



CANADIAN RÉSEAU
HIV/AIDS JURIDIQUE
L E G A L CANADIEN
NETWORK VIH•SIDA



Le VIH/sida et les autochtones :

problèmes de compétence
et de financement

UN DOCUMENT DE TRAVAIL
Deuxième édition



Santé Canada Health Canada



CANADIAN RÉSEAU
HIV/AIDS JURIDIQUE
L E G A L CANADIEN
NETWORK VIH•SIDA



Le VIH/sida et les autochtones :

problèmes de compétence
et de financement

UN DOCUMENT DE TRAVAIL
Deuxième édition

Préparé par :
Stefan Matiation

Publié par le Réseau juridique canadien VIH/sida et le Réseau canadien autochtone sur le sida

Pour de plus amples informations sur la présente publication:

Réseau juridique canadien VIH/sida	Réseau canadien autochtone sur le sida
484, rue McGill (4 ^e étage)	396, rue Cooper (suite 409)
Montréal QC H2Y 2H2	Ottawa ON K2P 2H7
Tél.: (514) 397-6828	Tél.: (613) 567-1817
Télec.: (514) 397-8570	Télec.: (613) 567-4652
Courriel: info@aidslaw.ca	Courriel: caan@storm.ca
Site Web: www.aidslaw.ca	Site Web: www.caan.ca

Des exemplaires supplémentaires peuvent être téléchargés du site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida ou commandés auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida.

Tél.: (613) 725-3434
Fax: (613) 727-9826
Courriel: aids/sida@cpha.ca

© Réseau juridique canadien VIH/sida
ISBN 1-896735-32-0
Deuxième édition, 1999

LE VIH/SIDA ET LES AUTOCHTONES: PROBLÈMES DE COMPÉTENCE ET DE FINANCEMENT

Préparé par:
Stefan Matiation
pour le
Réseau juridique canadien VIH/sida
484, rue McGill (4^e étage)
Montréal QC H2Y 2H2
Tél.: (514) 397-6828
Télc.: (514) 397-8570
Courriel: info@aidslaw.ca
Site Web: www.aidslaw.ca
et le

Réseau canadien autochtone sur le sida
396, rue Cooper (suite 409)
Ottawa ON K2P 2H7
Tél.: (613) 567-1817
Télc.: (613) 567-4652
Courriel : caan@storm.ca
Site Web: www.caan.ca

Remerciements

L'auteur souhaite remercier Ralf Jürgens pour son encouragement, ses commentaires et son appui au présent projet; Anne Malo, Santé Canada, pour son soutien; Art Zoccole, Gilbert Deschamps et 2-Spirited Peoples of the 1st Nations pour l'avoir sensibilisé aux questions traitées dans le présent document; et toutes les personnes qui ont pris le temps de partager leur expérience, de lui fournir des informations utiles et d'exprimer leurs commentaires sur la première version du document.

La phase I de ce projet a bénéficié d'une subvention de la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida, phase II. Cette publication a bénéficié d'une subvention de Santé Canada dans le cadre de la Stratégie canadienne sur le VIH/sida.

Les opinions exprimées dans le présent document sont celles de l'auteur et ne reflètent pas nécessairement les opinions ou politiques de Santé Canada, du Réseau juridique canadien VIH/sida, ou du Réseau canadien autochtone sur le sida. Les opinions exprimées par les personnes interviewées sont leurs opinions personnelles et ne représentent pas forcément celles des organisations ou groupes auxquels elles sont associées.

This paper is also available in English.

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE	I
INTRODUCTION	1
Historique	2
Le VIH/sida et les autochtones	2
Les autochtones et le Canada	3
Portée du document de travail	4
Limites	4
Un mot au sujet de la terminologie	6
LA COMPÉTENCE	8
Quelques exemples de problèmes de compétence	8
Les autochtones et le partage des compétences	10
Le pouvoir législatif du fédéral concernant les autochtones	11
Le pouvoir législatif des provinces concernant les autochtones	12
L'article 35 et la relation fiduciaire	13
Les pouvoirs gouvernementaux des autochtones	15
LES QUESTIONS RELATIVES AUX SOINS DE SANTÉ	16
La compétence en matière de soins de santé	17
Les soins de santé et les autochtones: vue d'ensemble	18
Le financement des services reliés au VIH/sida et les autochtones	20
L'effet des changements dans les soins de santé	
et des initiatives de transferts sur le VIH/sida et les autochtones	22
La régionalisation des soins de santé	22
Le transfert en matière de santé	25
LES PROBLÈMES CRÉÉS PAR LES QUERELLES DE COMPÉTENCES	29
Les problèmes de financement	29
La suffisance du financement	30
Les sources de financement	32
Les barrières à la coordination et à la collaboration	34
Les querelles entre les gouvernements fédéral et provinciaux	34
Les barrières découlant du partage	
des responsabilités entre les ministères	35
Les querelles entre autochtones	36
POUR SURMONTER LES BARRIÈRES	
RELATIVES À LA COMPÉTENCE	38
Les groupes de travail	39
Les stratégies autochtones sur le VIH/sida	41
Le Réseau autochtone canadien sur le sida	43
CONCLUSIONS	44
BIBLIOGRAPHIE	48
APPENDICE : Liste des personnes consultées	52

SOMMAIRE

Le contexte

Dans le but de stimuler la discussion sur les questions juridiques relatives au VIH/sida et aux communautés autochtones, le Réseau juridique canadien VIH/sida et le Réseau canadien autochtone sur le sida abordent trois sujets: (1) le VIH/sida et la discrimination; (2) les problèmes de compétence et de financement; et (3) le test de sérodiagnostic et la confidentialité. Le présent *Document de travail* traite du deuxième thème. Une première édition des documents de travail a été établie à partir de discussions qui ont eu lieu, de juillet à septembre 1997, avec des personnes-ressources œuvrant dans les domaines du VIH/sida et des peuples autochtones. En octobre 1997, des projets de documents de travail ont été distribués pour commentaires. En janvier et février 1999, des discussions de suivi ont eu lieu et les documents de travail ont été révisés. Dans la mesure du possible, les commentaires reçus ont été intégrés dans cette deuxième édition du *Document de travail*.

Quelle est l'utilité du présent *Document de travail*?

Les statistiques concernant les cas de sida et la prévalence de l'infection à VIH dans les communautés autochtones indiquent que le nombre de cas de VIH et de sida augmente de façon dramatique dans la population autochtone et que l'épidémie de VIH dans les communautés autochtones ne donne aucun signe de ralentissement. Le VIH/sida pourrait avoir un effet dévastateur sur les communautés des Premières Nations, Métis et Inuit. Des problèmes qui prennent racine dans le partage des compétences constitutionnelles nuisent aux efforts destinés à contenir l'épidémie de VIH/sida.

Aucun groupe au Canada n'est confronté autant que les autochtones à des problèmes relevant du partage des pouvoirs. La propagation du VIH/sida au sein des communautés autochtones au-delà des frontières délimitées par le partage des pouvoirs met en relief la nécessité de réduire l'effet de ces frontières sur le développement et l'application de services et programmes efficaces en ce qui a trait au VIH/sida.

