

Un nouveau sentier à tracer : Vers un accès équitable à des soins de santé en milieu urbain pour les Autochtones

Mémoire présenté au

Gouvernement du Canada

Dans le cadre de l'élaboration d'une nouvelle Loi sur la santé autochtone

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

Le 7 janvier 2022
Wendake, Québec



REGROUPEMENT
DES CENTRES D'AMITIÉ
AUTOCHTONES DU QUÉBEC

Table des matières

Préambule	3
Sommaire	4
Présentation du Regroupement des centres d’amitié autochtones du Québec (RCAAQ)	5
Mouvement des Centres d’amitié autochtones au Québec	6
Section 1 : S’AFFIRMER : Portrait de l’autochtonie urbaine et de la situation actuelle en matière de services de santé	8
Portrait de la situation au Québec	8
Accessibilité et adéquation des services publics pour les Autochtones en milieu urbain	10
Comprendre l’état de santé des Autochtones au Québec	11
Modèles prometteurs et probants	13
Les Centres d’amitié : vecteurs de la santé autochtone	14
Section 2 : RECONNAÎTRE : Constats relatifs et existants à la santé des Autochtones en milieu urbain ...	16
Le système de santé au Canada et au Québec	16
Discours du Trône et lettres de mandat	17
Organisation des Nations Unies (ONU)	18
Rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada	20
Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées	20
Rapport de la Commission d’enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics	22
Mettre fin à la discrimination envers les Autochtones qui résident ou sont de passage dans les villes	23
Section 3 : TRANSFORMER : Besoins et priorités d’action en matière de santé pour les Autochtones en milieu urbain	29
Mieux-être et santé autochtone : améliorer l’état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain au Québec par des approches et pratiques propres à ceux-ci	29
Principes directeurs et valeurs	30
Retombées positives pour le mieux-être des populations autochtones urbaines	31
Section 4 : RÉCONCILIER — Recommandations	32
Conclusion	34
Bibliographie	35
Références juridiques	37

Préambule

Ce mémoire représente la contribution du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) à l'élaboration de dispositions législatives en matière de santé autochtone que le gouvernement du Canada s'est engagé à développer conjointement avec ses partenaires des Premières Nations, des Inuit^a et de la nation des Métis.

Depuis juillet 2021, le RCAAQ a procédé à une recension de la documentation pertinente reliée aux enjeux vécus par les Autochtones vivant ou de passage en milieu urbain. Cette démarche fut combinée à des sessions de travail qui ont été tenues de façon virtuelle et sur le terrain entre juillet et décembre 2021 avec les membres du Regroupement et leurs équipes, ainsi que des partenaires. Il a donc été possible de recueillir un maximum de connaissances et d'expertise en plus d'identifier les principaux défis et obstacles en matière d'accessibilité aux services de santé et d'amélioration et de maintien de bonnes conditions de vie.

Des aîné.e.s autochtones de diverses nations ont également participé à la démarche afin d'apporter expérience et sagesse, car ils sont, au sein du Mouvement des Centres d'amitié autochtones au Québec, porteurs de savoirs et de cultures.

Les 27,28 et 29 septembre 2021, le *Forum sur la santé et le mieux-être* s'est tenu réunissant plus de 65 participants venant du milieu autochtone, des gouvernements et du réseau universitaire afin que nous puissions nous engager collectivement à établir des partenariats fructueux et clarifier des orientations communes pour optimiser nos réflexions en matière de santé autochtone et d'actions concrètes à mettre en œuvre. La participation du gouvernement du Québec ainsi que des Centres intégrés de santé et services sociaux présents dans les différentes régions (CISSS et CIUSSS) a été et sera essentielle pour la démarche actuelle.

Rapidement, nous avons constaté que les membres des Premiers Peuples vivant ou de passage dans les villes sont une des populations les plus marginalisées, et ce, même au sein de la population autochtone au pays. Plusieurs inégalités en matière de prestation de services en santé perdurent et accroissent les écarts socioéconomiques de cette population urbaine.

En réponse à des statistiques et tendances très révélatrices en ce qui concerne l'augmentation de la population autochtone urbaine dans les années à venir, le gouvernement du Canada a la chance de réparer une injustice persistance qui a des effets dévastateurs pour les futures générations : il doit considérer les populations autochtones^b en milieu urbain comme une communauté distincte selon l'approche fondée sur les distinctions.

^a Par souci de conformité avec la langue inuktitut, le mot Inuit est considéré comme étant pluriel (le singulier est Inuk).

^b Qui inclut les membres des Premières Nations, les Inuit et les Métis, bien que ce dernier groupe soit moins présent au Québec étant donné qu'aucun groupe Métis n'a, à ce jour, reçu une reconnaissance légale dans la province.

Sommaire

Dans le cadre de la consultation qu'effectue le gouvernement du Canada auprès des organisations autochtones en vue de la création de la Loi sur la santé autochtone, le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) soumet aujourd'hui ce mémoire, qui souligne ses principales recommandations.

À la lumière des constats et des observations formulées dans ce mémoire, le Regroupement souhaite présenter les recommandations suivantes :

1. Que le gouvernement fédéral reconnaisse les besoins distincts des toutes les populations autochtones quel que soit leur lieu de résidence.
2. Que le RCAAQ et son association nationale, l'Association nationale des Centres d'amitié (ANCA), soient considérés comme l'interlocuteur à privilégier des questions urbaines par le gouvernement fédéral lors de la rédaction de la Loi sur la santé autochtone afin que les dispositions de cette loi tiennent pleinement compte des réalités urbaines des Autochtones.
3. Que le gouvernement fédéral mette en place un mécanisme bilatéral permanent afin d'affirmer sa relation et sa collaboration avec le Mouvement des Centres d'amitié autochtones par la voie de son association nationale (ANCA).
4. Que le gouvernement fédéral s'engage à tenir un dialogue ouvert afin d'établir conjointement un plan de travail et des priorités avec le Mouvement des Centres d'amitié autochtones concernant les services en matière de santé et mieux-être offerts au sein de nos infrastructures de services.
5. Que les Centres d'amitié autochtones soient reconnus comme des fournisseurs de services de santé et de services sociaux auprès des Autochtones en milieu urbain.
6. Que le réseau des Centres d'amitié autochtone dispose de ressources pour la mise en œuvre d'un modèle de gouvernance autochtone urbain et de prestation de services en matière de santé.

Ensuite, pour la création de cette loi, le RCAAQ et les Centres qui le composent identifient quatre grandes priorités : l'accessibilité, la non-discrimination, la qualité des services offerts et le financement et ce, peu importe le lieu de résidence. Le RCAAQ recommande donc :

7. Que l'accessibilité aux infrastructures de santé et de services sociaux, autant l'accessibilité physique, économique, informative, linguistique et culturelle, soit priorisée au sein de la loi, pour les Autochtones en milieu urbain.
8. Que soit garanti à tous les Autochtones en milieu urbain au sein de la Loi sur la santé autochtone un accès, en toute égalité et sans discrimination, à tous les services en santé et services sociaux.
9. Qu'un financement stable, souple et permanent soit accordé aux Centres d'amitié autochtones afin de développer des services de santé et de services sociaux au sein de leurs infrastructures.

Présentation du Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ)

Le Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (RCAAQ) est l'association provinciale qui milite depuis plus de 45 ans pour la défense des droits et intérêts des citoyens autochtones dans les villes, tout en appuyant les Centres d'amitié autochtones du Québec. Dix Centres d'amitié et un point de service sont affiliés au RCAAQ et ils desservent les Autochtones qui habitent ou transitent dans les villes de Chibougamau, Joliette, La Tuque, Maniwaki, Montréal, Québec, Senneterre, Sept-Îles, Shawinigan, Trois-Rivières et Val-d'Or. À l'échelle nationale, les Centres d'amitié autochtones sont regroupés au sein de l'Association nationale des Centres d'amitié (ANCA). Le RCAAQ met en œuvre des stratégies innovantes et proactives pour répondre aux besoins des Autochtones dans les villes, et soutient le développement et la mise en œuvre de projets et de programmes d'envergure provinciale, tout en appuyant les différents Centres d'amitié par des conseils stratégiques. Pour le RCAAQ, l'autonomie de chaque Centre est primordiale : c'est ce qui permet d'assurer l'ancrage local de chaque organisation et d'offrir les services de proximité qui sont nécessaires aux Autochtones. Le RCAAQ et les Centres d'amitié sont des organisations autochtones, autonomes, démocratiques et distinctes politiquement. Créés par et pour les Autochtones, les Centres d'amitié tirent leur légitimité d'action par leur expertise terrain et leur connaissance approfondie de leur milieu.

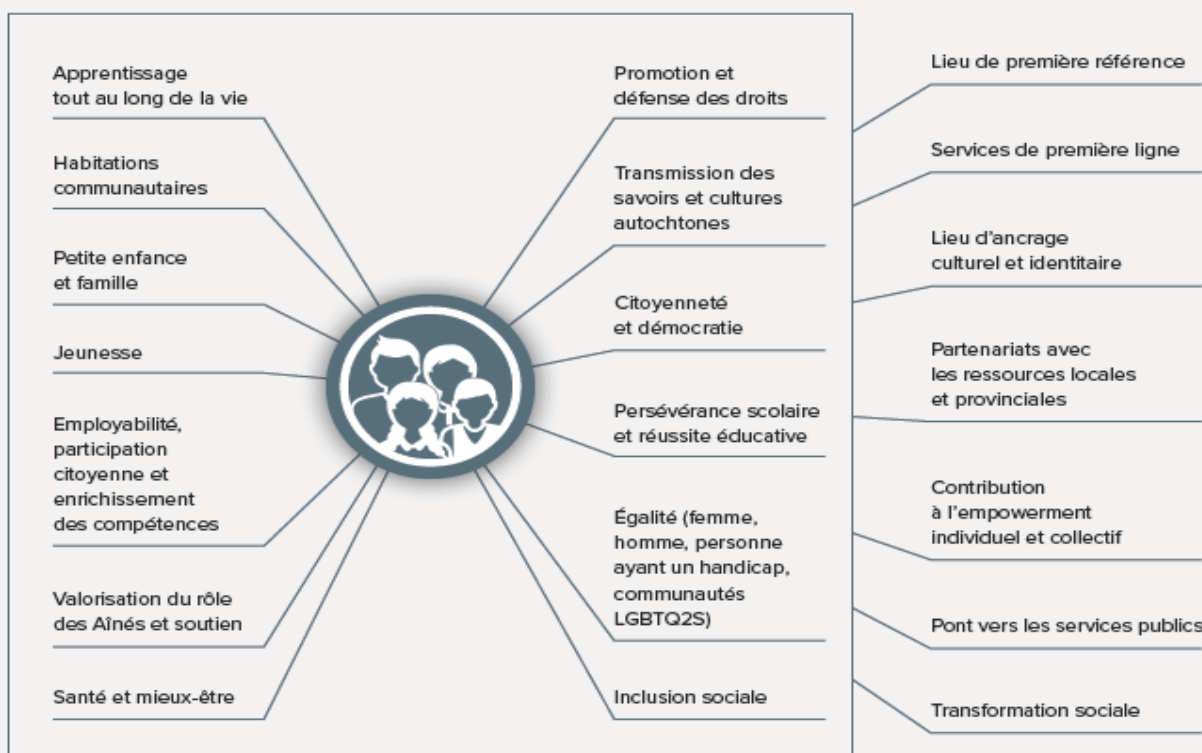
Par sa portée provinciale, le RCAAQ est un interlocuteur privilégié pour le gouvernement du Québec sur les questions relatives à l'autochtonie urbaine et un acteur incontournable pour assurer l'équité dans la prestation de services dédiés aux Autochtones dans les villes. Soutenant et contribuant au développement de solutions concrètes et de politiques publiques, le Regroupement s'efforce de mieux documenter la présence, les besoins et les réalités des Autochtones en milieu urbain par le biais de consultations, de travaux de recherche et d'évaluations.

La mission des Centres d'amitié autochtones est d'améliorer la qualité de vie des citoyens autochtones dans les villes, de promouvoir la culture et de favoriser le rapprochement entre les peuples. Articulés autour de services intégrés et interreliés, soutenus par une approche culturellement pertinente et sécurisante, les Centres d'amitié sont des milieux de vie où s'exprime l'identité culturelle, communautaire et sociale des Autochtones dans les villes. À ce titre, ils constituent de véritables carrefours de services de première ligne par et pour les Autochtones dans les villes. Les Centres conçoivent des initiatives en collaboration avec des instances autochtones, gouvernementales et universitaires dans plusieurs domaines d'action, tels que la santé, le mieux-être individuel et collectif, la petite enfance, la jeunesse, la promotion et la défense des droits, l'inclusion sociale, l'habitation communautaire et bien plus (voir graphique à la page suivante).

