme l'éducation, l'emploi, l'émancipation et la recherche d'opportunités, mais aussi, contre leur gré, pour des raisons de santé. Bien que la *Loi canadienne sur la santé* stipule que tous les Canadiens ont droit à un accès raisonnable aux services de santé assurés, plusieurs Autochtones résidant en milieu rural et en région nordique ont seulement accès à des services de santé de base. Lorsqu'ils requièrent des soins spécialisés, ils doivent se rendre dans les centres urbains. Pour les patients souffrant de maladies chroniques, cela nécessite des déplacements fréquents. Dans certains cas, la distance à parcourir est de plusieurs centaines de kilomètres et lorsque qu'une personne doit se déplacer régulièrement pour recevoir des soins comme la dialyse, cela la déconnecte de sa communauté et l'empêche aussi d'occuper un emploi stable. Si on ajoute au stress engendré par les transports en région isolée, on comprendra que plusieurs Autochtones se résignent à s'établir en ville uniquement pour recevoir des soins. Leur « exil » en ville entraîne parfois celui de la famille immédiate, qui ne peut se résoudre à laisser le malade partir seul.

Bien qu'un certain nombre d'Autochtones réussissent à s'adapter et à s'intégrer dans le milieu urbain, plusieurs d'entre eux rejoignent les rangs d'une population marginalisée sur le plan socio-économique. Ainsi, le taux de chômage est six fois plus élevé<sup>11</sup> chez les Autochtones en milieu urbain que pour le reste de la population. Leur difficulté à intégrer le marché du travail et leur faible revenu les obligent à habiter des logements de piètre qualité, surpeuplés et situés dans des quartiers que certains qualifient de « ghettos ». <sup>12</sup> Quelque 37 % des Autochtones vivant en milieu urbain dépensent plus de 30 % de leur revenu familial pour se loger, tandis que 15 % en dépensent plus de la moitié. <sup>13</sup> Scindés de leur milieu familial et culturel et confrontés à des barrières sociales et économiques, plusieurs Autochtones en milieu urbain ont tendance à s'isoler, à sombrer dans la dépression et à développer des comportements néfastes à la santé, par exemple, l'alcoolisme et la toxicomanie. <sup>14</sup>

En plus d'être exclus de la sphère socio-économique, les Autochtones souffrant de maladies chroniques qui s'installent en milieu urbain ont également un accès insatisfaisant aux services de santé et vivent le phénomène de l'exclusion. Bien que peu documenté, ce phénomène est bien réel. En effet, moins de 40 % des

Autochtones diabétiques visitent les services de santé en milieu urbain.<sup>15</sup> Cela est d'autant plus paradoxal puisqu'un certain nombre d'entre eux sont venus s'installer en ville justement pour se rapprocher de ces services. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette exclusion relative.

D'une part, elle provient du fait que le Canada ne tienne pas suffisamment compte de la diversité dans le contexte de la médecine. Depuis plusieurs décennies, la profession médicale a assumé le contrôle des pratiques médicales, marginalisant de ce fait la médecine traditionnelle pratiquée par les membres d'autres cultures. La profession et les institutions médicales se sont appropriées la production et le développement du savoir médical, ce qui nous a permis de légitimer leur pouvoir en ce qui a trait aux définitions des maladies et aux traitements médicaux.<sup>16</sup> L'écart qui subsiste entre les pratiques médicales institutionnelles et les pratiques et croyances médicales autochtones se traduit par une différence notable sur le plan de la communication entre les patients et les membres du corps médical. Alors que les Autochtones définissent la santé et la maladie en termes « de balancement, d'harmonie, de vision holistique et de spiritualité »,<sup>17</sup> les professionnels de la santé conçoivent la santé en termes biologiques et la maladie comme « une dysfonction physique de l'individu ». <sup>18</sup> À la lumière de cette terminologie différenciée, il n'est pas surprenant de constater que les Autochtones ne « comprennent » pas le jargon médical et les traitements proposés par les professionnels. Plusieurs Autochtones, notamment ceux souffrant du diabète, se sentent jugés et n'ont pas l'impression d'être écoutés, ni pris au sérieux, ce qui a pour résultat de les décourager de consulter un médecin ou de suivre ses conseils.<sup>19</sup>

Cette « exclusion » essentiellement subjective n'en a pas moins de conséquences objectives sur les comportements des individus, et est en partie responsable de la faible fréquentation des services de santé par les Autochtones. Mais cette exclusion est aussi alimentée par des conceptions différentes de la santé. Du point de vue culturel, chez les Autochtones, un individu ayant un excès de poids n'est pas considéré comme étant en mauvaise santé, tandis que chez les professionnels de la santé, avoir un excès de poids est considéré nuisible, voire même une condition morbide.<sup>20</sup> Le traitement, quant à lui, se déroule dans une relation de patient/médecin, le professionnel de la santé percevant le patient comme un être passif qui doit adhérer aux traitements prescrits.<sup>21</sup> Chez les Autochtones, le traitement est de nature holistique, c'est-à-dire qu'il doit permettre d'acquérir une meilleure connaissance et compréhension de soi sur les plans physique, émotionnel, mental et spirituel. Les Autochtones ne perçoivent pas la maladie comme un phénomène strictement biologique. Au contraire, la maladie est perçue comme une « pénalité de leur transgression de l'ordre social » et le traitement doit à la fois guérir la personne et renforcer l'ordre social et moral dans la communauté.<sup>22</sup> Le traitement est donc un acte social.

Ces différentes croyances et conceptions font que certains Autochtones perçoivent les services de santé comme des institutions totalitaires (au sens foucauldien du terme) destinées à les resocialiser pour les assimiler. En effet, une fois le diag-

nostic établi, notamment lorsqu'il s'agit du diabète, le professionnel de la santé évalue le mode de vie du patient, lui impose des changements alimentaires et exige qu'il fasse de l'exercice physique afin de perdre du poids. Face à ces recommandations, l'Autochtone doit choisir d'adhérer à un nouveau mode de vie ou de demeurer fidèle à celui qu'il a et que le médecin considère comme responsable de la maladie.

Cette insatisfaction que les Autochtones éprouvent face aux services de santé en milieu urbain résulte en une augmentation considérable des mouvements migratoires. En effet, plusieurs Autochtones déménagent d'une région urbaine à une autre afin d'accéder à des soins de santé qui leur seraient mieux adaptés ou moins « hostiles », tandis que d'autres (nous en avons rencontré plusieurs) décident de retourner dans leur réserve, quitte à mettre leur vie en danger.<sup>23</sup> C'est donc un retour à la case de départ. Ce phénomène de « va-et-vient »<sup>24</sup> observé chez les Autochtones souffrant de maladies chroniques soulève des défis majeurs sur le plan des politiques en matière de santé autochtone.

### ***Initiatives politiques***

Peu importe les partis politiques au pouvoir, les Autochtones ont toujours été désavantagés en matière de politique de santé, et l'action du gouvernement fédéral dans ce domaine peut être qualifiée de négligente et paternaliste. Avant les années 1970, les politiques fédérales avaient pour objectif principal l'assimilation des Autochtones à la société canadienne. La réponse du gouvernement fédéral en ce qui avait trait au taux élevé de maladies chez les Premières nations consistait à empêcher la propagation au reste de la population canadienne. Le gouvernement fédéral refusait la participation des Autochtones au processus de planification et d'organisation des services de santé.<sup>25</sup> Il ne semblait pas se préoccuper d'offrir les services de santé de base aux Autochtones, mais plutôt de contrôler et de réduire les dépenses liées au remboursement des services de santé des Autochtones qui avaient quitté les réserves.

Ce n'est qu'à partir des années 1970, face aux pressions exercées par les Autochtones, que le gouvernement du Canada se penche sur le traitement inégal dont les Autochtones étaient victimes. En 1978, Ottawa annonce les principaux piliers de sa politique en matière de santé autochtone. Reconnaisant les torts causés par les politiques antécédentes, le gouvernement du Canada axe la nouvelle politique en matière de santé autochtone sur le développement des communautés, l'amélioration des conditions socio-économiques et le renforcement de la collaboration entre les Autochtones et les ministères fédéraux.<sup>26</sup> Bien que le gouvernement ait conçu la politique dans le but d'améliorer les conditions de santé des Autochtones, ceux-ci n'obtiennent aucun pouvoir dans le développement des services. De plus, l'objectif ultime de cette politique continue d'être l'intégration des Autochtones dans les services de santé dominants. Cette nouvelle orientation n'a donc pas entraîné de changements majeurs.

Toutefois, la relation entre les Autochtones et le gouvernement fédéral allait connaître un revirement à partir des années 1990, en raison de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. La Commission, dont les thèmes récurrents sont la santé et la guérison, se donne les objectifs suivants : l'équité en matière de santé et d'accès aux services de santé; le respect de l'approche holistique; un plus grand contrôle des services par les Autochtones; et la reconnaissance de la diversité des communautés autochtones. En affirmant que les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones ne sont pas seulement de nature médicale, mais aussi de nature matérielle et socio-économique,<sup>27</sup> la Commission remet en cause la prédominance du domaine médical en ce qui a trait aux politiques en matière de santé autochtone.

Les conclusions du rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones amènent le gouvernement fédéral à admettre qu'il fallait prendre en compte le savoir traditionnel et l'opinion des Autochtones et favoriser la collaboration intersectorielle entre ses ministères dans le développement des politiques, notamment celles en matière de santé autochtone. La responsabilité d'élaborer des politiques en matière autochtone est dorénavant partagée entre les Affaires Indiennes et du Nord Canada, Santé Canada, Justice Canada, Pêches et Océans, Ressources humaines et Développement social Canada et Industrie Canada.<sup>28</sup> La Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones a donc favorisé la création d'un processus de consultation entre les Autochtones et le gouvernement du Canada en ce qui a trait au développement et la gestion des politiques en matière de santé. Selon Abele, ce processus consultatif comporte deux bénéfices importants : d'une part, il permet aux Autochtones de se familiariser avec les rouages du système politique canadien et de s'en faire une opinion; d'autre part, cette collaboration permet aux fonctionnaires de se familiariser avec la culture, les croyances et les besoins spécifiques des Autochtones en matière de santé,<sup>29</sup> ce qui ouvre une nouvelle ère de collaboration.

