



Institute On  
Governance

Institut sur  
la gouvernance



# Précis de politique

## ***Politiques publiques et santé des Autochtones résidant en milieu urbain***

*– mai 2009*

*par*

*Eric Diotte et Thibault Martin  
Université du Québec en Outaouais*



## Remerciements

Cette publication s'inscrit dans la Série de rapports de recherche relative aux politiques publiques qui touchent les Métis, les Indiens non inscrits et les autres Autochtones résidant hors réserve. La série résulte d'un partenariat entre l'Institut sur la gouvernance et le Bureau de l'interlocuteur fédéral auprès des Métis et des Indiens non inscrits.

Le contenu de ce document demeure la responsabilité de l'auteur et ne reflète pas nécessairement l'opinion de l'Institut sur la gouvernance, de son conseil d'administration, ou du Bureau de l'interlocuteur fédéral auprès des Métis et des Indiens non inscrits.

*Pour un complément d'information au sujet de la Série de rapports de recherche relative aux politiques publiques qui touchent les Autochtones, veuillez communiquer avec John Graham à l'Institut sur la gouvernance, par téléphone au 1-613-562-0092, poste 231, ou par courriel à : [jgraham@iog.ca](mailto:jgraham@iog.ca)*

## Introduction

En nous fondant sur des études de cas, nous avons analysé l'accès différencié aux services de santé des Autochtones résidant en milieu urbain. Nous avons aussi interviewé individuellement une vingtaine de patients et professionnels de la santé autochtones du Manitoba<sup>1</sup>. Toutefois, notre analyse s'inscrit dans la démarche globale d'une étude compréhensive des questions autochtones que nous avons entamée il y a plus de 10 ans et qui nous a menés à examiner différents terrains d'enquête, tant en territoires cris (Manitoba et Québec), inuit (Nunavik), métis, innu, ou en milieu urbain (Winnipeg). Ces terrains nous ont permis de mieux comprendre les attentes des Autochtones et leurs propres interprétations de leurs expériences dans la société contemporaine. Nous reflétons cette réalité en faisant intervenir la subjectivité des intervenants autochtones dans l'analyse que nous offrons, notamment en ce qui a trait à l'importance de l'autonomie gouvernementale dans l'amélioration des conditions de vie en générale, et de la santé en particulier.

## Les Autochtones en milieu urbain

L'urbanisation des Autochtones résulte d'une action réflexive influencée à la fois par le contexte socioculturel contraignant et les choix rationnels faits par les individus<sup>2</sup>.

---

<sup>1</sup> Les entrevues ont eu lieu entre 2002 et 2008, dans le cadre d'un projet de recherche en partie financé par le CRSR, *Relocation, Social Capital Loss, and Rebuilding: the Social Impacts of Hydro-Projects on the Community and Displaced Residents of South Indian Lake (Manitoba)*. Bien que ce projet ne portait pas spécifiquement sur la question du diabète, nous avons rencontré des Autochtones ayant quitté leur communauté pour des raisons de santé. Nous avons aussi interviewé des professionnels de la santé, lors du processus de mise en place du Centre d'hémodialyse du *Island Lake Renal Health Program*.

<sup>2</sup> Thibault Martin, « Pour une sociologie de l'autochtonisme » Natacha Gagné, Thibault Martin et Marie Salaün (ed), *Autochtonies. Vues*

Ainsi, les Autochtones quittent les réserves à la fois pour des raisons « positives » comme l'éducation, l'emploi, le désir d'émancipation et la recherche de circonstances opportunes, mais aussi, contre leur gré, pour obtenir des soins de santé non disponibles dans leur communauté. Bien que la *Loi canadienne sur la santé* stipule que tous les Canadiens ont droit à un accès raisonnable aux services de santé assurés, plusieurs Autochtones résidant en milieu rural et en région nordique ont seulement accès à des services de santé de base. Lorsqu'ils requièrent des soins spécialisés, ils doivent se rendre dans les centres urbains.

