



# Les racines de la résilience :

APLANIR LES INÉGALITÉS DANS LES COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

---

12 décembre 2013



Les racines de la résilience : aplanir les inégalités dans les communautés autochtones

Also available in English under the title: *Roots of Resilience: Overcoming Inequities in Aboriginal Communities*

ISBN : 978-0-9937151-3-6

Pour obtenir plus de renseignements ou des copies supplémentaires, veuillez communiquer avec le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé

Courriel: [CCSDH.Correspondence@phac-aspc.gc.ca](mailto:CCSDH.Correspondence@phac-aspc.gc.ca)

On peut obtenir, sur demande la présente publication en médias substitués.



# Préface

---

Le présent guide est fondé sur des travaux commandés par le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé (CCDSS), anciennement connu sous le nom de Group de référence Canadien sur les déterminants sociaux de la santé. Le CCDSS est un groupe multisectoriel qui vise à :

- conseiller l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) sur les questions ayant trait à la mise en œuvre de la *Déclaration politique de Rio sur les déterminants sociaux de la santé* (2012), y compris la planification, le suivi et la production de rapports;
- favoriser l'action sur les déterminants sociaux de la santé par le biais de ses réseaux membres et d'initiatives intersectorielles précises.

Le CCDSS comprend diverses organisations qui ont un rôle à jouer par rapport aux facteurs qui façonnent la santé. Le CCDSS regroupe également des particuliers choisis en fonction de leur connaissance et de leur expérience en matière de politiques sociales, de recherche et d'action intersectorielle sur les déterminants sociaux de la santé.

Le CCDSS remplit son mandat en exerçant diverses activités, notamment en soutenant la création ou l'adaptation de rapports et d'outils permettant de mobiliser l'action sur les déterminants sociaux de la santé.

*Les racines de la résilience : Aplanir les inégalités dans les communautés autochtones* compte parmi ces rapports.

Le Groupe de travail sur l'approche autochtone du CCDSS a fourni une orientation pour la rédaction du présent rapport, que le Conseil a commandé dans le but d'élargir les connaissances sur les facteurs sous-jacents qui influent sur la santé des Autochtones au Canada et la façon d'agir sur ces facteurs. Le Conseil a décidé qu'il valait mieux à cet égard ne pas s'attarder aux obstacles, mais présenter des communautés qui avaient réussi à les surmonter. Il espère que ce rapport facilitera le dialogue sur l'autodétermination et l'adaptation à la culture.

# CONSEIL CANADIEN DES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA SANTÉ

**KRISTA OUTHWAITE,  
COPRÉSIDENTE**

Sous-ministre déléguée,  
Agence de la santé  
publique du Canada

**PEGGY TAILLON,  
COPRÉSIDENTE**

Présidente, Conseil canadien  
de développement social

**KIMBERLY ELMSLIE  
(MEMBRE D'OFFICE)**

Sous-ministre adjointe  
intérimaire, Agence de la  
santé publique du Canada

**MICHAEL BLOOM**

Vice-président, Efficacité  
organisationnelle et  
apprentissage, Conference  
Board du Canada

**PAUL BORN**

Président, Tamarak Institute  
for Community Engagement

**ED BULLER**

Aîné

**BARBARA BYERS**

Vice-présidente exécutive,  
Congrès du travail du Canada

**CONNIE CLEMENT**

Directrice scientifique,  
Centre de collaboration  
nationale des déterminants  
de la santé

**IAN CULBERT**

Directeur général,  
Association canadienne  
de santé publique

**JEFFREY CYR**

Directeur exécutif,  
Association nationale  
des centres d'amitié

**ERICA DI RUGGIERO**

Directrice associée,  
Institut de la santé publique  
et des populations,  
Instituts de recherche  
en santé du Canada

**JOEY EDWARDH**

Directrice, Community  
Development Halton

**GERRY GALLAGHER**

Directrice exécutive  
intérimaire, Direction des  
déterminants sociaux et  
de l'intégration scientifique,  
Agence de la santé  
publique du Canada

**MARGO GREENWOOD**

Leader académique, Centre  
de collaboration nationale  
de la santé autochtone

**TREVOR HANCOCK**

Professeur et chercheur  
principal, School of Public  
Health and Social Policy,  
Université de Victoria

**JEAN HARVEY**

Directrice, Initiative sur  
la santé de la population  
canadienne Institut canadien  
d'information sur la santé

**BEN HENDERSON**

Représentant, Fédération  
canadienne des municipalités  
et conseiller municipal,  
Edmonton

**KATHY LANGLOIS**

Directrice général,  
Politique stratégique,  
planification et information,  
Direction générale de la  
santé des Premières nations  
et des Inuits, Santé Canada

**CORY NEUDORF**

Médecin hygiéniste  
en chef, Saskatoon

**HILARY PEARSON**

Présidente-directrice  
générale, Fondations  
philanthropiques Canada

**LOUISE POTVIN**

Directrice scientifique,  
Centre Léa-Roback sur  
les inégalités sociales  
de santé de Montréal

**ANDREW SACRET**

Directeur, Politiques et affaires  
publiques, Institut canadien  
des urbanistes



# Groupe de travail sur l'approche autochtone

---

**MARGO GREENWOOD  
(RESPONSABLE)**

Leader académique, Centre de collaboration nationale de la santé autochtone

**ED BULLER**

Aîné

**JEFFREY CYR**

Directeur exécutif, Association nationale des centres d'amitié

**JOEL DENIS**

Directeur intérimaire, Politiques intergouvernementales et liées aux intervenants, Agence de la Santé publique du Canada

**GERRY GALLAGHER**

Directeur général intérimaire, Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique, Agence de la santé publique du Canada (ASPC)

**TREVOR HANCOCK**

Professeur et chercheur principal, School of Public Health and Social Policy, Université de Victoria

**CORY NEUDORF**

Médecin hygiéniste en chef, Saskatoon

**ARUNA SADANA**

Directrice générale intérimaire, Politique stratégique, Planification et Information, Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

**PEGGY TAILLON**

Présidente et directrice générale, Conseil canadien de développement social

## Remerciements

Le présent rapport s'inspire des travaux réalisés pour le Conseil canadien des déterminants sociaux de la santé en 2012-2013 par Charlotte Reading, Ph.D., Professeure, School of Public Health and Social Policy et Directrice, Centre for Aboriginal Health Research, University of Victoria. Le Conseil remercie M<sup>me</sup> Reading d'avoir fourni l'ébauche de ce rapport.

Le Conseil aimerait également remercier les membres du Groupe de travail sur l'approche autochtone de l'orientation qu'il a fournie dans la rédaction de ce rapport. La contribution d'Andrea Long, analyste des politiques à la Direction des déterminants sociaux et de l'intégration scientifique de l'Agence de la santé publique du Canada, qui a révisé le texte en fonction des commentaires de divers intervenants, est aussi vivement appréciée.





# Table des matières

Résumé .....	vii
1. Introduction .....	1
2. Descriptions des communautés et des collectivités autochtones .....	4
2.1. Oujé-Bougoumou, Québec .....	4
2.2. Hollow Water, Manitoba .....	6
2.3. Entente-cadre tripartite, Colombie-Britannique .....	9
2.4. Accord d'autonomie gouvernementale de la Première Nation de Westbank .....	12
2.5. Nunavut .....	14
3. Thèmes principaux .....	18
3.1. Redonner toute leur importance aux modèles autochtones .....	18
3.2. S'attaquer aux causes profondes des inégalités .....	19
4. Répercussions .....	22
4.1. Communautés autochtones .....	22
4.2. Gouvernements .....	22
4.3. Organisations non gouvernementales .....	23
4.4. Secteur privé .....	23
4.5. Chercheurs .....	23
4.6. Population canadienne .....	24
5. Conclusion .....	25
Références .....	27







# Résumé

---

Les Autochtones du Canada vivent des inégalités importantes et persistantes qui se répercutent sur leur santé et leur bien-être social et communautaire. Des communautés et des collectivités<sup>1</sup> autochtones des diverses régions du Canada ont pris d'importantes mesures pour s'attaquer aux causes structurelles de ces inégalités en se dotant à l'échelle locale de pouvoirs accrus d'agir sur les conditions sociales, économiques, politiques et culturelles sous-jacentes.

Le présent rapport analyse les expériences de trois communautés et de deux collectivités autochtones au Canada qui, après être parvenues à une plus grande autodétermination, ont fait de ce nouveau pouvoir un instrument pour agir sur les causes structurelles de l'inégalité. Les cinq exemples sont les suivants :

- La reconnaissance juridique officielle de la communauté crie d'Oujé-Bougoumou dans le Nord québécois, assortie de la création d'une assise territoriale et du développement de structures locales qui sont adaptées aux traditions culturelles crie et favorisent leur maintien.
- La création d'un modèle efficace de justice réparatrice – le Cercle de guérison holistique – dans les communautés métisses et des Premières Nations de Hollow Water, au Manitoba. Les membres de ces communautés ont créé une approche unique en son genre pour s'attaquer à l'abus, à la violence et à d'autres problèmes, dont les causes fondamentales s'enracinent dans les expériences vécues dans les pensionnats.

- La signature de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, conclue entre le gouvernement fédéral et la province et les dirigeants des Premières Nations. Celles-ci obtiennent ainsi un plus grand pouvoir sur la gestion et la prestation des soins et des services destinés aux 203 Premières nations de la province.
- L'autonomie gouvernementale reconnue à la Première Nation Westbank, à l'extérieur de Kelowna (C.-B.). Il revient à la communauté de définir la structure, les exigences en matière de responsabilité et les pouvoirs législatifs de son gouvernement, qui doit pour sa part veiller au bien-être économique et social des membres de la communauté.
- La formation du territoire du Nunavut en tant qu'administration autonome exclusivement inuite sur les plans de la culture, des valeurs, des traditions et de la langue.

Le genre de mesures adoptées par ces communautés et ces collectivités pour favoriser l'autodétermination varie. L'une a lutté pour obtenir la reconnaissance juridique d'un territoire où rétablir une communauté, deux ont conçu et mis en œuvre de nouvelles approches fondées sur les valeurs et les traditions autochtones pour la prestation de services, tandis que deux autres ont établi des structures de gouvernement autonome officielles. Les trajectoires diffèrent, mais les mesures ont des éléments en commun : un ferme engagement de conserver les cultures et les valeurs autochtones, et la volonté de créer et d'adopter des approches différentes des modèles fournis par la société canadienne en général pour s'attaquer aux causes fondamentales de l'inégalité.

---

<sup>1</sup> Le Merriam-Webster définit la collectivité comme « le tout collectif; surtout le peuple en tant que groupe ». (Merriam-Webster, s.d.).

Les réalisations au chapitre de l'auto-détermination des communautés et collectivités décrites dans le présent rapport témoignent de la force et de la résilience des Autochtones, qui s'adaptent au besoin et innovent lorsque c'est possible. Il y a une importante conclusion à en tirer, à savoir que les communautés autochtones parviennent à l'autodétermination par des moyens très divers. Les expériences positives exposées ici peuvent inspirer d'autres communautés autochtones.

Le présent rapport fait également ressortir les rôles possibles des divers secteurs dans la création de communautés autochtones en santé ou l'aide à apporter à celles-ci. À cet égard, il est important que les divers ordres de gouvernement soutiennent la création et l'entretien des infrastructures, la formation et le maintien en poste des effectifs et l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et de services adaptés à la culture et au milieu. Pour leur part, les organismes sans but lucratif peuvent fournir de l'information,

des services de développement personnel et communautaire et l'accès à des services et réseaux de soutien, tandis que le secteur privé peut former et embaucher des Autochtones pour des emplois locaux et développer des entreprises dans les terres situées dans une réserve. Quant aux chercheurs, ils peuvent recueillir et diffuser des histoires de résilience chez les Autochtones, à titre d'inspiration pour les autres et d'exemples probants de réussite.