## II. Ère de la collaboration

Dans le cadre de la sixième séance de l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones (2007), Mme Catherine Adam<sup>30</sup> de la délégation du Canada expose comme suit la volonté du gouvernement fédéral en matière de développement de politiques de santé autochtone :

L'abolition de l'écart de santé entre les peuples des Premières nations, les Inuits et les Métis d'une part et le reste des Canadiens d'autre part est un objectif que partagent les partenaires fédéraux, provinciaux, territoriaux et autochtones. Le gouvernement fédéral s'est engagé à collaborer avec les Canadiens autochtones pour améliorer leur état de santé et continuera de travailler en partenariat avec les intervenants afin d'élaborer des solutions adaptées sur le plan culturel qui produiront des résultats réels et mesurables.<sup>31</sup>

En mentionnant la collaboration du Gouvernement canadien, Mme Adam fait référence à plusieurs initiatives. Mentionnons, à titre d'exemples, *l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone*, qui vise à augmenter le

nombre de travailleurs autochtones dans le domaine de la santé, et le *Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA)*, qui a pour objectif d'adapter les services de santé aux besoins spécifiques des Autochtones et de réduire le temps d'attente pour ces services. Un soutien financier est aussi accordé afin de permettre l'élaboration d'indicateurs de santé adaptés aux réalités culturelles des Autochtones.<sup>32</sup> Mais il n'y a pas que sur le plan national que l'approche évolue; sur le plan provincial, le gouvernement manitobain a mis sur pied la Direction de la santé des Autochtones, au sein de son ministère de la Santé. Cette direction travaille en partenariat avec les différents paliers gouvernementaux, les autorités de santé régionales et les organismes non gouvernementaux et les représentants autochtones afin de développer des politiques et des programmes d'éducation en matière de santé autochtone.<sup>33</sup>

Cette collaboration peut également être observée sur le plan plus global de l'élaboration des politiques de santé. Par exemple, afin d'apporter une réponse à la forte croissance du diabète, le gouvernement fédéral a mis en place l'*Initiative sur le diabète chez les Autochtones*. Afin de s'assurer que ce programme réponde aux besoins spécifiques des Autochtones diabétiques, il est supervisé par un comité formé de représentants du gouvernement fédéral, d'organisations autochtones et du Congrès de l'Association nationale autochtone du diabète (ANAD). Cette nouvelle approche du gouvernement fédéral a aussi permis à certaines provinces de développer leur propre stratégie en matière de diabète chez les Autochtones. À titre d'exemple, le gouvernement ontarien a développé la *Stratégie de lutte contre le diabète chez les Autochtones de l'Ontario*, en collaboration avec des Autochtones diabétiques, afin de s'assurer que les modèles de soins de santé soient appropriés à leurs besoins.<sup>34</sup> Cette stratégie se fonde sur trois programmes de lutte contre le diabète : le *Réseau des services de santé aux diabétiques du Nord*, qui finance 38 programmes d'éducation sur le diabète destinés aux Autochtones ainsi que 34 programmes spécialisés en diabète infantile;<sup>35</sup> l'*Initiative de lutte contre le diabète chez les Autochtones du Sud*, qui offre des programmes d'éducation et de prévention pour les Autochtones diabétiques vivant dans le sud de l'Ontario, notamment en milieu urbain;<sup>36</sup> et le *Programme de formation des diabétiques et de promotion de la santé et de prévention pour les Autochtones*, qui offre du financement à huit organismes autochtones et à des organismes de liaison afin d'offrir des soins holistiques et communautaires et une formation adaptés à la culture autochtone.<sup>37</sup>

Un autre exemple de cette collaboration entre le gouvernement fédéral et les autres ordres de gouvernement est la création, en 2005, du Centre d'hémodialyse d'Island Lake, qui dessert quatre communautés autochtones isolées du Manitoba, soit Garden Hill, Red Sucker Lake, St. Theresa Point et Wasagamach. Les professionnels de la santé du Manitoba attendaient depuis longtemps la création de ce Centre, car la population de ces communautés a la plus haute proportion de diabète de toute la province. En l'absence d'un Centre de soins dans la région immédiate, les patients devaient être transportés à Winnipeg par avion, ce qui



entraînait des coûts financiers et humains considérables. Bien que la création d'un tel centre apparaissait aux yeux de plusieurs comme la solution la plus viable, il n'était toutefois pas facile pour le gouvernement provincial de justifier un tel investissement pour une communauté de moins de 6 000 habitants, alors que de nombreuses collectivités non autochtones de taille plus importante n'en disposent pas et qu'il n'est pas envisageable qu'elles en soient dotées dans un proche avenir. La contribution du gouvernement fédéral a permis d'aplanir bien des obstacles, puisqu'une partie des ressources nécessaires à la réalisation du projet provenait d'Ottawa et a été investie au nom de la responsabilité fédérale envers les Premières nations.<sup>38</sup> Tout compte fait, le chevauchement des juridictions dans le domaine de la santé a été profitable dans ce cas spécifique, puisque chaque intervenant n'a eu qu'à faire une partie du chemin. Le gouvernement du Manitoba a réussi à obtenir qu'Ottawa s'intéresse aux problèmes de santé des Autochtones de la province, tout en conservant le leadership dans le développement du projet, ce qui était nécessaire puisque la santé est une compétence provinciale. En contrepartie, en s'impliquant dans le dossier, le gouvernement fédéral a pu démontrer qu'il était prêt à collaborer de « bonne foi » avec les provinces quand cela lui permettait de s'acquitter de sa responsabilité constitutionnelle envers les Autochtones. Certes, on peut penser que cette réussite est en partie due à des calculs politiques, mais elle peut aussi être vue comme le résultat d'une nouvelle approche en termes de collaboration entre les différents paliers de gouvernement, dans le domaine des questions autochtones.

En milieu urbain, afin de répondre aux besoins grandissant des Autochtones souffrants de diabète, le gouvernement fédéral a créé le *Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain* (PPMAHRIMU), qui a comme objectif principal d'offrir des services adaptés sur le plan culturel.<sup>39</sup> En ce moment, le programme permet de financer plus de 32 projets à travers le Canada.<sup>40</sup> À titre d'exemple, en Ontario, le PPMAHRIMU octroie un support financier au *Centre du diabète* du District de Dryden, qui offre des programmes de prévention et de sensibilisation au diabète de type 2.<sup>41</sup> Le PPMAHRIMU contribue également au financement du Centre de santé autochtone *De dwa da dehs nyes*, qui s'adresse aux Autochtones âgés de 10 à 13 ans dans le but de « favoriser l'éducation et la sensibilisation relativement au diabète et d'aider les individus à suivre un programme d'activité physique et à conserver de bonnes habitudes alimentaires ». <sup>42</sup> Grâce au PPMAHRIMU, le Centre de santé autochtone Wabano et le Centre inuit Tungasuvvingatm d'Ottawa offrent des programmes communautaires de prévention du diabète. Ces programmes ont permis la mise en place de cuisines collectives, de jardins communautaires, de campagnes de sensibilisation et de prévention primaire du diabète, etc.<sup>43</sup>

### **Limites des initiatives**

Certes, ces initiatives sont mises en œuvre en collaboration avec les communautés autochtones, permettent de promouvoir de saines habitudes de santé et offrent

des outils de prévention pour les Autochtones en milieu urbain; cependant, nous signalons deux lacunes importantes. Dans un premier temps, le *Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain* ne prend pas en considération l'impact du taux élevé de mouvements migratoires chez les Autochtones en milieu urbain. En effet, si un Autochtone atteint d'une maladie chronique décide de déménager dans une autre ville afin de se trouver un emploi, pour une raison familiale ou pour poursuivre des études, il n'a aucune garantie de pouvoir accéder à des services de santé adaptés à ses besoins à l'endroit de sa nouvelle résidence. Autrement dit, il n'y a pas de stratégie concertée destinée à assurer la continuité des soins de santé adaptés aux Autochtones entre les différents milieux urbains.

Dans un deuxième temps, la collaboration entre le gouvernement fédéral et les communautés autochtones en ce qui concerne l'élaboration de politiques en matière de santé en milieu urbain nous semble insuffisante. En effet, bien que le gouvernement fédéral collabore avec les Autochtones à l'élaboration de politiques et de services, il est réticent à transférer le plein pouvoir de la gestion de ces services et conserve le contrôle des dépenses. Les organisations autochtones urbaines dépendent toujours du financement spécifique offert par le gouvernement et doivent constamment répondre à des critères préétablis. Dans cette optique, nous croyons que l'autonomie gouvernementale, et non pas la collaboration ponctuelle, peut représenter une stratégie importante pour répondre aux besoins de santé des Autochtones en milieu urbain. Par exemple, l'autonomie gouvernementale permettrait aux Autochtones de mieux gérer l'accès et la coordination entre les services de santé locaux et régionaux, améliorant ainsi la continuité des services de santé.