Que contient le *Document de travail*?

Le *Document de travail* examine les questions que soulève pour les communautés autochtones la relation entre le partage des compétences et les programmes et services relatifs au VIH/sida, à partir d'entrevues réalisées avec des personnes qui travaillent dans le domaine du VIH/sida dans les communautés autochtones et d'une recherche entreprise par l'auteur. Quelques initiatives conçues pour surmonter ou réduire les barrières relatives au partage de compétences sont également décrites.

Quelles questions sont abordées?

Le *Document de travail* commence par une description du partage des compétences entre le fédéral et les provinces, en ce qui a trait aux autochtones en général, suivie d'une analyse des compétences dans le domaine des soins de santé pour les autochtones.

Les consultations entreprises pour les fins du présent document ont permis d'aborder certains développements dans les soins de santé qui sont inquiétants pour les autochtones vivant avec le VIH/sida ou affectés autrement par l'épidémie. La communauté autochtone est engagée dans un processus de transition, dans les domaines de la santé, de la culture et de la politique. Les questions relatives au VIH/sida doivent constituer une priorité durant ce processus.

Les changements suivants dans le domaine de la santé concernent particulièrement les communautés autochtones et le VIH/sida:

- la dévolution aux provinces et aux territoires de la compétence sur les soins de santé et la régionalisation des services de santé; et
- le transfert aux Premières Nations et à certaines communautés inuit, par le gouvernement fédéral, du pouvoir sur les services de santé. Ce transfert ne répond pas aux besoins des Indiens qui vivent à l'extérieur des réserves et des Indiens sans statut; en fait, il est souvent néfaste pour ces groupes.

Les questions suivantes, relativement au partage des compétences, au VIH/sida et aux autochtones, ont été soulevées durant le processus de consultation:

- les problèmes de financement, incluant la suffisance et les sources de financement;
- l'effet des querelles entre les gouvernements fédéral et provinciaux/territoriaux sur l'élaboration et la mise en œuvre de programmes et services complets et coordonnés, pour les autochtones, en matière de VIH/sida;
- l'effet des barrières interministérielles sur la coordination et la collaboration; et
- l'effet des querelles causées au sein de la communauté autochtone par l'héritage de définitions imposées et les problèmes de partage des compétences.

Quel est l'objectif du présent *Document de travail*?

Le *Document de travail* ne donne pas de réponses définitives. Les réponses doivent au bout du compte venir des communautés autochtones. Notre objectif est de donner de l'information et d'identifier les problèmes relatifs à la compétence, au VIH/sida et aux autochtones. Nous espérons que les conclusions contenues dans le *Document de travail* stimuleront la discussion sur les questions soulevées et contribueront à l'élaboration de solutions aux problèmes mentionnés.

Quelles sont les conclusions du *Document de travail*?

Le *Document de travail* contient neuf conclusions générales:

- La dévolution de pouvoirs aux provinces en certaines matières, le progrès de l'autodétermination et le transfert de compétences aux communautés autochtones dans le domaine des services de santé ont un effet considérable sur la vie des autochtones. Durant cette période de transition, les questions relatives au VIH/sida doivent être considérées et traitées à l'égard de tous les autochtones, incluant les Indiens avec ou sans statut, les autochtones à l'intérieur et à l'extérieur des réserves, les Métis, les Premières Nations et les Inuit. Les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux doivent reconnaître leurs responsabilités envers tous les autochtones dans le développement d'une relation renouvelée.
- Durant le processus de régionalisation et de rationalisation des services de santé qui a été entrepris par plusieurs provinces et territoires, il est important que les programmes et services relatifs au VIH/sida soient offerts de manière uniforme et complète, et que les questions relatives au VIH/sida soient une priorité pour les autorités régionales de la santé.

- Durant le processus de régionalisation, il est également important que les intérêts des communautés autochtones soient respectés et considérés.
- Les dirigeants des Premières Nations et Inuit qui bénéficient des initiatives de transfert dans le domaine de la santé devraient être incités à considérer les questions relatives au VIH/sida comme une priorité dans leurs communautés.
- Plusieurs des personnes interviewées considèrent que même si la Stratégie canadienne sur le VIH/sida, qui met l'accent sur les communautés autochtones, constitue un développement encourageant, les taux de financement pour les programmes et services relatifs au VIH/sida pour les autochtones sont inadéquats, notamment si l'on considère l'accroissement des taux d'infection dans la population autochtone, la prévalence des facteurs de risque d'infection à VIH et la surreprésentation des autochtones dans les groupes à risque élevé. Il est essentiel que le financement de la SCVS soit utilisé efficacement. Il faudra en particulier privilégier la formation et l'appropriation de compétences au sein des communautés autochtones. Il est également important de noter que les niveaux de financement continuent de varier en fonction de l'engagement des gouvernements provinciaux et territoriaux envers les initiatives en matière de VIH/sida pour les autochtones.
- Les organismes gouvernementaux responsables des subventions relatives au VIH/sida devraient s'efforcer de réduire l'effet des barrières de compétences sur l'application des programmes et services relatifs au VIH/sida pour les autochtones. Les organisations autochtones de lutte contre le sida devraient être incitées à continuer d'échanger des informations et à s'entraider dans l'obtention de financement.
- Les initiatives en cours pour améliorer la collaboration et la coordination entre les organismes gouvernementaux fédéraux et provinciaux/territoriaux qui travaillent dans le domaine du VIH/sida et entre les ministères et directions responsables des questions autochtones sont encouragées. La valeur de ces initiatives est renforcée par la participation des autochtones aux discussions et à la prise de décisions.
- À l'exemple de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, chaque province et territoire devrait appuyer l'élaboration de stratégies globales concernant le VIH/sida et les autochtones. Entre autres choses, ces stratégies devraient tenter de corriger les différences interprovinciales et territoriales dans la disponibilité de programmes et services adaptés à la culture des autochtones relativement au VIH/sida.

- Le Réseau canadien autochtone sur le sida (RCAS) et ses organismes membres, de même que les organismes autochtones non membres qui s'intéressent aux questions de VIH/sida, ont un rôle important à jouer pour surmonter les problèmes de compétences dans le domaine du VIH/sida et des autochtones, mais ils ont besoin de financement à long terme pour continuer leur travail. Ces organismes devraient être consultés sur la nécessité et la conception d'une stratégie nationale sur le VIH/sida et les autochtones.

Le VIH/sida représente un défi pour les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux, et pour les gouvernements et organisations des Premières Nations, métis et inuit: les barrières relatives aux compétences doivent être surmontées, parce qu'elles empêchent le développement de programmes et services coordonnés, concertés et complets sur le VIH/sida pour les communautés autochtones. De plus, l'effet néfaste des distinctions artificielles imposées aux autochtones sur les services relatifs au VIH/sida et autres services de santé et services sociaux, économiques et culturels doit être diminué.