---

*« Une communauté résiliente est une communauté qui prend intentionnellement des mesures pour renforcer la capacité individuelle et collective de ses citoyens et de ses institutions de répondre au changement social et économique et de l'influencer » (Canadian Centre for Community Renewal, 2000, p. 5).*

---



# 1. Introduction

---

Les inégalités profondes et persistantes que vivent les Autochtones<sup>2</sup> au Canada sont bien documentées. Un lieu de résidence éloigné et situé sur des terres où les ressources naturelles sont rares ou inaccessibles, de mauvaises conditions de logement, la rareté des emplois ou des possibilités de formation et le manque d'infrastructures sont autant de facteurs en cause dans le fardeau disproportionné de la maladie (tuberculose, infection au VIH, diabète, cardiopathie), les problèmes de santé mentale (toxicomanie et alcoolisme, suicide) et les problèmes sociaux (violence, abus) (Butler-Jones, 2008). Il est en outre généralement reconnu que les structures coloniales imposées aux Autochtones ont eu des effets négatifs sur la souveraineté et la santé de ces peuples (Adelson, 2005; Backhouse, 1999; Waldram, Herring et Young, 1995).

Les peuples autochtones, les organismes communautaires et les gouvernements agissent pour aplanir ces inégalités au moyen de programmes et de services visant à favoriser l'éducation et la formation professionnelle, la santé sous divers aspects et la santé mentale, la guérison et le renforcement des capacités dans les communautés. Beaucoup de ces interventions ont des effets positifs sur le bien-être et les conditions de vie des Autochtones. Même si de telles mesures immédiates s'imposent pour améliorer les conditions, il faut toutefois s'intéresser aux causes sous-jacentes ou fondamentales de l'inégalité. Ces causes, habituellement enracinées dans des facteurs économiques,

politiques, juridiques, culturels et sociaux, sont souvent appelées déterminants structurels de la santé (CCNSA, 2012; OMS, 2007).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les déterminants structurels sont ceux qui génèrent ou amplifient une stratification au sein d'une société et définissent le statut socioéconomique d'une personne. Ces mécanismes déterminent les possibilités d'un groupe social en matière de santé en fonction de son rang dans les hiérarchies du pouvoir, du prestige et de l'accès aux ressources (Trad. libre, OMS, 2007, p. 26; voir également Singh-Manoux, Clarke et Marmot, 2002). Aplanir les inégalités en travaillant sur ces déterminants structurels profite à terme à la population, grâce à ce qu'on pourrait qualifier d'effet ascendant sur les infrastructures, les ressources, les capacités et la cohésion d'une collectivité. Ces retombées agissent à leur tour sur des facteurs qui ont une influence plus directe sur la santé, comme le revenu, l'emploi, la scolarité et le logement (Marmot et Wilkinson, 2003).

Le présent rapport décrit les expériences de trois communautés et deux collectivités autochtones qui ont agi sur les fondements structurels des inégalités vécues par leurs membres. Toutes ont cherché à modifier les conditions économiques, politiques, juridiques, culturelles et sociales en se dotant, à l'échelle locale, de pouvoirs accrus sur leurs terres, leurs ressources, leurs services et leurs structures décisionnelles.

---

<sup>2</sup> « Autochtone » est le terme établi par la *Loi constitutionnelle de 1982* pour définir les Premières nations, les Métis et les Inuits (ministère de la Justice, 1982).

En effet, elles ont pris ces importantes mesures pour parvenir à une plus grande autodétermination parce qu'elles voyaient dans celle-ci un moyen de s'attaquer aux causes structurelles de l'inégalité.

L'autodétermination désigne l'affirmation du droit des Autochtones de participer au processus décisionnel pour les questions qui concernent leur communauté et de l'établissement de rôles reconnus par l'État pour les organismes et les structures politiques autochtones (Anderson 2007; Poole 2004). Ce droit a une grande incidence sur la santé des Autochtones parce que l'autodétermination favorise l'autonomie et permet aux personnes de prendre en main leur vie et leur santé (CCNSA, 2012; voir également Cornell, 2006; Marmot, 2005). Ce faisant, elle peut compenser pour la perte d'autonomie résultant du colonialisme (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996). Les études révèlent qu'une plus grande autodétermination a des effets positifs sur la santé et le bien-être social des populations autochtones et peut susciter un développement économique apte à diminuer la pauvreté et à améliorer d'autres conditions sociales défavorables pour la santé (Chandler et Lalonde, 1998; Cornell et Kalt, 1989; Ladner, 2009; Nelson, 2012; O'Neil, 2004; Commission royale sur les peuples autochtones, 1996; Webster, 2009).

Les activités de cinq communautés et collectivités sont décrites dans le présent rapport :

- La reconnaissance officielle et le développement de la communauté crie d'Oujé-Bougoumou, dans le Nord du Québec
- La création d'un modèle de justice réparatrice dans les communautés métisses et des Premières Nations de Hollow Water, au Manitoba

- La signature de l'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations dans cette province
- L'obtention de l'autonomie gouvernementale par la Première Nation de Westbank, en Colombie-Britannique
- La formation du territoire du Nunavut en tant qu'administration autonome

Ces activités illustrent certains des moyens pris par des Autochtones pour parvenir à l'autodétermination. Les Cris d'Oujé-Bougoumou ont repris le pouvoir sur leur terre et leurs ressources pour favoriser le développement de leur communauté, tandis que la Première Nation de Westbank et les Inuits du Nunavut ont créé des structures de gouvernance officielles. Les communautés métisses et des Premières Nations de Hollow Water, au Manitoba, ont pour leur part conçu de nouveaux modèles de prise en charge et de prestation de services à leurs membres. Pour chacun des cas décrits, les expériences historiques ayant contribué au choix de l'approche utilisée pour atteindre l'autodétermination sont brièvement exposées. Les réussites de chaque groupe ainsi que les défis et les obstacles qu'il a rencontrés sont également présentés, en s'attachant à la façon dont les divers facteurs d'ordre structurel ont influé sur le contexte économique, politique, juridique, culturel et social.

Les communautés et les collectivités présentées ont été choisies de manière à illustrer la diversité des peuples autochtones, géographiquement et culturellement, ainsi que la diversité des moyens pris pour favoriser l'autodétermination. Les critères de sélection comprenaient la région (Est, Nord, Centre, Pacifique); le groupe autochtone (Premières Nations, Inuits, Métis); l'aspect ou les aspects de la santé en cause (physique, spirituelle, mentale ou émotionnelle);

et le choix des moyens (reconnaissance juridique, gouvernance, conception de système ou de processus autochtones).

La section 2 présente une description des cinq communautés ou collectivités qui font l'objet du présent rapport. Les thèmes communs qui ressortent de leurs expériences sont présentés à la section 3.

La section 4 pour sa part montre les vastes répercussions de ces expériences sur l'autodétermination des peuples autochtones.



## 2. Descriptions des communautés et des collectivités autochtones

---

### 2.1 OUJÉ-BOUGOUMOU (QUÉBEC)

<http://www.ouje.ca/content/index.php>

La communauté crie d'Oujé-Bougoumou vit à environ 60 kilomètres à l'ouest de Chibougamau, au Québec. Elle compte quelque 725 habitants (Statistique Canada 2011). L'âge médian de sa population est de 24,2 ans. La langue ancestrale est parlée par 91 % de la population. La majorité des personnes de plus de 15 ans sont sur le marché du travail et le taux d'emploi est de 55,7 %. Le revenu médian s'élève à 20 000 \$, dont 80 % provient d'un revenu d'emploi. Cinquante-deux pour cent des adultes ont un diplôme d'études secondaires, professionnelles, collégiales ou universitaires (Statistique Canada 2006).

#### OBSTACLES À L'ÉQUITÉ

Les Oujé-Bougoumou étaient l'une des neuf bandes crie qui habitaient le Nord québécois. Au cours de la seconde moitié du 20<sup>e</sup> siècle, leurs terres ont de plus en plus été convoitées par les industries forestières et minières et les services publics d'électricité provinciaux (Hydro-Québec). Ces industries prélevaient les ressources naturelles des terres autochtones ancestrales, mais comme le gouvernement fédéral n'avait reconnu officiellement aucun territoire aux Cris et aux Inuits, ceux-ci n'ont reçu aucune compensation (Bosum, 2001; Patrick et Armitage, 2001). De fait, les promoteurs à la recherche des ressources ont imposé aux Cris d'Oujé-Bougoumou sept relocalisations de 1920 à 1970. Le peuple s'en est trouvé dépossédé et les Oujé-

Bougoumou ont été considérés comme des « squatters » sur leurs propres terres. Ils se sont dispersés et ont vécu dans de petits campements installés loin des ressources naturelles qui avaient autrefois assuré leur subsistance. (Bosum, 2001; Goddard, 1994).

Matthew Coon Come décrit parfaitement la perte de bien-être physique, émotionnel, mental, spirituel et social qui s'en est suivie pour les Oujé-Bougoumou :

---

*« Il n'est pas nécessaire d'être Autochtone pour comprendre que le fait d'avoir été dépossédés de notre statut juridique ou de nos droits fondamentaux est une des causes fondamentales de notre situation défavorable sur le plan social et celui du développement. ... Nous avons découvert que notre mode de vie, notre économie, notre rapport à la terre, notre système de connaissance et nos modes de gouvernance sont interdépendants et forment un tout. Enlevez-nous notre terre et vous détruisez tout. Il reste le désordre social, le suicide, la maladie et la violence à l'état épidémique ainsi que le désespoir »*  
(Trad. libre, Blaser, Feit et McRae, 2004).

---

#### SURMONTER LES OBSTACLES

L'année 1995 marque la signature de la Convention de la Baie-James et du Nord québécois. Cette reconnaissance des droits territoriaux des Inuits et des Cris du Québec a incité les Cris d'Oujé-Bougoumou

à régulariser leur statut de bande et à réclamer une indemnisation gouvernementale pour le prélèvement des ressources naturelles sur leurs terres ancestrales. Cette reconnaissance des administrations provinciale et fédérale a été obtenue par les Cris au prix de dix années d'efforts soutenus et collectifs de membres de la communauté d'Oujé-Bougoumou, qui a dû prouver la légitimité de ses revendications territoriales en documentant l'histoire de sa communauté (Bosum, 2001).

Après plusieurs années de négociations, le gouvernement du Québec a convenu, en 1989, de financer (à hauteur de 25 M\$) la construction d'un nouveau village, d'établir des programmes économiques et sociaux pour les membres et d'accorder à la communauté des pouvoirs limités sur une portion du territoire des Cris d'Oujé-Bougoumou (Bosum, 2001). Trois ans plus tard, le village des Oujé-Bougoumou a été officiellement reconnu en tant que neuvième village cri en vertu de la Convention de la Baie James, doté de droits exclusifs au chapitre des services sur 167 kilomètres carrés. Un financement de 50 M\$ du gouvernement a été alloué en vertu d'une entente entre les cris d'Oujé-Bougoumou et le Canada (Patrick et Armitage, 2001).

Pendant le travail de conception, l'architecte autochtone Douglas J. Cardinal et son équipe ont demandé l'avis de tous les membres de la communauté. Les objectifs qui ont guidé leur travail étaient que le village devait témoigner de la culture crie et du type d'habitation qui lui est propre, et présenter les caractéristiques essentielles des valeurs, de la conception du monde et des traditions cries. Établi sur une élévation, au bord du Lac Opémisca, le village a été construit en cercles concentriques au cœur desquels se trouvent un lieu de rencontre et des édifices publics. Dans les

cercles extérieurs, on retrouve un centre jeunesse, une école et des résidences pour les enseignants, les infirmières et les aînés, ainsi que des résidences personnelles et des aires publiques (Stevens & Reid Acland, 1999).

En 1995, soit seulement trois ans après la construction, les Nations-Unies ont décerné aux Cris d'Oujé-Bougoumou le prix « Citoyen du monde », qui souligne l'excellence en environnement et développement durable. La communauté a également été honorée pour son système novateur de chauffage des maisons et des édifices, qui consiste en une chaudière centrale qui brûle les résidus d'une scierie et distribue la chaleur au moyen de tuyaux souterrains. Les Cris d'Oujé-Bougoumou ont également mis sur pied un programme d'habitation dans le cadre duquel une partie de l'argent versé pour le loyer peut servir à l'achat futur d'une maison. Pour réduire le prix d'achat, les résidents peuvent également travailler bénévolement à la construction de leur maison (Stevens et Reid Acland, 1999).