### **III. Autonomie gouvernementale**

Face au manque de progrès rapide dans l'amélioration des conditions de santé des Autochtones, plusieurs considèrent que le problème réside dans la difficulté qu'éprouvent les institutions de santé à offrir des services et des programmes adaptés aux besoins de la population autochtone. Pour résoudre cette situation, de plus en plus d'Autochtones et de chercheurs préconisent le transfert aux Autochtones en milieu urbain du plein pouvoir de la gestion des services de santé. Dans cette perspective, l'autonomie gouvernementale apparaît comme « la panacée ». Cette solution est d'autant plus optimale qu'elle s'inscrit dans la nouvelle philosophie mise de l'avant par le gouvernement du Canada reconnaissant le droit des Autochtones à l'autonomie gouvernementale.<sup>44</sup> Une pleine autonomie gouvernementale permettrait aux Autochtones vivant en milieu urbain d'obtenir le pouvoir de prendre les décisions en matière de politique et de programmes de santé qui les concernent et de jumeler ces programmes à d'autres initiatives qu'ils créeraient eux-mêmes, notamment dans le domaine scolaire (éducation sur les questions de la santé), et qui seraient adaptées à leur culture.<sup>45</sup>

Il est aussi important de noter que l'autonomie gouvernementale est un outil de dévictimisation qui permet aux Autochtones de résister à ce que Michel Orsini nomme le paradigme de la responsabilisation de la santé et de la maladie.<sup>46</sup> En effet, les malades sont maintenant perçus comme responsables de leur santé et doivent porter une partie de la responsabilité de leurs problèmes de santé. Ainsi, une personne qui a des calculs rénaux est « coupable » d'avoir mangé trop salé et d'avoir ignoré les avertissements du nutritionniste; et le fumeur qui développe une bronchite chronique ou un cancer est tenu responsable de sa condition. Dans ce contexte, l'autonomie gouvernementale pourrait permettre aux Autochtones de créer et de contrôler les services de santé, sans victimiser individuellement les malades; car tel que précisé précédemment, les Autochtones ne voient pas d'emblée la maladie comme un problème personnel, mais plutôt le résultat de problèmes collectifs. D'ailleurs, du point de vue des Autochtones, ces problèmes proviennent des attaques que la société euro-canadienne a fait subir à leur mode de vie. Ainsi, les problèmes de violence conjugale et d'abus sexuel résultent des pensionnats autochtones, les problèmes de sédentarité, d'obésité et de diabète du passage brutal et subi d'un mode de vie et d'alimentation à un autre, ainsi de suite.

Toutefois, une question se pose : comment concrétiser l'autonomie gouvernementale? Selon Franks, l'autonomie gouvernementale s'acquiert par le biais de trois processus : elle est reconnue au moyen de traités signés entre une nation autochtone et le gouvernement fédéral; elle est autorisée par la *Politique du Canada sur les revendications territoriales globales*, qui permet aux Autochtones de se réappropriier leur terre et sa gestion; et elle peut être accordée par l'entremise du transfert des responsabilités à un groupe d'individus reconnus « Autochtones » en vertu de la *Loi sur les Indiens*.<sup>47</sup> La première forme d'autonomie gouvernementale qui a conduit à la création de plusieurs gouvernements régionaux autochtones autonomes, notamment au Nunavut, au Yukon, en Colombie-Britannique et au Québec,<sup>48</sup> est mieux connue du grand public et semble vouloir servir de modèle.

Mais les avancées en termes d'autonomie gouvernementale se produisent aussi à des échelles plus petites. Ainsi, de plus en plus de communautés autochtones, qui n'ont pas de gouvernements régionaux du type de ceux concédés par les ententes politiques qualifiées de traités modernes, s'approprient avec succès la pleine création, la responsabilité et la gestion de différents services, y compris les services de santé. Par exemple, afin de concevoir une nouvelle approche d'intervention en matière de toxicomanie et de diabète, la Première nation Eskasoni a mis sur pied l'*Eskasoni Primary Care Project*. Financé par le programme de *Fonds pour l'adaptation des services de santé* de Santé Canada, ce projet vise à améliorer la coordination des soins prénataux et des soins en matière de diabète et de toxicomanie et d'en faciliter l'accès. Ce projet a permis à la communauté de gérer elle-même les soins de santé. Grâce aux fonds alloués par Santé Canada, une équipe interdisciplinaire composée d'une infirmière clinicienne, d'un éducateur en matière de santé et de diabète, d'un gestionnaire de projet et d'un pharmacien, œuvre maintenant au sein de cette communauté. Depuis ce temps, les résidents

ont un accès amélioré aux services de santé, ce qui a permis à la province d'économiser plus de 150 000 dollars en cinq ans au chapitre du transport vers les centres urbains.<sup>49</sup>

Au Québec, la communauté de « Kahnawake » s'est appropriée la gestion de plusieurs services, dont ceux de la santé. Les services de santé sont gérés et planifiés par la Commission de la santé et des services sociaux de Kahnawake. Ces services sont pratiqués dans une perspective holistique et permettent aux membres de participer pleinement à la gestion de leur santé personnelle. Les services de santé comprennent notamment un hôpital, une clinique dentaire, un programme de diabète et des traitements en toxicomanie.

En Colombie-Britannique, la *Nisga'a Valley Health Board* constitue un autre exemple d'autodétermination en matière de santé. Fondé en tant que centre de traitement et de diagnostic, le Conseil gère quatre cliniques médicales comprenant un effectif d'une soixantaine d'employés, y compris trois médecins. Tous les programmes sont adaptés aux besoins spécifiques de la population.<sup>50</sup>

Les Métis jouissent également d'une plus grande autonomie en matière de santé. En Alberta, le *Métis Settlement Health Project* a mis sur pied un service d'infirmiers et d'infirmières. Tous les membres de la communauté ont participé à la mise en place de ce projet, de façon à ce qu'il réponde bien à leurs besoins. À titre d'exemple, des représentants ont participé au processus d'embauche des professionnels de la santé. Le *Métis Nation of Ontario Health Services Branch* offre des programmes de santé à plus de 9 000 Métis de l'Ontario. Cette direction gère 13 services de santé regroupant 30 professionnels de la santé. Cette initiative représente un exemple concret d'autodétermination en matière de santé, ces services étant créés, mis en place et gérés par les communautés métisses de l'Ontario. De plus, ils valorisent la responsabilisation, l'autonomie et la direction locale des services de santé par les communautés elles-mêmes; ils comprennent un programme pour assister les Métis ayant une incapacité, un programme de gestion du stress, un service de traitement en matière d'alcoolisme et un service de prévention et d'intervention en matière de diabète.<sup>51</sup>

Le Nunavik comprend plusieurs services de santé autonomes. Le plus important, le *Innuulitsivik Health Centre Maternity Program*, a été créé en 1986 par la communauté de Puvirnituk afin de répondre aux besoins spécifiques des résidents. Six communautés inuit font aujourd'hui partie de ce programme. Le *Nunavik Regional Health and Social Services Board* offre des services sociaux et de santé aux Inuits du Nunavik. Ce Conseil comprend des représentants inuit et gère deux établissements de santé régionaux qui offrent, entre autres, des services de soins de longue durée et de réhabilitation. Le Conseil investit dans le perfectionnement continu des professionnels de la santé. En 1985, l'Association des Inuits du Labrador a mis sur pied le *Labrador Inuit Health Commission*. Bénéficiaire d'un financement annuel de 13 millions de dollars, cette commission gère plus de sept programmes de santé. Par exemple, grâce à un partenariat avec le *College of North Atlantic*, la commission a développé un programme de formation adapté

aux besoins spécifiques des Inuits du Labrador, afin de permettre aux aidants naturels de fournir des soins professionnels.<sup>52</sup>

Dans leur article *Aboriginal Health Care in Northern Ontario: Impact of Self-Determination and Culture*,<sup>53</sup> Bruce Minore et Mae Katt donnent des exemples de programmes autogérés par les Autochtones dont l'objectif est de répondre à une problématique spécifique. Ainsi, la nation Nishnawbe-Aski, qui représente 49 communautés des Premières nations de la Baie James (ontarienne),<sup>54</sup> a mis sur pied une commission d'enquête afin d'examiner les causes des suicides qui affectent leurs communautés et de trouver des moyens de les prévenir et d'aider les familles touchées à vivre le deuil. La nation Nishnawbe-Aski a ensuite établi le *Chiefs Task Force on Suicide*, afin de mettre en œuvre les recommandations de la commission. Depuis ce temps, plusieurs équipes d'intervenants autochtones ont été mises en place afin d'offrir des services de santé mentale de prévention du suicide. Bien que le gouvernement fédéral finance ce programme, les communautés autochtones ont le plein contrôle de la création et de la gestion des services.

Bien sûr, il est légitime de se demander si ce transfert important de compétence porte des fruits plus importants qu'un simple programme cogéré en collaboration avec les autres partis impliqués à l'échelle fédérale et provinciale. Il est difficile de répondre de façon quantitative à cette question. En effet, il serait illusoire de croire qu'un programme, même le plus efficace possible, puisse en quelques années infléchir les statistiques de façon significative, tant dans le domaine du suicide, du diabète, que des autres questions de santé. Cela est d'autant plus vrai lorsque les conditions initiales sont aussi dramatiques que dans le cas de la Première nation Nishnawbe Aski où, entre 1985 et 2000, il y a eu 270 suicides et plus 4 000 tentatives de suicide (pour une population d'environ 30 000 personnes).<sup>55</sup>