Les organisations autochtones de lutte contre le sida et les autochtones vivant avec le VIH/sida ou affectés autrement par l'épidémie sont les experts en ce qui concerne le développement de programmes et services sur le VIH/sida. Les gouvernements et organisations devraient se tourner vers eux pour obtenir des conseils sur la conception de stratégies destinées à réduire l'effet du VIH/sida sur les communautés autochtones.

Les prochaines étapes

L'objectif du *Document de travail* revu et mis à jour est de constituer une ressource pour les organisations de lutte contre le sida, autochtones et autres, les gouvernements autochtones, les ministères et organismes des gouvernements fédéral et provinciaux, les organisations non gouvernementales, etc. Le Document sera largement distribué et il sera disponible sur le site Web du Réseau. Des articles basés sur le Document seront publiés dans le Bulletin canadien VIH/sida et droit et proposés pour publication à d'autres journaux et bulletins. Des résumés des informations les plus pertinentes contenues dans le Document ont été préparés.

Des exemplaires supplémentaires du *Document de travail*...

peuvent être téléchargés du site Web du Réseau juridique canadien VIH/sida, à <www.aidslaw.ca>, ou commandés auprès du Centre canadien de documentation sur le VIH/sida. Pour plus d'informations, adressez-vous à:

Centre canadien de documentation sur le VIH/sida

1565, avenue Carling (Bureau 400)

Ottawa ON K1Z 8R1

Tél.: (613) 725-3434

Télec.: (613) 725-9826

Courriel: aids/sida@cpha.ca

INTRODUCTION

En juillet 1997, le Réseau juridique canadien VIH/sida (le Réseau juridique) a entrepris un projet d'étude des questions juridiques concernant les peuples autochtones et le VIH/sida. Trois documents de travail ont été produits sur: (1) le VIH/sida et la discrimination; (2) les problèmes de compétence et de financement; et (3) le test de sérodiagnostic du VIH et la confidentialité. Le financement du projet a d'abord été assuré par la Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida, Santé Canada, dans le cadre de la Stratégie nationale sur le sida, phase II. Le présent document traite du deuxième des trois sujets du projet.

De juillet à septembre 1997, il y a eu des discussions avec des personnes-ressources œuvrant dans les domaines du VIH/sida et des peuples autochtones. En octobre 1997, des projets de documents de travail ont été distribués pour commentaires. La première édition a été publiée et largement diffusée en mars 1998. À l'automne 1998, le Réseau juridique et le Réseau canadien autochtone sur le sida (RCAS) ont convenu de produire une deuxième édition révisée des documents de travail et une série de fiches d'information qui résument les principales questions abordées dans les documents de travail. À cette fin, en janvier et février 1999, des discussions de suivi ont eu lieu avec des représentants des organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida et de Santé Canada. Les documents de travail ont ensuite été révisés et la présente deuxième édition a été produite. Nous avons tenté dans le présent document de refléter et d'intégrer les commentaires des personnes consultées. La liste de ces personnes figure dans l'appendice de chaque document¹.

¹ Certaines parties du présent document sont basées sur un document non publié préparé par Stefan Matiation pour les 2-Spirited Peoples of the 1st Nations (TPFN), dont le titre était: «HIV/AIDS and Aboriginal Communities: Problems of Jurisdiction and Discrimination». Il a été préparé en lien avec le Human Rights Internship Program of the Faculty of Law of the University of Toronto. Un compte rendu en a été publié dans le *Bulletin canadien VIH/sida et droit*, 1996, 3(1), à la p. 1.

Historique

Le VIH/sida et les autochtones

Selon le Laboratoire de lutte contre la maladie (LLCM), au 31 décembre 1997, 255 des 15 528 cas de sida rapportés au Canada se situaient chez les autochtones. En tenant compte des délais de déclaration des cas, ce chiffre était estimé à 332 à la fin de 1997, c'est-à-dire 33,2 cas par 100 000 chez les autochtones. Ce nombre est considéré comme étant très inférieur au nombre réel de cas de sida chez les autochtones, à cause des délais de déclaration, de la rareté des tests du VIH et des variations entre les informations concernant l'appartenance ethnique dans les rapports selon les provinces².

Le LLCM estime que, à la fin de 1996, un total cumulatif de 50 000 à 54 000 Canadiens avaient contracté le VIH depuis le début de l'épidémie et que, à la fin de 1996, de 36 000 à 42 000 Canadiens vivaient avec l'infection à VIH (incluant les personnes vivant avec le sida)³. Le nombre de cas d'infection à VIH chez les peuples autochtones est pour ainsi dire inconnu.

Les statistiques du LLCM révèlent que «les autochtones contractent en général l'infection plus jeunes que les non-autochtones, que l'usage de drogues injectables est un important mode de transmission du virus, et que l'épidémie de sida ne donne aucun signe de ralentissement»⁴ :

- les personnes atteintes du sida chez les autochtones sont en moyenne plus jeunes que chez les non-autochtones (29,8% par rapport à 18,6% des cas sont diagnostiqués chez les moins de 30 ans);
- les cas de sida chez les autochtones sont plus susceptibles d'être attribuables à l'usage de drogue par injection que chez les non-autochtones (19,0% par rapport à 3,2% pour les hommes, 50,0% par rapport à 17,4% pour les femmes);
- la proportion des cas de sida attribués aux autochtones est passée de 2,0% avant 1989 à plus de 10% en 1996-97;
- des données récentes (1993-97) de la Colombie-Britannique, de l'Alberta et de la Saskatchewan montrent que respectivement 15%, 26% et 43% des nouveaux cas de séropositivité diagnostiqués se rencontrent chez des autochtones.

² Laboratoire de lutte contre la maladie, *Actualités en épidémiologie sur le VIH – Épidémiologie du VIH/sida chez les peuples autochtones du Canada*, Ottawa, Santé Canada, mai 1998.

³ LLCM, *Actualités en épidémiologie sur le VIH/sida – Épidémiologie du VIH/sida chez les peuples autochtones du Canada*, Ottawa, Santé Canada, novembre 1997.

⁴ *Supra*, note 2.

Le LLCM rapporte que la proportion de femmes autochtones adultes atteintes du sida est plus élevée que dans la population non autochtone (15,1% par rapport à 7,0%)⁵. De plus, plusieurs facteurs de risque sont fortement présents chez les autochtones, notamment l'alcoolisme et la toxicomanie, la forte proportion de MTS, les grossesses chez les adolescentes, le mauvais état de santé général et la situation socio-économique inférieure. Les autochtones sont par ailleurs en grand nombre dans les groupes considérés à risque en ce qui a trait à l'infection à VIH, incluant les consommateurs de drogues par injection et les détenus dans les prisons fédérales et provinciales⁶.

Les données précédentes, et des renseignements non scientifiques fournis par les personnes consultées, indiquent qu'il y a une épidémie de VIH/sida chez les peuples autochtones au Canada qui pourrait avoir un effet dévastateur pour les communautés des Premières Nations, Métis et Inuit.