Les activités de développement économique entreprises par la communauté connaissent du succès dans le secteur des services, de la foresterie durable et du tourisme culturel. Une réussite toute particulière est celle des activités touristiques : visites guidées culturelles et du village, excursion en motoneige et en traîneaux à chiens, soirées dans le village culturel cri, mini pow-wows et autres activités culturelles. Il y a aussi des projets en préparation : sylviculture et transformation du bois durables<sup>3</sup>; culture en serres chauffées avec la chaleur résiduelle de la chaudière communautaire; musée; motel; restaurant (site Web de la communauté d'Oujé-Bougoumou).

---

<sup>3</sup> La sylviculture se définit comme la maîtrise de l'établissement, de la croissance, de la composition, de la santé et de la qualité des forêts assurée en fonction de divers besoins et de diverses valeurs (Nyland, 2002).



## DÉFIS

Depuis sa création, la communauté d'Oujé-Bougoumou affiche d'importantes réussites au plan de la revitalisation de la langue, la cohésion communautaire, les rapports entre parents et enseignants, le développement économique ainsi que la diminution du vandalisme et de l'alcoolisme. Toutefois, la quête pour la reconnaissance en tant que bande et la restitution de son territoire traditionnel a comporté de nombreux défis. Dans ses efforts pour négocier le versement d'indemnités pour l'exploitation minière et forestière avec les gouvernements du Québec et du Canada, le fait de ne pas avoir le statut de bande a grandement compliqué les négociations.

La Convention de la Baie James et du Nord québécois a elle-même créé des défis, car tout en préservant certains droits (chasse, pêche, trappage), elle en abolissait d'autres, comme le droit à de futures revendications territoriales (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, s.d.). Malgré les nombreuses difficultés rencontrées au fil des ans, en novembre 2011, grâce à une modification de la Convention de la Baie James, la communauté d'Oujé-Bougoumou a été officiellement reconnue dans l'entente (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada, 2011).

## 2.2 HOLLOW WATER, MANITOBA

Les communautés métisses Manigotagan, Ahbaming et Seymourville ainsi que la Première Nation de Hollow Water sont situées à 150 milles (241 kilomètres) au nord-est de Winnipeg (Manitoba). Ces quatre communautés constituent ce qui est communément appelé la région de Hollow Water, qui regroupe environ 1 000 habitants. La Première Nation de Hollow Water comprend 600 membres.

La moitié de sa population a moins de 15 ans et la langue ancestrale est parlée par 23 % des membres. À peine un peu plus de la moitié des adultes participent au marché du travail. Le taux d'emploi est de 38 % et le revenu médian de 10 800 \$, dont 73 % est un revenu d'emploi. Sur les 365 adultes de plus de 15 ans, 35 % ont fait des études secondaires, professionnelles, collégiales ou universitaires (Statistique Canada, 2006a).

## OBSTACLES À L'ÉQUITÉ

Comme les membres d'autres communautés autochtones au Canada, ceux de Hollow Water ont subi la colonisation par des Européens, l'imposition de la *Loi sur les Indiens* et les abus physiques, sexuels et émotionnels dont ont été victimes les enfants envoyés de force dans les pensionnats. Une des conséquences de ce traumatisme historique est le fait que dès les années 60, la communauté affichait des taux élevés d'alcoolisme et de victimisation sexuelle (Collection sur les Autochtones, 1997).

Comme beaucoup d'autres Autochtones et non-autochtones, les habitants de Hollow Water comprenaient mal le traumatisme personnel à long terme associé à l'abus sexuel. La plupart (y compris les victimes) soit refusaient d'admettre l'existence d'abus sexuels, soit en niaient l'ampleur (Bushie, 1999). Pendant ce temps, les agresseurs condamnés par le système judiciaire canadien se voyaient infliger de longues peines d'emprisonnement (de deux à cinq ans) pendant lesquelles ils étaient séparés de leur famille. Souvent, ils n'étaient pas encouragés à réintégrer la communauté, de sorte qu'ils étaient privés de ce qui, dans leurs valeurs, leurs traditions ou leur spiritualité, aurait pu les guérir. En plus de ne pas réhabiliter ni intégrer les agresseurs, l'approche classique d'incarcération ne tient pas compte du besoin de guérison de la victime



ni du besoin collectif de la communauté où des générations ont été victimes d'abus sexuels (Couture, Parker, Couture et Laboucane, 2001).

## SURMONTER LES OBSTACLES

---

*Dans les années 80, quelques-uns d'entre nous ont décidé de devenir sobres... Au début, nous nous disions que l'alcoolisme était le problème, que la négligence envers les enfants était le problème, que le décrochage scolaire était le problème. Plus nous en apprenions sur nous-mêmes, plus nous en apprenions sur notre communauté. Ce fut une période prodigieuse, où nous sommes allés en profondeur. Nous avons alors commencé à aborder la question de l'abus sexuel (Bushie 1999).*

---

En 1984, une équipe de ressources a été mise sur pied pour s'occuper de guérison et de développement dans les quatre communautés de Hollow Water. L'équipe était composée de dirigeants politiques, des prestataires de services d'organismes locaux ainsi que d'un grand nombre de bénévoles des communautés. Cette équipe a créé le Programme du cercle de guérison holistique, à la demande des membres de la communauté qui voulaient que leurs problèmes soient réglés dans un contexte autochtone (Solliciteur général du Canada et Fondation autochtone de guérison, 2002). Le programme, reposant sur la conception holistique du monde des Anishinabes et du Cercle du mieux-être des Esketemc (Lac Alkalie), s'est tout d'abord attaqué à l'alcoolisme et à la toxicomanie, au chômage et à l'éducation culturelle des jeunes. Mais il est rapidement apparu que les causes fondamentales de ces problèmes étaient profondément enracinées dans une histoire

collective de traumatisme sexuel. L'équipe de ressources a commencé à analyser l'étendue de ce traumatisme et à chercher comment la philosophie du *Pimadaziwin* (la vie dans tout son sens, pour la famille de la personne) pouvait rétablir le bien-être, l'équilibre et l'harmonie dans la communauté (Bushie, 1999).

Le Pimadaziwin passe par la coopération et un comportement social acceptable. Sa pratique prévient les conduites socialement inacceptables ou qui ont un effet perturbateur sur la société, comme le refus de l'hospitalité, l'avarice, la mesquinerie et, particulièrement, la raillerie (Hallowell, 1955, p. 121). La justice ojibwé vise à rétablir l'équilibre relationnel et à amener l'agresseur à reconnaître sa culpabilité devant toute la communauté. L'équipe du Cercle de guérison holistique avait proposé de remplacer l'approche occidentale par une approche plus globale ayant pour objectif la guérison collective et associant valeurs traditionnelles ojibwé et la responsabilité à l'égard de la collectivité. Tous les membres touchés de la communauté peuvent ainsi faire partie des cercles de guérison et de sentence, conformément à la croyance voulant que la pensée et l'action collective contribuent à la guérison et à la prise en main. L'approche privilégie le respect et la compassion, non seulement envers les victimes, mais aussi envers les agresseurs et les familles de ceux-ci, ainsi qu'envers les membres touchés de la communauté. Elle vise également à rétablir l'équilibre et à créer pour les enfants et leurs familles des milieux solidaires, sécuritaires et sains (Bushie, 1999).

L'équipe du Cercle de guérison holistique envisageait une guérison collective par l'intégration du programme dans divers secteurs comme l'enseignement, le bien-être des enfants, la santé mentale et le système de

justice criminelle (Bushie, 1999). Les travailleurs du Cercle ont entrepris une multitude d'activités. Ils ont notamment effectué des évaluations donnant suite aux divulgations d'abus sexuels, soutenu et conseillé les victimes et leurs proches, sensibilisé les victimes et les agresseurs et assuré le suivi avec les professionnels et prestataires de services compétents ainsi qu'avec le système judiciaire. Pour protéger les victimes d'abus sexuels, le processus en 13 étapes du programme prévoit la participation volontaire de l'agresseur (au lieu d'une sentence officielle), la préparation de toute la famille et de tous les membres touchés de la communauté, un cercle de guérison en 10 étapes, un contrat de guérison, ainsi qu'une cérémonie de purification et un cercle de sentence (Solliciteur général du Canada et Fondation autochtone de guérison, 2002).

En moins d'une génération, le programme CHCH est devenu un modèle reconnu en matière de justice réparatrice chez les Autochtones du Manitoba et du Canada. En plus des économies qu'entraîne pour le système juridique l'évitement des actions en justice et des incarcérations traditionnelles, le programme procure des avantages considérables et évidents : amélioration des perceptions concernant l'unité, la responsabilisation et la sûreté des communautés, taux exceptionnellement faibles de récidive en matière de violence sexuelle, améliorations sur les plans de l'achèvement des études, de la cohésion familiale et du bien-être communautaire ainsi que baisse des taux d'alcoolisme (Couture, Parker, Couture et Laboucane, 2001). Les citations qui suivent, provenant de membres des communautés, font état de changements progressifs observés dans les relations au sein de celles-ci (Couture, Parker, Couture et Laboucane, 2001).

---

« *Il y a avait beaucoup d'alcoolisme dans la communauté... beaucoup de violence, de violence sexuelle... Tout ça était caché. Personne n'en parlait.* » [Traduction] (1986)

« *Graduellement, nous avons pris conscience de nos besoins et de ce qui se passait. Nous avons suivi de la formation et cela nous a aidés.* » [Traduction] (1995)

« *Les gens sont plus gentils maintenant. Ils vous rendront service sans attendre d'argent en retour. Il n'y a presque plus jamais de fêtes chez les gens.* » [Traduction] (2000)

---

## DÉFIS

En moyenne, cinq années sont nécessaires pour réaliser le processus complet du programme CHCH et bon nombre d'agresseurs ne terminent pas leur démarche de guérison. L'ajout de ressources pour réaliser cette importante intervention pourrait permettre d'éliminer cet obstacle et de mieux appuyer le programme et ses intervenants (Collection sur les Autochtones, 1997).

En raison de la croissance rapide de la population de Hollow Water, les intervenants du programme CHCH sont très sollicités. Des problèmes de financement pour soutenir l'infrastructure et élargir les services offerts dans le cadre du programme, particulièrement ceux destinés aux jeunes contrevenants, compliquent encore davantage cette situation. Malgré le succès retentissant du programme, d'autres investissements dans la formation sont nécessaires pour réaliser pleinement le potentiel des initiatives de justice réparatrice dans les communautés autochtones. Les solutions de rechange au

système judiciaire demeurent controversées, notamment en ce qui concerne les droits des victimes (Solliciteur général Canada et Fondation autochtone de guérison, 2002). On ignore si le système judiciaire actuel finira par adopter pleinement le concept de justice réparatrice et par le considérer autrement que comme un supplément au processus actuel d’incarcération, lequel semble avoir peu d’effet sur la récidive (Nunes et coll., 2007).

### 2.3 ENTENTE-CADRE TRIPARTITE, COLOMBIE-BRITANNIQUE

[http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/\\_2012/2012-194bk-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/ahc-asc/media/nr-cp/_2012/2012-194bk-fra.php)

<http://www.pnwbha.org/wp-content/uploads/2011/10/Tripartite-Agreement.pdf>

<http://www.fnhc.ca/>

La Colombie-Britannique (C.-B.) est le territoire ancestral de 203 Premières Nations qui regroupent près de 130 000 personnes; l’âge médian de cette population est de 28 ans et 13 % de celle-ci parle la langue ancestrale. Chez les 25 à 64 ans, 65 % ont terminé des études secondaires, professionnelles, collégiales ou universitaires, et 75 % participent au marché du travail, le taux de chômage s’élevant à 18 %. Le revenu médian est de 22 600 \$ (Statistique Canada, 2006b).

#### OBSTACLES À L’ÉQUITÉ

Comme de nombreux peuples autochtones du Canada, les Premières Nations de la C.-B. connaissent des inégalités socio-économiques et politiques qui entraînent un fardeau disproportionné de mauvaise santé (Adelson, 2005; Anand et coll., 2001; Conseil de gestion de la Première Nation, 2005). L’origine de ces inégalités a été associée aux structures et aux systèmes coloniaux, qui continuent de désavantager la plupart des peuples

autochtones du Canada (Harper, 2008; Tait, 2003; Travers, 1995; Waldram, Herring et Young, 1995). Les données probantes démontrent clairement que les stratégies visant à réduire l’écart entre l’état de santé des membres des Premières Nations et celui des autres Britanno-Colombiens doivent inclure l’autodétermination. En fait, des chercheurs ont établi une relation claire entre la santé des peuples autochtones et le niveau de contrôle des communautés à l’égard des programmes, des processus et des événements qui les concernent (Ladner, 2009; O’Neil, 2004; Webster, 2009).