Par contre, d'un point de vue théorique, on sait depuis Durkheim que les causes du suicide se trouvent, en grande partie, dans la société elle-même et que l'une de ces causes est l'effondrement de la cohésion sociale. De même, les études récentes ont établi un lien entre les facteurs sociaux et la prévalence de problèmes de santé graves. On en conviendra, l'effondrement du mode de vie et de la cohésion sociale traditionnels sous l'effet des politiques d'assimilation est bien la source du mal-être social qui ronge les communautés autochtones et qui contribue à expliquer la détresse morale et physique des individus. Malgré toute la bonne volonté du monde, aucune mesure ne pourra reconstruire ces communautés du jour au lendemain. Par contre, du point de vue de la sociologie, il est possible de stipuler que toute initiative permettant aux communautés autochtones de regagner le contrôle de leur destinée favorise la reconstruction du lien social. La quasi-totalité de la littérature sociologique et anthropologique abonde dans ce sens. Certes, quelques auteurs rares tels que Flanagan, Simard, Kaalauge,<sup>56</sup> et quelques chercheurs associés à des instituts privés de recherche orientés politiquement, considèrent de façon prescriptive que les Autochtones devraient, pour améliorer leurs conditions sociales, s'assimiler à la société moderne en renonçant à demander un traitement différencié. Ils devraient donc avoir recours aux services déjà

existants et ayant fait leurs preuves pour les autres citoyens canadiens. En termes de santé, par exemple, d'aucuns pourraient penser que les programmes conçus pour les immigrants seraient convenables aux Autochtones qui s'établissent en ville puisqu'ils font face à des chocs culturels et linguistiques qui peuvent sembler comparables à ceux des immigrants. Pourtant, cela serait une erreur, car si le traumatisme, dans le cas des réfugiés qui viennent au Canada pour fuir l'horreur de la désintégration de leur communauté, s'apparente à l'expérience des Autochtones, il en diffère pour deux raisons importantes. Premièrement, les immigrants voient dans la société d'accueil la solution à leur misère et cherchent à s'intégrer à celle-ci, alors que beaucoup d'Autochtones voient dans la société euro-canadienne la cause de leurs problèmes et ne veulent pas être assimilés — terme qu'ils utilisent alors que les immigrants parlent d'intégration. (On en conviendra, cette sémantique différenciée est révélatrice de perceptions et d'objectifs différents.) Deuxièmement, l'expérience d'intégration de l'immigrant s'inscrit essentiellement dans une histoire personnelle, alors que celle de l'Autochtone est collective. L'immigrant cherche à guérir ses plaies, à améliorer son sort personnel et veut donner une nouvelle vie à sa famille, tandis que l'Autochtone appartient à une communauté et, même lorsqu'il réside en ville, il se considère toujours comme membre de celle-ci — même s'il s'agit d'une communauté symbolique sans assise territoriale (être Autochtone) — et perçoit sa guérison comme étant liée à celle-ci.<sup>57</sup> Autant les différents programmes d'aide aux immigrants sont adaptés à la démarche individuelle, autant les projets d'autonomie gouvernementale correspondent à la démarche des Autochtones. Certes, certains Autochtones veulent s'émanciper de leur communauté; pour ceux-là les programmes existants ou les programmes adaptés à leur réalité culturelle peuvent s'avérer utiles. Pour ceux qui cherchent une guérison collective, ces programmes ne sont pas suffisants car ils ne permettent pas d'avoir le sentiment qu'ils sont impliqués dans un processus d'automatisation (*empowerment*) collectif. D'un point de vue sociologique, ce sentiment d'*empowerment* est à la base d'un processus de reconstruction de normes cohérentes du « vivre ensemble avec la culture » et est donc susceptibles à long terme de modifier favorablement les déterminants sociaux de la santé.

Après plus de 10 ans de recherche dans les communautés cries de la Baie-James du Québec et du Manitoba, ainsi que dans les communautés inuit du Nunavik et en milieu urbain (Winnipeg), nous avons pu constater que les Autochtones voient un lien important entre le sentiment d'*empowerment* et l'autonomie gouvernementale. Pour plusieurs, notamment les communautés cries du Québec ayant signé des ententes d'autonomie gouvernementale, ce sentiment s'accompagne de la perception que les conditions de santé s'améliorent ou vont s'améliorer grâce à celle-ci. Plusieurs Autochtones résidant à Winnipeg et Cris du Manitoba, où le processus d'autonomie politique piétine, pensent que la solution à leurs problèmes de santé passe par l'obtention d'un statut d'autonomie gouvernemental équivalent à celui des Cris du Québec. Cet extrait d'une entrevue que nous a accordée M. John

Bonner, membre de la Première nation crie *O-Pipon-Na-Piwin*, du Manitoba, est explicite à cet égard :

Old values have disappeared. Elders are not as respected as they used to be, there is less closeness, respect, mutual aid in families...now violence, drug and alcohol abuse are common in our community, while thirty years ago we didn't know anything about these White diseases...The worst is that we cannot do much to stop that social disaster. That's why I am very worried about the youth. I talk to them as much as I can of our traditions, our lives our Elders. I encourage them to have dreams, but they don't dream any more. They have given up on life...[O]ur leaders spend so much time, and waste so much energy, fighting with the government to get...money that they don't have enough time to work for their community. When I compare our situation with Quebec's Crees, I think it is so unfair. They signed the James Bay and Northern Agreement...Now they have signed a new treaty...[and] will received \$4.5 billion.<sup>58</sup>

Même si M. Bonner a tort et que les ententes qui donnent plus d'autonomie ne sont qu'un leurre, un rêve d'anthropologue, cela ne change rien au fait que cette perception que nous avons observée des deux rives de la Baie-James, ainsi qu'à Winnipeg, a des conséquences réelles. Une plus grande autonomie est synonyme d'espoir et c'est cet espoir qui aide au processus d'autonomisation. À ce titre, cette autonomie représente la première étape de la solution. Les statistiques n'ont-elles pas prouvé définitivement qu'il y a un lien entre l'amélioration des conditions de santé et l'autonomie gouvernementale? Cela dit, une étude récente portant sur les Cris-Eeyou Itchee indique que les signataires de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois ont vu leurs conditions de vie s'améliorer de façon si modeste que cela ne leur permet pas de se distinguer de façon claire des groupes non signataires.<sup>59</sup> Néanmoins, si l'on accepte ces résultats, on peut dire, à tout le moins, que l'autonomie ne nuit pas à l'amélioration des conditions de vie et de santé. Par contre, si l'on considère la question d'un point de vue diachronique comme l'ont fait Saku et Bome,<sup>60</sup> et que l'on regarde le point de départ des groupes autochtones et la situation actuelle, on peut stipuler que les nations signataires des ententes qui avaient un retard initial ont progressé plus vite au point de combler celui-ci. Plus récemment, Wodicka,<sup>61</sup> qui actualise les données et la méthode de Saku et Bone, en arrive à des conclusions similaires.

### ***Quelle autonomie gouvernementale en milieu urbain?***

Bien que les gouvernements fédéral et provinciaux aient aussi reconnu le droit à l'autonomie gouvernementale des Autochtones vivant en milieu urbain, sa concrétisation demeure ambiguë. En principe, tout comme dans les réserves, l'autonomie gouvernementale permet aux Autochtones en milieu urbain de participer à l'élaboration de politiques, de créer et de gérer des services et des institutions qui conviennent à leurs besoins particuliers,<sup>62</sup> y compris en matière de santé. L'autonomie gouvernementale constitue un outil permettant d'éliminer la marginalisation des Autochtones urbains sur le plan économique, social et culturel et de leur accorder une plus grande autonomie vis-à-vis des institutions dominantes. Ainsi, une plus grande autonomie dans l'élaboration de politiques

et la création de services de santé permet d'offrir des soins qui répondent à la fois à leurs besoins physiques et spirituels. Autrement dit, elle permet de s'éloigner du modèle médical dominant pour se rapprocher d'un modèle holistique.<sup>63</sup> À cet égard, certains services de santé en milieux urbains ont été développés pour les Autochtones atteints du diabète à la suite de l'acquisition d'une plus grande autonomie. À titre d'exemple, le Centre Wabano, qui offre des services de prévention et de santé primaire pour les Autochtones dans la région d'Ottawa, a créé un programme de prévention du diabète chez les Autochtones. Ce programme met l'accent sur l'importance de l'alimentation traditionnelle, de l'activité physique et de la sensibilisation au diabète et à ses complications. Cela dit, autant les initiatives en matière d'autonomie sont nombreuses en milieu rural, autant elles sont rares ou embryonnaires en milieu urbain.

En effet, bien qu'une plus grande autonomie ait été acquise dans plusieurs régions éloignées, la concrétisation de l'autonomie gouvernementale en milieu urbain — où résident plus de la moitié des Autochtones canadiens — représente un défi, car il est difficile de définir les bases géographiques, sociales et culturelles sur lesquelles elles s'appliquent. Conscients du défi occasionné par la distribution géographique des Autochtones en milieu urbain, Wherret et Brown ainsi que Depew suggèrent que l'autonomie gouvernementale en milieu urbain peut se concrétiser de trois façons : *primo*, lorsque la population autochtone est dispersée dans un centre urbain, l'autonomie gouvernementale peut se fonder sur la communauté d'intérêts;<sup>64</sup> *secundo*, lorsque la population autochtone est concentrée dans un secteur urbain donné, l'autonomie gouvernementale peut se fonder sur le quartier, où des programmes et services sont mis en place afin de répondre aux besoins économiques, psychologiques et politiques de la population;<sup>65</sup> *tertio*, lorsque le territoire occupé par une population autochtone urbaine est dispersée au sein de la ville, l'autonomie gouvernementale peut se concrétiser selon le modèle extraterritorial. Cette approche englobe le modèle de gouvernement fondé sur la communauté d'intérêts et le modèle fondé sur le quartier. Le gouvernement autochtone fondé sur le modèle extraterritorial s'occuperait notamment de la création et de la gestion des services de santé, d'aide à l'enfance, d'aide aux familles et d'éducation destinés à tous les Autochtones de milieu urbain.<sup>66</sup> Pour qu'un tel gouvernement soit mis en place, un nombre suffisant d'Autochtones doivent résider dans une région urbaine donnée et avoir un sentiment d'appartenance à celle-ci, ce que la mobilité migratoire élevée chez les Autochtones en milieu urbain ne rend pas facile.