Les autochtones et le Canada

L'histoire des relations entre le Canada et les communautés des Premières Nations et inuit a été largement caractérisée par l'oppression, le racisme et le colonialisme. Au moment de la Confédération, en 1867, le pouvoir sur les Indiens a été divisé entre les gouvernements fédéral et provinciaux au même titre que la propriété et le contrôle des hôpitaux. Depuis, la plupart des autochtones au Canada ont dû composer avec des définitions législatives imposées et ont été sujets à des pressions assimilatrices. Cette relation historique a fait des autochtones des citoyens de deuxième classe au Canada sur le plan de la santé et de la situation socio-économique et a par conséquent contribué à exacerber les facteurs de risque relativement au VIH/sida.

Ces dernières années, la culture et la communauté autochtones ont refait surface. Tout au long de ce processus, les autochtones et leurs chefs ont revendiqué avec vigueur la reconnaissance de leurs droits, y compris leur droit à l'autodétermination, et le respect de leurs traditions.

Bien que les communautés autochtones soient actuellement dans une période de transition, l'héritage d'années d'oppression et de racisme demeure. Les autochtones continuent de faire face à un imbroglio constitutionnel susceptible de frustrer les nouvelles initiatives et de compliquer la fourniture de services. Les problèmes de compétence sont nombreux et revêtent plusieurs formes pour les autochtones vivant avec le VIH/sida ou affectés autrement par l'épidémie, de même que pour les organisations qui tentent de leur venir en aide. Le VIH/sida ne respecte pas les frontières artificielles qui séparent la communauté autochtone.

⁵ *Ibid.*

⁶ *Ibid.* Dans certaines villes, entre 25% et 75% de la clientèle des services offerts dans les quartiers défavorisés est constituée d'autochtones. Quatorze pour cent des détenus dans les pénitenciers fédéraux du Canada sont des autochtones, et ce chiffre augmente jusqu'à 40% dans les prisons fédérales ou provinciales de certaines provinces. Les taux de MTS sont de 5 à 10 fois plus élevés que la moyenne nationale dans certaines régions où sont concentrées des populations autochtones.

Portée du *Document de travail*

Le document commence par une analyse de la séparation constitutionnelle des pouvoirs en ce qui concerne les autochtones et la fourniture des services de santé. Les barrières relatives à la compétence prennent leurs racines dans cette division des pouvoirs et dans la façon dont le pouvoir législatif a été exercé.

La discussion porte ensuite sur les changements apportés au système de santé au cours des dix dernières années, incluant la régionalisation et les politiques de transfert dans le domaine de la santé, et sur l'effet de ces changements sur la fourniture des services relatifs au VIH/sida dans les populations autochtones.

Certains problèmes créés par la division des pouvoirs dans le domaine du VIH/sida chez les autochtones sont ensuite identifiés, incluant les problèmes de financement, les lacunes dans les services et les problèmes de coordination et de collaboration.

La dernière section du document mentionne un certain nombre d'initiatives actuellement en cours pour tenter de surmonter les problèmes de compétence qui font obstacle à la fourniture de services et de programmes globaux, coordonnés et concertés, en ce qui a trait au VIH/sida chez les autochtones.

Limites

Changements dans le temps

Dans l'ouvrage intitulé *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité: rapport final*, l'auteur note qu'il faudra peut-être réexaminer les questions relatives au VIH/sida à mesure que les connaissances sur la maladie augmentent et que l'épidémie évolue⁷. Il est important de noter que les conclusions tirées dans le présent document de travail sont loin d'être définitives. Les connaissances sur l'épidémie qui frappe la population autochtone du Canada sont limitées en raison d'un manque de données épidémiologiques concrètes et parce qu'il faut s'appuyer sur des renseignements non scientifiques. Bien que de tels renseignements dans ce domaine ne doivent pas être rejetés (en effet, ils sont généralement fournis par ceux qui sont les mieux à même de surveiller l'épidémie, c'est-à-dire les intervenants de première ligne qui œuvrent dans les organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida, les centres de santé dans les réserves et les centres urbains et d'autres qui travaillent dans le domaine), il reste encore beaucoup à apprendre sur l'évolution et l'impact de l'épidémie au sein de la population autochtone. À mesure que les connaissances augmenteront, il y aura peut-être lieu de modifier les conclusions tirées dans le présent document de travail et de réexaminer les questions.

⁷ Ralf Jürgens, *Test de sérodiagnostic du VIH et confidentialité: rapport final*, Montréal, Réseau juridique canadien VIH/sida et Société canadienne du sida, 1998.

Il est également important de noter les changements rapides d'ordre politique et social qui ont lieu au sein des communautés autochtones. Plusieurs de ces changements pourront eux aussi avoir des répercussions sur les conclusions et les commentaires que l'on trouve dans le présent document de travail et nécessiter un réexamen de ces questions à l'avenir.

Degré de particularité

La population autochtone est diversifiée et se compose de nombreuses cultures, langues, traditions, situations et expériences. Il est impossible, dans le présent document de travail, de fournir le degré de particularité nécessaire pour rendre compte de ces différences. En particulier, il a été difficile de traiter les situations des communautés inuit et métis. L'impact qu'aura le Nunavut, créé le 1^{er} avril 1999, sur la vie et la santé de la population à prédominance inuit dans le nouveau territoire, n'a pas été examiné. Nous reconnaissons qu'il serait utile d'avoir plus d'information sur les Métis, les Inuit et les Indiens non inscrits. Il serait peut-être opportun de traiter dans des documents distincts les questions particulières qui intéressent ces groupes.

Il est également important de garder à l'esprit que la population autochtone partage, à de nombreux égards, une histoire commune. Malheureusement, cette histoire partagée n'a pas toujours été positive et a connu les effets néfastes de la colonisation, du racisme et du dénigrement culturel. Cette expérience commune a contribué à la prévalence de facteurs de risque de transmission du VIH au sein de la population autochtone dans son ensemble.

La population autochtone partage aussi la capacité de résister aux ravages du colonialisme. Bien que leurs cultures et traditions aient été affaiblies et, fort malheureusement, perdues dans certains cas, les communautés autochtones vivent actuellement une renaissance culturelle et politique: les développements récents indiquent que la population autochtone demeure vigoureuse et que les autochtones sont prêts à réaffirmer leurs cultures et leurs traditions et à reprendre en main leur avenir.

Bien que le présent document de travail n'aborde peut-être pas en particulier les préoccupations et les expériences de certains groupes, les questions qui y sont soulevées peuvent néanmoins s'y rapporter. Pendant la rédaction de ces documents, nous avons tenté de garder à l'esprit les différences et les similitudes entre les groupes, nations et communautés autochtones.