En somme, les actions des Centres d'amitié s'articulent autour d'une gamme de services intégrés et interreliés, sous-tendue par une approche culturellement pertinente et sécurisante, et appuyée par une philosophie d'empowerment individuel et collectif. D'ailleurs, les services offerts dans les Centres d'amitié autochtones sont reconnus comme des services essentiels et prioritaires par le ministère de la santé et des services sociaux (MSSS) du gouvernement du Québec.

CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES

UN CARREFOUR MULTI-SERVICES POUR LES AUTOCHTONES



Enfin, les Autochtones qui utilisent les services dans les Centres d'amitié et qui n'utilisent pas ou très peu les services publics ont souvent des parcours de vie complexe ; ils font face à des défis multiples ; leurs difficultés sont multifactorielles. On constate que c'est souvent impossible d'intervenir sur un aspect ou sur un membre de la famille de manière isolée, d'où les échecs répétés des approches conventionnelles d'intervention auprès de cette clientèle. La nécessité d'intervenir autrement et d'innover s'impose afin de briser les inégalités sociales qui persistent depuis plusieurs décennies. Il s'agit d'un défi que les Centres d'amitié autochtones relèvent avec brio depuis près de 70 ans au Canada.

Mouvement des Centres d'amitié autochtones au Québec

La mobilisation citoyenne qui s'articule autour du RCAAQ et des Centres d'amitié donne vie au Mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec dont les principales orientations s'inscrivent dans un projet global de transformation sociale par et pour les Autochtones dans les villes. Implanté au Québec depuis maintenant 50 ans, le Mouvement des Centres d'amitié autochtone forme la plus grande infrastructure de services destinés aux Autochtones dans les villes. À travers différentes régions du Québec, les Centres d'amitié autochtones favorisent l'émergence de démarches de revalorisation culturelle et d'affirmation identitaire qui sont essentielles à la pleine participation sociale des Autochtones en milieu urbain. Ils représentent des lieux d'action, de participation citoyenne et de solidarité incontournables pour la population autochtone urbaine. Ils contribuent ainsi au développement social, communautaire, économique et culturel de leur milieu, le tout selon des modèles novateurs de collaboration avec divers acteurs.

LES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES : DES ORGANISATIONS MULTI-NATIONS

Les premiers Centres d'amitié autochtones ont été créés par ou pour les Autochtones dans les années 50 au Canada et à la fin des années 60 au Québec. Leur création ne découle pas de la Loi sur les Indiens, ce qui font d'eux, de véritables exemples d'autodétermination.

Tant au Canada qu'au Québec, les Centres d'amitié autochtones sont des centres multiservices situés dans les villes qui s'adressent à une clientèle autochtone. Au Québec, cela signifie une forte majorité de membres des Premières Nations et Inuit. Les Centres d'amitié ont une politique de « portes ouvertes » afin de desservir les populations autochtones, sans égard au statut, à la nation, au lieu d'origine ou de résidence.

Notre gouvernance se traduit par une prise de décision collective et transparente qui tient compte de l'ensemble de nos valeurs culturelles de même que de la diversité de la population autochtone urbaine. Nous assurons une gouvernance démocratique qui suscite et renforce la participation citoyenne en favorisant une action collective concertée et mobilisatrice au sein de ses instances décisionnelles et en formant les membres à l'exercice du leadership. Nous favorisons la réappropriation d'un droit de parole individuel et collectif en suscitant l'émergence d'une société civile autochtone inclusive et engagée (RCAAQ, 2019).

Les Centres d'amitié autochtones sont représentatifs et imputables à leurs membres.

Section 1 : S’AFFIRMER : Portrait de l’autochtonie urbaine et de la situation actuelle en matière de services de santé

Portrait de la situation au Québec

Tout comme au Québec, les peuples des Premières Nations du Canada ne résident pas en majorité à l’intérieur des communautés territoriales^c. Effectivement, en 2016, 55,8 % de cette population habitait hors réserve (Encyclopédie canadienne, 2018). Cette réalité est relativement nouvelle puisqu’en 2005, environ 44 % des peuples des Premières Nations avaient déclaré un lieu de résidence hors réserve. Dans les années suivantes, cette proportion n’a fait qu’augmenter pour atteindre près de 50 % en 2011. Ces statistiques démontrent donc l’importance d’offrir des services adaptés aux besoins des Premières Nations en dehors des réserves, et ce, partout sur le territoire canadien.

Au Québec, le phénomène de mobilité des Autochtones vers les villes a connu une croissance accélérée au cours des dernières années. Selon le recensement de 2016^d, plus de 55 % des Premières Nations vivent en dehors des réserves ou terres réservées et 15 % des Inuit du Québec habitent en dehors des villages nordiques du Nunavik (Statistique Canada, 2019). Entre 2001 et 2016, la population totale des Premières Nations et du peuple inuit qui réside officiellement dans les villes s’est accrue de 171,2 % (38 065 personnes), ce qui représente une croissance annuelle environ deux fois plus élevée que pour la population sur réserve (Lévesque et al. 2019).

Présence des membres des Premières Nations et Inuit dans les villes au Québec

- Plus de 55,6 % des Premières Nations vivent dans les villes de manière permanente (Statistique Canada 2016), ceci exclut ceux qui sont de passage à court, moyen et long terme.
- 15 % des Inuit habitent en dehors des villages nordiques du Nunavik (Statistique Canada 2016).
- Lors de l’élaboration du portrait « Les Autochtones en milieu urbain et l’accès aux services publics », sur 1723 répondants : 94,2 % étaient des membres d’une des 10 Premières Nations au Québec, 2,4 % des Inuit (RCAAQ, 2018).
- La ville de Montréal se distingue des autres grandes métropoles canadiennes par une présence plus marquée du peuple inuit (CIUSSS Centre-Sud-de-l’Île-de-Montréal, 2020)
- On estime à plus de 90 % l’utilisation des services des Centres d’amitié autochtones au Québec par des membres des Premières Nations et du peuple inuit.
- Le RCAAQ a soutenu la création de 4 nouveaux Centres d’amitié et d’un nouveau point de services depuis 2016 et il accompagne présentement des mobilisations de groupes autochtones voulant un Centre d’amitié dans leur ville. Ceci témoigne de l’augmentation des besoins dans les villes ainsi que de la vitalité du milieu communautaire autochtone urbain au Québec.

Cette population est extrêmement diversifiée, tant sur le plan culturel et linguistique qu’en termes d’âge, de genre, de niveau de revenu, de région d’origine, de contexte familial, de scolarité, etc.

^c Au Québec, les communautés autochtones territoriales sont les villages nordiques du Nunavik, les réserves au sens de la Loi sur les Indiens, ainsi que les terres réservées aux Cris et aux Naskapis.

^d Notons qu’au Québec, les Premières Nations et les Inuit forment une très faible proportion de la population générale totale (0,6 %) ce qui rend les méthodes officielles de recensement de la population inefficace à les comptabiliser et à les représenter (les échantillons sont trop petits pour être représentatifs dans plusieurs villes).

La présence autochtone dans les villes du Québec va bien au-delà du nombre d'Autochtones qui y résident officiellement, puisque les Autochtones peuvent se trouver en ville de manière temporaire ou même passagère pour différents motifs dont le travail, les études, le besoin de services spécifiques ou encore la nécessité de fuir une situation difficile (RCAAQ, 2018). D'ailleurs, la plus récente *Enquête régionale sur la santé des Premières Nations au Québec* a révélé que six personnes sur dix affirment avoir déjà habité à l'extérieur de leur communauté, ce qui constitue une hausse importante par rapport aux données de 2008 (CSSSPNQL, 2008 et 2018).

En ville, les Autochtones se sentent souvent isolés par rapport à leur réseau familial et communautaire. Les réalités autochtones urbaines posent donc des enjeux spécifiques que les Centres d'amitié connaissent bien puisqu'ils sont solidement implantés depuis plusieurs décennies à travers plusieurs régions du Québec. C'est également une expertise qui existe à l'échelle du Canada alors que l'Association nationale des centres d'amitié (ANCA) administre des programmes visant à soutenir des services et du soutien aux Autochtones vivant en milieu urbain par l'intermédiaire des Centres d'amitié autochtones.

ENJEUX ET DÉFIS IDENTIFIÉS

Population autochtone urbaine

- Demande élevée et en croissance pour des services de santé de la part des membres des Premières Nations et Inuit.
- Besoins de la population autochtone de plus en plus complexes et multiples.
- Au-delà des services en santé, demande accrue en accompagnement. Par exemple : membres des communautés sans documents (carte de la Régie de l'assurance-maladie du Québec (RAMQ), certificat de naissance, carte de statut).
- Individus avec trajectoires de vie complexes et confrontés à des obstacles majeurs qui limitent leur capacité ou motivation à accéder aux services de santé dont ils ont besoin.
- Inégalités socioéconomiques existantes non seulement avec la population allochtone, mais également selon la nation d'origine.

Services publics en santé

- Grande méfiance et mauvaises expériences des populations autochtones face aux services publics et faible utilisation de ceux-ci.
- Difficultés pour les populations autochtones ayant comme langue maternelle ou seconde l'anglais d'avoir accès aux services publics dans une langue qu'ils maîtrisent.
- Lacunes par rapport à l'accompagnement et aux services d'interprète en langues autochtones dans les services publics.
- Compréhension limitée des réalités autochtones de la part des employés du réseau public.
- Temps et énergie investis pour intégrer et former les professionnels de santé en prêts de services dans les Centres d'amitié autochtones afin qu'ils s'ajustent aux réalités et à l'approche.
- Manque de formalisation d'espaces conjoints de décision pour assurer un suivi et arrimage adéquats des services qui sont développés en collaboration entre les Centres d'amitié et le réseau public.
- Persévérance constante pour assurer le maintien des bonnes relations de collaboration et la pérennisation du financement.

Reconnaissance et inclusion

- Reconnaissance du rôle essentiel des Centres d'amitié autochtones.
- Reconnaissance légale des modèles de gouvernance autochtone urbains, hybrides ou collaboratifs développés par les Centres d'amitié autochtones depuis les 50 dernières années au Québec.
- Reconnaissance légale et administrative des modèles alternatifs de cliniques et de prêts de services professionnels de santé qui sont mis en place dans les Centres d'amitié autochtones (ex. pour l'accès aux dossiers médicaux, le référencement, les transferts, etc.).
- Reconnaissance des réalités urbaines des Autochtones dans les villes par les gouvernements.

Renforcement des capacités organisationnelles des Centres d'amitié autochtones

- Peu ou inexistence d'accès à du financement du gouvernement fédéral dédié aux services en santé pour les populations autochtones urbaines.
- Inexistence de financement pour l'accueil, prise de rendez-vous, coordination des soins, etc.
- Manque de clarté et de pérennité dans le financement des ressources matérielles (équipement, matériel, frais de rénovation et d'entretien).
- Inexistence de financement pour adapter ou créer des infrastructures afin d'offrir des services en santé.
- Capacité de mesurer les impacts populationnels des services de santé d'une manière culturellement pertinente.
- Perfectionnement des équipes de gestion et d'intervention.

Accessibilité et adéquation des services publics pour les Autochtones en milieu urbain

Afin de mieux comprendre les réalités, les besoins et les préoccupations de la population autochtone urbaine quant à l'accès aux services dispensés par les réseaux québécois, le RCAAQ a réalisé en 2017 une vaste enquête auprès de plus de 1700 Autochtones dans 13 villes (RCAAQ, 2018). Les données recueillies auprès du plus important échantillon de population autochtone urbaine à ce jour au Québec permettent de mieux comprendre, notamment, la relation qu'ont les Autochtones en milieu urbain avec les services de santé.

Ainsi :

- Plus de 71 % des répondants ont affirmé résider en milieu urbain depuis plus d'un an et 49 % depuis plus de cinq ans.
- 57 % des répondants ont mentionné avoir été victimes de racisme au sein du réseau de services québécois.
- 25 % ont déjà fait appel aux services publics pour obtenir de l'aide en santé mentale.
- 25 % souhaitaient de l'aide pour régler un problème de dépendance, de consommation, de drogue ou d'alcool.
- Les répondants ont affirmé en forte majorité que les services de santé et les services sociaux sont « plutôt inadaptés » à leurs valeurs, leur culture et leur réalité en tant qu'Autochtones.

Les données issues du portrait de la relation entre les Autochtones en milieu urbain et les services publics (RCAAQ, 2018) nous permettent d'arriver à plusieurs conclusions :

- Malgré leur disponibilité dans toutes les villes incluses dans cette étude, les services en santé et services sociaux sont sous-utilisés par les Autochtones si on tient compte des caractéristiques et des besoins de cette population.
- L'offre de services publics est mal connue par de nombreux Autochtones.
- Des barrières culturelles et linguistiques persistent pour une part importante d'Autochtones quant à leur utilisation et leur accès aux services publics.
- Étant donnée la forte proportion de parents ayant la responsabilité de jeunes enfants, l'accès difficile ou limité des adultes autochtones à des services publics peut avoir un impact négatif à court et à long terme sur la vie de nombreux enfants autochtones.
- Les taux élevés de victimisation et de judiciarisation des Autochtones sont inquiétants et témoignent d'écarts importants avec la population non autochtone.
- L'existence de racisme et de discrimination à l'égard des Autochtones à l'intérieur du réseau de services publics est indéniable et extrêmement préoccupante.