Bien qu'un certain nombre d'Autochtones réussissent à s'adapter et à s'intégrer dans le milieu urbain, plusieurs d'entre eux rejoignent les rangs d'une population marginalisée sur le plan socio-économique. Par exemple, le taux de chômage est six fois plus élevé<sup>3</sup> chez les Autochtones en milieu urbain que pour le reste de la population. Leur difficulté à intégrer le marché du travail et leur faible revenu les obligent à habiter des logements de piètre qualité, surpeuplés et situés dans des quartiers que certains qualifient de « ghettos »<sup>4</sup>. Quelque 37 % des Autochtones vivant en milieu urbain dépensent plus de 30 % de leur revenu familial pour se loger, tandis que

---

*de France et du Québec*, Presses de l'Université Laval, 2008, p. 431-454.

<sup>3</sup> Mary Jane Norris et al., « Registered Indian mobility and migration in Canada: Pattern and implications » John Taylor and Martin Bell (dirs.), *Population mobility and Indigenous peoples in Australasia and North America*, (London: Routledge, Taylor & Francis Group, 2004).

<sup>4</sup> Evelyn Peters, *Three myths about Aboriginal in cities* (Ottawa: Canadian Federation for the Humanities and Social Sciences, 2004), voir aussi Thibault Martin et Amélie Curan, « Banking in Winnipeg's Aboriginal and Impoverished Neighborhood » *The Canadian Journal of Native Studies*, vol. XXVI, no. 2 (2007).

15 % en dépendent plus de la moitié<sup>5</sup>. En plus d'être exclus de la sphère socio-économique, les Autochtones souffrant de maladies chroniques qui s'installent en milieu urbain ont également un accès insatisfaisant aux services de santé et plusieurs se sentent exclus. Bien que peu documenté, ce phénomène est bien réel. En effet, moins de 40 % des Autochtones diabétiques visitent les services de santé en milieu urbain<sup>6</sup>.

L'exclusion relative que vivent les Autochtones dans les services de santé urbains provient du fait que les institutions de santé ne tiennent pas suffisamment compte de la diversité dans le contexte de la médecine. La profession médicale a assumé le contrôle des pratiques et s'est approprié la production et le développement du savoir, marginalisant de ce fait la médecine traditionnelle pratiquée par les membres d'autres cultures. L'écart qui subsiste entre les pratiques médicales institutionnelles et les pratiques et croyances autochtones se traduit par une différence notable sur le plan de la communication entre les patients et les membres du corps médical. Alors que les Autochtones définissent la santé et la maladie en termes « d'équilibre, d'harmonie, de vision holistique et de spiritualité »<sup>7</sup>, les professionnels de la santé conçoivent la santé en termes biologiques, et la maladie comme « une dysfonction physique de l'individu »<sup>8</sup>. À la lumière de cette terminologie différenciée, il n'est pas surprenant de constater que les Autochtones

ne « comprennent » pas le jargon médical et les traitements proposés par les professionnels.

Cette exclusion est aussi alimentée par des conceptions différentes de la santé. Du point de vue culturel, chez les Autochtones, un individu ayant un excès de poids n'est pas considéré comme en mauvaise santé, tandis que chez les professionnels de la santé, avoir un excès de poids est considéré nuisible, voire même une condition morbide<sup>9</sup>. Le traitement, quant à lui, se déroule dans une relation de patient/médecin, le professionnel de la santé percevant le patient comme un être passif qui doit adhérer aux traitements prescrits<sup>10</sup>. Dans la culture autochtone traditionnelle, le traitement est de nature holistique, c'est-à-dire qu'il doit permettre d'acquérir une meilleure connaissance et une compréhension de soi sur les plans physique, émotionnel, mental et spirituel.

Ces différentes croyances et conceptions font en sorte que certains Autochtones perçoivent les services de santé comme des institutions totalitaires destinées à les resocialiser pour les assimiler. Cette insatisfaction que les Autochtones éprouvent face aux services de santé en milieu urbain résulte en une augmentation considérable des mouvements migratoires. En effet, plusieurs Autochtones déménagent d'une région urbaine à une autre afin d'accéder à des soins de santé qui leur seraient mieux adaptés ou moins « hostiles », tandis que d'autres décident de retourner dans leur communauté (souvent une réserve), quitte à mettre leur vie en danger<sup>11</sup>. Ce phénomène

<sup>5</sup> National Association of Friendship Centres, « Urban Aboriginal peoples: A challenge to national character » Ted Richmond and Anver Saloojee (dirs.), *Social inclusion: Canadian perspectives*, (Halifax: Fernwood Publishing, 2005).