Toutefois, plusieurs initiatives déjà en place pourraient servir de modèles, par exemple, l'*Office régional de la santé de Winnipeg*, qui a mis sur pied un service de santé autochtone. Cette direction offre aux Autochtones des services juridiques, d'interprétation et de planification de congé; il avise les patients des services de santé qui leur sont offerts et aide les patients et leurs familles à concevoir un plan de traitement holistique. Grâce à cet organisme, les Autochtones peuvent recevoir de l'aide pour trouver un lieu de résidence, du transport ainsi que des informations au



sujet de leur traitement et de leur ordonnance. L'*Aboriginal Healing and Wellness Strategy* est un exemple important d'autonomie en matière de santé autochtone en milieu urbain. Cette stratégie subventionne 18 programmes, notamment : <sup>67</sup>

- Les *Aboriginal Health Access Centres* offrent des soins de santé primaires aux Autochtones et à leurs familles résidant en Ontario. Ces centres offrent, entre autres, des services de soins prénataux et postnataux, de même que des services nutritionnels.
- Les *Family Violence Healing Programs* offrent des fonds pour améliorer les services en matière de violence familiale.
- Les centres de guérison traditionnels visent à minimiser les impacts associés à l'abus sexuel, physique et mentale.
- Les résidences pour malades ambulatoires (Outpatient Hostel) offrent des services de courte durée pour les Autochtones des régions de Timmins et de Kenora. Ces résidences offrent aussi des repas et des services de transport.
- Le programme d'hébergement pour les femmes et leurs familles (Shelters Women/Family) offre des services d'hébergement pour les femmes autochtones et leurs familles victimes de violence conjugale.

Les programmes financés par cette stratégie offrent un environnement de confiance, des lieux d'éducation culturelle et spirituelle, des approches intégrées autochtones et non autochtones en matière de santé, ainsi qu'un environnement de dévictimisation, propice à la guérison.<sup>68</sup>

## Conclusion

Les Autochtones ont tendance à s'urbaniser davantage au fil des années. Bien que cette migration vers les grands centres urbains puisse être motivée par plusieurs raisons positives, comme l'éducation et le travail, un grand nombre d'Autochtones s'exilent aussi pour des raisons de santé, notamment quand ils requièrent des soins de santé spécialisés et sur une base continue. Une fois établis en milieu urbain, les Autochtones demeurent mal intégrés dans la sphère socio-économique en général, et dans les services de santé, en particulier. Plusieurs facteurs sont à l'origine de cette exclusion relative. D'une part, en assumant le contrôle des pratiques de soin, la profession médicale a marginalisé les différentes visions autochtones de la santé et de la guérison. D'autre part, une différence notable sur le plan de la communication subsiste entre les professionnels de la santé et les patients autochtones. Ces facteurs permettent d'expliquer pourquoi les Autochtones ont difficilement accès à des soins de santé adaptés à leurs besoins. Ils sont également liés à l'augmentation des mouvements migratoires des Autochtones puisque plusieurs d'entre eux déménagent d'une ville à l'autre en quête de travail, voire de soins de santé qui seraient plus respectueux et mieux adaptés à leurs besoins.

Les politiques de santé des différents gouvernements ont souvent désavantagé les Autochtones et contribué à les assimiler à la société moderne. Ce n'est qu'à partir de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones que le gouvernement fédéral a reconnu l'importance de la collaboration avec les Autochtones et la nécessité d'intégrer leurs perspectives et savoirs dans l'élaboration des politiques de santé.

Bien que ce virage de l'approche fédérale ait permis la mise en place de plusieurs initiatives en matière de politique de santé en collaboration avec les Autochtones en milieu urbain, la plupart d'entre elles ne tiennent pas compte de l'impact du taux élevé de mouvements migratoires chez les Autochtones et n'assurent pas la continuité des soins de santé adaptés aux Autochtones. Elles n'arrivent pas non plus à combler le fossé culturel. Dans différents cas, il est possible d'attribuer l'échec des politiques de santé destinées aux Autochtones à l'incapacité du gouvernement fédéral de transférer le plein pouvoir de la gestion des services de santé aux Autochtones, ainsi qu'à une collaboration insuffisante entre les institutions fédérales et les instances autochtones et provinciales. Par contre, comme nous l'avons vu, lorsqu'il y a une véritable collaboration entre les différents intervenants, les résultats sont au rendez-vous. Cela dit, le succès de ces initiatives dépend d'un contexte spécifique, soit : la volonté ponctuelle d'une province de résoudre une situation spécifique (tel que dans le cas de ce qu'on a appelé l'« épidémie » de diabète d'Island Lake au Manitoba); la mise en place d'un nouveau programme ciblé du gouvernement fédéral; une campagne nationale de prévention d'une maladie particulière. Toutefois, la collaboration ponctuelle, même exemplaire, ne peut être une solution durable, car elle ne permet pas aux Autochtones d'effectuer la planification à long terme d'une stratégie de santé globale et culturellement cohérente. Cela les maintient aussi dans la dépendance par rapport à l'État qui garde, en définitive, le pouvoir ultime de faire avancer les choses. Nous croyons plutôt que seule l'autonomie gouvernementale au sein des régions urbaines permettrait de garantir aux Autochtones d'élaborer des politiques en matière de santé adaptées à leurs besoins, car celles-ci pourraient s'intégrer dans un projet global de développement socio-économique défini par les Autochtones eux-mêmes.

Toutefois, un tel projet n'est pas sans faire face à de nombreuses difficultés, notamment le chevauchement des juridictions des domaines de compétence en milieu urbain — par exemple, les commissions scolaires et les régies régionales de santé. Selon nous, l'objectif d'autonomie gouvernementale des Autochtones en milieu urbain ne pourra être atteint que s'il y a une véritable coopération entre ces différents paliers de gouvernance — c'est-à-dire, une coopération non pas destinée à créer des programmes conjoints, mais dont l'objectif serait de transférer de concert la gouvernance de l'ensemble des programmes de santé déjà existants. Ce transfert devrait, à notre avis, aller de pair avec le transfert de compétence dans d'autres domaines comme l'éducation. En fait, il serait possible de s'inspirer du processus (actuellement en cours) de mise en place du gouvernement du Nunavik

qui consiste à fusionner les trois principales institutions qui offrent actuellement les programmes et services destinés aux résidents de la région (la Commission scolaire Kativik, l'Administration régionale Kativik et la Régie de la Santé et des Services sociaux du Nunavik). Une fois la fusion terminée, ces trois institutions seront gouvernées par un Parlement élu qui pourra définir les orientations de chacune d'elles en fonction des priorités globales et des choix sociétaux déterminés par les Inuits, sans avoir à négocier perpétuellement avec les divers ordres de gouvernement.

Le second obstacle est la définition des bases géographiques, sociales et culturelles sur lesquelles s'appliquerait cette autonomie — obstacle d'autant plus grand que le gouvernement fédéral n'a pas de pouvoir direct sur les municipalités dans lesquelles résident les Autochtones. Cependant, nous pensons que cet obstacle est invoqué avant tout pour « excuser » l'absence de leadership d'Ottawa dans ce domaine. En effet, il existe plusieurs solutions de rechange possibles, la plus connue consistant du modèle de gouvernement fondé sur une assise territoriale (sous la forme de réserves urbaines — dont le concept pourrait d'ailleurs être amélioré). Mais on peut aussi envisager différentes formes de structures de gouvernance sans assise territoriale. À cet égard, grâce aux francophones hors Québec, le gouvernement fédéral a une longue expérience de collaboration avec les provinces et les communautés concernées. Prenons l'exemple des Franco-Manitobains. Bien qu'ils soient géographiquement dispersés dans les régions urbaines et rurales de la province et qu'ils ne constituent pas un groupe homogène — parmi eux il y a des Canadiens-français, des immigrants et des Métis — ils sont tout de même parvenus à obtenir la pleine autonomie dans l'élaboration de politiques et dans la gestion des services et des programmes en matière d'éducation. En plus d'obtenir leur propre commission scolaire qui couvre un territoire considérable où les Francophones ne sont nulle part majoritaires, les Franco-Manitobains ont obtenu la capacité d'élaborer et d'administrer des politiques et des programmes en matière d'éducation de langue française. Ils ont aussi réussi à obtenir la gestion d'un certain nombre de services gouvernementaux qui leur sont spécifiquement destinés ou qui sont d'intérêts généraux, mais qui sont mis en application pour les Francophones. La gestion de ces services obtenus au nom du bilinguisme permet aux Franco-Manitobains d'avoir une autonomie importante qui structure le développement de leurs différentes communautés. Cet exemple, bien qu'apparemment éloigné des Autochtones, révèle toutefois que la disparité sociale et l'absence d'assise territoriale ne constituent pas un obstacle à l'autonomie.

Certes, vu les conditions spécifiques à chaque province, aux différents milieux urbains et aux groupes autochtones, nous sommes incapables de croire qu'un modèle unique d'autonomie gouvernementale pour les Autochtones en milieu urbain puisse être défini. De même, ni les experts, ni les gouvernements ne doivent proposer de solutions toutes faites; seuls les Autochtones sont véritablement en mesure de définir les modes de gouvernance qui leur permettront de répondre à leurs besoins. Le rôle des experts et des institutions fédérales et provinciales doit

être de faciliter le transfert de pouvoir, notamment en gardant en mémoire que l'autonomie gouvernementale est la démarche qui doit être privilégiée afin de définir un nouveau contrat social avec les Autochtones — un contrat susceptible de créer l'égalité entre les Autochtones et le reste de la population canadienne. Considérée sous cet angle, l'autonomie gouvernementale des Autochtones est un projet national, au même titre que le bilinguisme. Certes, de même qu'il n'est pas certain que le bilinguisme institutionnel résoudra le problème de l'érosion du fait français au Canada, pour l'instant, ce n'est que théoriquement que l'on peut affirmer que l'autonomie gouvernementale améliorera la santé des Autochtones. Cela dit, comme nous l'avons suggéré, cette démarche vers l'autonomie contribue à l'automatisation des communautés et des individus, ce qui est une condition de base à l'amélioration des déterminants de la santé. Par ailleurs, nonobstant l'opinion que l'on puisse avoir de ces projets supportant la construction de la nation canadienne, autant dans le cas du bilinguisme que dans celui de l'autonomie gouvernementale des Autochtones, il est de la responsabilité des institutions fédérales d'assumer leur rôle de leadership pour faire avancer ces projets nationaux.