« Parfois, je ne comprends rien quand les médecins me parlent. J'aimerais avoir quelqu'un qui m'accompagne pour m'expliquer dans ma langue, pour que je comprenne. »*

« L'approche des gens avec moi est importante. Je peux me refermer sur moi-même rapidement si la personne devant moi m'intimide ou me fait sentir mal. »*

« [...] on ne dit pas que l'on est Autochtone par peur d'être mal perçu par les autres en position d'autorité. »*

« On a besoin de services, mais on a peur de les utiliser. »*

*Extraits de réponses détaillées des répondants du Portrait (RCAAQ, 2018).

Enfin, la question du racisme systémique dans les soins de santé a été largement discutée et étudiée au cours des dernières années (CERP, 2019 ; CVR, 2015). Lors d'un forum de l'Association nationale des Centres d'amitié (ANCA) qui s'est tenu en novembre 2020, on a exposé les problèmes spécifiques auxquels font face les Autochtones au moment de recevoir des soins de santé en milieu urbain. Le forum a déterminé qu'il est essentiel que le processus soit dirigé par les organisations et communautés autochtones afin d'offrir des services adéquats, de pallier le racisme systémique et d'éviter des événements tragiques comme la mort de Joyce Echaquan qui a eu lieu à l'hôpital de Joliette, en septembre 2020.

Comprendre l'état de santé des Autochtones au Québec

Bien que les services en santé de l'État québécois soient disponibles pour tous dans les villes, plusieurs écarts avec la population allochtone en matière de santé persistent, et ce, même en 2021. En effet, les Autochtones sont confrontés à certaines problématiques de manière démesurée en ce qui concerne leur santé et mieux-être. Afin de mettre en place des solutions adéquates qui permettront réellement d'améliorer la santé des Autochtones, qu'ils soient sur les communautés ou en milieu urbain, il importe de comprendre les ennuis de santé qui touchent la population autochtone et de développer des services qui leur sont spécifiques lorsque cela s'avère nécessaire. Voici quelques données qui permettent de mieux saisir l'état de la situation.

Santé mentale

La santé mentale chez les Autochtones représente l'une des problématiques les plus préoccupantes, et pourtant la moins documentée. En 2015, 13 % des membres des Premières Nations présentaient un indice de détresse psychologique allant de modérée à sévère. Parmi les troubles mentaux diagnostiqués, ce sont les troubles de l'anxiété qui sont plus fréquemment répertoriés (CSSSPNQL, 2018). Ces soucis de santé mentale mènent trop souvent au suicide. Depuis le début des années 1980, l'augmentation du suicide dans certaines communautés des Premières Nations est devenue une préoccupation majeure. De leur côté, les Inuit du Nunavik détiennent un taux de prévalence du suicide de six à sept fois plus élevé que la moyenne québécoise, et ce, depuis plusieurs décennies. Cependant, aucune donnée n'est disponible pour le suicide des membres des Premières Nations résidant dans les villes, même s'ils composent aujourd'hui, plus de la moitié de la population. Le RCAAQ souligne qu'il serait pertinent de récolter des données approfondies à ce sujet afin de mettre sur pied les outils nécessaires pour leur offrir le soutien nécessaire.

Dépendances

Les problèmes de dépendances sont également une grande problématique pour les Autochtones, et ce, dès un jeune âge. La proportion de personnes déclarant avoir une consommation abusive d'alcool au moins une fois par mois s'élevait à 39 % chez les Eeyou (Cris) en 2003 et à 67 % chez la population du Nunavik. En 2015, le phénomène atteignait 56 % chez les Premières Nations (CERP, 2019). Pour les jeunes Innus (9 à 12 ans) au Québec : l'âge moyen d'initiation à la consommation d'alcool se situe à 9,63 ans (Cotton et Laventure, 2013).

Diabète

Le diabète de type 2 (DT2) est un enjeu de santé publique de premier plan pour les Premières Nations (Tran et Lévesque, 2019). Au cours des dernières décennies, sa prévalence a connu une forte augmentation, entraînant de multiples problèmes connexes. En effet, en 2008, la prévalence du diabète était 3,5 fois plus élevée chez les Premières Nations que chez les populations canadiennes et québécoises (CSSSPNQL, 2018). La maladie toucherait 25 % des adultes d'âge moyen et 40 % des aînés (CSSSPNQL, 2018). De plus, une personne sur deux souffrant du diabète aurait déjà éprouvé une ou plusieurs complications liées à sa maladie (CSSSPNQL, 2018).

Insécurité alimentaire

La situation alimentaire des Autochtones est décriée depuis longtemps, notamment dans les communautés territoriales, mais également en ville. « Alors que près du tiers des enfants du Nunavik (Pirkle et al., 2014), présentent une carence en fer, 38 % des femmes de la même région étaient atteintes du même problème, une prévalence neuf fois plus élevée qu'au sein de la population canadienne générale (Plante, Blanchet et Turgeon O'Brien, 2007) » (Gagné et Lévesque, 2019). En ville, une proportion importante de personnes issues des Premières Nations font face à des difficultés financières assez importantes pour affecter leur alimentation ; ces derniers doivent parfois faire appel aux services d'aide alimentaire des Centres d'amitié autochtones où on remarque une augmentation des besoins au cours des dernières années (Bergeron et al., 2015).

Obésité

L'obésité est une problématique de santé en croissance. Entre 2002 et 2015, l'obésité chez les enfants des Premières Nations (2-11 ans) serait passée de 29 % à 44 % ; celle des adolescents (12-17 ans) serait passée de 16 % à 28 % ; celle des adultes (18 ans et plus) de 35 % à 44 %. Le taux d'obésité et d'embonpoint combiné est de 81 % chez les hommes et 78 % chez les femmes des Premières Nations (CSSSPNQL, 2008 et 2018). C'est nettement plus que dans la population québécoise en général où, en 2015, on estimait que le taux d'embonpoint et d'obésité combiné était de 61,3 %, soit 66,8 % chez les hommes et 55,5 % chez les femmes (CERP, 2019).

Droit au logement

Au Québec comme ailleurs au Canada, les Autochtones sont beaucoup plus susceptibles de vivre dans des logements délabrés et/ou surpeuplés que les allochtones, et cette situation touche à la fois les Autochtones qui habitent une communauté territoriale qu'en ville. Par exemple, 12 % des Premières Nations hors réserve vivent dans un logement nécessitant des réparations majeures au Québec, ce qui est une proportion deux fois plus importante que parmi la population allochtone (Statistique Canada, 2016). De plus, la surreprésentation de personnes autochtones parmi la population en situation d'itinérance au Canada est un problème connu et documenté : elles composent en effet jusqu'à 10 fois, voire 20 fois, leur poids démographique relatif (Lévesque et al., 2015). En 2013, on estimait que 20 % de la population en situation d'itinérance à Montréal était composée de personnes autochtones (Belanger et al., 2013). Le logement, tout comme l'accès à l'eau potable et à une nutrition adéquate, doit donc être considéré comme un important déterminant de la santé autochtone, et ce, même en milieu urbain où la rareté de logements se combine souvent de manière insidieuse avec les phénomènes de racisme et discrimination.

À la lumière de ces statistiques, il est clair que les besoins sont criants pour les Autochtones en milieu urbain au Québec. Il est primordial de trouver des solutions efficaces afin qu'ils reçoivent l'aide et les soins de santé dont ils ont besoin. Une attention particulière est requise afin de combler le gouffre qui s'est créé au fil du temps quant aux services spécifiques qui sont offerts aux membres des Premiers Peuples demeurant en ville. En effet, on constate que les services publics disponibles pour la population générale ne sont pas en mesure de répondre adéquatement aux besoins et réalités spécifiques des Autochtones. Or, on voit dans les faits que sans la mise en place de services qui leur sont spécifiquement destinés, les Autochtones n'ont pas accès à tous les services dont ils ont besoin en milieu urbain, ce qui perpétue les disparités de santé. Des services spécifiques en ville comme ceux offerts dans les Centres d'amitié permettent de briser ce cycle et d'adresser efficacement les problèmes qui demeurent irrésolus depuis des décennies.

Modèles prometteurs et probants

Depuis des années, les Centres d'amitié autochtones doivent négocier à la pièce des ententes afin d'offrir des services sociaux et de santé aux Autochtones en milieu urbain, alors qu'ils sont les plus pertinents culturellement parlant pour s'atteler à cette tâche. Il est reconnu et documenté qu'il ne suffit pas d'adapter les services existants pour les Autochtones, mais bien de revoir la logique et la vision derrière ceux-ci et d'incorporer des nouveaux services spécifiques qui reposent sur l'expertise et le savoir-faire autochtones. Quelques exemples probants sont disponibles à cet effet au sein du Mouvement des Centres d'amitié autochtones du Québec.

L'exemple de la Clinique en santé autochtone (anciennement Minowé), mise sur pied en 2009 par le Centre d'amitié autochtone de Val-d'Or (CAAVD) en collaboration avec le Centre intégré de santé et services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CISSS-AT), visait à rendre les services de première ligne plus accessibles à la population autochtone urbaine de cette région. Tout récemment, le modèle a été amélioré et bonifié pour devenir le Mino Pimatisi8in : une réponse novatrice pour renouveler l'offre de services, accroître leur accessibilité, bâtir le mieux-être et améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain dans la région de la Vallée-de-l'Or. La collaboration avec le CISSS-AT permet au Centre d'amitié d'offrir un accès direct à des services de santé et services psychosociaux de première ligne, y compris des services de périnatalité, pour la petite enfance, les mères et la famille, des services relatifs à la préservation de l'identité culturelle des enfants et adolescents visés par des mesures de protection de la jeunesse, ainsi que des services communautaires à la population autochtone de tous âges et genres (CAAVD, 2019).

Depuis les débuts de l'expérience de la clinique Minowé à Val-d'Or, quatre autres Centres ont également développé des formules de clinique de proximité ou de prêts de services professionnels en santé à l'intérieur de leurs murs soit dans les villes de Joliette, La Tuque, Maniwaki et Québec. Ces expériences constituent des modèles novateurs de collaborations et de partenariats entre le Mouvement des Centres d'amitié autochtones et le réseau public de services de santé et de services sociaux au Québec.



Les Centres d'amitié : vecteurs de la santé autochtone

Au Québec, la grande expertise des Centres d'amitié autochtones du Québec provient de notre histoire, de nos expériences et de nos apprentissages collectifs. Le travail collaboratif entre les Centres et le RCAAQ ainsi que les sessions d'engagement que nous avons tenu dans le cadre de la présente démarche ont permis de mettre en lumière les caractéristiques et les forces des Centres d'amitié en matière de santé et mieux-être pour les membres des Premières Nations et Inuit :

- Un premier accueil qui fait la différence pour établir le lien de confiance.
- Une approche holistique qui permet de prendre en considération tous les aspects de la vie d'une personne dans son environnement global afin d'assurer un équilibre.

- La capacité de travailler dans le moment présent, de prendre le temps et de respecter le rythme des personnes utilisant les services.
- L'expertise permettant de comprendre les obstacles du milieu urbain à partir des expériences des membres des communautés autochtones urbaines, de mieux cibler les difficultés rencontrées dans le système public à partir de leurs perceptions.
- Des milieux de vie communautaires empreints de confiance, de solidarité et de sécurité culturelle.
- L'accès à des soins de santé et à des services de proximité dans un environnement connu où l'on peut compter sur la présence de nombreux Autochtones.
- L'action collective soutenue par plus de 50 ans d'expertise au Québec et près de 70 ans au Canada.

VISION DE LA SANTÉ AU SEIN DU MOUVEMENT DES CENTRES D'AMITIÉ AUTOCHTONES AU QUÉBEC

La santé autochtone est ancrée dans une conception holistique du mieux-être, traduisant un équilibre sain qui repose sur quatre dimensions : physique, émotionnel, mental et spirituel. La santé découle de l'harmonie entre tous les aspects de la vie d'une personne, incluant l'individu, la famille, la communauté et l'entourage. Les savoirs, les traditions et les cultures sont au cœur de la santé autochtone.

Section 2 : RECONNAÎTRE : Constats relatifs et existants à la santé des Autochtones en milieu urbain

Dans les dernières années, de nombreux constats ont été effectués sur la relation entre les Autochtones en milieu urbain et les services de santé et de services sociaux au Canada et au Québec par les différentes commissions qui se sont penchées sur la question. Toutes s'entendent sur des constats clairs : les services offerts par les provinces aux Autochtones dans les milieux urbains ne sont pas adaptés ni suffisants et il existe de grandes barrières à leur accessibilité. À de nombreuses reprises, il a aussi été démontré que les Autochtones hors des communautés territoriales étaient plus touchés par des barrières culturelles, linguistiques et sociales (discrimination en raison de la stigmatisation de problématiques sociales qui touchent une importante proportion d'Autochtones) que ceux vivants dans les réserves. La présente section résume l'état des lieux.