<sup>6</sup> Santé Canada, *Diabetes in Canada, Second Edition*, (Ottawa: Centre for Chronic Disease Prevention and Control Population and Public Health Branch, 2002).

<sup>7</sup> Chandrakant P. Shah, *The health of Aboriginal peoples. Social determinants of health*, (Toronto, Canadian Scholars' Press Inc., 2004), 267.

<sup>8</sup> *Ibid.*

<sup>9</sup> Nadine Baclet, « Alimentation et migration. Respecter les habitudes du pays d'origine pour favoriser l'adaptation : l'exemple du diabète », *Alimentation et précarité*, Numéro 28 (2005).

<sup>10</sup> Naomi Andelson, *Reducing health disparities and promoting equity for vulnerable populations: Aboriginal Canada*, (Ottawa: Canadian Institutes of Health Research, 2003).

<sup>11</sup> Nous avons rencontré un homme qui avait fait ce choix et qui est décédé dans sa communauté parce que l'avion qui devait le conduire à l'hôpital suite à des complications liées à sa

de « va-et-vient »<sup>12</sup> observé chez les Autochtones souffrant de maladies chroniques soulève des défis majeurs sur le plan des politiques en matière de santé autochtone.

### ***Initiatives politiques***

Peu importe les partis politiques au pouvoir, les Autochtones ont toujours été désavantagés en matière de politique de santé, et l'action du gouvernement du Canada dans ce domaine peut être qualifiée de négligente et paternaliste. Avant les années 1970, les politiques fédérales avaient pour objectif principal l'assimilation des Autochtones à la société canadienne. La réponse du gouvernement fédéral en ce qui avait trait au taux élevé de maladies chez les Premières nations consistait à empêcher la propagation au reste de la population canadienne. Le gouvernement du Canada refusait la participation des Autochtones au processus de planification et d'organisation des services de santé<sup>13</sup>. Il ne semblait pas se préoccuper d'offrir les services de santé de base aux Autochtones, mais plutôt de contrôler et de réduire les dépenses liées au remboursement des services de santé des Autochtones qui avaient quitté les réserves.

Ce n'est qu'à partir des années 1970, face aux pressions exercées par les Autochtones, que le gouvernement du Canada se penche sur le traitement inégal dont les Autochtones étaient victimes. En 1978, Ottawa annonce les principaux piliers de sa politique en

---

maladie avait été retardé à cause de mauvaises conditions météorologiques.

<sup>12</sup> Mary Jane Norris et Stewart Clatworthy, *Aboriginal mobility and migration in Canada: Factors, policy implications and responses* (Ottawa: Aboriginal Policy Research Conference, March 21-23, 2006), 10.

<sup>13</sup> C.E.S. Franks, « Indian Policy: Canada and the United States Compared », dans Curtis Cook and Juan D. Lindau (dirs.), *Aboriginal Rights and Self-Government: The Canadian and Mexican Experience in North America Perspective*, (Montreal: McGill-Queen's University Press, 2000).

matière de santé autochtone. Reconnaisant les torts causés par les politiques antécédentes, le gouvernement du Canada axe la nouvelle politique en matière de santé autochtone sur le développement des communautés, l'amélioration des conditions socio-économiques et le renforcement de la collaboration entre les Autochtones et les ministères fédéraux<sup>14</sup>.