Envergure des consultations

Une troisième limite importante du présent projet est l'envergure des consultations, qui ont été limitées par le temps, les ressources financières et la géographie. Les discussions ont principalement eu lieu avec des représentants d'organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida et de Santé Canada; d'autres sources ont été consultées lorsque possible. En raison des diverses situations dans lesquelles se trouvent les peuples autochtones à travers le pays, il est important d'obtenir les commentaires d'organismes qui œuvrent dans diverses régions. Nous avons tenté de le faire dans la mesure du possible. Toutefois, bien que nous ayons pu rencontrer certains interlocuteurs en personne, nous avons dû en interviewer plusieurs au téléphone.

Le présent projet est un apport modeste à la discussion sur les questions d'ordre juridique et éthique liées aux peuples autochtones et au VIH/sida. Nous espérons que ces discussions continueront et que de plus en plus de gens y participeront.

Un mot au sujet de la terminologie

Dans le présent document de travail, nous avons adopté la terminologie employée par la Commission royale sur les peuples autochtones:

La Commission utilise l'expression *peuples autochtones* quand elle veut désigner collectivement les descendants des premiers habitants de l'Amérique du Nord, c'est-à-dire les Premières Nations, les Inuit et les Métis. Elle emploie le terme *autochtones* tout court pour parler des individus qui appartiennent à ces entités culturelles et politiques – et non pas raciales – que sont les peuples autochtones.

Nous considérons les *Métis* comme des peuples autochtones distincts issus d'un croisement entre Première Nations (ou Inuit, dans le cas des Métis du Labrador) et Européens, et qui s'identifient à une culture proprement métisse.

Comme le veut l'usage maintenant établi, les termes *Esquimau* et *Indien* ont été remplacés par *Inuit* et *Première Nation* [...] ⁸

On continue d'employer des mots comme *Esquimau* et *Indien* dans des citations d'autres sources, notamment les lois et la jurisprudence, ou en rapport avec les Indiens inscrits ou non inscrits, au sens de la *Loi sur les Indiens*.

⁸ Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport final*, « Un mot au sujet de la terminologie », Ottawa, ministre des Approvisionnements et des Services, 1996.

Des expressions comme *communauté autochtone*, *communauté de Premières Nations*, *communauté métis* ou *communauté inuit* s'entendent d'un groupe d'autochtones qui vivent en un seul endroit ou qui sont unis par une expérience commune. Ces communautés peuvent vivre dans des réserves, des régions éloignées ou en milieu rural ou urbain.

L'expression *de deux esprits* ou *bispirituel-le-s* est employée dans le présent document de travail. L'expression a plusieurs significations dans divers contextes et diverses traditions autochtones. En général, l'expression désigne les autochtones qui s'identifient comme gais, lesbiennes, bisexuels ou transsexuels. L'expression « de deux esprits » ou « bispirituel-le-s » est préférée car elle est plus pertinente, sur le plan culturel, à l'égard des autochtones gais, lesbiennes, bisexuels ou transsexuels.

Dans certaines traditions autochtones, la dualité d'esprit était considérée comme un don. Les personnes à deux esprits étaient respectées et honorées: c'étaient les visionnaires et les guérisseurs de leurs communautés. L'expression vient de la reconnaissance du caractère sacré, dans certaines traditions, des personnes qui maintiennent un équilibre en abritant en eux l'esprit masculin et l'esprit féminin⁹.

⁹ L'expression *two-spirited* (bispirituelle ou de deux esprits) est définie dans la Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy, 1996.

LA COMPÉTENCE

Aucun autre groupe au Canada n'est confronté autant que les autochtones à des problèmes de compétence constitutionnelle ou aux effets de la division des pouvoirs. Pour aucun autre groupe n'est la ligne de démarcation des responsabilités aussi floue.

La présente section commence par certains exemples qui illustrent l'effet que les querelles de compétences peuvent avoir sur les autochtones vivant avec le VIH/sida ou affectés autrement par l'épidémie. Le reste de la section décrit la relation entre les pouvoirs législatifs fédéraux et provinciaux en ce qui a trait aux autochtones, la relation entre les droits ancestraux et les pouvoirs et responsabilités du fédéral et des provinces, et l'évolution de l'autodétermination chez les autochtones. Ceci servira de fondement à la discussion sur l'effet des questions de compétence sur les programmes et services relatifs au VIH/sida pour les autochtones.

Quelques exemples de problèmes de compétence

Les exemples suivants, tirés des consultations entreprises pour les fins du présent document, illustrent certains effets du partage des compétences sur les autochtones vivant avec le VIH/sida ou qui sont affectés autrement par l'épidémie:

Un autochtone atteint du sida décida de retourner dans sa communauté pour mourir. Il avait besoin d'aide pour se déplacer et pour éviter certaines complications de son état de santé. Bien qu'elle ait connu l'intention de l'homme de rentrer chez lui, l'agence urbaine de lutte contre le sida qui l'avait aidé n'a pas contacté les travailleurs de la santé de sa communauté avant son arrivée pour discuter de ses besoins.

La direction générale des services médicaux de Santé Canada (DGSM) offre trop peu de financement pour aider les bandes à fournir des services efficaces. Dans les provinces maritimes, certaines bandes ont mis leurs fonds en commun pour supporter le Groupe de travail des Premières Nations de l'Atlantique sur le sida. D'autres bandes détournent les fonds destinés à la lutte contre le VIH/sida pour payer des dépenses sans rapport avec celle-ci.

Plusieurs autochtones vivant avec le VIH/sida n'ont accès à aucune organisation autochtone de lutte contre le sida. Environ 40 000 autochtones vivent à Ottawa, où il n'y a pas d'organisation autochtone de lutte contre le sida. Certaines organisations autochtones de lutte contre le sida manquent sérieusement de financement.

Il y a un manque de coordination des activités entre les ministères du gouvernement fédéral, en dépit du fait qu'un certain nombre de ministères différents offrent des services aux autochtones. Tandis que l'éducation dans les réserves est administrée par les Affaires Indiennes et du Nord Canada, le financement des programmes d'éducation sur le VIH/sida est régi par diverses directions de Santé Canada.

La DGSM appuie les services reliés au VIH/sida pour les autochtones qui vivent dans des réserves et pour les Inuit du Labrador, mais pas pour les Inuit des Territoires du Nord-Ouest. Cela contribue aux difficultés de financement relatives au VIH/sida dans le Nord.

Malgré la grande mobilité des autochtones et les relations historiques entre le gouvernement fédéral et les Premières Nations, le gouvernement fédéral continue de diviser et de limiter les services destinés aux autochtones selon les frontières des réserves. Il y a souvent un manque de coordination des activités entre les décideurs fédéraux et provinciaux qui entretient le vide politique créé par le partage des compétences. Les besoins des Indiens sans statut et des Métis sont souvent ignorés.

Les autochtones et le partage des compétences

¹⁰ *Loi constitutionnelle de 1867*, (R.-U.), 30 & 31 Vict., c. 3.

¹¹ *Proclamation royale de 1763*, L.R.C. (1985), Ann. II, n° 1.

¹² *Loi constitutionnelle de 1982*, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada* (R.-U.), 1982, c. 11.