Extraits du rapport de la Commission Viens

Le système de santé au Canada et au Québec^e

Le pouvoir de légiférer dans le système de santé appartient en majeure partie aux provinces, alors que le gouvernement fédéral procède à des transferts fédéraux pour qu'elles mettent en œuvre ces services. Pour avoir droit à ces transferts, chacune des provinces doit atteindre les standards établis par le gouvernement fédéral. Cette notion est basée sur le principe d'universalité des soins au Canada, qui offre la possibilité à tous les citoyens d'avoir accès aux mêmes services de santé, peu importe où ils se trouvent sur le territoire. Les provinces, en l'occurrence le Québec, sont donc responsables de la mise en place des lois et règlements qui permettront à la population d'avoir un accès égal à tous les soins de santé, sur l'ensemble du territoire. Ce principe autorise également les conseils de bande des Premières Nations à adopter des mesures relatives à la santé des habitants de la réserve, ce dont bénéficient la plupart des communautés autochtones non conventionnées du Québec.

Il y a toutefois certaines exceptions où le gouvernement du Québec n'est pas responsable des soins de santé offerts à la population. En effet, les services de santé non assurés offerts aux membres des Premières Nations inscrits au Registre des Indiens et les Inuit reconnus qui résident en milieu urbain sont financés par le gouvernement fédéral. De plus, il est important de mentionner que certains soins de santé offerts aux enfants sont assurés par le principe de Jordan, qui place l'enfant autochtone en priorité, qu'il demeure dans une réserve ou non. L'objectif de ce principe est de s'assurer que les services offerts à un enfant aient préséance sur tout conflit de paiement entre les paliers de gouvernement, incluant plusieurs services de santé.

Au Québec, les Centres intégrés de santé et de services sociaux (CISSS) et les Centres intégrés universitaires de santé et de services sociaux (CIUSSS) sont les deux principaux acteurs du réseau public de santé et de services sociaux qui assurent d'offrir les soins à la population dans les différentes régions. Ce réseau est composé de 34 établissements auquel s'ajoutent cinq établissements qui desservent les populations nordiques et autochtones, sept établissements à vocation universitaire ainsi qu'une multitude d'autres organismes. Le réseau de la santé et des services sociaux du Québec possède cinq grandes divisions : les services communautaires, les services hospitaliers, les services d'hébergement et de soins de longue durée, les services de protection de l'enfance et de la jeunesse ainsi que les services de réadaptation. Cependant, dans la province de Québec, l'organisation et le financement des services offerts aux peuples autochtones diffèrent selon leur lieu de résidence et leur statut conventionné ou non. De plus, les services offerts par le réseau public québécois ne ciblent pas les besoins spécifiques des populations autochtones, ce qui accentue la problématique d'accès à des soins de santé adéquats et de qualité pour cette clientèle.

^e L'ensemble de cette section provient de (CERP, 2019)

Discours du Trône et lettres de mandat

Dans le but de poursuivre la réconciliation avec les Autochtones, et d'offrir un système de santé fonctionnel et adapté, le gouvernement fédéral a donné un mandat clair à son ministre des Services aux Autochtones depuis septembre 2020. À cette date, le discours du Trône demandait notamment : « [d'] accélérer les travaux visant à élaborer conjointement avec les Premières Nations, les Inuits et la Nation métisse une loi sur la santé des Autochtones fondée sur les distinctions, ainsi qu'une stratégie de santé mentale et de bien-être fondée sur les distinctions, et travailler avec les partenaires pour lutter contre le racisme systémique dans le système de soins de santé » (Cabinet du Premier ministre, 2021a).

En décembre 2021, de nouvelles lettres de mandat ont été émises. Dans ces lettres, le premier ministre demandait que soit mise en œuvre la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones et qu'un travail en partenariat avec les Autochtones soit effectué. Ainsi, Patty Hajdu, nouvelle ministre des Services aux Autochtones, doit « continuer de s'attaquer aux inégalités et aux disparités systémiques profondes qui demeurent présentes dans [le] tissu social, notamment au sein de nos institutions fondamentales » (Cabinet du Premier ministre, 2021b). Pour y arriver, les politiques publiques doivent être élaborées dans une perspective intersectionnelle et inclusive. **La lettre de mandat mentionne que le travail avec les organismes qui fournissent des services adaptés aux besoins des populations autochtones en milieu urbain sera essentiel.** En matière de santé, on souhaite notamment mettre en œuvre le principe de Joyce et s'assurer qu'il guide le travail d'élaboration conjointe d'une législation autochtone sur la santé fondée sur les distinctions, afin de favoriser la présence de systèmes de santé qui respecteront et assureront la sécurité et le bien-être des peuples autochtones.

D'autres ministres doivent travailler de concert avec la ministre Hajdu pour soutenir les populations autochtones urbaines, notamment le ministre de la Santé, Jean-Yves Duclos, et le ministre du Logement et de la Diversité et de l'Inclusion, Ahmed Hussen.

Principe de Joyce

Le décès de Joyce Echaquan survenu le 28 septembre 2020 au Centre hospitalier de Joliette dans Lanaudière près de la communauté Atikamekw de Manawan constitue l'étincelle des démarches ayant mené à ce principe.

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.

Cette malheureuse situation met en lumière les problématiques auxquelles font face les Autochtones au Québec et au Canada dans les centres de soins de santé. Cette histoire aura relancé le débat sur l'équité des soins de santé offerts basé sur la race, la couleur, le sexe, la langue, l'origine ethnique, l'état de santé, le lieu de résidence et bien d'autres variables. Les soins de santé offerts doivent être les mêmes pour l'entièreté de la population. (Principe de Joyce, 2020)

Organisation des Nations Unies (ONU)^f

En faisant référence à l'engagement du Gouvernement du Canada de mettre en œuvre la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, il est pertinent de faire un rappel que cette Charte des droits des peuples autochtones ne fait que confirmer des droits humains fondamentaux — reconnus déjà par plusieurs textes internationaux — et qui entraîne pour le Canada de respecter et de mettre en œuvre des obligations internationales formelles, y compris celles contenues dans le Pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels.

Voici donc le cadre juridique international par laquelle nous croyons que le projet de Loi sur la santé autochtone doit s'insérer. Dans son Observation générale No. 14, le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies rappelle que (Comité des droits économiques sociaux et culturels, 2000) :

- La santé est un droit fondamental de l'être humain, indispensable à l'exercice des autres droits de l'être humain. Toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé susceptible d'être atteint, lui permettant de vivre dans la dignité.
- La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité.
- C'est un droit global, dans le champ duquel entrent non seulement la prestation de soins de santé appropriés en temps opportun, mais aussi les facteurs fondamentaux déterminants de la santé tels que l'accès à l'eau salubre et potable et à des moyens adéquats d'assainissement, l'accès à une quantité suffisante d'aliments sains, la nutrition et le logement, l'hygiène du travail et du milieu et l'accès à l'éducation et à l'information relatives à la santé, notamment la santé sexuelle et génésique.
- Un autre aspect important est la participation de la population à la prise de toutes les décisions en matière de santé aux niveaux communautaire, national et international.

S'agissant des peuples autochtones, le Comité élabore davantage ce droit et précise que :

- Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels des Nations Unies considère que les peuples autochtones ont droit à des mesures spécifiques pour leur faciliter l'accès aux services et aux soins de santé.
- Ces services de santé doivent être adaptés au contexte culturel, tout en tenant compte des soins préventifs, des thérapeutiques et des remèdes traditionnels.
- Les États devraient fournir aux peuples autochtones des ressources leur permettant de concevoir, de fournir et de contrôler de tels services afin qu'ils puissent jouir du meilleur état de santé physique et mentale susceptible d'être atteint.
- Le Comité note que, dans les communautés autochtones, la santé des individus est souvent liée à celle de la société tout entière et revêt une dimension collective.
- À cet égard, le Comité considère que les activités liées au développement qui éloignent les peuples autochtones, contre leur gré, de leurs territoires et de leur environnement traditionnel, les privant de leurs sources de nutrition et rompant leur relation symbiotique avec leurs terres, ont des effets néfastes sur leur santé.

^f Les soulignements présents dans cette section sont les nôtres.

L'on voit donc que la participation des Peuples Autochtones — y compris ceux vivant en milieu urbain — est essentielle dans la prise de décision et l'élaboration des lois, des politiques, des programmes et des services de santé et il incombe au Canada d'en assurer la mise en œuvre.

En 2007, avec l'adoption de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, le droit international s'est enrichi de principes spécifiques au droit à la santé des peuples autochtones. Ainsi, il est pertinent de les citer ici au long (ONU, 2007) :

Article 21.1

Les peuples autochtones ont droit, sans discrimination d'aucune sorte, à l'amélioration de leur situation économique et sociale, notamment dans les domaines de l'éducation, de l'emploi, de la formation et de la reconversion professionnelles, du logement, de l'assainissement, de la santé et de la sécurité sociale.

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.

Article 29.3

Les États prennent aussi des mesures efficaces pour veiller à ce que des programmes de surveillance, de prévention et de soins de santé destinés aux peuples autochtones affectés par ces matières, et conçus et exécutés par eux, soient dûment mis en œuvre.

Le Comité des droits économiques, sociaux et culturels de l'ONU est d'avis que l'État se doit de respecter, protéger et de mettre en œuvre le droit à la santé. Pour ce faire, l'État a l'obligation d'adopter les mesures nécessaires d'ordre législatif et budgétaire entre autres pour s'assurer de la pleine réalisation des soins de santé. Il est toutefois important que l'État s'abstienne de refuser ou d'amoindrir l'égalité d'accès de toutes les personnes (entre autres des membres de minorités) et de générer des mesures et pratiques discriminatoires.

Finalement, la dernière étude du Rapporteur spécial sur les droits et libertés des peuples autochtones déposée devant la session 2021 de l'Assemblée générale de l'ONU abonde dans le même sens en soulignant notamment que :

« Dans les villes, des associations locales, au service des autochtones, dirigent les efforts, très souvent avec peu ou pas d'appui gouvernemental. (...) Qu'il incombe aux États de faire respecter les droits individuels et collectifs des peuples autochtones, quel que soit leur lieu de résidence. »

Dans cette optique, le Rapporteur spécial conclut qu'il appartient aux États de s'acquitter de leurs obligations internationales en s'assurant (Calí Tzay, 2021):

- « de la participation des peuples autochtones vivant en milieu urbain à la prise de décisions relatives aux services dédiés à leurs besoins socioéconomiques et de préserver et renforcer leurs institutions ;
- d'adopter des mesures efficaces et appropriées en faveur des populations autochtones, en particulier les femmes et les filles, afin qu'elles aient accès aux soins de santé. »

Dans ce contexte, nous partageons l'avis du Comité des droits économiques, sociaux et culturels et du Rapporteur spécial sur les droits et libertés des peuples autochtones qu'il est préférable que l'État, comme le Canada, fournisse aux peuples autochtones, peu importe leur lieu de résidence, les ressources qui leur permettraient de concevoir, contrôler et fournir leurs propres services, adaptés à leur besoin, leurs pratiques y compris l'utilisation de remèdes traditionnels.

Rapport de la Commission de vérité et réconciliation du Canada

En 2015, la Commission de vérité et réconciliation dépose son rapport qui contient 94 recommandations pour faciliter la réconciliation avec les peuples autochtones au Canada. Un de ces appels est spécifiquement en lien avec les soins de santé pour les Autochtones en milieu urbain et les améliorations qui peuvent y être effectuées (CVR, 2015) :

Appel 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.

L'un des éléments principaux qui y sont relevés est l'importance d'offrir un service de santé adapté et approprié sur les réserves, mais également à l'extérieur des réserves. Il est aussi primordial d'assurer un caractère d'autodétermination par les peuples autochtones quant aux soins de santé qui leur sont offerts (CVR, 2015).

Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées

En juin 2019, le rapport final de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées (ENFFADA) est déposé. Les conclusions de ce rapport réaffirment que les services et les solutions doivent être dirigés par les gouvernements, les organisations et les peuples autochtones en faisant référence (extrait p.193) aux articles 3 et 4 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones (DNUDPA) (ENFFADA, 2019).

Article 3 de la DNUDPA : Les peuples autochtones ont le droit à l'autodétermination. En vertu de ce droit, ils déterminent librement leur statut politique et assurent librement leur développement économique, social et culturel.

Article 4 de la DNUDPA : Les peuples autochtones, dans l'exercice de leur droit à l'autodétermination, ont le droit d'être autonomes et de s'administrer eux-mêmes pour tout ce qui touche à leurs affaires intérieures et locales, ainsi que de disposer des moyens de financer leurs activités autonomes.