Toutefois, la relation entre les Autochtones et le gouvernement fédéral n'allait connaître un revirement important qu'à partir des années 1990, en raison de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones. La Commission, dont les thèmes récurrents sont la santé et la guérison, se donne les objectifs suivants : l'équité en matière de santé et d'accès aux services de santé; le respect de l'approche holistique; un plus grand contrôle des services par les Autochtones; et la reconnaissance de la diversité des communautés autochtones. En affirmant que les déterminants sociaux de la santé chez les Autochtones ne sont pas seulement de nature médicale, mais aussi de nature matérielle et socio-économique<sup>15</sup>, la Commission remet en cause la prédominance du domaine médical en ce qui a trait aux politiques en matière de santé autochtone.

Les conclusions du rapport de la Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones amènent le gouvernement fédéral à décider qu'il faut prendre en compte le savoir traditionnel et l'opinion des Autochtones et favoriser la collaboration intersectorielle entre ses ministères dans la mise au point des

---

<sup>14</sup> Geoffrey Mercer, « Aboriginal Peoples: Health and Healing », dans Martin Thornton and Roy Todd (dirs.), *Aboriginal People and Other Canadians: Shaping new relationships* (Ottawa: International Canadian Studies Series, University of Ottawa Press, 2001).

<sup>15</sup> Frances Abele, « Between Respect and Control: Traditional Indigenous Knowledge in Canadian Public Policy », dans Michael Orsini et Miriam Smith (dirs.), *Critical Policy Studies* (Vancouver: UBC Press, 2007).

politiques, notamment celles en matière de santé autochtone. La responsabilité d'élaborer des politiques en matière autochtone est dorénavant partagée entre les Affaires Indiennes et du Nord Canada, Santé Canada, Justice Canada, Pêches et Océans, Ressources humaines et Développement social Canada et Industrie Canada<sup>16</sup>. La Commission royale d'enquête sur les peuples autochtones a donc favorisé la création d'un processus de consultation entre les Autochtones et le gouvernement du Canada en ce qui a trait à l'élaboration et la gestion des politiques en matière de santé, ouvrant ainsi une nouvelle ère de collaboration.

Cette nouvelle collaboration entre le gouvernement fédéral et les Autochtones a permis la création de plusieurs initiatives. Mentionnons, à titre d'exemples, *l'Initiative sur les ressources humaines en santé autochtone*, qui vise à augmenter le nombre de travailleurs autochtones dans le domaine de la santé; et le *Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA)*, qui a pour objectif d'adapter les services de santé aux besoins spécifiques des Autochtones et de réduire le temps d'attente pour ces services. Cette collaboration a aussi vu le jour à l'échelle provinciale. Par exemple, le gouvernement manitobain a mis sur pied la Direction de la santé des Autochtones, au sein de son ministère de la Santé. Cette direction travaille en partenariat avec les différents paliers gouvernementaux, les autorités de santé régionales et les organismes non gouvernementaux et les représentants autochtones afin d'élaborer des politiques et des programmes d'éducation en matière de santé autochtone<sup>17</sup>.

En milieu urbain, afin de répondre aux besoins grandissant des Autochtones souffrants de diabète, le gouvernement fédéral a créé le *Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain* (PPMAHRIMU), qui a comme objectif principal d'offrir des services adaptés sur le plan culturel<sup>18</sup>. En ce moment, le programme permet de financer plus de 32 projets à travers le Canada<sup>19</sup>. À titre d'exemple, en Ontario, le PPMAHRIMU octroie un appui financier au *Centre du diabète* du District de Dryden, qui offre des programmes de prévention et de sensibilisation au diabète de type 2<sup>20</sup>. Le PPMAHRIMU contribue également au financement du Centre de santé autochtone *De dwa da dehs nyes*, qui vise les Autochtones âgés de 10 à 13 ans dans le but de « favoriser l'éducation et la sensibilisation relativement au diabète et d'aider les individus à suivre un programme d'activité physique et à conserver de bonnes habitudes alimentaires »<sup>21</sup>.

Bien que ces initiatives mises en œuvre en collaboration avec les communautés autochtones permettent de promouvoir de saines habitudes de santé et offrent des outils de prévention pour les Autochtones en milieu urbain, nous observons deux lacunes importantes. Dans un premier temps, le *Programme de prévention et de promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain* ne prend pas en considération l'impact du taux élevé de mouvements migratoires chez les Autochtones en milieu urbain. En effet, si un Autochtone atteint d'une maladie chronique

<sup>16</sup> Geoffrey Mercer, « Aboriginal Peoples: Health and Healing » *Aboriginal People and Other Canadians: Shaping new relationships*.