## **Recommandations**

L'autonomie gouvernementale en milieu urbain ne se concrétisera pas dans un proche avenir, mais nous ne devons pas attendre qu'elle soit totalement atteinte pour aborder le problème d'accessibilité aux soins de santé des Autochtones vivant en milieu urbain. C'est dans cette optique que nous proposons quatre recommandations qui s'inspirent des progrès réalisés, ailleurs, en termes d'autonomies gouvernementales et d'accès aux services de santé adaptés aux Autochtones.

### ***Recommandation 1 : Créer un réseau national de santé autochtone***

Un réseau national de santé autochtone pourrait être mis en place en s'inspirant de ce qui existe déjà, notamment l'*Office régional de la santé de Winnipeg* qui a mis sur pied la Direction de la santé des Autochtones. Cet organisme offre et coordonne plusieurs services matériels (interprétariat, aide au logement, transport, informations), juridiques et médicaux (traitement holistique, planification de congé). Nous croyons que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent s'inspirer de cet exemple manitobain et travailler en collaboration afin d'élaborer un Réseau national de santé autochtone qui serait géré par les Autochtones. Un tel réseau permettrait non seulement aux Autochtones d'avoir accès à différents services dans chacun des centres urbains, mais aussi d'assurer la continuité des soins de santé qui leurs sont adaptés dans les différents milieux urbains. L'existence de ce réseau permettrait aux Autochtones qui déménagent d'une ville à l'autre de retrouver à l'endroit de leur nouvelle résidence des structures et des services similaires à ceux qu'ils connaissent. Ils seraient donc moins désorientés et plus enclins à continuer à fréquenter les services de santé. Dans le cadre de ce réseau national,

des « guichets uniques » pourraient être mis en place dans chaque centre urbain. Ces guichets accueilleraient les nouveaux venus, les accompagneraient dans leur démarche de santé et les orienteraient vers les services appropriés lorsque ceux-ci ne sont pas offerts sur place. (Ces guichets uniques pourraient être élaborés en s'inspirant des « CLS » du Québec.) Ils pourraient aussi avoir le mandat d'obtenir et de transférer les dossiers médicaux des patients aux professionnels de la santé appropriés.

***Recommandation 2 : Transférer aux Autochtones en milieu urbain le plein pouvoir d'élaborer des politiques et de gérer des services de santé***

Nous croyons que le gouvernement du Canada doit travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux et municipaux afin de transférer aux Autochtones en milieu urbain le plein pouvoir d'élaborer des politiques en matière de santé et de gérer les services de santé. Pour ce faire, le gouvernement fédéral pourrait s'inspirer du travail qu'il a accompli avec les gouvernements provinciaux en ce qui a trait à l'éducation francophone au Manitoba. Cet exemple d'autonomie en matière d'éducation révèle que si les gouvernements fédéral et provinciaux ont la volonté et sont prêts à travailler en collaboration pour transférer le pouvoir aux collectivités minoritaires, les résultats peuvent être positifs. À cet égard, et dans la perspective de donner aux Autochtones la pleine responsabilité en matière de santé, les gouvernements fédéral et provinciaux pourraient s'inspirer des mécanismes qui ont permis d'élaborer et de financer le transfert de compétence en terme d'éducation destinée aux Francophones. L'exemple de l'éducation est particulièrement intéressant car il s'agit, tout comme dans le cas de la santé, d'une compétence de responsabilité provinciale, que le Manitoba et l'Ontario notamment ont accepté de partager du fait que les Francophones, en tant que minorités de langue officielle, relèvent aussi de la « juridiction fédérale ». Tout compte fait, le chevauchement des domaines de compétence qui peut faire tomber dans l'oubli certains bénéficiaires, comme c'est encore le cas des Autochtones en milieu urbain, peut aussi favoriser l'émergence d'une plus grande autonomie.

***Recommandation 3 : Investir davantage dans la formation des professionnels de la santé***

Notre troisième recommandation rejoint l'idée proposée dans le plan d'action 2005-2015 de l'Assemblée des chefs du Manitoba, qui demande que les différents paliers de gouvernement investissent davantage dans la formation des professionnels de la santé autochtones et non autochtones.<sup>69</sup> D'une part, il faudrait mettre davantage l'accent sur le développement de stratégies de recrutement pour inciter les Autochtones à poursuivre des études dans le domaine de la santé. Nous croyons que des initiatives telles que l'allègement des critères d'admission, l'augmentation du nombre de places réservées aux Autochtones dans les programmes de formation et la création de bourses additionnelles constituent un

pas dans la bonne direction. D'autre part, tous les programmes en matière de santé (médecine, travail social, psychologie, physiothérapie) doivent comporter un bloc d'enseignement sur les réalités que vivent les Autochtones sur les plans socio-économique et de la santé et faciliter l'accès à divers stages de formation en milieu autochtone. Cet effort en matière de formation doit aller de pair avec une plus grande autonomie des Autochtones dans le domaine de l'éducation. Cela équivaut à dire que l'amélioration de la santé des Autochtones en milieu urbain n'est possible que si ceux-ci obtiennent une véritable autonomie gouvernementale dans tous les domaines. Une autonomie dont les bases géographiques, sociales et culturelles restent à définir et dont les domaines de compétence ne peuvent se limiter à ceux de la « réserve urbaine », mais doivent tendre vers la mise en place de structures de gouvernance globales, qui s'apparentent à celles dont jouissent les territoires autochtones autonomes.

***Recommandation 4 : Établir des liens entre les services de santé en milieux urbains et ruraux***

Étant donné qu'un certain nombre d'Autochtones viennent s'établir en milieu urbain parce qu'ils ne peuvent obtenir dans leur communauté les services de santé dont ils ont besoin, il serait opportun d'améliorer l'offre des services dans les communautés. Comme nous l'avons vu, grâce à une collaboration avec le gouvernement fédéral, le gouvernement du Manitoba a réussi à implanter un Centre d'hémodialyse à Island Lake, ce qui permet d'éviter le transport de dizaines de patients à Winnipeg et l'exil de plusieurs d'entre eux et de leurs proches. En outre, le transfert de services additionnels au sein des communautés déjà engagées dans un processus d'autonomie gouvernementale tomberait dans un terrain fertile et contribuerait à conforter celles-ci.

## Notes

- 1 James S. Frideres et al., « Government policy and the spatial redistribution of Canada's Aboriginal peoples », dans John Taylor et Martin Bell (dirs.), *Population mobility and Indigenous peoples in Australasia and North America* (London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2004).
- 2 Thibault Martin et Amélie Curan, « Banking in Winnipeg's Aboriginal and Impoverished Neighborhood » *The Canadian Journal of Native Studies*, XXVI, 2, (2007).
- 3 James S. Frideres et al., « Government policy and the spatial redistribution of Canada's Aboriginal peoples » dans *Population mobility and Indigenous peoples in Australasia and North America*.
- 4 David R. Newhouse et Evelyn J. Peters, « Introduction » David Newhouse et Evelyn J. Peters (dirs.), *Des gens d'ici : Les Autochtones en milieu urbain* (Canada, Projet de recherche sur les politiques, 2003).
- 5 Statistiques Canada, *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement 2006* (Canada, No 97-558-XIF au catalogue, 2008).
- 6 James S. Frideres et René R. Gadacz, *Aboriginal peoples in Canada*, 7<sup>ème</sup> édition (Toronto: Pearson Prentice Hall, 2005).
- 7 Affaires indiennes et du Nord Canada, *L'autonomie gouvernementale des Autochtones* (Ottawa : 2004).
- 8 Rober Mayer et Jean-Pierre Deslauriers, « L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie », dans Robert Mayer, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs, *Méthode en intervention sociale*, (Montréal : Gaétan Morin éditeur, 2000).
- 9 Les entrevues ont eu lieu entre 2002 et 2008, dans le cadre d'un projet de recherche en partie financé par le CRSH, *Relocation, Social Capital Loss, and Rebuilding: the Social Impacts of Hydro-Projects on the Community and Displaced Residents of South Indian Lake (Manitoba)*. Bien que ce projet ne portait pas spécifiquement sur la question du diabète, nous avons rencontré des Autochtones ayant quitté leur communauté pour des raisons de santé. Nous avons aussi interviewé des professionnels de la santé lors du processus de mise en place du Centre d'hémodialyse du *Island Lake Renal Health Program*.
- 10 Thibault Martin, « Pour une sociologie de l'autochtonisme » Natacha Gagné, Thibault Martin et Marie Salaün (ed), *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Presses de l'Université Laval, 2008, 431-454.
- 11 Mary Jane Norris et al., « Registered Indian mobility and migration in Canada: Pattern and implications » John Taylor and Martin Bell (dirs.), *Population mobility and Indigenous peoples in Australasia and North America*, (London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2004).
- 12 Evelyn Peters, *Three myths about Aboriginal in cities* (Ottawa: Canadian Federation for the Humanities and Social Sciences, 2004), voir aussi Thibault Martin et Amélie Curan, « Banking in Winnipeg's Aboriginal and Impoverished Neighborhood » *The Canadian Journal of Native Studies*, vol. XXVI, no. 2 (2007).
- 13 National Association of Friendship Centres, « Urban Aboriginal peoples: A challenge to national character » Ted Richmond and Anver Saloojee (dirs.), *Social inclusion: Canadian perspectives*, (Halifax: Fernwood Publishing, 2005).
- 14 Initiative sur la santé de la population canadienne, *Collectivités autochtones en milieu urbain – Procès-verbal de la Table ronde sur la santé des Autochtones en milieu urbain* (du 21 mars 2003) (Ottawa, Institut canadien d'information sur la santé, 2003).
- 15 Santé Canada, *Diabetes in Canada, Second Edition*, (Ottawa: Centre for Chronic Disease Prevention and Control Population and Public Health Branch, 2002).
- 16 Didier Fassin, « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie », dans Francine Saillant et Serge Genest (dir.), *Anthropologie médicale : Ancrages locaux, défis globaux*, (Presses de l'Université Laval, Economica, Anthropolos, 2005).
- 17 Chandrakant P. Shah, *The health of Aboriginal peoples. Social determinants of health*, (Toronto, Canadian Scholars' Press Inc., 2004), 267.
- 18 *Ibid.*