Le rapport final de l'ENFFADA réfère régulièrement aux réalités urbaines vécues par les femmes autochtones, tel qu'illustré dans le passage suivant : « malgré leurs tentatives d'améliorer leur vie dans une grande ville, les Autochtones qui vivent dans les centres urbains font face à des inégalités en matière de santé plus importantes que ceux vivant dans les réserves » (ENFFADA, 2019).

Un des appels à la justice mentionne l'enjeu d'équité en matière de service de santé, et ce, sans égard au statut et au lieu de résidence (ENFFADA, 2019) :

Appel à la justice 3.6 : Nous demandons à tous les gouvernements de veiller à une égalité réelle dans le financement des services aux femmes, aux filles et aux personnes 2ELGBTQQIA autochtones, ainsi qu'à une égalité réelle des services de santé gérés par les Autochtones. De plus, les gouvernements doivent s'assurer que des conflits de compétences n'entraînent pas un déni de droits et de services. Un financement permanent et obligatoire des services de santé destinés aux femmes, aux filles et aux personnes 2ELGBTQQIA autochtones est donc requis de façon continue, indépendamment des domaines de compétence concernés ainsi que de l'emplacement géographique, du statut d'Indien inscrit ou de l'absence de celui-ci.

Une gouvernance autochtone urbaine : les Centres d'amitié autochtones un modèle d'autodétermination

Dans le cadre d'un séminaire sur l'autodétermination des peuples Autochtones organisé par l'organisation non gouvernementale, « Droits et Démocratie », l'ex-rapporteur des Nations Unies sur les droits et libertés des peuples autochtones, M. Rodolfo Stavenhagen mentionnait que l'on peut considérer le droit à l'autodétermination à travers une approche constructiviste plutôt que sous un angle juridique. Pour Stavenhagen, le droit à l'autodétermination doit être compris « comme un droit des peuples plutôt qu'un droit des États, comme un droit de collectivités organisées d'une certaine manière (...) et employer le terme peuples dans son sens sociologique et culturel ». Il ajoute « que si nous voulons construire un nouveau type de régime international du droit des peuples autochtones à l'autodétermination, il faut commencer par définir le concept de « peuples » lui-même. Si on parvient à le faire, il sera alors plus facile d'accommoder les intérêts des États et les droits des peuples » (Droits et Démocratie, 2002).

En comprenant ainsi le concept de droit à l'autodétermination, nous pouvons comprendre que les Centres d'amitié autochtones sont un modèle d'autodétermination dans un contexte urbain.⁸

Partout dans le monde, « les peuples autochtones ont su utiliser ce qu'ils considèrent comme leur droit à l'autodétermination pour établir des communautés autonomes reposant sur les réalités politiques et démographiques locales ». Ils ont su se prévaloir de plusieurs options pour prendre en main leur destin.

Dans le cadre des négociations au sein du Groupe de travail sur la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, tout au long des débats portant sur l'autodétermination, les peuples autochtones ont exprimé leurs diverses conceptions de ce droit et de quelle manière il opère dans leurs communautés et sociétés respectives. Pour certains, il peut s'agir d'ententes d'autonomie régionale et pour d'autres c'est de collectivement prendre leur avenir en main dans les centres urbains grâce à une autonomie fonctionnelle plutôt que territoriale (Instance permanente sur les questions autochtones, 2020).

⁸ Ici, il est pertinent de faire référence aux articles 3, 4, 9, 18, 33 et 34 de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones qui prévoit notamment le droit à l'autodétermination des peuples, y compris dans le droit d'être autonome dans leurs affaires internes, le droit de vivre en communauté, de choisir leurs représentants, et d'établir leurs propres institutions.

Rapport de la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics

En 2019, la Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès (ci-après Commission Viens), rend public le rapport déposé au gouvernement après 19 mois d'enquête et 765 témoignages recueillis. On y rapporte notamment que l'accès aux services de santé de qualité est beaucoup plus difficile pour les peuples autochtones. Cinq principales raisons sont alors évoquées pour expliquer cet écart (CERP, 2019).

1. **Barrière culturelle** : Il y a un écart notable entre la vision occidentale des services de santé et la vision des Autochtones. La pensée occidentale, notamment concernant la santé mentale, s'en remet aux normes biomédicales et aux démarches individuelles de chacun des patients alors que chez les Autochtones, la santé vise plutôt l'atteinte d'un équilibre et d'une cohésion, soutenus et renforcés par la famille, les amis, la communauté et la nation. Les besoins des Autochtones ne sont donc pas comblés par les normes du système de santé de l'État, ce qui rend la relation difficile entre ce système et ces peuples. Cela entraîne donc une sous-utilisation des services de santé par la population autochtone.
2. **Problèmes d'accès aux services** :
 - a. À l'intérieur des réserves, notamment par le manque d'accessibilité aux services, le manque de données sur les besoins particuliers des Autochtones, et les problèmes de drogues, de dépendances et de suicide.
 - b. En milieu urbain : On dénote plusieurs problématiques semblables à celles des réserves, notamment des pratiques discriminatoires lors de la prise en charge des patients et le manque d'adéquation entre les services offerts et les besoins et valeurs de la population autochtone. L'itinérance est un enjeu important auquel fait face la population autochtone en dehors des réserves et plus particulièrement dans la région de Montréal. Plusieurs initiatives existent afin de contrer ce problème, mais il demeure important de continuer à soutenir le travail des organismes communautaires et de leur personnel.
3. **Partage des compétences complexe** : Cette complexité engendre une lourdeur administrative qui se traduit ensuite par une navigation difficile à l'intérieur des services. Il n'y a pratiquement pas de collaboration entre les services en communauté et le réseau provincial, ce qui provoque une impuissance des autorités autochtones à s'occuper de leurs membres efficacement. L'obtention d'une carte d'assurance-maladie, l'accès aux médicaments, l'accès au transport médical non urgent ainsi que l'accès à des soins de santé à proximité sont des éléments complexifiés par le partage des compétences.
4. **Problèmes de gestion de ressources humaines** : Le principal problème qui persiste est la difficulté de recruter des intervenants et des professionnels qui iront travailler dans les régions isolées. La formation est également déficiente pour les personnes prêtes à y aller ou celles qui se trouvent déjà sur le terrain : pour les Autochtones, la relation de confiance avec les soignants est très importante, et le roulement complexifie cette relation. Il est aussi difficile de recruter des professionnels autochtones en raison des études nécessaires pour y arriver. De plus, lorsque le personnel autochtone réussit à obtenir les qualifications nécessaires pour occuper ce genre d'emploi, il est confronté à une grande iniquité salariale et d'avantages sociaux comparativement au personnel allochtone.

5. **Système de plaintes défaillant** : Les problématiques concernant le système de plaintes se situent à trois différents niveaux. Tout d’abord la méconnaissance des Autochtones des procédures et des mesures mises à leur disposition, les résultats peu satisfaisants obtenus des plaintes portées ainsi que la crainte de subir des représailles. Dans plusieurs cas, des plaintes fondées ont été déposées par des patients, mais aucune action n’a été prise pour rectifier la situation. Afin de régler en partie cette problématique, il serait intéressant d’embaucher des ressources qui parlent la langue et qui agiraient à titre de commissaire aux plaintes.

Mettre fin à la discrimination envers les Autochtones qui résident ou sont de passage dans les villes

Les membres des Premières Nations et du peuple inuit vivant ou de passage en milieu urbain au Québec rencontrent plusieurs barrières à une accessibilité à des soins de santé équitables, sécurisants et pertinents. Le RCAAQ est d’avis que les décisions du Canada d’exclure les organisations autochtones de services urbains de première ligne, tels que les Centres d’amitié autochtones à l’accès, la gestion et le transferts de financement violent l’article 15 de la Charte canadienne des droits et libertés et ne sont pas justifiables en vertu de cette Charte. Également, l’approche fondée sur les distinctions tel qu’appliquée jusqu’à maintenant par le gouvernement fédéral ne peut s’appliquer aux membres des Premières Peuples en milieu urbain, car elle est fondamentalement discriminatoire pour ces derniers.

Droits à l’égalité protégés par la Charte canadienne des droits et libertés — Violation de l’article 15

L’article 15(1) de la Charte énonce :

15. (1) La loi ne fait acception de personne et s’applique également à tous, et tous ont droit à la même protection et au même bénéfice de la loi, indépendamment de toute discrimination, notamment des discriminations fondées sur la race, l’origine nationale ou ethnique, la couleur, la religion, le sexe, l’âge ou les déficiences mentales ou physiques.

L’article 15(1) reflète un engagement profond à promouvoir l’égalité et à prévenir la discrimination contre les groupes défavorisés.¹

L’article 15 vise les lois ou les programmes gouvernementaux qui établissent des distinctions discriminatoires, c’est-à-dire des distinctions qui ont pour effet de perpétuer un désavantage arbitraire ou de refuser des possibilités ou des avantages à l’égard d’une personne du fait de son appartenance à un groupe marginalisé depuis longtemps.²

Dans l’affaire *Corbiere c. Canada (Ministre des Affaires indiennes et du Nord canadien)*, la Cour suprême du Canada a examiné une contestation des dispositions de la Loi sur les Indiens qui limitait le droit de voter pour le chef et le conseil d’une bande indienne aux résidents de la réserve. L’une des questions centrales était de savoir si le fait d’habiter hors réserve, ce que la Cour a appelé « l’autochtonie-lieu de résidence (la qualité de membre hors réserve d’une bande indienne) », ³ était un motif de discrimination analogue qui serait suspect lorsque le gouvernement l’utiliserait comme base pour adopter des lois ou créer des programmes. La Cour a statué à l’unanimité que le facteur de « l’autochtonie-lieu de résidence » constituait un motif de discrimination⁴ et que le statut de membre de bande hors réserve « doit constituer un indicateur permanent de discrimination législative potentielle. »⁵ Dès lors, les lois ou les programmes gouvernementaux qui établissent des distinctions sur la base du statut de membre de bandes hors réserve seront toujours soupçonnés de discrimination interdite.

Les Autochtones hors réserves : victimes de désavantages systémiques persistants

Les arrêts de la Cour suprême reconnaissent que les membres hors réserve des bandes indiennes font partie d'une « minorité discrète et isolée », qui est définie tant par sa race que par son lieu de résidence, qui est vulnérable et qui, à l'occasion, ne s'est pas vu accorder l'égalité de respect ou de considération par le gouvernement ou par d'autres personnes au sein des sociétés canadienne et autochtone. Les décideurs ne tiennent pas toujours compte des points de vue et des besoins des Autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves ; parce qu'ils vivent à l'écart des réserves, les membres hors réserve des bandes indiennes souffrent de désavantages particuliers comparativement aux membres qui y résident. Ils vivent à l'écart de communautés à l'égard desquelles bon nombre d'entre eux éprouvent un sentiment d'attachement, et en raison de ce fait, ils souffrent du racisme, du choc des cultures en plus d'éprouver de la difficulté à conserver certains aspects importants de leur identité.⁶

En s'appuyant sur les travaux de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA), les décisions de la Cour Suprême du Canada reconnaissent que les membres hors réserve des bandes indiennes souffrent de « désavantages systémiques persistants ».

Dans ce contexte, l'article 15 de la Charte vise à empêcher le gouvernement de concevoir des programmes ou de promulguer des lois, comme celles qui sont examinées ici, qui perpétuent les « désavantages systémiques persistants » dont souffrent les membres hors réserve des bandes.

La décision du Canada de confier le contrôle des soins de santé aux conseils de bande et ses résultats

Le Canada alloue 5,426 milliards de dollars au ministère des Services aux Autochtones pour la santé et les services sociaux.⁷ De ce montant, 2,402 milliards de dollars sont versés aux Premières Nations et aux Inuit pour les soins de santé primaires (1,224 milliards de dollars), le soutien aux infrastructures de santé des Premières Nations et des Inuit (0,845 milliard de dollars) et les prestations de santé supplémentaires (0,333 milliard de dollars). En revanche, seulement 50,1 millions de dollars sont versés pour les programmes urbains destinés aux peuples autochtones, et une partie seulement de cette somme est destinée à la santé urbaine.⁸ Ces chiffres proviennent du Budget principal des dépenses du Canada. Les crédits supplémentaires augmentent ces chiffres, ce qui rapproche le total des dépenses de santé du gouvernement fédéral pour la population des Premières Nations et des Inuit pour 2018-2019 de quatre milliards de dollars.⁹

Au Québec, 44,4 % des membres de bandes vivent dans les réserves.¹⁰ Presque tous ces membres de bande reçoivent des services de santé de première ligne de leur bande ou de leur conseil tribal. Le Canada a permis aux bandes et aux conseils tribaux de prendre le contrôle de la prestation des soins de santé fournis dans les collectivités et la plupart l'ont fait. Santé Canada a signé des accords de financement avec les bandes et les conseils tribaux qui prévoient qu'ils géreront le système de santé autochtone et recevront des fonds du Canada pour le faire.