Au Canada, les Premières Nations obtiennent des soins de santé par l’entremise d’un mélange complexe de services financés par les gouvernements fédéral et provinciaux, y compris une vaste gamme de programmes et de services offerts dans les réserves et à l’extérieur de celles-ci. L’administration et la prestation des services de santé assurés relèvent de chaque province ou territoire, selon les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*. Les provinces et territoires financent ces services avec l’aide du gouvernement fédéral fournie sous forme de transferts financiers. Aux termes de la *Loi canadienne sur la santé*, les services de santé assurés sont les « services hospitaliers, médicaux ou de chirurgie dentaire fournis aux assurés » (gouvernement du Canada, 1984). Comme la plupart des autres résidents des provinces et territoires, les membres des Premières Nations qui vivent dans les réserves ou à l’extérieur de celles-ci sont des « assurés » couverts par le programme public d’assurance-maladie.

En plus des services de santé assurés, les provinces et territoires peuvent fournir à certains groupes des prestations, des programmes et des services supplémentaires

en santé qui ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Ceux-ci peuvent comprendre le remboursement des médicaments sur ordonnance et la prestation de services de soins de santé à domicile. Le niveau et l'étendue de la couverture des prestations et des services supplémentaires varient d'une administration (provinciale ou territoriale) à l'autre. Habituellement, ceux-ci ne sont pas offerts aux membres des Premières Nations vivant dans une réserve (gouvernement du Canada, 1984).

Santé Canada fournit certains services de santé et programmes de santé communautaire directement aux membres de Premières Nations vivant dans une réserve. La plupart du temps, il finance des services qui sont fournis par des organismes des Premières Nations. Le Ministère offre aussi le Programme des services de santé non assurés qui permet d'offrir divers services dentaires, oculaires et pharmaceutiques ainsi que des services de transport pour raison médicale aux membres des Premières Nations inscrits et aux Inuits reconnus, peu importe leur lieu de résidence. Les services de transport pour raison médicale aident les membres des Premières Nations qui vivent dans des réserves éloignées d'avoir accès à des services de santé provinciaux offerts à l'extérieur des réserves.

En 1998, le gouvernement fédéral a mis en œuvre la Politique de transfert des services de santé aux Premières Nations qui visent à permettre aux bandes des Premières Nations et aux conseils tribaux de gérer et de dispenser les programmes de santé communautaires fournis auparavant par Santé Canada. Depuis la mise en œuvre de cette politique, de nombreuses communautés des Premières Nations ont exercé une responsabilité beaucoup plus grande dans la conception

des programmes, l'organisation des services et l'allocation des fonds selon les priorités de la communauté en matière de santé (Conseil de la santé des Premières Nations, 2011).

Il existe depuis longtemps des désaccords entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux au sujet de la portée et des limites de leurs champs de compétence en ce qui a trait à la santé des Premières Nations, plus particulièrement relativement aux services de santé qui ne sont pas visés par la *Loi canadienne sur la santé*. Ainsi, il n'est pas toujours facile au premier abord, de distinguer les services qui sont financés par le gouvernement fédéral de ceux qui sont financés par les provinces et territoires. Les membres des Premières Nations qui souhaitent obtenir des soins peuvent se retrouver coincés dans des conflits de compétence ou des retards procéduraux qui les privent d'un accès équitable aux programmes et aux services de santé (Conseil de la santé des Premières Nations, 2011).

### **SURMONTER LES OBSTACLES**

Tel qu'il a été indiqué précédemment, dans les années 1980, le gouvernement fédéral a offert aux Premières Nations la possibilité d'assumer certaines responsabilités liées à l'administration des soins de santé par un processus appelé transfert en santé. C'est en C.-B. que le pourcentage de communautés des Premières Nations ayant choisi d'accroître leur contrôle sur les programmes et services de santé est le plus élevé au Canada. En effet, plus de 80 % des 203 Premières Nations de la C.-B. reçoivent une certaine forme de transfert (Conseil de la santé des Premières Nations, 2011).

L'Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières Nations, qui a été signé

en octobre 2011, est le premier du genre au Canada. Il s'agit d'une entente de 10 ans entre Santé Canada, le ministère de la Santé de la province et la First Nations Health Society, qui permet aux Premières Nations de la C.-B. de prendre en charge les services de santé financés par le gouvernement fédéral par la création d'une autorité sanitaire des Premières Nations. L'objectif général de l'entente correspond à « l'objectif commun visant à améliorer la santé et le bien-être des personnes et des collectivités des Premières Nations en Colombie-Britannique [...] en s'assurant que les Premières Nations de la C.-B. participent pleinement à l'exécution de programmes et à la prestation de services liés à la santé ainsi qu'à la prise de décisions sur la santé de leurs membres en Colombie-Britannique » (Gouvernement du Canada, 2011, p. 8).

En tenant compte des augmentations de coûts annuelles, le gouvernement fédéral transférera environ 380 millions de dollars par année à la nouvelle autorité sanitaire des Premières Nations. Le gouvernement de la C.-B. versera 83,5 millions supplémentaires par année. Ces chiffres correspondent aux dépenses fédérales et provinciales actuelles et prévues pour les programmes et services de santé destinés aux Premières Nations et ne constituent donc pas une augmentation des dépenses (gouvernement du Canada, 2011).

L'Accord vise à créer une nouvelle structure de gouvernance et de prestation des services de santé destinés aux Premières Nations, structure qui intègre les systèmes de santé autochtones et non autochtones, et dans le cadre de laquelle la conception, la prestation et l'administration des services effectuées à l'échelle régionale permettent de répondre aux besoins des Premières Nations de la C.-B. en matière de soins de santé. Visant

à améliorer « la qualité, l'accessibilité, la prestation, l'efficacité et le caractère culturel adéquat des programmes et des services de soins de santé pour les Premières Nations » (gouvernement du Canada, 2011, p. 5), ce nouveau modèle de gouvernance reconnaît l'importance des déterminants sociaux de la santé et prévoit la participation des Premières Nations de la C.-B. à l'élaboration, à la prestation et à la direction des programmes et des services de santé. En plus d'accroître le contrôle des Premières Nations sur les services de santé, la nouvelle structure tiendra compte des perspectives culturelles et des modèles de bien-être des Premières Nations de la C.-B. Cet aspect est particulièrement pertinent pour les membres des Premières Nations qui se retrouvent souvent dans des milieux de soins qu'ils perçoivent comme non respectueux de leurs valeurs culturelles (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 2009).

La nouvelle structure de gouvernance créée dans le cadre de l'Accord comprend quatre composantes :

- (i) l'autorité sanitaire des Premières Nations responsable de l'élaboration, de la direction, de la prestation et du financement des programmes de santé;
- (ii) le Comité tripartite sur la santé des Premières Nations, qui dirige et appuie la préparation et la prestation des services entre l'autorité sanitaire des Premières Nations, les autres autorités sanitaires régionales et le ministère de la Santé de la C.-B.;
- (iii) la First Nations Health Directors Association (Association des directeurs de la santé des Premières Nations) qui représente les directeurs de la santé œuvrant dans les



communautés des Premières Nations de la C.-B. et qui fournit des conseils sur la planification des programmes, la recherche en santé et l'élaboration des politiques;

- (iv) le Conseil de la santé des Premières Nations, qui indique la voie à suivre et fournit du soutien concernant la mise en œuvre des engagements prévus par l'Accord (Conseil de la santé des Premières Nations, 2011).

## DÉFIS

À l'origine, lorsque l'idée des transferts en santé a été présentée aux Premières Nations du Canada, certaines communautés étaient préoccupées par les conséquences à long terme d'une telle entente. Chez certaines, elle a suscité l'inquiétude que l'accord constitue une première étape vers le transfert aux provinces des services de santé destinés aux Premières Nations. Toutefois, bon nombre des Premières Nations parlent maintenant avec fierté des réalisations accomplies dans le cadre des ententes de transfert, même si elles doivent toujours faire face aux fardeaux associés au sous-financement et à la reddition de comptes (Vogel, 2011).

La nouvelle autorité sanitaire des Premières Nations assumera beaucoup de fonctions du bureau régional de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada et devrait laisser les communautés s'occuper de la plupart des questions locales. De la même façon, les mesures prises pour intégrer les services de santé très variés des 203 communautés au sein d'une seule autorité sanitaire présentent des défis. Parmi les questions importantes à cet égard, mentionnons l'établissement des relations et les négociations connexes entre l'autorité sanitaire des Premières Nations et les autorités sanitaires régionales

existantes, lesquelles vont continuer de jouer un rôle important dans la prestation des services de soins de santé primaires aux membres des Premières Nations de la C.-B. (Conseil de la santé des Premières Nations, 2011; Vogel, 2011).

## 2.4 ACCORD D'AUTONOMIE GOUVERNEMENTALE DE LA PREMIÈRE NATION DE WESTBANK

<http://laws-lois.justice.gc.ca/PDF/W-6.2.pdf>

<http://www.wfn.ca/black-bear/photogallery.htm>

Située sur la rive ouest du Lac Okanagan près de Kelowna (C.-B.), la Première Nation de Westbank compte environ 6 200 personnes, dont 600 sont membres de la bande. Sept pour cent des membres de la bande parlent la langue ancestrale. Le taux de participation au marché du travail au sein de la communauté est de 71 % et le taux d'emploi, de 65 %. Le revenu médian s'élève à 18 000 \$, dont 79 % proviennent d'un salaire. Soixante-dix pour cent des 15 ans et plus ont obtenu un diplôme d'études secondaires, professionnelles, collégiales ou universitaires (Statistique Canada, 2006c).

## OBSTACLES À L'ÉQUITÉ

Avant d'entrer en contact avec les Européens, les premiers peuples de la C.-B. assuraient la santé de leur famille et de leur communauté grâce au gibier, aux poissons et fruits de mer ainsi qu'aux plantes sauvages. Les premiers Européens qui ont colonisé la province ont graduellement empiété sur les territoires traditionnels et restreint les pratiques autochtones de chasse et de cueillette. Par la suite, les peuples autochtones ont été forcés de déménager loin de leurs terres ancestrales et dans des réserves où l'accès aux aliments traditionnels était restreint ou

inexistant, ce qui a diminué leur capacité de répondre à leurs besoins de base ou de préserver leur santé (Adelson, 2005; Waldram, Herring et Young, 1995).

Tout au long de l'histoire canadienne, beaucoup de politiques gouvernementales ont restreint la participation significative des membres des Premières Nations à la grande économie de marché et ont nui aux possibilités de développement économique au sein des communautés des Premières Nations (Backhouse, 1999; Commission royale sur les peuples autochtones, 1996; Weaver, 1981). Bien que la *Loi sur les Indiens* continue de régir la plupart des aspects de la vie des membres des Premières Nations, au fil du temps, bon nombre de dispositions qui violaient leurs droits civils en ont été retirées. En 1988, la *Loi* a été modifiée pour accroître l'accès aux revenus des bandes par la taxation des terres des réserves et permettre aux personnes de détenir des hypothèques dans les réserves (Makarenko, 2008; Weaver, 1981).

### **SURMONTER LES OBSTACLES**

En 2005, le gouvernement de la C.-B. a annoncé l'établissement d'une « nouvelle relation » avec les Premières Nations, reconnaissant que « les relations historiques entre la Couronne et les Autochtones en C.-B. avaient causé les disparités socioéconomiques actuelles entre les Autochtones et les autres Britanno-Colombiens » [traduction libre] (gouvernement de la C.-B., ministère des Relations et de la Réconciliation avec les Autochtones, 2010, p. 4). À la même époque, le gouvernement fédéral, le gouvernement provincial et le Conseil des leaders des Premières Nations ont signé l'Accord de transformation pour le changement, dont le but était de favoriser le bien-être social et économique des membres des Premières Nations par la reconnaissance de droits conférés

par traité, un engagement politique transparent et des accommodements culturels (Conseil des leaders des Premières Nations et ministère du Développement économique, 2008).