¹³ Voir Peter Hogg, *Constitutional Law of Canada*, 3^e éd., Toronto, Carswell, 1992, et Peter Hogg et Mary Ellen Turpel, « Implementing Aboriginal Self-Government: Constitutional and Jurisdictional Issues », (1995) 74 *Canadian Bar Review* 187-224, pour une analyse juridique plus détaillée des questions de compétence relatives aux autochtones. Nous nous sommes considérablement inspirés de Hogg, *Constitutional Law of Canada*, pour rédiger la présente section du document.

La « compétence » désigne le pouvoir légal d'un ordre de gouvernement de légiférer en ce qui a trait à un domaine particulier. Le droit constitutionnel établit la relation entre les ordres de gouvernement et les règles d'interprétation applicables au partage des pouvoirs. Les articles 91 et 92 de la *Loi constitutionnelle de 1867*¹⁰ répartissent les pouvoirs législatifs entre les ordres de gouvernement fédéral et provincial. Le processus qui conduit les autochtones vers l'autodétermination introduit un troisième ordre de gouvernement dans la structure constitutionnelle.

La question de la compétence en ce qui a trait aux autochtones au Canada est complexe. Elle ne relève pas que des articles 91 et 92 et des règles du droit constitutionnel, mais fait appel à la *Proclamation royale de 1763*¹¹, aux relations historiques entre la couronne et les Premières Nations, aux traités et accords territoriaux, à la *Loi sur les Indiens*, aux articles 25 et 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*¹², au concept de l'obligation de fiduciaire, aux décisions judiciaires et à la transition vers l'autodétermination. La discussion de tous ces sujets déborde le cadre du présent document¹³. La section qui suit décrit les pouvoirs et responsabilités des ordres de gouvernement en ce qui a trait aux autochtones pour donner un arrière-plan à la discussion de l'effet du partage des compétences sur les questions relatives au VIH/sida.

Le pouvoir législatif du fédéral concernant les autochtones

L'article 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867* prévoit que « l'autorité législative exclusive » du gouvernement fédéral s'étend aux « Indiens et aux terres réservées aux Indiens »¹⁴. Bien que le terme « Indiens » ait été interprété de façon à inclure les Inuit¹⁵, et qu'il comprend probablement les Métis et les Indiens sans statut¹⁶, ces groupes sont exclus de la définition d'Indien au sens de la *Loi sur les Indiens*. Le gouvernement fédéral « a continué de résister aux arguments voulant que la portée de l'article 91(24) s'étende aux Métis, en dépit de leur inclusion dans l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982* »¹⁷. La position du gouvernement fédéral a généralement été qu'il pouvait choisir d'exercer sa compétence ou non¹⁸. Par conséquent, sauf quelques exceptions, le gouvernement fédéral a concentré ses activités sur les Indiens qui vivent dans des réserves et sur les communautés inuit.

Malgré la politique fédérale consistant à limiter l'usage de ses pouvoirs législatifs en ce qui a trait aux Indiens et aux terres réservées aux Indiens, le Parlement est d'avis qu'il peut légiférer pour les Indiens sur des sujets qui autrement se situeraient à l'extérieur de sa compétence législative et sur lesquels il ne pourrait pas légiférer pour les non-Indiens¹⁹. Par exemple, bien que l'éducation soit un champ de compétence provinciale, la *Loi sur les Indiens* comprend des dispositions relatives à l'éducation des Indiens qui résident ordinairement dans des réserves²⁰.

En bref, le Parlement a généralement exercé tout le poids de ses pouvoirs constitutionnels sur les « Indiens », mais a adopté une vision étroite des responsabilités qui lui reviennent historiquement à l'égard des peuples autochtones, incluant les communautés à l'intérieur des réserves, à l'extérieur des réserves, les Indiens reconnus ou non reconnus selon la *Loi sur les Indiens*, les Métis et les Inuit.

¹⁴ *Supra*, note 10, art. 91(24). Hogg note que l'article 91(24) comprend deux types de pouvoirs: un pouvoir sur les « Indiens », qui peut être exercé sur les Indiens, qu'ils soient ou non rattachés à une réserve, et un pouvoir sur les « terres réservées aux Indiens », qui peut être exercé sur des Indiens ou des non-Indiens, du moment que la loi concerne des terres réservées aux Indiens. Les terres réservées aux Indiens comprennent les réserves indiennes et peut s'étendre à toutes les terres sujettes à un titre autochtone non éteint. Hogg, *supra*, note 13, 27-2.

¹⁵ *Re Eskimos*, [1939] 2 D.L.R. 417 (C.S.C.).

¹⁶ Hogg, *supra*, note 13, 27-4.

¹⁷ *Supra*, note 8, vol. 4, à la p. 539.

¹⁸ *Ibid.*, à la p. 541. Selon Hogg, le Parlement n'a aucune obligation de légiférer dans toute l'étendue de sa compétence et, en ce qui a trait aux Indiens, il est loin de l'avoir fait. Voir *supra*, note 13, 27-4.

¹⁹ *Supra*, note 12, 27-4.

²⁰ *Loi sur les Indiens*, L.R.C. (1985), c. I-5, art. 114-122.

Le pouvoir législatif des provinces concernant les autochtones

Les lois provinciales d'application générale s'appliquent aux « Indiens et aux terres réservées aux Indiens ». La législature d'une province peut rendre une loi applicable aux autochtones, qu'ils vivent à l'intérieur ou à l'extérieur des réserves, du moment que la loi se rapporte à un domaine de compétence provinciale.

Il y a cinq exceptions à la règle générale²¹:

- (1) une loi provinciale ne peut imposer un traitement spécial aux Indiens ou aux réserves;
- (2) une loi provinciale ne peut avoir d'effet sur les droits ancestraux ou les droits issus de traités, ni avoir d'effet sur le statut d'Indien;
- (3) une loi provinciale incompatible avec une loi fédérale comme la *Loi sur les Indiens* devient inopérante en raison de la doctrine de la suprématie fédérale²²;
- (4) les lois provinciales ne peuvent retirer aux Indiens leur droit de chasser ou de pêcher pour se nourrir, qui est protégé par les Conventions sur les ressources naturelles en Alberta, en Saskatchewan et au Manitoba;
- (5) les lois provinciales et fédérales sont sujettes à l'article 35 de la *Loi constitutionnelle de 1982*.

²¹ Tiré de *supra*, note 13, 27-10 à 27-12.

²² La doctrine de la « suprématie fédérale » a peu d'effets en pratique. Pour qu'une loi provinciale soit annulée, son objet doit être directement incompatible avec la loi fédérale. Une loi provinciale qui établit un taux de salaire minimum, par exemple, n'est pas invalide simplement parce qu'une loi fédérale impose un taux différent, même quand l'employeur est le gouvernement fédéral. Exemple tiré de Hogg, *supra*, note 13.