Ces ententes prévoient généralement deux types de financement : le paiement de transfert souple constitué de montants forfaitaires basés notamment sur le nombre de membres qui résident dans la collectivité, et le paiement à contribution destiné au remboursement des dépenses réelles engagées.¹¹ Le Canada transfère environ 156 millions de dollars aux conseils de bande du Québec par le biais de ces ententes.¹² Ainsi habilités, les conseils de bande fournissent des soins de santé aux membres de bandes dans des établissements situés dans les réserves.

La plupart des conseils de bande limitent les services de santé à leurs membres vivant dans les réserves, et même lorsque cette limite n'est pas clairement posée, elle s'applique dans les faits et logistiquement pour les membres qui habitent à proximité de leur communauté d'origine.

Dans les réserves, le Canada finance les conseils de bande afin de fournir une série de services enrichis, notamment en matière : « de santé maternelle, de santé infantile, de santé préscolaire et scolaire, de santé des personnes âgées et de santé mentale ; de vaccination ; de planification des naissances ; d'éducation sanitaire et de nutrition ; de prévention de l'alcoolisme, du tabagisme et de la toxicomanie ; de contrôle des maladies infectieuses et d'autres services cliniques généraux, notamment le contrôle des maladies cardiovasculaires, de l'hypertension et du diabète ; les soins infirmiers et les soins personnels à domicile. »¹³

Le Canada finance certaines communautés de réserve, en particulier celles qui ont les populations les plus importantes, pour fournir des services dans le cadre d'un programme de soins à domicile, y compris la physiothérapie, l'ergothérapie et l'oxygénothérapie.

Même dans les cas où les bandes permettent aux membres hors réserve d'avoir accès aux services ou aux services enrichis offerts dans les réserves, les questions de distance, de transport, de temps et d'aspect logistique rendent à toutes fins pratiques la chose irréalisable pour les membres de bandes hors réserve. La réalité est telle que le temps et la distance rendent ces services inaccessibles aux membres des bandes hors réserve, même lorsque les bandes autorisent l'accès.

Les 55,6 % membres de bandes qui vivent hors réserve au Québec, soit en milieu urbain, reçoivent les services de santé grâce aux services et programmes universels que le Québec offre à tous les Québécois. Pour cette population, le Canada met à la disposition des organisations autochtones, incluant celles hors réserve, environ cinq à six millions de dollars par le biais du Fonds d'intégration des services de santé.¹⁴

Le Fonds d'intégration des services de santé (FISS) est une initiative destinée à appuyer la planification collaborative et les projets pluriannuels mis sur pieds pour mieux répondre aux besoins en soins de santé des Premières Nations et des Inuit.

Par l'intermédiaire du FISS, Services aux Autochtones Canada collabore avec des gouvernements provinciaux et territoriaux et avec des organisations des Premières Nations et des Inuit pour :

- Améliorer l'intégration des systèmes de santé financés par le gouvernement fédéral dans les communautés des Premières Nations et les communautés inuites et des systèmes financés par les provinces et les territoires ;
- Établir des partenariats multipartites qui favoriseront l'intégration des services de santé ;
- Améliorer l'accès des Premières Nations et des Inuit aux services de santé ;
- Accroître la participation des Premières Nations et des Inuit dans la conception, la prestation et l'évaluation des programmes et des services de santé.

(Gouvernement du Canada, 2020)

Ce fonds ne permet aucunement de financer de la prestation de services directs en matière de santé aux populations autochtones.

La plupart du temps, les membres des Premières Nations statués qui se trouvent de manière temporaire ou permanente hors réserves se rabattent sur des services universels mis à la disposition de l'ensemble de la population du Québec. Ces services ne sont pas destinés précisément aux Autochtones ou culturellement adaptés à leurs besoins ou à leur réalité. Comme on l'a vu, les Commissions CRPA, CVR, ENFFADA et Viens (CERP) ont toutes décrit une série de problèmes vécus par les Autochtones avec les services universels de santé dans les zones urbaines, problèmes qui, dans de nombreux cas, font que les membres de bandes vivant hors réserve reçoivent des soins de santé de qualité inférieure ou n'ont pas du tout accès aux soins de santé. C'est pourquoi la CRPA a insisté sur le fait que : « ces organisations urbaines autochtones devraient être considérées comme une solution à long terme, répondant aux besoins des Autochtones citadins »¹⁵ et a mentionné en particulier les Centres d'amitié comme étant les organisations les plus aptes et les plus appropriées pour offrir des services aux Autochtones. Les Centres d'amitié aimeraient offrir ces services d'une manière propre aux Autochtones et adaptée à leur culture, mais le gouvernement du Canada leur a refusé jusqu'à maintenant le financement nécessaire pour le faire.

Tel que confirmé par la jurisprudence pertinente en ce genre de situation similaire, la décision du Canada d'exclure les organisations autochtones hors réserve de la gestion et de la prestation des soins de santé destinés aux membres des Premières Peuples dans les villes au Québec constitue une discrimination à la fois directe et indirecte. À sa face ou dans son effet, cette décision crée une distinction fondée sur le statut de bande hors réserve et refuse un avantage d'une manière qui a pour effet de renforcer, de perpétuer ou d'accentuer le désavantage que subissent les membres des bandes vivant hors réserve.

Disparité de financement basée sur le lieu de résidence

La décision du Canada d'accorder le pouvoir de gestion et de contrôle des soins de santé autochtones aux conseils de bande au Québec, et de refuser ce pouvoir aux Autochtones hors réserve et à leurs organisations représentatives de services, établit une distinction fondée sur la résidence des Autochtones (statut de membre de bande hors réserve). Les organisations situées dans les réserves bénéficient du contrôle (ou des droits de gestion) de la communauté locale sur la partie la plus importante du système fédéral de soins de santé autochtones et reçoivent des transferts fédéraux pour pouvoir l'exercer efficacement. Les membres des bandes hors réserve ne bénéficient pas de cet avantage et les Centres d'amitié autochtones ne disposent pas non plus de fonds suffisants pour l'exercer. Cette discrimination dans le financement équivaut à une privation presque totale de soins de santé nécessaires et culturellement appropriés pour plus de la moitié des membres de bandes indiennes qui vivent hors réserve.

Permettre aux Centres d'amitié autochtones de fournir des services équivalents à ceux offerts dans les réserves améliorerait la capacité des membres de bandes hors réserve à développer leurs collectivités.

La Commission Viens a démontré comment les usagers des Centres d'amitié autochtones ne reçoivent pas les services du réseau public qu'ils veulent ou dont ils ont besoin, une situation qu'il a critiquée comme étant discriminatoire.¹⁶ Le fait de refuser aux membres de bandes vivant hors réserve le contrôle communautaire local des services de soins de santé par l'intermédiaire des Centres d'amitié autochtones constitue pour les membres de ce groupe déjà lourdement discriminés un obstacle considérable au développement de leurs communautés.¹⁷

La Commission de vérité et réconciliation a fait des constatations similaires et a offert cette explication pour expliquer pourquoi les Autochtones vivant en milieu urbain sont désavantagés : « les conflits de compétence ont particulièrement affecté [...] les Autochtones en milieu urbain, car le gouvernement fédéral estime que la prestation de services à ces groupes est la responsabilité des provinces et territoires ». ¹⁸

Pour pallier ce problème, la Commission a demandé expressément au gouvernement fédéral de prendre des mesures pour remédier à la situation inégale des Autochtones vivant hors réserve :

Appel à l'action 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. ¹⁹

Toutes ces Commissions ont fait des constatations et tiré des conclusions qui sont cohérentes et unanimes. Leurs résultats concordent également avec les conclusions de la Cour suprême du Canada concernant la situation des Autochtones vivant hors réserve.

Les décisions du Canada concernant le contrôle des communautés locales et le financement des services de santé autochtones sont responsables des services de santé de qualité inférieure que reçoivent les membres de bandes hors réserve. Il est remarquable que les Commissions du Canada et du Québec s'entendent pour dire que les décisions du Canada ont creusé l'écart entre l'état de santé et les services de santé des membres de bandes hors réserve et ceux des membres de bandes vivant dans les réserves.

Doter le RCAAQ et les Centres d'amitié autochtones de ressources financières nécessaires

La Commission royale sur les peuples autochtones [CRPA] a attiré l'attention sur la situation des Autochtones hors réserve dans son Rapport final publié en 1996 : « Les fonds affectés au financement des services aux Autochtones en milieu urbain n'ont pas suivi la croissance de la population autochtone urbaine. »²⁰. Ce constat demeure vrai encore aujourd'hui.

Par ailleurs, la CRPA a expliqué pourquoi les services conçus pour la population générale étaient inappropriés pour les Autochtones citadins. De tels services, a noté la CRPA, sont offerts par des non-Autochtones dans des organismes qui n'ont pas de formation culturelle et qui ne sont pas sensibles à la réalité autochtone. La Commission Viens en est venue aux mêmes conclusions.

La CRPA a insisté sur le fait que :

« L'on devrait promouvoir la prestation de services par des organismes autochtones dans les villes où la population autochtone est assez importante, en continuant d'encourager l'expansion des organismes existants et l'élaboration d'initiatives nouvelles... Les organismes de services autochtones devraient être considérés comme essentiels et non pas dépendre d'initiatives discrétionnaires. » ²¹

La CRPA a indiqué que les organismes de services autochtones les plus importants étaient les Centres d'amitié autochtones. Ces organismes jouent un rôle unique en « tentant de répondre aux besoins des Autochtones citadins ». La Commission poursuit :

« Les Centres d'amitié ont déjà l'expérience de l'innovation et de l'élaboration de programmes et ont l'habitude d'adapter les mécanismes d'exécution aux besoins spécifiques des communautés urbaines. Malgré leur base de financement insuffisante et leur manque de ressources, ce sont des fournisseurs de services dont on reconnaît la sensibilité culturelle et l'efficacité. Les Centres d'amitié et les établissements urbains du même genre pourraient donc s'avérer d'excellents guichets uniques à l'intention des résidents autochtones dans le cadre du système actuel... » ²²

Les Centres d'amitié offrent depuis longtemps des programmes culturels et constituent la ressource la plus efficace à ce chapitre en milieu urbain. Ils favorisent les contacts sociaux et donnent accès à des informations et des services pour beaucoup d'Autochtones citadins, le Centre d'amitié représente le cœur de leur communauté autochtone en milieu urbain.²³

De plus, selon la Commission, les Centres d'amitié « parviennent généralement mieux que les autres organismes autochtones à répondre aux besoins de leur clientèle en milieu urbain ». Les Centres ont été à l'origine de « bien des gains pour les Autochtones ». Ils ont « été les premiers à concevoir des services holistiques, reflétant les valeurs, croyances et pratiques autochtones... ». Les évaluations des Centres d'amitié sont toujours unanimes : les Autochtones préfèrent prendre part aux activités des Centres qu'à celles d'organismes non autochtones ». ²⁴ Par conséquent, la CRPA a conclu : « Le gouvernement fédéral devrait reconnaître la place centrale qu'occupent les Centres d'amitié et leur allouer les ressources nécessaires pour qu'ils puissent remplir leur fonction de développement communautaire. » ²⁵

La Constitution exige que les membres des bandes hors réserve soient traités de façon égale, non seulement par les gouvernements fédéral et provinciaux, mais aussi par les gouvernements autochtones.

La CRPA et d'autres ont montré de nombreux moyens que le Canada pourrait utiliser pour poursuivre son objectif de favoriser l'autonomie gouvernementale des Autochtones en transférant l'administration des services aux gouvernements autochtones tout en protégeant les droits à l'égalité des membres des bandes hors réserve. La CRPA a notamment recommandé de renforcer et de financer la capacité des Centres d'amitié autochtones à fournir des services de soins de santé aux populations autochtones urbaines. La Commission considérait que la prise en charge des services nécessaires pour les Autochtones vivant en milieu urbain était « fondamentale », « non discrétionnaire », car les services nécessaires aux Autochtones vivant en milieu urbain étaient « la question la plus importante » et les Centres d'amitié étaient les mieux placés pour répondre à ces besoins.

Renforcer la capacité des Centres d'amitié autochtones et leur confier des ressources suffisantes pour répondre aux besoins de santé des Autochtones citadins n'est pas seulement une solution de rechange crédible ; elle est considérée comme essentielle par les Commissions du Canada et du Québec, ainsi que par la Cour suprême du Canada.

Section 3 : TRANSFORMER : Besoins et priorités d'action en matière de santé pour les Autochtones en milieu urbain

Les Centres d'amitié autochtones connaissent les besoins de la population autochtone en milieu urbain et sont en mesure de mettre en place pour elle des services adaptés. Dans les dernières pages, nous avons pu voir certaines statistiques, ainsi que les recommandations des différents comités et commissions qui ont traité de la question autochtone dans les dernières années. De son côté, le RCAAQ met de l'avant l'importance de l'approche culturellement pertinente et sécurisante au sein des initiatives locales, qui permettent aux Autochtones dans les villes d'avoir un meilleur accès aux services de santé et de services sociaux, tout en réduisant les inégalités sociales vécues. L'idée n'est pas de créer un réseau à part, mais plutôt de miser sur les Centres d'amitié autochtones comme fournisseurs des services destinés aux Autochtones et qu'ils soient complémentaires au réseau public, en utilisant les infrastructures existantes des Centres d'amitié pour assurer que les Autochtones aient accès à une offre de services adéquate en matière de santé et services sociaux, et puissent être accompagnés de manière sécuritaire.