La Première Nation de Westbank a été l'une des premières communautés du Canada à obtenir l'autonomie gouvernementale. Établie conformément à la Politique sur le droit inhérent à l'autonomie gouvernementale du gouvernement fédéral et à l'article 35 de la Constitution canadienne, et adoptée par le Parlement en mai 2004, la *Loi sur l'autonomie gouvernementale de la première nation de Westbank* a permis de transférer des responsabilités politiques et financières du gouvernement fédéral à celui de Westbank (Affaires autochtones et Développement du Nord Canada). La communauté détermine la structure, la responsabilité et les compétences législatives de son gouvernement, lequel est responsable de la stabilité économique et politique de la communauté ainsi que de la prestation des programmes et des services à ses membres. La *Loi* a aussi permis à la Première Nation de Westbank d'établir des partenariats avec d'autres gouvernements et des entreprises pour la gestion des ressources naturelles, humaines et économiques. Jusqu'à maintenant, plus de 20 lois ont été adoptées en matière de droits matrimoniaux et de propriété, de langue et de culture, de gestion des ressources, d'environnement, de gestion des terres et de taxation et celles-ci ont contribué aux progrès et à la prospérité des membres de la communauté.

Actuellement, plus de 8 000 non-Autochtones louent des terrains résidentiels à la communauté de Westbank. L'administration de Westbank a établi et maintenu des relations positives avec les membres et les non-membres de la bande ainsi qu'avec

les communautés non-autochtones des environs. Un conseil consultatif composé de cinq membres se réunit tous les mois pour défendre les intérêts des résidents membres et non membres et des autres intervenants ainsi que pour présenter leurs points de vue sur les décisions qui les concernent directement. En 2011, la valeur d'évaluation des propriétés de la Première Nation de Westbank atteignait plus d'un milliard de dollars. La communauté offre une vaste gamme de services et de programmes éducatifs, de santé et de développement social fondés sur les traditions du peuple Okanagan, y compris le respect des aînés, de l'environnement et des générations futures (site Web de la Première Nation de Westbank).

## DÉFIS

La création d'un modèle de gouvernance transparent et équitable a nécessité la mobilisation d'une quantité importante de ressources humaines et financières ainsi que le soutien et la participation des membres de la communauté de Westbank. Cela est particulièrement vrai lorsqu'il faut faire respecter des règlements et des lois qui, dans une communauté tissée serrée, peuvent soulever des interrogations sur les plans de la clarté et de la justice. L'engagement de Westbank en matière de justice a permis d'établir la confiance envers la nouvelle administration et de démontrer que « les règles seront respectées et que les membres seront traités de manière équitable » (Centre national de la gouvernance des Premières Nations, 2012).

Le contrôle et l'utilisation des ressources naturelles par la communauté de Westbank jouent un rôle essentiel dans la réussite de la plupart des initiatives de développement économique, mais il faut franchir un certain

nombre d'obstacles importants avant de récolter les retombées de ces initiatives. Par exemple, des inégalités en matière de ressources financières et humaines ont désavantagé Westbank dans les négociations visant à établir les ententes de partage des revenus et des bénéfices liés aux ressources renouvelables et non renouvelables. De la même façon, en raison d'un manque de ressources financières et humaines adéquates, le coût et les échéanciers associés aux approbations réglementaires, aux évaluations environnementales et aux processus d'approbation pour les promoteurs externes peuvent présenter des défis (Conseil des leaders des Premières Nations et ministère du Développement économique, 2008).

L'un des défis les plus importants que doit relever Westbank est de développer la capacité d'établir des partenariats justes et équitables avec le secteur privé. L'expertise en matière d'élaboration de modèles de gouvernance d'entreprise est limitée, tout comme les ressources pour concevoir et mettre en œuvre des activités de développement économique. Compte tenu du faible nombre de sources conventionnelles de capitaux et des obstacles à la communication avec les investisseurs et partenaires potentiels, les Premières Nations telles que celle de Westbank doivent faire face à des défis supplémentaires pour atteindre l'autonomie gouvernementale et la réussite économique.

## 2.5 NUNAVUT

<http://www.gov.nu.ca/fr/Home.aspx>

Environ 34 000 personnes vivent au Nunavut; la majorité d'entre elles sont inuites et 82 % parlent la langue ancestrale. L'âge médian de la population du territoire est de 22 ans, ce qui en fait la population



la plus jeune au Canada. Il s'agit aussi de l'administration où la population croît le plus rapidement, son taux de croissance annuel étant d'environ 10 %. Près de 60 % des adultes participent au marché du travail, le taux d'emploi étant de 47 %. Le revenu médian s'élève à 16 000 \$, dont 80 % proviennent d'un salaire. Cinquante pour cent des adultes de plus de 15 ans ont terminé des études secondaires, professionnelles, collégiales ou universitaires (Statistique Canada, 2006d).

### **OBSTACLES À L'ÉQUITÉ**

Bien que les premiers contacts entre les Inuits et les Européens aient eu lieu durant les années 1500, l'effet de cette rencontre sur la vie des Inuits ne s'est pas fait sentir avant le 19<sup>e</sup> siècle, durant lequel la quasi-extinction des mammifères marins par les baleiniers a gravement entravé la capacité des Inuits de subvenir à leurs besoins. Les Inuits étaient autrefois un peuple nomade, mais dans les années 1950, le gouvernement fédéral a ordonné le déplacement de 250 Inuits dans trois petites localités isolées de l'Extrême Arctique en leur laissant faussement croire à de meilleures perspectives économiques (Dussault et Erasmus, 1994; McGrath, 2006). En fait, l'occupation de cette région visait à renforcer la souveraineté canadienne dans l'archipel Arctique (Campion-Smith, 2010). En raison d'une planification et d'une organisation inadéquates, 87 familles ont frôlé la mort; elles ont dû passer leur premier hiver dans des tentes en étant mal préparées à la survie dans des conditions météorologiques extrêmes (la température était de 20 à 40 degrés inférieurs à celle de leur région d'origine), à l'obscurité qui dure jusqu'à 24 heures en hiver et à l'environnement quasi désertique. Comme une grande partie de ces terres étaient stériles, la majorité de ces familles ont souffert de la famine et ont ensuite été

déplacées dans des communautés comme Rankin Inlet. En 1953, avec la création du ministère du Nord canadien et des Ressources nationales, des agents fédéraux (souvent de la Gendarmerie royale du Canada) ont été affectés dans les communautés inuites pour administrer les programmes gouvernementaux et « maintenir l'ordre ».

Comme chez d'autres peuples autochtones, les répercussions politiques, économiques et culturelles des valeurs et des pratiques coloniales ont nui à la santé et au bien-être du peuple inuit (Jenkins et coll., 2003; Inuit Tapiriit Kanatami, 2004; Young, 1996). La pauvreté importante et le surpeuplement des maisons mal conçues dans les communautés sous-financées et ne disposant pas d'infrastructures adéquates se sont traduits par des taux élevés de maladies transmissibles, de toxicomanie et de violence (Billson, 2006; Little, 2006; Steenbeek et coll., 2006).

### **SURMONTER LES OBSTACLES**

En 1971, l'Inuit Tapirisat du Canada a été créé pour défendre les revendications territoriales des Inuits dans les Territoires du Nord-Ouest, et peu après, l'Association des Inuit du Nouveau Québec a été mise sur pied pour négocier les revendications territoriales dans la région de la baie James au Québec (Dewar, 2009; Jull, 1998). En 1973, le gouvernement fédéral a reconnu par un titre ancestral l'occupation et l'utilisation historiques des terres du Nord par les Inuits, puis en 1976, il a été proposé de créer un nouveau territoire (le Nunavut). Seize ans plus tard, soit en 1992, le gouvernement fédéral a accepté officiellement la création du Nunavut. Chez les Inuits, 85 % ont voté en faveur de l'entente, ce qui en fait le règlement le plus important en matière de revendications territoriales de l'histoire du Canada (Bell, 1999; Dewar, 2009).

Formé officiellement le 1<sup>er</sup> avril 1999, le gouvernement de type parlementaire du Nunavut est unique parce qu'il tient compte de la culture, des valeurs, de la langue et des traditions inuites. La formation d'un gouvernement a aussi aidé à tracer la voie vers l'obtention du statut de territoire et a assuré la protection des droits et des responsabilités des résidents en vertu de la *Charte canadienne des droits et libertés* (Fabbi, 2003; gouvernement du Nunavut, s. d.).

Comptant des représentants élus de 11 communautés, le gouvernement du Nunavut permet d'assurer l'apport des régions à la prise de décisions et améliore les perspectives d'emploi dans le secteur public à l'échelle du territoire. Le gouvernement dispose des mêmes pouvoirs législatifs, exécutifs et judiciaires que les provinces et est responsable du fonctionnement et de l'administration du territoire du Nunavut. Les politiques du gouvernement sont guidées par les priorités de la majorité de la population inuite. L'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut facilite l'emploi des Inuits puisqu'il prévoit que le nombre d'employés inuits dans le secteur public doit être proportionnel au nombre d'Inuits vivant dans le territoire. Ce nombre a commencé à 50 % et devrait augmenter pour atteindre au moins 85 % de la main-d'œuvre (Fabbi, 2003; gouvernement du Nunavut, s. d.).

Il n'y a pas de parti politique au Nunavut à l'échelon territorial. L'assemblée législative fonctionne selon le principe du consensus et les partis politiques n'existent que pour appuyer des candidats lors des élections fédérales. Le système combine les principes de la démocratie parlementaire et les valeurs inuites de coopération, d'utilisation efficace des ressources, de leadership et de responsabilisation commune qui, historiquement, ont été profondément liées

à la survie des Inuits dans l'environnement relativement hostile du Nord. Chacun des dix ministères du Nunavut est dirigé par un ministre et des élections ont lieu tous les cinq ans par suffrage universel. L'inuktitut est la principale langue utilisée pour les affaires courantes du gouvernement; le français et l'anglais constituent les deux autres langues officielles du territoire. Le Nunavut possède son propre drapeau et ses propres armoiries, qui représentent respectivement son territoire et son gouvernement. Un député et un sénateur représentent le Nunavut à l'échelon fédéral.

Comme les autres administrations, le Nunavut reçoit des transferts du gouvernement fédéral dans le cadre du Transfert canadien en matière de santé, du Transfert canadien en matière de programmes sociaux et de la formule de financement des territoires. Les fonds permettent de financer les activités et les programmes du gouvernement. En 2012-2013, le Nunavut a reçu 1,3 milliard de dollars (une augmentation de 462 millions de dollars par rapport à 2005-2006) sous forme de transferts et de soutien direct ciblé dans certains domaines comme la formation de la main d'œuvre et la réduction des temps d'attente pour les soins de santé (gouvernement du Nunavut, s. d.).

## DÉFIS

Les améliorations importantes en matière d'autonomie politique réalisées par les Inuits au cours des 30 dernières années sont en grande partie attribuables au leadership et à la participation de ces derniers. Le processus pour amener le gouvernement fédéral à participer et négocier les questions litigieuses telles que les pouvoirs juridiques des institutions autonomes et le partage des bénéfices découlant du développement et de l'extraction des ressources naturelles, ont été difficiles (Bonesteel et Anderson, 2006).

Le gouvernement du Nunavut est l'employeur le plus important du territoire et il investit massivement dans sa main-d'œuvre en offrant des possibilités de formation, du perfectionnement personnel et professionnel, des programmes de reconnaissance, des occasions d'établir des partenariats et du soutien pour créer des milieux de travail positifs cadrant avec les valeurs inuites. Par le passé, l'économie du Nunavut était fondée sur les activités traditionnelles d'exploitation des ressources des Inuits et ces derniers conservent des liens très forts avec la terre. Selon une étude récente, la valeur actuelle de l'économie associée à l'exploitation des ressources s'élève à environ 40 millions de dollars par année (gouvernement du Nunavut, s. d.). De nouveaux emplois sont également créés dans les secteurs des mines, du développement des ressources, du tourisme et des pêches, ainsi que dans les arts inuits.

La réalisation du plein potentiel économique du Nunavut dépendra en partie de l'amélioration des infrastructures. Les systèmes de logement, d'égout, de gestion des déchets, de transports et de télécommunications sont déjà exploités au-delà de leurs capacités et subiront des pressions additionnelles en raison de la croissance rapide de la population.