²³ Voir Hogg, *supra*, note 13, 27-14. Voir aussi *Dick c. La Reine*, [1985] 2 R.C.S. 309. Cet arrêt a été suivi dans des arrêts subséquents, incluant *Derrickson c. Derrickson*, [1986] 1 R.C.S. 285, et *R. c. Francis*, [1988] 1 R.C.S. 1025.

L'article 88 de la *Loi sur les Indiens* augmente l'étendue des lois provinciales applicables aux Indiens. Dans l'arrêt *Dick c. La Reine*, la Cour suprême du Canada a jugé que l'article 88 s'applique aux lois provinciales qui touchent les Indiens en portant atteinte au statut ou à la capacité des Indiens. Le juge Beetz, au nom de la majorité, a conclu que ce sont les seules lois auxquelles l'article 88 doit s'appliquer, parce que ces lois provinciales ne peuvent pas s'appliquer par leur seul effet. Le juge Beetz a donné l'exemple des lois sur la circulation, qui sont des lois provinciales applicables aux Indiens par leur seul effet. Les lois provinciales sur la chasse qui portent atteinte au statut ou à la capacité des Indiens pourraient toujours s'appliquer sous l'autorité de l'article 88, bien que de telles lois seraient sujettes à l'article 35²³.

Avant l'arrêt *Dick c. La Reine*, on croyait que l'article ne faisait qu'énoncer la règle générale. Au contraire, l'article 88 élargit le corps des lois provinciales applicables aux « Indiens et aux terres réservées aux Indiens ».

La portée de l'article 88 est limitée par de nombreuses exceptions similaires à celles qui touchent la règle générale: l'article 88 est sujet à la doctrine de la suprématie fédérale, aux dispositions de tous les traités, aux conventions sur les ressources naturelles et à l'article 35.

L'article 35 et la relation fiduciaire

L'article 35(1) de la *Loi constitutionnelle de 1982* prévoit que:

Les droits existants — ancestraux ou issus de traités — des peuples autochtones du Canada sont **reconnus** et affirmés²⁴.

Les droits issus de traités sont les droits créés par des traités conclus entre la couronne et les Premières Nations ou certaines bandes « et peut-être » les droits créés par les dispositions des traités internationaux²⁵. Les droits ancestraux ont leurs fondements dans les traditions des Premières Nations. Les droits ancestraux existent indépendamment de ce que peut faire la couronne.

La Cour suprême du Canada, dans l'arrêt *R. c. Van der Peet*, a formulé un test pour identifier les droits ancestraux:

Pour constituer un droit ancestral, une activité doit être un élément d'une coutume, pratique ou tradition faisant partie intégrante de la culture distinctive du groupe autochtone qui revendique le droit en question²⁶.

L'article 35 protège les droits ancestraux et les droits issus de traités qui existaient en 1982, et les droits issus de traités qui peuvent être acquis après 1982. Cela signifie qu'un droit ancestral ou un droit issu de traité qui existait avant 1982 ne pourrait être éteint qu'en des termes clairs et simples à cet effet. Les droits ancestraux et les droits issus de traités qui existaient en 1982, et les droits issus de traités acquis après 1982 sont protégés par l'article 35 contre toute réduction injustifiée par les lois fédérales ou provinciales²⁷. « L'effet de l'article 35 est que les droits ancestraux et les droits issus de traités ne peuvent être éteints que de deux façons: (1) par renonciation (volontaire) et (2) par modification constitutionnelle »²⁸.

²⁴ *Supra*, note 12, art. 35(1). L'article 35 existe indépendamment de la Charte et n'est donc pas sujet à la possibilité de dérogation législative prévue à l'article 33 (la clause de dérogation) ou aux « limites qui soient raisonnables et dont la justification puisse se démontrer dans le cadre d'une société libre et démocratique », que reconnaît l'article 1; les droits ne sont pas non plus efficaces uniquement contre l'action gouvernementale, selon les dispositions de l'article 32. Enfin, les droits reconnus à l'article 35 ne peuvent faire l'objet de recours sous l'autorité de l'article 24 de la Charte, mais ils peuvent être invoqués en défense.

²⁵ *Supra*, note 13, 27-8.

²⁶ [1996] 2 R.C.S. 507, 549, cité dans *R. c. Pamajewon*, [1996] 2 R.C.S. 821, 833.

²⁷ *Sparrow c. La Reine*, [1990] 1 R.C.S. 1075.

²⁸ *Supra*, note 13, 27-30.

²⁹ *Supra*, note 13, aux pp. 27-29. On ne s'entend pas sur la question de savoir si l'obligation de fiduciaire incombe aux législatures provinciales. En disant «il y a des limites à ce que le gouvernement fédéral peut faire seul», Georges Erasmus, coprésident de la Commission royale sur les peuples autochtones, invitait les provinces à reconnaître leurs responsabilités et à augmenter leur participation aux programmes et services destinés aux autochtones. Cette déclaration fut rapportée le jour même où le gouvernement fédéral consacrait 350 millions de dollars à la solution de problèmes dans les réserves, et 350 millions de dollars à un fonds d'indemnisation pour les personnes touchées défavorablement par les pensionnats. Bien que ces initiatives fédérales soient louables, elles indiquent que le fédéral met l'accent sur les problèmes des réserves. (Rapporté de la Presse Canadienne dans le *Thunder Bay Chronicle-Herald*, 7 janvier 1998). Les commentaires d'Erasmus concernaient le vide politique des autochtones hors réserve. La réticence du gouvernement fédéral à reconnaître ses obligations de fiduciaire envers les autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves et le défaut des gouvernements provinciaux de reconnaître quelque obligation fiduciaire que ce soit envers les peuples autochtones contribuent aux problèmes de compétence qui affectent les autochtones vivant avec le VIH/sida.

³⁰ *Supra*, note 11.

³¹ *Delgamuukw c. C.-B.*, [1997] 3 R.C.S. 1010.

Par ailleurs, l'article 35 confère à la couronne (le Parlement fédéral et les législatures provinciales) une responsabilité fiduciaire à l'égard des autochtones²⁹. Cette obligation unique est fondée sur la relation historique entre la couronne et les Premières Nations. La relation a commencé avec l'arrivée des Européens sur un territoire déjà occupé par des Nations autonomes et a subséquentement été modelée par la *Proclamation royale de 1763*, qui reconnaissait que les autochtones de l'Amérique du Nord conservaient leurs terres jusqu'à ce qu'ils les abandonnent volontairement³⁰. La relation historique a également été définie par des traités, par la Constitution et par les politiques des gouvernements fédéral et provinciaux, entre autres choses.

L'intégration de la relation fiduciaire sous l'autorité de l'article 35 limite les pouvoirs législatifs du fédéral et des provinces. Bien que l'autorité législative de la couronne comporte l'adoption de lois touchant les autochtones, la responsabilité de la couronne impose que toute atteinte aux droits ancestraux ou aux droits issus de traités soit rigoureusement justifiée. En outre, la Cour suprême du Canada a affirmé que les groupes d'autochtones touchés par les atteintes aux droits ancestraux ou issus de traités doivent prendre part au processus décisionnel lié à une atteinte envisagée³¹.