- 19 Chandrakant P. Shah et Duberski, « First Nations peoples in urban settings », dans Ralph Masi, Lynette Mensah and Keith A. McLeod (dirs.), *Health and culture: Exploring the relationships in policies, professional practice and education*, Volume 1, (Oakville: Mosaic Press, 1993).
- 20 Nadine Baclet, « Alimentation et migration. Respecter les habitudes du pays d'origine pour favoriser l'adaptation : l'exemple du diabète », *Alimentation et précarité*, Numéro 28 (2005).
- 21 Naomi Andelson, *Reducing health disparities and promoting equity for vulnerable populations: Aboriginal Canada*, (Ottawa: Canadian Institutes of Health Research, 2003).
- 22 James B. Waldram et al., *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives* (Toronto: University of Toronto Press, 1995), 101.
- 23 Nous avons rencontré un homme qui avait fait ce choix et qui est décédé dans sa communauté parce que l'avion qui devait le conduire à l'hôpital suite à des complications liées à sa maladie avait été retardé à cause de mauvaises conditions météorologiques.
- 24 Mary Jane Norris et Stewart Clatworthy, *Aboriginal mobility and migration in Canada: Factors, policy implications and responses* (Ottawa: Aboriginal Policy Research Conference, March 21-23, 2006), 10.
- 25 C.E.S. Franks, « Indian Policy: Canada and the United States Compared », dans Curtis Cook and Juan D. Lindau (dirs.), *Aboriginal Rights and Self-Government: The Canadian and Mexican Experience in North America Perspective*, (Montreal: McGill-Queen's University Press, 2000).
- 26 Geoffrey Mercer, « Aboriginal Peoples: Health and Healing », dans Martin Thornton and Roy Todd (dirs.), *Aboriginal People and Other Canadians: Shaping new relationships* (Ottawa: International Canadian Studies Series, University of Ottawa Press, 2001).
- 27 Frances Abele, « Between Respect and Control: Traditional Indigenous Knowledge in Canadian Public Policy », dans Michael Orsini et Miriam Smith (dirs.), *Critical Policy Studies* (Vancouver: UBC Press, 2007).
- 28 Geoffrey Mercer, « Aboriginal Peoples: Health and Healing » *Aboriginal People and Other Canadians: Shaping new relationships*.
- 29 France Abele, « Between Respect and Control: Traditional Indigenous Knowledge in Canadian Public Policy » dans *Critical Policy Studies*.
- 30 Directrice exécutive de l'élaboration des systèmes de santé de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada.
- 31 Catherine Adam, *Exposé de la délégation du Canada à la sixième séance de l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones* (mai 2007).
- 32 *Ibid.*
- 33 Pour un complément d'information, nous vous invitons à visiter le site web du gouvernement du Manitoba à : <http://www.gov.mb.ca>
- 34 Gouvernement de l'Ontario, *Stratégie de lutte contre le diabète chez les Autochtones de l'Ontario*, (Ottawa, 2005).
- 35 *Ibid.*
- 36 *Ibid.*
- 37 *Ibid.*
- 38 Selon un des professionnels de la santé impliqué dans ce processus, la participation d'Ottawa a été déterminante dans le développement du projet, car elle indiquait à la population que la province n'était pas seule à porter le fardeau financier de la mise en place de politiques adaptées aux Autochtones, un enjeu important dans une province où près de 20 % de la population est constituée d'Autochtones.
- 39 Santé Canada, *Initiative sur le diabète chez les Autochtones : Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain* (Ottawa : Programme cadre, 2000).
- 40 Santé Canada, *Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain : Projets financés en 2003-2004* (Ottawa, 2005)
- 41 *Ibid.*



- 42 *Ibid* : 20
- 43 *Ibid*
- 44 Affaires indiennes et du Nord Canada, *L'autonomie gouvernementale des Autochtones* (Ottawa :, 2004), 1.
- 45 Albert Levi, « Une relation à redéfinir » *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, (Ottawa : 1996).
- 46 Micheal Orsini, « Discourses in Distress: From “Health Promotion” to “Population Health” to “You Are Responsible for Your Own Health” », dans Michael Orsini et Miriam Smith (dirs.) *Critical Policy Studies* (Vancouver: UBC Press, 2007).
- 47 C.E.S. Franks, « Indian Policy: Canada and the United States Compared » *Aboriginal Rights and Self-Government: the Canadian and Mexican Experience in North America Perspective* (Montréal: McGill-Queen's University Press, 2000).
- 48 Notons que le gouvernement de la Colombie-Britannique a devancé Ottawa à ce chapitre, ayant été le premier gouvernement canadien à signer une entente d'autonomie gouvernementale avec un peuple autochtone. Cette entente, signée en 1986 entre le gouvernement de la Colombie-Britannique et la bande indienne sechelte, permet à cette dernière d'assumer le plein contrôle et la responsabilité d'offrir des services sociaux et de santé aux résidents de cette communauté. Pour un complément d'information sur ce traité, nous vous invitons à lire la *Loi sur l'autonomie gouvernementale de la bande indienne sechelte, L.C. 1986, c. 27* à : <http://beta.canlii.org/fr/ca/legis/lois/lc-1986-c-27/derniere/lc-1986-c-27.html>.
- 49 Laurent Lemchuk-Favel et Richard Jock, “Aboriginal Health Systems in Canada: Nine case Studies,” *Journal of Aboriginal Health* (January 2004), 28–50.
- 50 *Ibid*
- 51 Pour un complément d'information, veuillez visiter le site web de cette direction à : <http://www.metisnation.org/programs/health/home.html>
- 52 Laurent Lemchuk-Favel et Richard Jock, “Aboriginal Health Systems in Canada: Nine case Studies.”
- 53 Bruce Minore, et Mae Katt. « *Aboriginal Health Care in Northern Ontario Impacts of Self-Determination and Culture* » (*IRPP Choices, Vol. 13m No. 6, Octobre, 2007*).
- 54 Ce qui représente une population d'environ 30 000 personnes.
- 55 Pour un complément d'information, nous vous invitons à visiter le site web de cet organisme à : <http://www.nandecade.ca/article/suicide-prevention-resources-5.asp>.
- 56 Tom Flanagan, *First nations. Second thoughts* (Montreal: McGill-Queen's University Press, seconde édition 2008 [2000]); Jean-Jacques Simard, *La réduction : l'autochtone inventé et les amérindiens d'aujourd'hui* (Sillery, Québec: Les éditions du Septentrion, 2003); Kaalauge, Nielsen. « A Coping Strategy for Greenland », dans Aarsaether, Nils et Baerenholdt, Jorgen Ole (dirs.) *The Reflexive North* (Copenhagen, Nordic Council of Ministers, 2001).
- 57 Dans le cas des compensations versées aux Autochtones pour les sévices subis dans les pensionnats, une des demandes consistait à établir des fonds destinés à financer des programmes ne s'adressant pas aux victimes immédiates mais destinés à l'ensemble de la communauté autochtone, qui est considérée comme collectivement affectée.
- 58 Cited in Thibault Martin and Steven Hoffman (eds.), *Power Struggles. Hydro development and First Nations in Manitoba and Quebec* (Winnipeg: University of Manitoba Press, 2008), 16–17.
- 59 Martin Papillon, « Aboriginal quality of life under a treaty: the experience of the James Bay and Northern Quebec Agreement » : Choix/Choices, IRPP, (août 2008).
- 60 James C. Saku, et Robert M. Bone, « Modern Treaties in Canada: The Case of Northern Quebec Agreements and the Inuvialuit Final Agreement » : *The Canadian Journal of Native Studies* XX (2), 2000.
- 61 Stephan Wodicka, « Ententes modernes, projets hydroélectriques et développement territorial des Autochtones au Québec et au Manitoba (1981-2006) » : Communication présentée au *XLV<sup>e</sup> Colloque de l'Association de Science Régionale de Langue Française (ASRDLF) – «Territoires et action publique territoriale : nouvelles ressources pour le développement régional»*,

- (Rimouski, 25-27 Août, 2008).
- 62 Robert C. Depew, *Modèles de gouvernement autochtone en milieu urbain*, (Ottawa : Affaires indiennes et du Nord Canada, 1994).
- 63 Certes, il est important que les programmes de prévention et les services offerts par un gouvernement autochtone ne renient pas le modèle médical dominant au sein des institutions. En effet, le diabète est une maladie qui requiert des suivis et des traitements médicaux. La collaboration entre le modèle médical et le modèle de santé holistique est donc impérative.
- 64 Jill Wherrett et Douglas Brown, « Model for aboriginal government in urban areas », dans Evelyn J. Peter (dirs.), *Aboriginal Self-government in urban areas: Proceeding of a workshop of May 25 and 26, 1994* (Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University, Aboriginal peoples and constitutional reform, 1995).
- 65 Robert Depew, *Modèles de gouvernement Autochtone en milieu urbain* (Ottawa: Affaires indiennes et du Nord Canada, 1994).
- 66 Jill Wherret et Douglas Brown « Model for aboriginal government in urban areas » in *Aboriginal Self-government in urban areas: Proceeding of a workshop of May 25 and 26, (1994)*.
- 67 Pour un complément d'information, nous vous invitons à visiter le site web de cet organisme à : <http://www.ahwsontario.ca/programs/overview.html>.
- 68 Aboriginal Healing and Wellness Strategy. *Annual Report 2000/2001* (Toronto: Aboriginal Healing and Wellness Strategy).
- 69 Pour un complément d'information, veuillez consulter le document : *Manitoba First Nations Health & Wellness Strategy, A 10 Year Plan for Action 2005-2015*. Assembly of Manitoba Chiefs, Manitoba : August 2006.