Malgré les défis constants associés à la rareté des ressources, à l'éloignement des marchés, aux recettes fiscales limitées, au climat rigoureux et à l'environnement mondial instable, les Inuits se sont regroupés pour former plusieurs organismes régionaux et locaux ayant une priorité commune : unifier et appuyer le mode de vie inuit. Reconnus comme l'un des peuples ayant la plus grande capacité d'adaptation au monde, les Inuits ont créé une nation et un gouvernement pour l'administrer en moins d'une génération.

## 3. Thèmes Principaux

---

Toute analyse de l'expérience des communautés autochtones au Canada doit tenir compte de la diversité des Premières Nations, des Inuits et des Métis tout comme des différentes répercussions de l'emplacement géographique, de la langue et du colonialisme sur la santé de ces populations. Les communautés et les collectivités décrites dans le présent rapport ont adopté différents moyens pour parvenir à l'autodétermination. Deux groupes ont établi de nouveaux modèles de gouvernance, un autre a fondé une nouvelle communauté après avoir obtenu la reconnaissance juridique de ses revendications territoriales et de ressources, et deux autres ont conçu et mis en œuvre des modèles de prestation de services fondés sur les valeurs et les traditions autochtones. Quoi qu'il en soit, les différentes mesures prises par ces communautés et ces collectivités mettent en lumière deux thèmes importants : préserver l'identité culturelle et les traditions en redonnant toute leur importance aux modèles autochtones et s'attaquer aux causes profondes des inégalités. Chacun de ces thèmes est examiné ci-après.

### 3.1 REDONNER TOUTE LEUR IMPORTANCE AUX MODÈLES AUTOCHTONES

En général, les modèles autochtones de santé reposent sur les valeurs communes suivantes :

- l'holisme, une théorie selon laquelle le corps, les émotions, les pensées et l'esprit d'une personne forment un tout pendant toute la vie;
- l'autonomie, qui met l'accent sur la liberté individuelle et collective;

- la connexion, qui reconnaît la responsabilité envers soi-même, envers la communauté, envers l'environnement et envers l'univers;
- l'équilibre, c'est-à-dire accorder une importance égale à toutes les dimensions de la vie et respecter les autres espèces vivantes autant que les humains (McMillan, 1995).

Selon cette conception traditionnelle, la guérison ne s'obtient que si toutes les dimensions de sa santé et toutes ses relations sont en équilibre et en harmonie (Poonwassie et Charter, 2001). Bon nombre de cultures autochtones cherchent la cause des maladies graves dans la toile de relations interpersonnelles entre toutes les espèces vivantes, jusqu'à entreprendre des traitements visant notamment à rétablir l'équilibre dans ces relations (Poonwassie et Charter, 2001; Waldram, Herring et Young, 1995).

C'est en entreprenant une quête de l'holisme, de l'autonomie, de la connexion et de l'équilibre que chacune des communautés décrites dans le présent rapport a réussi à surmonter les obstacles structurels à l'égalité. En créant un nouveau village, les Cris d'Oujé-Bougoumou ont uni leurs efforts pour préserver les valeurs traditionnelles de la vie en harmonie avec la nature estimées par leur peuple. La conception circulaire du village fait ressortir les valeurs de connexion et d'équilibre. Au centre du village se trouve un lieu de rassemblement (shaptuwan) pour les célébrations, mais aussi la guérison. Ce lieu est situé tout près de l'école (jeunesse) et de la résidence des aînés afin de promouvoir l'apprentissage intergénérationnel. Dans le même ordre d'idées, le modèle de justice

réparatrice de Hollow Water s'appuie sur les principes d'holisme et d'équilibre pour obtenir la guérison physique, affective, mentale et spirituelle des victimes, des agresseurs, des familles et des membres de la communauté.

Étant donné la diversité des 203 Premières Nations de la Colombie-Britannique, la nouvelle autorité sanitaire des Premières Nations doit adopter un modèle de gouvernance autochtone fondé sur les valeurs de respect et de connexion qui tient compte du point de vue des communautés dans la planification et la prestation des services de santé. Les nombreux forums organisés dans le but de faire participer les Premières Nations au processus tripartite et de cerner les priorités locales (p. ex. les caucus régionaux sur l'autonomie gouvernementale) rendent compte de ces valeurs. Les carrefours de participation communautaire, où les Premières Nations affiliées sur le plan tribal et géographique élaborent des plans de santé communautaires en mettant en commun leurs ressources et leurs compétences, ont également facilité les partenariats locaux.

L'administration de Westbank repose sur les traditions de respect et de responsabilité de toute la création perpétuées par les Okanagan. L'engagement qu'a pris la division de la gestion des forêts de Westbank envers le développement durable et responsable tout comme l'accent mis sur la prise de décisions équitables par les membres de la communauté et les résidents non membres s'inscrivent dans cette tradition. De même, la relation historique étroite et respectueuse des Inuits avec la terre, les animaux et les plantes est manifeste dans la structure gouvernementale actuelle du Nunavut qui se fonde sur le consensus de la majorité des députés plutôt que sur les lignes de parti.

Les débats politiques se déroulent également suivant les protocoles de respect et de maîtrise de soi des Inuits. L'équilibre entre les besoins des humains et des autres espèces vivantes est soigneusement maintenu grâce à l'utilisation responsable des ressources de la terre et de la mer. Le gouvernement du Nunavut préserve la vision du monde des Inuits en utilisant l'inuktitut comme langue d'affaires officielle.

### **3.2 S'ATTAQUER AUX CAUSES PROFONDES DES INÉGALITÉS**

À l'heure actuelle, beaucoup d'approches axées sur la santé et les facteurs connexes « ne visent pas expressément les besoins des Autochtones et ne s'attaquent pas non plus aux inégalités en matière de santé dans les communautés autochtones » [traduction] (CCNSA, 2012, p. 40). Les définitions et les modèles courants axés sur les déterminants de la santé peuvent être élargis de manière à inclure les déterminants propres au bien-être des Autochtones, notamment l'héritage du colonialisme, la continuité culturelle, l'accès au territoire et son contrôle et surtout, en ce qui concerne les exemples décrits dans le présent rapport, l'autodétermination.

Les mesures prises par chacune des communautés et des collectivités présentées dans le rapport reposent sur une compréhension des déterminants de la santé qui reconnaît l'importance de l'autodétermination comme moyen d'influer sur les facteurs structureux à la base des inégalités auxquelles sont confrontés les Autochtones. Ces mesures cadrent avec les résultats de recherche selon lesquels il existerait un lien entre une prise en charge accrue des milieux sociaux, politiques et physique par la communauté et une amélioration de l'état de santé (Chandler et Lalonde, 1998 et 2008;

Cornell et Kalt, 1989; Ladner, 2009; CCNSA, 2012; O'Neil, 2004; Webster, 2009).

Par exemple, la plus grande prise en charge de la prestation des services de santé par des Premières Nations en Colombie-Britannique et au Manitoba s'est traduite par une amélioration de l'état de santé malgré un financement insuffisant et des obstacles administratifs (Webster, 2009). La documentation sur l'autonomisation des communautés, définie comme le « processus selon lequel des gens relativement impuissants unissent leurs efforts afin d'augmenter la maîtrise des événements qui déterminent leur vie et leur santé » [traduction] (Laverack, 2006, p. 113), porte à croire qu'en favorisant l'autonomisation des individus, il est possible d'améliorer les compétences et l'estime de soi, ce qui peut avoir une incidence positive sur la santé. Parmi les mesures d'autonomisation, mentionnons la participation à des activités ou à des groupes locaux, la présence d'organismes communautaires et le leadership local (Laverack, 2006; Rifkin, 2003; OMS Europe, 2006).

Chandler et Lalonde (1998)<sup>4</sup> ont établi un lien évident entre l'autodétermination et la santé mentale. Leur recherche leur a permis de cerner un certain nombre de facteurs qui semblent jouer un rôle protecteur contre le suicide chez les jeunes dans les communautés autochtones. Ils ont déterminé que ni le statut socioéconomique ni l'isolement rural n'expliquaient les différences entre les taux de suicide. L'explication est plutôt venue d'un éventail de caractéristiques

communautaires liées à la préservation et à la promotion des cultures traditionnelles ainsi qu'à l'autodétermination rendue possible grâce à l'autonomie gouvernementale et à la prise en charge des terres traditionnelles, de l'éducation et des services sociaux. Un degré élevé de « continuité culturelle » au sein de la communauté semble avoir la plus grande influence sur la diminution du risque de suicide chez les jeunes, selon les critères énumérés ci-après (Chandler et Lalonde, 1998 et 2008) :

- une communauté qui a pris des mesures pour obtenir les titres des terres traditionnelles;
- une communauté qui a récupéré son autonomie gouvernementale dans différents secteurs;
- la prise en charge de l'éducation par la communauté;
- la prise en charge des services policiers et d'incendie par la communauté;
- la prise en charge des services de santé par la communauté;
- une communauté qui a mis en place des « installations culturelles » pour préserver et enrichir la culture;
- des femmes qui jouent un rôle significatif dans la gouvernance locale;
- la prise en charge des services à l'enfance et à la famille par la communauté.

Une recherche connexe réalisée aux États-Unis – le Harvard Project on American Indian Economic Development – en est également venue à la conclusion que le bien-être et la gouvernance communautaires sont

---

<sup>4</sup> Entre 1987 et 1992, Chandler et Lalonde ont voulu comprendre les différences dans les taux de suicide de 200 Premières Nations de la C.-B. : il n'y a eu aucun suicide chez les jeunes dans plus de la moitié des Premières Nations à l'étude, alors que 90 % des suicides chez les jeunes Autochtones ont eu lieu dans 10 collectivités.



positivement liés (Cornell et Kalt, 1989). Cette étude a permis de démontrer qu'il existe une corrélation directe entre une bonne gouvernance et la réussite économique, deux éléments essentiels au bien-être de la communauté, à la résilience et à la prise en compte des conditions favorables et défavorables pour les communautés » (Ladner, 2009, p. 94). Les données tirées de plus de 130 projets portent à croire que les facteurs qui contribuent le plus au bien-être économique, politique et social des Américains autochtones sont la souveraineté, l'autorégulation, des institutions compétentes ainsi que des politiques saines qui soutiennent la réussite économique, politique et sociale en fonction des besoins de la nation et qui intègrent les traditions culturelles pertinentes. Les politiques propices à l'autodétermination entraînent l'autorégulation qui à son tour se traduit par un meilleur contrôle de la prise de décisions économiques, politiques et sociales (Begay, Cornell et Kalt, 1998).

Les groupes autochtones décrits dans le présent rapport ont voulu prendre en charge les terres, les services et la gouvernance pour parvenir à l'autodétermination. Pour le peuple d'Oujé-Bougoumou, sa reconnaissance en tant que nation a constitué une étape importante vers l'autodétermination. En plus d'établir une relation fiduciaire avec le gouvernement fédéral et d'officialiser un lien avec ses terres ancestrales, cette reconnaissance signifiait que les membres de la communauté pouvaient définir leur propre identité et leur propre culture. Le peuple de Hollow Water est devenu maître de ses propres systèmes et institutions en créant un modèle de guérison et de justice

réparatrice fondé sur la culture qui privilégie la responsabilité et le bien-être de tous. De même, les Premières Nations de la C.-B. ont pris en main le financement, la planification et la prestation des soins de santé et sont désormais en mesure d'influer sur les structures et les systèmes utilisés par toutes les Premières Nations pour accéder aux services de santé. Sous l'autorité d'une autorité sanitaire des Premières Nations et grâce à la participation active des communautés, il est plus probable que les fonds destinés à la santé aillent là où les besoins sont les plus criants et un solide engagement sera pris pour s'attaquer aux déterminants de la santé propres aux Autochtones de la C.-B.

La Première Nation de Westbank est devenue un modèle d'autodétermination autochtone. La prise en charge des terres, des ressources et des services par la communauté a placé Westbank dans une position qui lui permet d'établir des partenariats équitables avec l'industrie et des organismes gouvernementaux dans le but de se donner une base économique solide et d'améliorer les possibilités d'études et d'emploi pour tous les membres de la communauté. En créant un territoire et un gouvernement officiellement reconnu, les Inuits du Nunavut sont parvenus à un degré extraordinaire d'autodétermination. Le gouvernement du Nunavut joue un rôle essentiel pour ce qui est de façonner les déterminants de la santé des Inuits. Alors que l'intérêt pour le Nord ne cesse de grandir, les Inuits ont maintenant leur mot à dire dans les décisions internationales en matière de conservation et de développement des ressources de l'Arctique.