<sup>17</sup> Pour un complément d'information, nous vous invitons à visiter le site web du gouvernement du Manitoba à : <http://www.gov.mb.ca>

<sup>18</sup> Santé Canada, *Initiative sur le diabète chez les Autochtones : Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain* (Ottawa : Programme cadre, 2000).

<sup>19</sup> Santé Canada, *Prévention et promotion auprès des Métis, des Autochtones hors réserves et des Inuits en milieu urbain : Projets financés en 2003-2004* (Ottawa, 2005)

<sup>20</sup> *Ibid.*

<sup>21</sup> *Ibid* : 20

décide de déménager dans une autre ville afin de se trouver un emploi, pour une raison familiale ou pour poursuivre des études, il n'a aucune garantie de pouvoir accéder à des services de santé adaptés à ses besoins à l'endroit de sa nouvelle résidence. Autrement dit, il n'y a pas de stratégie concertée destinée à assurer la continuité des soins de santé adaptés aux Autochtones entre les différents milieux urbains.

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

### ***L'autonomie gouvernementale***

Compte tenu du manque de progrès rapide dans l'amélioration des conditions de santé des Autochtones, de plus en plus d'Autochtones et de chercheurs préconisent le transfert aux Autochtones en milieu urbain du plein pouvoir de la gestion des services de santé. Cette solution est d'autant plus optimale qu'elle s'inscrit dans la nouvelle philosophie mise de l'avant par le gouvernement du Canada reconnaissant le droit des Autochtones à l'autonomie gouvernementale<sup>22</sup>. Une pleine autonomie gouvernementale permettrait aux

---

<sup>22</sup> Affaires indiennes et du Nord Canada, *L'autonomie gouvernementale des Autochtones* (Ottawa :, 2004), 1.

Autochtones vivant en milieu urbain d'obtenir le pouvoir de prendre les décisions en matière de politique et de programmes de santé qui les concernent et de jumeler ces programmes à d'autres initiatives qu'ils créeraient eux-mêmes, notamment dans le domaine scolaire (éducation sur les questions de la santé), qui seraient adaptés à leur culture<sup>23</sup>.

Toutefois, une question se pose : comment concrétiser l'autonomie gouvernementale? Selon Franks (2000), l'autonomie gouvernementale s'acquiert par le biais de trois processus : elle est reconnue au moyen de traités signés entre une nation autochtone et le gouvernement fédéral; elle est autorisée par la *Politique du Canada sur les revendications territoriales globales*, qui permet aux Autochtones de se réapproprier leur terre et sa gestion; et elle peut être accordée par l'entremise du transfert des responsabilités à un groupe d'individus reconnus « Autochtones » en vertu de la *Loi sur les Indiens*<sup>24</sup>. La première forme d'autonomie gouvernementale qui a conduit à la création de plusieurs gouvernements régionaux autochtones autonomes, notamment au Nunavut, au Yukon, en Colombie-Britannique et au Québec<sup>25</sup>, est

---

<sup>23</sup> Albert Levi, « Une relation à redéfinir » *Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones*, (Ottawa : 1996).

<sup>24</sup> C.E.S. Franks, « Indian Policy: Canada and the United States Compared » *Aboriginal Rights and Self-Government: The Canadian and Mexican Experience in North America Perspective*.

<sup>25</sup> Notons que le gouvernement de la Colombie-Britannique a devancé Ottawa à ce chapitre, ayant été le premier gouvernement canadien à signer une entente d'autonomie gouvernementale avec un peuple autochtone. Cette entente, signée en 1986 entre le gouvernement de la Colombie-Britannique et la bande indienne sechelte, permet à cette dernière d'assumer le plein contrôle et la responsabilité d'offrir des services sociaux et de santé aux résidents de cette communauté. Pour un complément d'information sur ce traité, nous vous invitons à lire la *Loi sur l'autonomie gouvernementale de la bande indienne sechelte, L.C. 1986, c. 27* à :

mieux connue du grand public et semble vouloir servir de modèle pour définir les canons de l'autonomie gouvernementale.