## Bibliographie

- Abele, Frances. « Between Respect and Control: Traditional Indigenous Knowledge in Canadian Public Policy » Michael Orsini and Miriam Smith, ed. *Critical Policy Studies*. Vancouver: UBC Press, 2007.
- Aboriginal Healing and Wellness Strategy. Annual Report 2000/2001. Toronto: Aboriginal Healing and Wellness Strategy.
- Adam, Catherine. *Exposé de la délégation du Canada à la sixième séance de l'Instance permanente des Nations Unies sur les questions autochtones*. Ottawa: mai 2007.
- Affaires indiennes et du Nord Canada. *L'autonomie gouvernementale des Autochtones*. Ottawa: 2004.
- Andelson, Naomi. *Reducing health disparities and promoting equity for vulnerable populations: Aboriginal Canada*. Ottawa: Canadian Institutes of Health Research, 2003.
- Association pour la santé publique de l'Ontario. *Prévention primaire du diabète de type 2 en Ontario : Politique, recherche et capacité communautaire*. Ottawa: 2002.
- Baclet, Nadine. « Alimentation et migration. Respecter les habitudes du pays d'origine pour favoriser l'adaptation : l'exemple du diabète. » *Alimentation et précarité*. No 28 (2005) : 16-17.
- Blais, L. et L. Mulligan-Roy. « Sociologie et maladies mentales. » P. Lalonde, F. Grunberg et J. Aubut, ed. *Psychiatrie clinique : Approche bio-psycho-social*. Montréal: Éditions Gaëtan Morin, 2001.
- Depew, Robert C. *Modèles de gouvernement autochtone en milieu urbain*. Ottawa: Affaires indiennes et du Nord Canada, 1994.
- Fassin, Didier. « Le sens de la santé. Anthropologie des politiques de la vie » Francine Saillant et Serge Genest, ed. *Anthropologie médicale : Ancrages locaux, défis globaux*. Laval: Presses de l'Université Laval, Economica, Anthropos, 2005.
- Flanagan, Tom. *First nations. Second thoughts*. Montréal: McGill-Queen's University Press, seconde édition 2008 [2000].
- Franks, C.E.S. « Indian Policy: Canada and the United States Compared » Curtis Cook and Juan D. Lindau, ed. *Aboriginal Rights and Self-Government: The Canadian and Mexican Experience in North America Perspective*. Montréal: McGill-Queen's University Press, 2000.
- Frideres, James S. et al. « Government policy and the spatial redistribution of Canada's Aboriginal peoples » John Taylor and Martin Bell, ed. *Population mobility and Indigenous peoples in Australasia and North America*. London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2004.
- Frideres, James S. and René R. Gadacz. *Aboriginal peoples in Canada*. Seventh edition. Toronto: Pearson Prentice Hall, 2005.
- Gouvernement de l'Ontario. *Stratégie de lutte contre le diabète chez les Autochtones de l'Ontario*. Ottawa: 2005.
- Initiative sur la santé de la population canadienne. *Collectivités autochtones en milieu urbain : Procès-verbal de la Table ronde sur la santé des Autochtones en milieu urbain (du 21 mars 2003)*. Ottawa: Institut canadien d'information sur la santé, 2003.
- Kaalaugue, Nielsen. « A Coping Strategy for Greenland », dans Aarsaether, Nils et Baerenholdt, Jorgen Ole (dirs.) *The Reflexive North*, Copenhagen, Nordic Council of Ministers, 2001.
- Lemchuk-Favel, Laurent and Richard Jock, « Aboriginal Health Systems in Canada: Nine case Studies » *Journal of Aboriginal Health*, Ottawa: janvier: (2004): 28-50.
- Levi, Albert. « Une relation à redéfinir » *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, Ottawa : 1996.
- Martin, Thibault et Amélie Curan. « Banking in Winnipeg's Aboriginal and Impoverished Neighborhood », *The Canadian Journal of Native Studies*, XXVI, (2) (2007): 329-357.
- Martin, Thibault. « Pour une sociologie de l'autochtonisme » dans Natacha Gagné, Thibault Martin et Marie Salaün eds. *Autochtonies. Vues de France et du Québec*, Laval: Presses de l'Université Laval, 2008: 431-454.
- Mayer, Robert et Jean-Pierre Deslauriers, « L'analyse de contenu, l'analyse ancrée, l'induction analytique et le récit de vie » Robert Mayer, Francine Ouellet, Marie-Christine Saint-Jacques, Daniel Turcotte et collaborateurs *Méthode en intervention sociale*, Montréal : Gaëtan Morin éditeur, 2000.

- Mercer, Geoffrey. « Aboriginal Peoples: Health and Healing » Martin Thornton and Roy Todd, ed. *Aboriginal People and Other Canadians: Shaping new relationships*. Ottawa: International Canadian Studies Series, University of Ottawa Press, 2001.
- Minore, Bruce and Mae Katt. « Aboriginal Health Care in Northern Ontario: Impacts of Self-Determination and Culture » IRPP Choices, Vol. 13m No. 6, octobre 2007.
- National Association of Friendship Centres. « Urban Aboriginal peoples: A challenge to national Character » Ted Richmond and Anver Saloojee, ed. *Social inclusion: Canadian perspectives*. Halifax: Fernwood Publishing, 2005.
- Newhouse, David R. and Evelyn J. Peters. « Introduction » David Newhouse and Evelyn J. Peters, ed. *Des gens d'ici : Les Autochtones en milieu urbain*. Canada: Projet de recherche sur les politiques, 2003.
- Norris, Mary Jane et al., « Registered Indian mobility and migration in Canada: Pattern and implications » John Taylor and Martin Bell, ed. *Population mobility and Indigenous peoples in Australasia and North America*. London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2004.
- Norris, Mary Jane and Stewart Clatworthy. *Aboriginal mobility and migration in Canada: Factors, policy implications and responses*. Ottawa: Aboriginal Policy Research Conference, mars 21-23, 2006.
- Orsini, Michael, « Discourse in Distress: From "Health Promotion" to "Population Health" to "You are Responsible for Your Own Health" » Michael Orsini and Miriam Smith ed. *Critical Policy Studies*. Vancouver: UBC Press, 2007.
- Papillon, Martin, *Aboriginal quality of life under a treaty: the experience of the James Bay and Northern Quebec Agreement*, Choix/Choices, IRPP, août 2008.
- Peters, Evelyn. *Three myths about Aboriginals in cities*, Ottawa: Canadian Federation for the Humanities and Social Sciences. 2004.
- Roy, Bernard. « Le diabète chez les Autochtones : Regard sur la situation à Betsiamites, Natashquan et la Romaine » *Recherches amérindiennes au Québec*, vol 39, no 3 (1999): 3-18.
- Roy, Bernard. *Sang sucré, pouvoirs codés et médecine amère. Diabète et processus de construction identitaire : Les dimensions socio-politiques du diabète chez les Innus de Pessamit*. Laval : Université Laval, 2002.
- Saku, James C. et Robert M. Bone (2000). « Modern Treaties in Canada: The Case of Northern Quebec Agreements and the Inuvialuit Final Agreement » *The Canadian Journal of Native Studies* XX (2): 283-307.
- Santé Canada. *Initiative sur le diabète chez les Autochtones : Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain*. Ottawa: Programme cadre, 2000.
- Santé Canada. *Diabetes in Canada*. Second Edition, Ottawa: Center for Chronic Disease Prevention and Control Population and Public Health Branch, 2002.
- Santé Canada. *Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain : Projets financés en 2003-2004*. Ottawa: 2005. Santé Canada. *Initiative sur le diabète chez les Autochtones : Rapport sommaire des consultations*. Ottawa: 2005.
- Santé Canada. *Profil statistique de la santé des Premières Nations au Canada*. Ottawa: 2005.
- Shah, Chandrakant P. et Duberski. « First Nations peoples in urban settings » Ralph Masi, Lynette Mensah and Keith A. McLeod, ed. *Health and culture: Exploring the relationships in policies, professional practice and education, volume 1*. Oakville: Mosaic Press, 1993.
- Shah, Chandrakant P. « The health of Aboriginal peoples » *Social determinants of health*. Toronto: Canadian Scholars' Press Inc, 2004.
- Simard, Jean-Jacques. *La réduction : l'autochtone inventé et les amérindiens d'aujourd'hui*. Sillery, Québec: Les éditions du Septentrion, 2003.
- Statistiques Canada. *Peuples autochtones du Canada en 2006 : Inuits, Métis et Premières nations, Recensement de 2006*, No 97-558-XIF au catalogue Ottawa: 2008
- Waldram, James B. et al. *Aboriginal health in Canada: Historical, cultural, and epidemiological perspectives*. Toronto: University of Toronto Press, 1995.
- Wherret, Jill and Douglas Brown. « Model for aboriginal government in urban areas » Evelyn J. Peter, ed. *Aboriginal Self Government in urban areas: Proceeding of a workshop pf May 25 and 26, 1994*. Kingston: Institute of Intergovernmental Relations, Queen's University, Aboriginal peoples and constitutional reform, 1995.

Wodicka, Stefan « Ententes modernes, projets hydroélectriques et développement territorial des Autochtones au Québec et au Manitoba (1981-2006) », Communication présentée au *XLV<sup>e</sup> Colloque de l'Association de Science Régionale de Langue Française (ASRDLF) – «Territoires et action publique territoriale : nouvelles ressources pour le développement régional»*, Rimouski, 25-27 août, 2008.