## 4. Répercussions

---

« Les problèmes sociaux s'expliquent en partie par l'expérience collective et les solutions qui permettront de les résoudre devront également être collectives. Si les Autochtones agissent à titre individuel, ils ne réussiront jamais à renverser la situation et à lutter contre la discrimination. Mais les solutions libératrices pour l'ensemble des autochtones le sont aussi pour chacun d'eux. » (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996).

### 4.1 COMMUNAUTÉS AUTOCHTONES

Une des principales leçons à retenir du présent rapport est que les peuples autochtones au Canada ont réussi à créer des communautés et des collectivités autonomes. Des inégalités peuvent demeurer, mais les réalisations accomplies décrites ici devraient servir d'exemples inspirants pour d'autres communautés autochtones. Dans la mesure où la recherche laisse entendre que l'autodétermination peut avoir des répercussions positives sur le bien-être économique et social des communautés autochtones, d'autres progrès à ces égards pourraient doter les communautés autochtones des moyens nécessaires pour modifier la trajectoire de leur santé en général.

Les cinq profils indiquent également que les autochtones peuvent parvenir à une plus grande autodétermination de bien des façons et que cette autodétermination devrait tenir compte des priorités, des préoccupations et des contextes locaux.

Une approche « taille unique » ne convient pas. Il faut intervenir différemment dans chacune des populations. L'autodétermination signifie influencer les décisions, y compris les approches les plus appropriées pour y parvenir.

### 4.2 GOUVERNEMENTS

Les inégalités auxquelles sont confrontées les communautés autochtones sont diverses et comportent de multiples facettes. Pour être en mesure de réduire ces inégalités, les gouvernements doivent favoriser une démarche multisectorielle. Il faut notamment prendre des mesures concernant les déterminants structureaux complexes et sous-jacents de la santé.

Il existe plusieurs façons de guider les communautés autochtones vers l'autodétermination. Comme en témoigne l'expérience des groupes décrits dans le présent rapport, des mesures fructueuses peuvent être prises dans bien des secteurs et à bien des niveaux. Il est important que les gouvernements encouragent et appuient le leadership et l'initiative des peuples autochtones. Les décideurs autochtones, des provinces, des territoires et du gouvernement fédéral peuvent ensemble déterminer quelles mesures prendre en priorité grâce à un engagement significatif et efficace. La participation active des Premières Nations, des Inuits et des Métis ainsi que la négociation respectueuse entre les communautés autochtones et les gouvernements constituent d'importants facteurs de réussite.



Si on veut que les peuples autochtones accèdent à l'autodétermination, il faut les aider à mettre en place et à entretenir l'infrastructure nécessaire, à former des ressources humaines et à assurer le maintien en poste du personnel ainsi qu'à élaborer et à mettre en œuvre des programmes et des services locaux pertinents sur le plan culturel. Les communautés autochtones et les gouvernements se doivent d'unir leurs efforts pour déterminer le meilleur moyen d'utiliser les ressources disponibles.

### **4.3 ORGANISATIONS NON GOUVERNEMENTALES**

Les organisations non gouvernementales (ONG) peuvent jouer un rôle important lorsqu'il s'agit d'aider les communautés autochtones à parvenir à l'autodétermination en leur fournissant des renseignements, en favorisant le développement individuel et communautaire et en leur donnant accès à des services et à des réseaux de soutien. Pour y arriver, elles doivent absolument établir des partenariats à long terme qui respectent les capacités des peuples autochtones en plus d'appuyer des initiatives adaptées aux divers besoins et aspirations des communautés. Plutôt que de mettre l'accent sur les projets à court terme, il faut susciter un changement durable assorti d'un soutien continu (Hunt 2010).

### **4.4 SECTEUR PRIVÉ**

La force économique facilite l'auto-détermination et le financement public ne peut à lui seul résoudre les problèmes de pauvreté dans de nombreuses communautés autochtones. De fait, 80 % des investissements réalisés dans la plupart des communautés non autochtones proviennent du secteur privé et 20 %, du secteur public; en règle générale, c'est tout le contraire dans les communautés

des Premières Nations (Commission de la fiscalité des premières nations, 2007). Dans le but de favoriser et de soutenir la croissance économique, il importe que les communautés autochtones obtiennent un financement à long terme du secteur privé et établisse des partenariats avec lui.

La richesse d'une communauté se bâtit en appuyant les ressources humaines et financières locales. Le secteur privé peut jouer un rôle important à cet égard en formant et en recrutant des Autochtones pour des emplois locaux et en créant des entreprises dans les réserves (Groupe de travail sur la participation des Autochtones à l'économie, 2011).

### **4.5 CHERCHEURS**

Afin de tirer parti des réalisations actuelles et pour fournir des preuves de réussite à des fins de financement futur, les histoires sur la résilience des Autochtones doivent être recueillies et communiquées. En établissant des partenariats éthiques avec les communautés autochtones, les chercheurs peuvent aider les peuples autochtones à cerner les occasions d'agir et à évaluer les lacunes actuelles au chapitre des ressources ou des capacités qui pourraient aider à améliorer la prise en charge à l'échelle locale. La recherche permet également de documenter les répercussions des mesures prises pour faciliter l'autodétermination en matière de santé et de bien-être communautaires. Les partenariats de recherche entre les communautés et les milieux universitaires peuvent non seulement contribuer à recenser les résultats liés à la santé mais aussi à évaluer la mesure dans laquelle l'amélioration de l'autodétermination permet d'atteindre des buts axés sur la communauté (Hawe et Potvin, 2009).

#### **4.6 POPULATION CANADIENNE**

Pour que les communautés et les collectivités autochtones parviennent à une plus grande autodétermination, il faut à tout prix que le reste de la population canadienne les appuie. Il est important que les Canadiens comprennent que les inégalités politiques, sociales, économiques et en matière de santé auxquelles sont confrontés les Autochtones à l'heure actuelle nous concernent tous. L'autodétermination des Autochtones stimulera en bout de ligne la force et le dynamisme du Canada.



# Conclusion

---

Les racines de la résilience sont ancrées dans les communautés autochtones. Les communautés et les collectivités décrites dans le présent rapport favorisent la résilience, non seulement en s'attaquant aux situations défavorables actuelles, mais aussi en cernant les racines profondes de ces inégalités et en trouvant des moyens d'agir. Ces causes profondes sont ancrées dans les structures culturelles, sociales, économiques et politiques qui influent de façon importante sur la santé des Autochtones et de leurs communautés.

Les origines structurelles de l'inégalité peuvent être abordées en aidant les Autochtones à parvenir à une plus grande autodétermination. Les communautés et les collectivités mentionnées dans le présent rapport ont réussi à obtenir la reconnaissance juridique de leurs territoires et de leurs ressources, elles ont créé des services locaux adaptés aux valeurs et aux traditions autochtones et ont établi de nouveaux modèles de gouvernance. Les mesures prises par ces groupes montrent qu'il est possible de cheminer vers l'autodétermination et que cela est important pour améliorer la santé et le bien-être des Autochtones au Canada.



## Références

Adelson, N. « The embodiment of inequity: Health disparities in Aboriginal Canada », *La revue canadienne de santé publique*, vol. 96, supplément 2 (2005), p. S45.

Anand, S., S. Yusuf, R. Jacobs, A. Davis, Q. Yi, H. Gerstein et coll. « Risk factors, atherosclerosis, and cardiovascular disease among Aboriginal people in Canada: The study of health assessment and risk evaluation in Aboriginal peoples », *Lancet*, vol. 358, n° 9288 (2001), p. 1147-1153.

Anderson, I. « The end of Aboriginal self-determination? », *Futures*, vol. 39, n° 2 (2007), p. 137-154.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada. *Cultural competence and cultural safety in nursing education: A framework for First Nations, Inuit And Métis nursing*, Ottawa (Ontario), chez l'auteur, 2009.

Backhouse, C. *Colour-coded: A legal history of racism in Canada, 1900–1950*, Toronto (Ontario), The Osgoode Society, 1999.

Begay, M., S. Cornell et J. Kalt. « Making research count in Indian country: The Harvard project on American Indian economic development », *Journal of Higher Education Outreach and Engagement*, vol. 3, n° 1 (1998), p. 42-51.

Bell, M. *Creating public government in Nunavut: The life-place model* (1999). Sur Internet : <http://www.inukshukmanagement.ca/Life-place%20Model%20final.pdf>.

Billson, J. « Renverser le régime des genres : les complexités de la violence domestique chez les Inuit du Canada », *Études/Inuit/Studies*, vol. 30, n° 1 (2006), p. 69-88.

Blaser, M., H. Feit et G. McCrae (dir. de pub.). *In the way of development: Indigenous peoples, life projects and globalization. Survival in the context of mega-resource development: Experiences of the James Bay Crees and the First Nations of Canada*, New York (New York), Zed Books, 2004.

Bonesteel, S. et E. Anderson (dir. de pub.). *Relations du Canada avec les Inuit, histoire de l'élaboration des politiques et des programmes*, Ottawa (Ontario) (2006). Sur Internet : <http://www.ainc-inac.gc.ca/ai/rs/pubs/inuit-book-eng.pdf>.

Bosum, A. « Community diaspora and organization: The Case of Ouje-Bougoumou », dans C. Scott, *Aboriginal autonomy and development in northern Québec and Labrador* (ressource électronique), Vancouver (C.-B.), UBC Press, 2001, p. 277-288. Sur Internet : <http://ezproxy.library.uvic.ca/login?url=http://site.ebrary.com/lib/uvic/Doc?id=10125058>.

Bushie, B. *Community Holistic Circle Healing. Hollow Water, Manitoba*, International Institute for Restorative Practices, 1999. Sur Internet : [http://www.iirp.edu/article\\_detail.php?article\\_id=NDc0](http://www.iirp.edu/article_detail.php?article_id=NDc0).

Butler-Jones, D. *L'administrateur en chef de la santé publique – Rapport sur l'état de la santé publique au Canada*, Ottawa (Ontario), Agence de la santé publique du Canada, 2008.

Campion-Smith, B. « Ottawa apologizes to Inuit for using them as 'human flagpoles' », *The Star*, 18 août 2010. Sur Internet : <http://www.thestar.com/news/canada/arctic/article/849273--ottawa-apologizes-to-inuit-for-using-them-as-human-flagpoles>.

Canada. Affaires autochtones et Développement du Nord. *Accord-cadre tripartite de la Colombie-Britannique sur la gouvernance de la santé des Premières nations*, Ottawa (Ontario), le Ministère, 2011.

Canada. Ministère du Solliciteur général et Fondation autochtone de guérison. *Mapping the healing journey. The final report of a First Nation research project on healing in Canadian Aboriginal communities*, APC 21 CA, 2002. Sur Internet : <http://www.mbeconetnetwork.org/canoemap/pdfs/hollowwater.pdf>.

Centre canadien pour le renouveau communautaire. *The community resilience manual*, Port Alberni (C.-B.), chez l'auteur, 2000.

Centre national de collaboration de la santé autochtone. *The state of knowledge of Aboriginal health: A review of Aboriginal public health in Canada*, Prince George (C.-B.), chez l'auteur, 2012.

Centre national pour la gouvernance des Premières nations. *Best Practices. Westbank First Nation. Principle: Transparency and Fairness*, 2012. Sur Internet : [http://fngovernance.org/toolkit/best\\_practice/westbank\\_first\\_nation](http://fngovernance.org/toolkit/best_practice/westbank_first_nation).

Chandler, M. et C. Lalonde. « Cultural continuity as a hedge against suicide in Canada's First Nations », *Transcultural Psychiatry*, vol. 35, n° 2 (1998), p. 191-219.

Chandler, M. et C. Lalonde. « Cultural continuity as a moderator of suicide risk among Canada's First Nations », dans Kirmayer, L. et G. Valaskakis (dir. de pub.), *Healing traditions: The mental health of Aboriginal peoples in Canada*, Vancouver (C.-B.), University of British Columbia Press, 2008, p. 221-248.

Collection sur les autochtones. *Les quatre cercles de Hollow Water*, Ottawa (Ontario), Approvisionnement et Services Canada, 1997.