Bien que les gouvernements fédéral et provinciaux aient aussi reconnu le droit à l'autonomie gouvernementale des Autochtones vivant en milieu urbain, sa concrétisation demeure ambiguë. En principe, tout comme dans les réserves, l'autonomie gouvernementale permet aux Autochtones en milieu urbain de participer à l'élaboration de politiques, de créer et de gérer des services et des institutions qui conviennent à leurs besoins particuliers<sup>26</sup>, y compris en matière de santé. Bien qu'une plus grande autonomie ait été acquise dans plusieurs régions éloignées, la concrétisation de l'autonomie gouvernementale en milieu urbain — où résident plus de la moitié des Autochtones canadiens — représente un défi, car il est difficile de définir les bases géographiques, sociales et culturelles sur lesquelles elle s'applique.

Toutefois, plusieurs initiatives déjà en place pourraient servir de modèles, par exemple, l'*Office régional de la santé de Winnipeg*, qui a mis sur pied un service de santé autochtone. Cette direction offre aux Autochtones des services juridiques, d'interprétation et de planification de congé; elle avise les patients des services de santé qui leur sont offerts et aide les patients et leurs familles à concevoir un plan de traitement holistique. L'*Aboriginal Healing and Wellness Strategy* est un exemple important d'autonomie en matière de santé autochtone en milieu urbain qui subventionne 18 programmes. Les programmes financés par cette stratégie offrent un environnement de confiance, des lieux d'éducation culturelle et spirituelle, des approches intégrées autochtones et non autochtones en matière de santé, ainsi qu'un

environnement de déresponsabilisation, propice à la guérison<sup>27</sup>.

## Recommandations

Bien qu'il y ait plusieurs initiatives en place qui pourraient servir de modèles, la véritable autonomie gouvernementale (et non simplement la dévolution de la gestion des programmes) en milieu urbain ne se concrétisera pas dans un proche avenir. Cependant, nous ne devons pas attendre qu'elle soit totalement atteinte pour aborder le problème d'accessibilité aux soins de santé des Autochtones vivant en milieu urbain. C'est dans cette optique que nous proposons quatre recommandations qui s'inspirent des progrès réalisés, ailleurs, en termes d'autonomies gouvernementales et d'accès aux services de santé adaptés aux Autochtones.

### 1. Créer un réseau national de santé autochtone

Un réseau national de santé autochtone pourrait être mis en place en s'inspirant de ce qui existe déjà, notamment l'*Office régional de la santé de Winnipeg*, qui a mis sur pied la Direction de la santé des Autochtones. Cet organisme offre et coordonne plusieurs services techniques (interprétariat, aide au logement, transport, informations), juridiques et médicaux (traitement holistique, planification de congé). Nous croyons que les gouvernements fédéral et provinciaux doivent s'inspirer de cet exemple manitobain et travailler en collaboration afin d'élaborer un Réseau national de santé autochtone qui serait conçu et opéré par une instance autochtone. Un tel réseau permettrait non seulement aux Autochtones d'avoir accès à différents services dans chacun des centres urbains, mais aussi d'assurer la continuité des soins de santé qui leurs sont adaptés dans les différents milieux

<http://beta.canlii.org/fr/ca/legis/lois/lc-1986-c-27/derniere/lc-1986-c-27.html>.

<sup>26</sup> Robert C. Depew, *Modèles de gouvernement autochtone en milieu urbain*, (Ottawa : Affaires indiennes et du Nord Canada, 1994).