Dans les différentes initiatives des Centres, le but est d'agir positivement sur les déterminants de la santé en développant des programmes, des services et des activités qui visent à diminuer les facteurs de vulnérabilité présents chez les Autochtones qui vivent en milieu urbain. Les initiatives structurantes et innovatrices visent donc à renforcer les quatre dimensions de la roue de médecine autochtone — spirituel (âme), mentale (esprit), affective (cœur) et physique (corps) — et la santé holistique des Autochtones dans la lignée des recommandations et appels à l'action de la Commission de vérité et de réconciliation ainsi que de la Commission Viens. Ainsi, la gamme de services en santé et services sociaux qui est offerte dans les Centres d'amitié l'est au sein d'un espace culturellement sécurisant et exempt de racisme et de discrimination.

Mieux-être et santé autochtone : améliorer l'état de santé et les conditions de vie des Autochtones en milieu urbain au Québec par des approches et pratiques propres à ceux-ci

Les Centres d'amitié autochtone s'exercent quotidiennement à créer un continuum de services en santé et services sociaux culturellement pertinents et sécurisants afin d'assurer une réduction des écarts sociaux et de santé. Leur approche est au niveau de la prévention, de l'intervention et du suivi. Voici les éléments qui sont priorisés à cet égard :

- La consolidation de l'offre de services sécurisants de première ligne^h pour les individus et leur famille.
- L'accompagnement des individus et des familles dans toutes les sphères de leur vie afin de favoriser leur mieux-être.
- La promotion de la santé dans une perspective autochtone de mieux-être individuel et collectif.
- La sensibilisation des intervenants du réseau de la santé et des services sociaux aux réalités autochtones.
- L'arrimage avec les services et ressources locales et le développement de partenariats.
- La lutte au racisme et à la discrimination.
- La lutte à la pauvreté et à l'exclusion.
- Le renforcement de l'identité culturelle.

^h Liste non-exhaustive des services de première ligne offerts dans les Centres d'amitié autochtones au Québec : Services de santé et services sociaux courants, services de périnatalité, prévention des maladies, promotion de la santé, gestion des maladies chroniques, dépistage, services de proximité, service en santé mentale, services psychosociaux, services en matière de dépendance, etc.

Principes directeurs et valeurs

À partir des différents éléments recueillis lors des sessions d'engagement, différentes valeurs et principes fondamentaux se sont dégagés. Nous les suggérons afin de guider le processus d'élaboration de la Loi sur la santé autochtone et la relation entre le Mouvement des Centres d'amitié autochtones et le gouvernement du Canada.

- ✧ **Communautaire** : Capacités des collectivités autochtones à se mobiliser afin de se doter de solutions pour répondre à des enjeux sociaux selon leurs réalités. Par la participation citoyenne, les Autochtones expriment leurs besoins afin d'aspirer à un mieux-être individuel et collectif. L'excellence dans la prestation de soins et de services doit s'actualiser par une connaissance accrue des besoins spécifiques du terrain et des mécanismes efficaces d'amélioration continue de l'offre de services.
- ✧ **Systémique** : Approche globale qui permet d'influencer le système transversalement dans le but de réduire toutes incidences négatives sur les populations autochtones en facilitant l'accessibilité à des soins et des services de première ligne. L'innovation et la collaboration sont les fondements nécessaires afin de travailler à créer des politiques publiques et modifier des pratiques. Une approche systémique facilite la mise en œuvre de solutions qui seront durables dans le système et qui auront des impacts tant qualitatifs que quantitatifs.
- ✧ **Innovation sociale** : Démarche qui vise à réfléchir et développer de façon non conventionnelle à de nouvelles solutions afin de miser sur des approches et des services permettant de répondre plus adéquatement et de manière durable aux besoins des Autochtones. L'innovation sociale engendre des changements systémiques et implique l'engagement de plusieurs partenaires.
- ✧ **Sécurité culturelle** : La sécurisation sociale et culturelle est une démarche d'affirmation, de transformation et de réconciliation qui vise à réduire les écarts et les inégalités qui existent entre la population autochtone et la population canadienne et québécoise en matière de santé comme en d'autres domaines. Elle reconnaît la légitimité de la différence sociale et culturelle des Autochtones. Elle considère les effets durables de la colonisation, du racisme systémique et du traumatisme intergénérationnel qui en découlent. Elle propose une réponse au déséquilibre de pouvoirs qui existe entre la société dominante et les Autochtones. La démarche de sécurisation culturelle ne se limite pas à des ajustements individuels de l'offre de services ou d'accompagnement, elle doit obligatoirement impliquer les institutions publiques et gouvernementales ainsi que les Autochtones afin de mettre en place les changements systémiques nécessaires. Cette démarche traduit aussi une volonté collective et communautaire de transformation et d'innovation sociale de la part des Autochtones, puisqu'elle vise la réduction des inégalités, elle repose sur le principe fondateur de la justice sociale, et surtout, elle s'inscrit dans une intention claire et légitime d'affirmation politique et identitaire, de gouvernance autochtone (Lévesque, 2017).

- ✘ **Autodétermination** : Le droit à l'autodétermination est la réappropriation et l'application des savoirs traditionnels par des groupes, des collectivités, des organisations autochtones réunis autour du même objectif soit le développement social, culturel et économique de leur collectivité. L'autodétermination est un droit des peuples autochtones d'agir pour leur propre épanouissement en jouissant d'une autonomie dans leur mode de fonctionnement et de gouvernance
- ✘ **Agentivité autochtone** : L'agentivité, ou le pouvoir d'agir, fait partie des principes essentiels du mouvement de lutte des peuples autochtones vers l'autonomie et le mieux-être communautaire. Il correspond à des processus à la fois individuels et collectifs qui visent le renforcement des capacités et de la confiance nécessaires pour agir sur son destin, proposer ses propres solutions et faire advenir le monde qu'on souhaite voir se réaliser.
- ✘ **Respect et reconnaissance** : La véritable reconnaissance est traduite par la compréhension des inégalités historiques et de leurs impacts négatifs, notamment en ce qui concerne la santé des Autochtones dans les villes. Comprendre, respecter et reconnaître les approches distinctives, expertises, valeurs, savoir-faire, savoir-être dans la capacité d'innovation des Centres d'amitié autochtones. Également, respecter et reconnaître qu'il existe des communautés urbaines distinctes, par leur réalité spécifique et leur histoire, composé des membres des Premières Nations, Inuit et Métis au Canada et reconnaître les organisations autochtones urbaines comme communautés qui se dotent de moyens pour répondre à leurs besoins spécifiques.

Retombées positives pour le mieux-être des populations autochtones urbaines

Une Loi sur la santé autochtone qui respecterait les principes directeurs et valeurs suggérés ci-dessus et qui s'avèreraient inclusive et non-discriminatoire pour les populations autochtones dans les villes permettrait de faire des avancées significatives en matière d'amélioration des conditions de vie. Investir en santé pour la prévention, l'intervention, la guérison et l'accompagnement permet la progression de la société canadienne en corrigeant plusieurs erreurs du passé.

L'amélioration de la qualité de vie des Autochtones vivant ou de passage dans les différentes villes pourra engendrer des impacts positifs directs tels que :

- ⇒ La condition des femmes autochtones s'améliore et leur sécurité est assurée.
- ⇒ Le mieux-être des familles s'améliore et leur pouvoir d'agir est renforcé.
- ⇒ L'identité culturelle des enfants et jeunes autochtones est davantage préservée.
- ⇒ Le renforcement de la fierté identitaire chez les populations autochtones.
- ⇒ Les Autochtones ont davantage accès aux services dont ils ont besoin.
- ⇒ Les Autochtones sont plus nombreux à participer au monde du travail.
- ⇒ La persévérance et la réussite éducative des jeunes Autochtones augmentent.
- ⇒ Les Autochtones ont davantage accès à des environnements sécurisants.
- ⇒ Les collaborations, en matière d'accessibilité des services en santé, entre les milieux allochtones et autochtones augmentent.
- ⇒ Le racisme systémique est réduit dans les réseaux publics.

Section 4 : RÉCONCILIER — Recommandations

À la lumière des constats des différents rapports, de l'avis du RCAAQ et des statistiques, le Regroupement souhaite premièrement formuler les recommandations suivantes :

1. Que le gouvernement fédéral reconnaisse les besoins distincts des toutes les populations autochtones quel que soit leur lieu de résidence.
2. Que le RCAAQ et son association nationale, l'Association nationale des Centres d'amitié (ANCA), soient considérés comme l'interlocuteur à privilégier des questions urbaines par le gouvernement fédéral lors de la rédaction de la Loi sur la santé autochtone afin que les dispositions de cette loi tiennent pleinement compte des réalités urbaines des Autochtones
3. Que le gouvernement fédéral mette en place un mécanisme bilatéral permanent afin d'affirmer sa relation et sa collaboration avec le Mouvement des Centres d'amitié autochtones par la voie de son association nationale (ANCA).
4. Que le gouvernement fédéral s'engage à tenir un dialogue ouvert afin d'établir conjointement un plan de travail et des priorités avec le Mouvement des Centres d'amitié autochtones concernant les services en matière de santé et mieux-être offerts au sein de nos infrastructures de services.
5. Que les Centres d'amitié autochtones soient reconnus comme des fournisseurs de services de santé et de services sociaux auprès des Autochtones en milieu urbain.
6. Que le réseau des Centres d'amitié autochtone dispose de ressources pour la mise en œuvre d'un modèle de gouvernance autochtone urbain et de prestation de services en matière de santé.

Ensuite, pour la création de cette loi, le RCAAQ et les Centres qui le composent identifient quatre grandes priorités : **l'accessibilité**, la **non-discrimination**, la **qualité** des services offerts et le **financement** et ce, **peu importe le lieu de résidence**.

De manière générale, les données disponibles font ressortir une méconnaissance et une sous-utilisation des services offerts par le réseau québécois de santé et de services sociaux par les Autochtones. Il importe pour les Autochtones en milieu urbain que les infrastructures de services soient accessibles par leur proximité. Dans cette optique, les initiatives développées par les Centres d'amitié autochtones doivent être prises en exemple et soutenues par le gouvernement fédéral, afin d'inciter les Autochtones à accéder à des services de santé :

7. Que l'accessibilité aux infrastructures de santé et de services sociaux, autant l'accessibilité physique, économique, informative, linguistique et culturelle, soit priorisée au sein de la loi, pour les Autochtones en milieu urbain.

Bien des Autochtones craignent la discrimination à laquelle ils feront face une fois entrés dans le système de santé allochtone. Ils craignent de se voir refuser l'accès aux soins de santé basé sur la race, la couleur, le sexe, la langue, l'opinion politique, le handicap, l'état de santé, l'orientation sexuelle ou le lieu de résidence par exemple. Également, la crainte de vivre de la stigmatisation en raison de réalités sociales qui touchent de manière disproportionnée les Autochtones dont la pauvreté, les problèmes de santé mentale, la dépendance aux drogues et à l'alcool, la judiciarisation, le taux de natalité, etc. est présente et constitue une barrière à l'accessibilité aux services en santé. Il est important de mettre de côté ces discriminations et offrir des services égaux à toute la population, dans la lignée des recommandations des commissions, mais également du Principe de Joyce.

Les Autochtones méritent d'obtenir des services qui prennent compte de leur culture, leur langue et leur croyance. Cependant, le système de santé se doit de fournir les équipements à la hauteur et des professionnels compétents et reconnus. Il s'agit d'un élément essentiel qui permettra concrètement de consolider l'offre publique de soins en santé et en services sociaux, en réduisant concrètement les écarts et les disparités qui existent entre les Autochtones et les allochtones en matière de santé et de services sociaux. Cela permettra aussi de restaurer la confiance des Autochtones envers les services offerts :

8. Que soit garanti à tous les Autochtones en milieu urbain au sein de la Loi sur la santé autochtone un accès, en toute égalité et sans discrimination, à tous les services en santé et services sociaux.

Finalement, les Centres d'amitié ont besoin d'un financement permanent, stable et souple afin de leur permettre d'offrir des programmes et des services efficaces au sein d'infrastructures adéquates. Étant donné que la population autochtone dans les villes est en constante croissance et que les défis auxquels elle fait face sont de plus en plus complexes, le financement est l'élément principal pour assurer une réussite et une pérennité des projets qui permettront à cette population d'avoir accès à un système de santé juste et équitable :

9. Qu'un financement stable, souple et permanent soit accordé aux Centres d'amitié autochtones afin de développer des services de santé et de services sociaux au sein de leurs infrastructures.