Colombie-Britannique. *First Nations compared to Metis population*, British Columbia Statistics, 2006b. Sur Internet (en anglais seulement) : <https://www.google.ca/search?q=BC+Stats+%E2%80%93+First+Nations+compared+to+Metis+population.+2006.+&ie=utf-8&oe=utf-8&aq=t&rls=org.mozilla:en-US:official&client=firefox-a>

Colombie-Britannique. Ministère des Relations et de la Réconciliation avec les Autochtones. *New relationships with Aboriginal People and communities in B.C.: Measuring outcomes 2009-2010*, Victoria (C.-B.), Intergovernmental and Community Relations Branch, 2010.

Commission de la fiscalité des Premières nations. *Five times larger: Why First Nation communities must engage the private sector*, 2007. Sur Internet : <http://fntc.ca>.

Commission royale sur les peuples autochtones. *Rapport de la commission royale sur les peuples autochtones*, 1996. Sur Internet : [http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115211319/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm\\_f.html](http://www.collectionscanada.gc.ca/webarchives/20071115211319/http://www.ainc-inac.gc.ca/ch/rcap/sg/sgmm_f.html).

Conseil de gestion des Premières Nations. *First Nations regional longitudinal health survey 2002/03: Results for adults, youth and children living in First Nations communities*, Ottawa (Ontario), Centre des Premières Nations de l'Organisation nationale de la santé autochtone, 2006.

Conseil de la santé des Premières nations. *Implementing the vision: BC First Nations health governance: Reimagining First Nations Health in BC*, Vancouver (C.-B.), chez l'auteur, 2011.

Conseil des leaders des Premières nations et ministère du Développement économique. *Journey to economic independence: BC First Nations perspectives*, 2008. Sur Internet : [www.tted.gov.bc.ca/Publications/Documents/FNReportPrintMeg.pdf](http://www.tted.gov.bc.ca/Publications/Documents/FNReportPrintMeg.pdf).

Cornell, S. et J. Kalt. *Pathways from poverty: Development and institution building on American Indian reservations*, Cambridge (Massachusetts), John F. Kennedy School of Government, Université Harvard, 1989.

Cornell, S. *Indigenous peoples, poverty and self-determination in Australia, New Zealand, Canada and the United States*, Tucson (Arizona), Native Nations Institute for Leadership, Management, and Policy, 2006, coll. « Joint Occasional Papers on Native Affairs », n° 2006-02.

Couture, J., T. Parker, R. Couture et P. Laboucane. *A cost-benefit analysis of Hollow Water's Community Holistic Circle Healing process*, Edmonton, Native Healing Services of Alberta; Fondation autochtone de guérison; Ottawa, ministère du Solliciteur général, 2001.

Dewar, B. « Nunavut and the Nunavut land claims agreement – An unresolved relationship », *Options politiques*, juillet-août 2009, p. 74-79.

Dussault, R. et G. Erasmus. *The high arctic relocation: A report on the 1953-55 relocation*, Ottawa (Ontario), Les Éditions du gouvernement du Canada, 1994.

Fabbi, N. *The North, the Inuit and Nunavut*, 2003. Sur Internet : <http://www.k12studycanada.org/files/Nanavut.pdf>.

Goddard, J. « In from the cold », *Canadian Geographic*, vol. 114, n° 4 (1994), p. 38-47.

Gouvernement du Canada. *Loi canadienne sur la santé = Canada Health Act*, 1984. Sur Internet : <http://laws-lois.justice.gc.ca/fra/lois/C-6/>.

Groupe de travail sur la participation des Autochtones à l'économie. *Favoriser la participation des Autochtones à l'économie. Rapport du Groupe de travail sur la participation des Autochtones à l'économie pour les ministres fédéraux, provinciaux et territoriaux responsables des Affaires autochtones et les dirigeants autochtones nationaux*, Winnipeg (Manitoba), gouvernement du Manitoba, 2011.

Hallowell, A. *Culture and experience*, New York (New York), Schocken Books, 1955.

Harper, S. *Le Premier ministre Harper présente des excuses complètes au nom des Canadiens relativement aux pensionnats indiens*, 11 juin 2008. Sur Internet : <http://pm.gc.ca/fra/media.asp?id=2149>.

Hawe, P. et L. Potvin. « *What is population health intervention research?* », *Revue canadienne de santé publique*, vol. 100, n° 1 (2009), p. 1-9.

Hunt, J. *Partnerships for Indigenous development: International development NGOs, Aboriginal organisations and communities*, Canberra (Australie), Centre For Aboriginal Economic Policy Research, 2010.

Inuit Tapiriit Kanatami (ITK). *Backgrounder on Inuit and housing: For discussion at housing sectoral meeting*, Ottawa (Ontario), Inuit Tapiriit Kanatami, 2004.

Jenkins, A., T. Gyorkos, K. Culman, B. Ward, G. Pekeles et E. Mills. « An overview of factors influencing the health of Canadian Inuit infants », *International Journal of Circumpolar Health*, vol. 62, n° 1 (2003), p. 17-39.

Jull, P. « Building Nunavut: A story of Inuit self-government », *The Northern Review*, 1988, p. 59-72.

Ladner, K. « Understanding the impact of self-determination on communities in crisis », *Journal of Aboriginal Health*, novembre 2009, p. 88-110.

Laverack, G. *Improving health outcomes through community empowerment: A review of the literature*, Governance and Social Development Resource Centre, 2006. Sur Internet : <http://www.gsdr.org/go/display&type=Document&id=4046>.

Little, L. *A discussion of the impacts of non-medical determinants of health for Inuit mental wellness*, Ottawa (Ontario), Inuit Tapiriit Kanatami, 2006.



Makarenko, J. *The Indian Act: Historical overview. Judicial System and Legal Issues*, 2008.  
Sur Internet : <http://www.mapleleafweb.com/features/the-indian-act-historical-overview>.

Marmot, M. « Social determinants of health inequalities », *Lancet*, vol. 365 (2005), p. 1099-1104.

Marmot, M. et R. Wilkinson (dir. de pub.). *Les déterminants sociaux de la santé : les faits*, 2<sup>e</sup> éd.,  
Copenhague, Danemark, Organisation mondiale de la Santé, 2003.

McGrath, M. *The long exile: A tale of Inuit betrayal and survival in the high arctic*, New York  
(New York), Alfred A. Knopf, 2006.

McMillan, A. *Native peoples and cultures of Canada: An anthropological overview*, 2<sup>e</sup> éd.,  
Toronto (Ontario), Douglas et McIntyre, 1995.

Merriam-Webster. Dictionnaire en ligne. Sur Internet : <http://www.merriam-webster.com/dictionary/collectivity>

Ministère de la Justice. *Article 35 : Droits des Autochtones*, Ottawa (Ontario), gouvernement  
du Canada, 1982.

Ministère des affaires indiennes et du Nord canadien. *Le statut d'Oujé-Bougoumou régularisé  
dans une convention complémentaire de la convention de la Baie-James et du Nord québécois*  
(consulté le 7 novembre 2011). Sur Internet : <http://news.gc.ca/web/article-fra.do?nid=636449>.

Ministère des affaires indiennes et du Nord canadien. *Westbank, en Colombie-Britannique :  
une Première Nation autonome*. Sur Internet : <http://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1100100014525/1100100014531>.

Nelson, S.

Nunes, K., P. Firestone, A. Wexler, T. Jensen et J. Bradford. « Incarceration and recidivism among  
sexual offenders », *Law and Human Behavior*, vol. 31 (2007), p. 305-318.

Nyland, R. *Silviculture: Concepts and Applications*, 2<sup>e</sup> éd., New York (New York), McGraw-Hill, 2002.

O'Neil, J. « Aboriginal health governance », *Journal of Aboriginal Health*, janvier 2004, p. 4-5.

Organisation mondiale de la Santé – Europe. *What is the evidence on effectiveness of  
empowerment to improve health?*, Copenhague (Danemark), chez l'auteur, 2006.

Organisation mondiale de la Santé. Commission des déterminants sociaux de la santé. *A conceptual  
framework for action on the social determinants of health*, Genève (Suisse), chez l'auteur, 2007.

Patrick, D. et P. Armitage. « Media contestation of the James Bay and Northern Québec Agreement: The social construction of the Cree problem », dans C. Scott (éditeur), *Aboriginal autonomy and development in northern Québec and Labrador*, Vancouver (C.-B.), UBC Press, 2001, p. 206-232.

Poole, R. *The nation-state and aboriginal self-determination*, Sydney (Australie), Macquarie University ResearchOnline, 2004.

Poonwassie, A. et A. Charter. « An Aboriginal worldview of Helping: Empowering approaches », *Revue canadienne de counseling*, vol. 35, n° 1 (2001), p. 63-73.

Rifkin, S. « A framework linking community empowerment and health equity: It is a matter of CHOICE », *Journal of Health, Population & Nutrition*, vol. 21, n° 3 (2003), p. 168-180.

Singh-Manoux, A., P. Clarke et M. Marmot. « Multiple measures of socioeconomic position and psychosocial health: Proximal and distal measures », *International Journal of Epidemiology*, vol. 31 (2002), p. 1192-1199.

Site Web de la communauté d'Oujé-Bougoumou. Sur Internet : [http:// www.ouje.ca](http://www.ouje.ca).

Site Web de la Première Nation de Westbank. Sur Internet : <http://www.wfn.ca/siya/comservices.htm?RD=1>

Statistique Canada. *Profil de la population autochtone – Oujé-Bougoumou*, Statistique Canada, 2011. Sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2011/dp-pd/prof/details/page.cfm?Lang=F&Geo1=CSD&Code1=2499818&Geo2=PR&Code2=24&Data=Count&SearchText=Ouj%C3%A9-Bougoumou&SearchType=Begins&SearchPR=01&B1=All&Custom=>

Statistique Canada. *Profil de la population autochtone – Hollow Water*, Statistique Canada, (2006a). Sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/search-recherche/lst/page.cfm?Lang=F&GeoCode=46&Letter=H>

Statistique Canada. *Profil de la population autochtone – Nunavut*, Statistique Canada, 2006d. Sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/search-recherche/lst/page.cfm?Lang=F&GeoCode=62>

Statistique Canada. *Profil de la population autochtone – Oujé-Bougoumou*, Statistique Canada, 2006 (consulté le 28 janvier 2013). Sur Internet : <http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/search-recherche/lst/page.cfm?Lang=F&GeoCode=24&Letter=O>

Statistique Canada. *Profil de la population autochtone – Westbank First Nation*, Statistique Canada, 2006c. Sur Internet : [recherche/lst/page.cfm?Lang=E&GeoCode=59&Letter=W](http://www12.statcan.gc.ca/census-recensement/2006/dp-pd/prof/92-594/search-recherche/lst/page.cfm?Lang=E&GeoCode=59&Letter=W)

Steenbeek, A., M. Tyndall, R. Rothenberg et S. Sheps. « Determinants of sexually transmitted infections among Canadian Inuit adolescent populations », *Public Health Nursing*, vol. 23, n° 6 (2006), p. 531-534.

Stevens, C. et J. Reid Acland. « Building sovereignty: The architectural sources of Ouje-Bougoumou », *Thèmes canadiens*, vol. 21 (1999), p. 124-142.

Tait, C. L. *Fetal alcohol syndrome among Aboriginal people in Canada: Review and analysis of the intergenerational links to residential schools*, Ottawa (Ontario), Fondation autochtone de guérison, 2003.

Travers, K. « Le recours à la recherche qualitative pour mieux comprendre les origines socioculturelles du diabète chez les Micmacs du Cap Breton », *Maladies chroniques au Canada*, vol. 16, n° 4 (1995).

Vogel, L. « BC First Nations to run own health system », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 183, n° 17 (2011).

Waldram, J., A. Herring et T. Young. *Aboriginal health in Canada: History, culture and epidemiological perspectives*, Toronto (Ontario), University of Toronto Press, 1995.

Weaver, S. *Making Canadian Indian policy: The hidden agenda 1968-1970*, Toronto (Ontario), University of Toronto Press, 1981.

Webster, P. « Local control over Aboriginal health care improves outcome, study indicates », *Journal de l'Association médicale canadienne*, vol. 181, n° 11 (2009), p. E249-250.

Young, T. K. « Sociocultural and behavioural determinants of obesity among Inuit in the central Canadian arctic », *Social Science and Medicine*, vol. 43, n° 11 (1996), p. 1665-1671.