<sup>27</sup> *Aboriginal Healing and Wellness Strategy. Annual Report 2000/2001* (Toronto: Aboriginal Healing and Wellness Strategy).

urbains. L'existence de ce réseau permettrait aux Autochtones qui déménagent d'une ville à l'autre de retrouver à l'endroit de leur nouvelle résidence des structures et des services similaires à ceux qu'ils connaissent. Ils seraient donc moins désorientés et plus enclins à continuer à fréquenter les services de santé. Dans le cadre de ce réseau national, des « guichets uniques » pourraient être mis en place dans chaque centre urbain. Ces guichets accueilleraient les nouveaux venus, les accompagneraient dans leur démarche de santé et les orienteraient vers les services appropriés, lorsque ceux-ci ne sont pas offerts sur place. (Ces guichets uniques pourraient être conçus en s'inspirant des « CLS » du Québec.) Ils pourraient aussi avoir le mandat d'obtenir et de transférer les dossiers médicaux des patients aux professionnels de la santé appropriés.

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

Nous croyons que le gouvernement du Canada doit travailler en collaboration avec les gouvernements provinciaux et municipaux afin de transférer aux Autochtones en milieu urbain le plein pouvoir d'élaborer des politiques en matière de santé et de gérer les services de santé. Pour ce faire, le gouvernement fédéral pourrait s'inspirer du travail qu'il a accompli avec les gouvernements provinciaux en ce qui a trait à l'éducation francophone au Manitoba. Cet exemple d'autonomie en matière d'éducation révèle que si les gouvernements fédéral et provinciaux ont la volonté et sont prêts à travailler en collaboration pour transférer le pouvoir aux collectivités minoritaires, les résultats peuvent être positifs. À cet égard, et dans la perspective de donner aux Autochtones la pleine responsabilité en matière de santé, les gouvernements fédéral et provinciaux pourraient s'inspirer des mécanismes qui ont permis d'élaborer et de financer le transfert de compétence en terme d'éducation destinée aux Francophones. L'exemple de l'éducation est particulièrement intéressant

car il s'agit, tout comme dans le cas de la santé, d'une compétence de responsabilité provinciale, que le Manitoba et l'Ontario notamment, ont accepté de partager du fait que les Francophones, en tant que minorités de langue officielle, relèvent en quelque sorte de la « juridiction fédérale ». Cependant, la véritable autonomie gouvernementale ne peut se limiter à un seul secteur, mais doit se concrétiser simultanément dans tous les domaines (santé, éducation, développement économique, formation professionnelle, services sociaux, etc.). Cette autonomie doit donc se concrétiser par la reprise en charge par les Autochtones de toutes les institutions modernes qui influent sur leur vie. Pour cela, il faut tendre vers la mise en place de structures de gouvernance globale (et non pas de simples réserves urbaines) qui s'apparentent à celles dont jouissent les territoires autochtones autonomes. Certes, il reste à définir les bases géographiques, sociales et culturelles qui permettront aux Autochtones d'ancrer leurs actions en milieu urbain.

## ***3. Investir davantage dans la formation des professionnels de la santé***

Notre troisième recommandation rejoint l'idée proposée dans le plan d'action 2005-2015 de l'Assemblée des chefs du Manitoba, qui demande que les différents ordres de gouvernement investissent davantage dans la formation des professionnels de la santé autochtones et non autochtones<sup>28</sup>. D'une part, il faudrait mettre davantage l'accent sur la mise au point de stratégies de recrutement pour inciter les Autochtones à poursuivre des études dans le domaine de la santé. Nous croyons que des initiatives telles que l'allègement des critères d'admission, l'augmentation du nombre de places réservées aux Autochtones dans les

---

<sup>28</sup> Pour un complément d'information, veuillez consulter le document : *Manitoba First Nations Health & Wellness Strategy, A 10 Year Plan for Action 2005-2015*. Assembly of Manitoba Chiefs, Manitoba : August 2006.



programmes de formation et la création de bourses additionnelles constituent un pas dans la bonne direction. D'autre part, tous les programmes en matière de santé (médecine, travail social, psychologie, physiothérapie) doivent comporter un bloc d'enseignement sur les réalités que vivent les Autochtones sur les plans socio-économiques et de la santé et faciliter l'accès à divers stages de formation en milieu autochtone. Cet effort en matière de formation doit aller de pair avec une plus grande autonomie des Autochtones dans le domaine de l'éducation.

#### ***4. Établir des liens entre les services de santé en milieux urbains et ruraux***

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