Conclusion

Ce document a clairement démontré que les réalités liées à l'autochtonie urbaine sont vastes et complexes. C'est pourquoi il est d'autant plus important d'offrir aux Autochtones vivant ou de passage dans les villes des services culturellement sécurisants. Indéniablement, les Centres d'amitié autochtones sont des instances qui contribuent positivement au renforcement et à la diversification de l'offre de services pour les populations autochtones en ville. Leur connaissance précise des besoins et de la réalité des Autochtones permet la mise sur pied de solutions innovantes qui font réellement un changement dans la vie des Autochtones.

Il y a lieu d'assurer que le Mouvement des Centres d'amitié autochtones, ainsi que le continuum de services qu'ils offrent aux Autochtones et à leurs familles, puisse être reconnu, soutenu et bonifié. Il ne faut pas oublier que ces Centres d'amitié sont, pour les jeunes autochtones, des lieux où ils peuvent élargir leur réseau social, vivre des expériences d'apprentissage en lien avec leur culture et renforcer un sentiment de fierté par rapport à leur identité, des éléments qui sont considérés essentiels pour apprendre, s'épanouir et réussir tout au long de sa vie (RCAAQ, 2020).

Ce mémoire rassemble des données qui démontrent clairement que les soins de santé et services sociaux qui sont présentement offerts aux Autochtones vivant ou de passage dans les villes ne sont pas adaptés à leur culture et ne sont pas en mesure de leur offrir le support urgent dont ils ont besoin. Afin d'y arriver, il apparaît primordial de reconnaître le rôle essentiel que jouent les Centres d'amitié en leur permettant de coordonner et mettre en place les bonnes pratiques et une offre de services adéquatement soutenue. Ce sont eux qui connaissent le mieux les pratiques traditionnelles et la culture, qui pourront s'adapter aux différentes réalités locales et qui pourront ultimement contribuer à diminuer efficacement les problèmes de santé ainsi que la méfiance des Autochtones envers le système de santé en raison de blessures du passé. Les peuples autochtones et allochtones seront enrichis mutuellement lorsqu'ils en auront une meilleure compréhension mutuelle et les moyens de collaborer dans le respect de leurs expertises respectives, pour autant que le financement nécessaire soit accessible. La vision développée par les Centres d'amitié au cours des dernières décennies a démontré le potentiel que représente la collaboration entre les organisations autochtones urbaines et le système de santé. Il s'agit maintenant d'étendre cette vision partout au Québec et au Canada afin d'améliorer la situation sur l'ensemble du territoire.

Par la mise en valeur du contenu des diverses séances de réflexion collectives tenues pour la rédaction de ce mémoire, le RCAAQ a notamment souhaité partager ses préoccupations en matière d'approche basée sur les distinctions. Le RCAAQ est convaincue de l'importance de cette approche mais celle-ci doit subir une bonification afin d'être plus inclusive et puisse enfin tenir compte de l'ensemble des réalités autochtones au pays. Dans cette optique, le présent document fait référence à la Loi Constitutionnelle de 1982, à la Charte canadienne des droits et libertés et aux recommandations de la Commission royale sur les peuples autochtones, de la Commission de vérité et réconciliation, de l'Enquête nationale sur les femmes et les filles disparues et assassinées, de la Commission Viens et de la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones afin de soutenir l'argumentaire présenté.

Nous remercions le gouvernement du Canada d'avoir mis sur pied cette mobilisation envers les dispositions législatives en santé autochtones dans le cadre du projet de loi, qui permettra, espérons-le, de bonifier et de transformer plusieurs aspects des soins de santé et de services sociaux offerts aux Autochtones hors réserve. En conclusion, nous souhaitons réitérer au gouvernement notre entière volonté de collaboration face à la mise en œuvre de services en santé pour les Autochtones en milieu urbain dans une approche de relation partenariale renouvelée et novatrice.

Bibliographie

Belanger, Y., Awosoga, O. et Weasel Head, G. (2013). Homelessness, Urban Aboriginal People, and the Need for a National Enumeration. *Aboriginal Policy Studies*, 2(2), 4-33.

Bergeron, O., Richer, F., Bruneau, S. et Laberge Gaudin, V. (2015). L'alimentation des Premières Nations et des Inuits au Québec. Québec, Québec : Institut national de la santé publique du Québec.

Calí Tzay, José Francisco (2021). Rapport du Rapporteur spécial sur les droits des peuples autochtones, Droits des peuples autochtones. A/76/202

Centre d'amitié autochtone de Val-D'Or (2018). *Mino Pimatisi8in*, mieux-être, santé autochtone. Val-D'Or, CAAVD et CISSS-Abitibi Témiscamingue.

CERP (2019). Commission d'enquête sur les relations entre les autochtones et certains services publics : écoute, réconciliation et progrès — Rapport final. Val-D'Or, Gouvernement du Québec.

CIUSSS du Centre-Sud-de-l'Ile-de-Montréal (2020). La santé des populations autochtones de Montréal. Un portrait réalisé par la Direction régionale de santé publique de Montréal. Gouvernement du Québec.

Cabinet du Premier ministre (2021a). Lettre de mandat supplémentaire du ministre des Services aux autochtones. Ottawa. Canada.

Cabinet du Premier ministre (2021 b). Lettre de mandat de la ministre des Services aux Autochtones et ministre responsable de l'Agence fédérale de développement économique pour le Nord de l'Ontario. Ottawa. Canada.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) (2008). Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec – 2005, Wendake, CSSSPNQL.

Commission de la santé et des services sociaux des Premières Nations du Québec et du Labrador (CSSSPNQL) (2018). Enquête régionale sur la santé des Premières Nations de la région du Québec – 2015, Wendake, CSSSPNQL.

Conseil des Atikamekw de Manawan et le Conseil de la Nation Atikamekw (2020). Principe de Joyce — Mémoire présenté au Gouvernement du Québec et au Gouvernement du Canada.

Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) (2015). Rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Volume 1 à 6, Montréal, Kingston, McGill et Queen's University Press

Comité des droits économiques, sociaux et culturels (2000). Questions de fond concernant la mise en œuvre du pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels. Observation générale, No 14, p. 1-23.

Cotton, J.-C. et Laventure, M. (2013). Early initiation to cigarettes, alcohol and drugs among innu preadolescents of Québec. *Canadian Journal of Native Studies/Revue Canadienne des Études autochtones*, 3(1), 1-15.

Enquête nationale sur les filles et femmes autochtones disparues ou assassinées (2019). Réclamer notre pouvoir et notre place. Rapport final de l'ENFFADA. Volume 1 b. p.193-209.

Gagné, Marie-Ève et Carole Lévesque (2019). Alimentation chez les Inuit du Nunavik. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics.

Gouvernement du Canada (2020). Fonds d'intégration des services de santé. Services aux Autochtones Canada.

Gouvernement du Canada (1996). Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones. 5 volumes. Ottawa, Approvisionnement et Services Canada.

Instance permanente sur les questions autochtones (2020). Étude sur les autonomies autochtones : expériences et perspectives. Conseil économique et social. New York.

Lévesque, Carole et al. (2019). Profil démographique de la population des Premières Nations et du Peuple Inuit dans les villes du Québec, 2001 à 2016, Cahier ODENA no 2019-03. Montréal, Alliance de recherche ODENA, Réseau de recherche et de connaissances relatives aux peuples autochtones (DIALOG) et Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec.

Levesque, Carole (2015). Promouvoir la sécurisation culturelle pour améliorer la qualité de vie et les conditions de santé de la population autochtone. *Droits et libertés*, Volume 34, No 2, p. 16-19.

Levesque, Carole (2017). Présentation de la démarche de sécurisation culturelle. Institut national de la recherche scientifique (INRS). Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics du Québec. Val-d'Or. 17 octobre 2017. [En ligne]. <https://www.cerp.gouv.qc.ca>.

McCue, Harvey et Zach Parrot (2018). Réserves. *L'Encyclopédie Canadienne*.

Ministère des Services aux Autochtones (2020). Rapport annuel au Parlement 2020. Ottawa

Organisation des Nations Unies (2007). Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones. Département de l'information de l'ONU.

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (2018). Les Autochtones en milieu urbain et l'accès aux services publics. Portrait de la situation au Québec. Wendake, RCAAQ.

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (2020). Comprendre et soutenir des transitions scolaires harmonieuses pour les jeunes Autochtones en milieu urbain. Wendake, RCAAQ.

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (2019). Mémoire présenté au Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Solidarité sociale dans le cadre de la consultation en vue d'un nouveau plan d'action gouvernemental : vers une plus grande reconnaissance et un meilleur soutien de l'action communautaire. Wendake, RCAAQ.

Regroupement des centres d'amitié autochtones du Québec (2021). Plan d'action gouvernemental en habitation. Mémoire présenté au ministère des Affaires municipales et de l'Habitation et à la Société d'Habitation du Québec. Wendake, RCAAQ.

Droits et Démocratie (2002). Séminaire « Droit à l'autodétermination des peuples autochtones : Exposés des participants et synthèse des discussions ». New York.

Tran, Nathalie, et Carole Lévesque (2019). Le diabète chez les Premières Nations. Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics.

Yan, Xiaoyi et al. (2021). Dépenses fédérales pour les soins de santé aux Premières Nations et aux Inuits. Bureau du directeur parlementaire du budget. Ottawa.

Références juridiques

¹ Fraser c. Canada (Procureur général.), 2020 CSC 28, par. 27.

² Première Nation de Kahkewistahaw c. Taypotat, [2015] 2 R.C.S. 548, par. 18.

³ Corbiere c. Canada, [1999] 2 R.C.S. 203, par. 6.

⁴ Corbiere c. Canada, [1999] 2 R.C.S. 203, par. 14. La résidence hors réserve des membres d'une bande autochtone, a dit la Cour, « se rapporte à une caractéristique personnelle essentielle de l'identité personnelle des membres des bandes indiennes, caractéristique qui est considérée immuable au même titre que la religion ou la citoyenneté ». Les membres hors réserve d'une bande autochtone ne peuvent devenir des membres habitant la réserve qu'à un prix considérable, si tant est qu'ils le peuvent.

⁵ Id., par. 10.

⁶ Id., par. 71-72. Dans Lovelace c. Ontario, [2000] 1 R.C.S. 950, par. 90, la Cour suprême a reconnu que différentes communautés autochtones hors réserve « ont, de façon répétée, été victimes d'exclusion et de discrimination ».

⁷ Les lois de crédits, 2020-2021, S.C. 68-69 Eliz II (13 mars 2020). En ligne :

https://www.parl.ca/Content/Bills/431/Government/C-11/C-11_3/C-11_3.PDF.

Canada, Dépenses principales, 2020-2021, partie II. en ligne : <https://www.canada.ca/en/treasury-board-secretariat/services/planned-government-spending/government-expenditure-plan-main-estimates/2020-21-estimates.html#id5>.

⁸ Le budget principal des dépenses, 2020-2021, Id.

⁹ Directeur parlementaire du budget, Dépenses fédérales en matière de soins de santé des Premières nations et des Inuits (18 mai 2021), p. 6. En ligne : <https://distribution-a617274656661637473.pbo-dpb.ca/9bee4c701b89b6285aa9b66e68a21806ca91473fd4d74b86d817e56ef673a89a>.

¹⁰ Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics au Québec : écoute, réconciliation et progrès : Rapport final (2019), p. 101. En ligne :

https://www.cerp.gouv.qc.ca/fileadmin/Fichiers_clients/Rapport/Final_report.pdf. Pour les Inuits, le juge Viens a indiqué que 72,8 % d'entre eux vivaient encore dans des communautés au nord du 55e parallèle.

¹¹ Québec, Santé et Services sociaux. Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits) (2007), p. 9. En ligne :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-02A.pdf>.

¹² Canada, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Services aux Autochtones Canada, région du Québec, Plan opérationnel 2019-2020.

¹³ Québec, Santé et Services sociaux, Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits) (2007), p. 7. En ligne :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-02A.pdf>.

¹⁴ Id., p. 12

¹⁵ Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996), vol. 4, Perspectives et réalités, p. 557.

¹⁶ Québec, Santé et Services sociaux, Prestation et financement des services de santé et des services sociaux destinés aux Autochtones (Premières Nations et Inuits) (2007), p. 12. En ligne :

<https://publications.msss.gouv.qc.ca/msss/fichiers/2007/07-725-02A.pdf>.

¹⁷ Fraser, par. 53, 54.

¹⁸ Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir : Sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015), p. 169, en ligne :

https://web.archive.org/web/20200430162813/http://www.trc.ca/assets/pdf/Honouring_the_Truth_Reconciling_f_or_the_Future_July_23_2015.pdf.

¹⁹ Id., p. 162-163.

²⁰ Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996), vol. 4, Perspectives et réalités, p. 415.

²¹ Id, p. 415.

²² Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996), vol. 2, Une relation à redéfinir, p. 938.

²³ Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996), vol. 4, Perspectives et réalités, p. 739.

²⁴ Id, p. 565.

²⁵ Id, p. 566.