Les pouvoirs gouvernementaux des autochtones

La position de la Commission royale sur les peuples autochtones (CRPA) est que parmi les droits ancestraux reconnus par l'article 35 se trouve le droit inhérent à l'autodétermination³². Le gouvernement du Canada a adopté cette approche dans sa déclaration de principe sur l'autodétermination³³. La politique du gouvernement fédéral est également que la mise en application de l'autodétermination va changer la nature de la relation entre le gouvernement fédéral et les Premières Nations:

Rien ne justifie que le gouvernement conserve des obligations de fiduciaire relativement à des questions à l'égard desquelles il a cédé son pouvoir de contrôle, pouvoir qui sera désormais exercé par l'institution autochtone ou le gouvernement visé³⁴.

Cette façon de voir n'est pas appuyée par la CRPA et ne semble pas refléter la reconnaissance mutuelle, le respect mutuel, le partage et les responsabilités mutuelles, qui sont les principes fondamentaux de la relation renouvelée décrite dans le rapport définitif de la CRPA³⁵.

Les gouvernements autochtones qui se forment revendiquent leur compétence dans divers domaines, tels la santé, l'éducation et le maintien de l'ordre. Les accords de transfert en matière de santé, dont nous traitons plus loin, font partie de ce processus.

³² Voir CRPA, *Rapport final*, supra, note 8; et CRPA, *Partenaires au sein de la Confédération*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services, 1993.

³³ *L'autonomie gouvernementale des Autochtones - L'approche du gouvernement du Canada concernant la mise en œuvre du droit inhérent des peuples autochtones à l'autonomie gouvernementale et la négociation de cette autonomie*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1995.

³⁴ *Ibid.*, à la p. 14.

³⁵ *Supra*, note 8, vol. 1, à la p. 689.

LES QUESTIONS RELATIVES AUX SOINS DE SANTÉ

Dans son rapport définitif, la CRPA déclarait que:

bien que les collectivités autochtones bénéficient toutes d'une forme quelconque de services médicaux et sociaux et que les gouvernements consacrent maintenant des sommes considérables à ces services, les taux de morbidité et de détresse sociale chez les autochtones demeurent inacceptables³⁶.

Dans la majeure partie du 20^e siècle, les autochtones ont été soumis à des services de santé de style occidental. Bien que ce système ait contribué à diminuer les taux de mortalité dans les communautés autochtones, ses bénéfices eurent un prix: les autochtones furent souvent envoyés, non accompagnés, dans des établissements médicaux lointains, les pratiques traditionnelles en matière de santé furent dévalorisées et souvent disparurent, et les autochtones ont appris qu'ils ne tenaient plus les commandes³⁷.

Alors qu'elle était enfant, une femme inuit avait été retirée de chez elle, une petite communauté du nord, pour subir un traitement contre la tuberculose dans une grande ville du sud. À son retour, elle ne parlait pas la langue de ses parents, n'ayant appris que l'anglais pendant sa longue absence.

Plus récemment, les autochtones ont commencé à jouer un rôle de premier plan dans la fourniture et la conception des services de santé, et les pratiques traditionnelles ont repris de l'importance. Néanmoins, l'héritage de mauvaise santé demeure et contribue à augmenter le risque d'infection à VIH chez les peuples autochtones.

³⁶ *Ibid.*, vol. 3, à la p. 119.

³⁷ *Ibid.*, vol. 3, à la p. 114.

La présente section décrit comment la relation entre les compétences et la fourniture de services de santé touche les peuples autochtones, particulièrement dans le domaine du VIH/sida, et examine la façon dont les changements dans les soins de santé peuvent toucher les programmes et services destinés aux autochtones relativement au VIH /sida.

La compétence en matière de soins de santé

La «santé» est un domaine informé dans la Constitution, c'est-à-dire qu'il n'est pas spécifiquement attribué à un des ordres de gouvernement³⁸. La santé comporte des facettes qui relèvent du droit criminel, du droit du travail, des mesures d'urgence, des aspects locaux et des aspects relatifs aux autochtones. Le pouvoir de légiférer en ce qui a trait aux questions de santé est divisé entre les gouvernements fédéral et provinciaux selon l'objet de la loi en relation avec les champs de compétence constitutionnelle. Par exemple, les articles 92(16) et 92(7) de la *Loi constitutionnelle de 1867* confèrent aux législatures des provinces l'autorité sur la santé publique et l'administration des services de santé conformément à leur compétence sur les matières de nature locale ou privée, et sur l'établissement et l'administration des hôpitaux³⁹. En même temps, le gouvernement fédéral a exercé son autorité sur la santé des autochtones vivant dans les réserves conformément à l'article 91(24)⁴⁰.

Au moyen de son pouvoir de dépenser, le Parlement fédéral a traditionnellement exercé beaucoup de pouvoirs qui ne relevaient pas de ses domaines de compétence explicites. Dans le domaine de la santé, les gouvernements fédéraux ont pu influencer le système de santé grâce à l'octroi de subventions fédérales conditionnelles pour établir des programmes à coûts partagés, comme les services d'assurance maladie. En 1996, le gouvernement au pouvoir s'est écarté de ce modèle en remplaçant le Régime d'assistance publique du Canada et les Transferts de financement des programmes établis par le programme Transfert canadien en matière de santé et de programmes sociaux (TCSPS). Le TCSPS est la contribution fédérale aux programmes de santé et aux programmes sociaux⁴¹.

³⁸ *Supra*, note 12, à la p. 18-4.

³⁹ *Supra*, note 9, art. 92(7) et 92(16).

⁴⁰ *Ibid.*, art. 91(24).

⁴¹ *Supra*, note 12, à la p. 6-11.

Le nouveau programme accorde aux provinces une subvention fédérale annuelle et réduit le rôle du Parlement dans l'établissement de standards nationaux. Le TCSPS impose des conditions, c'est-à-dire que les provinces doivent respecter les dispositions de la *Loi canadienne sur la santé*, qui établit la politique de soins de santé du gouvernement fédéral, et ne doivent pas imposer d'exigences minimales de résidence relativement à l'assistance sociale. Cependant, le transfert fédéral est une somme fixe qui n'est pas basée sur une formule qui reflète les coûts réels des systèmes de soins de santé. Cela signifie que les provinces ont plus d'intérêt à contrôler leurs coûts, et que le gouvernement fédéral n'a aucun intérêt à surveiller les dépenses des provinces⁴².

Les soins de santé et les autochtones: vue d'ensemble

Les gouvernements fédéral et provinciaux appuient toute une gamme de services reliés aux soins de santé pour les autochtones. La plupart des communautés des Premières Nations ou inuit au Canada prennent de plus en plus de responsabilités à l'égard des services de santé grâce à diverses formes d'accords de transferts. Nous présentons ci-après les principaux éléments qui composent les services de santé pour les autochtones. Les initiatives de transfert sont traitées subséquentement, sous le titre « Transferts en matière de santé ».

Les réserves et certaines communautés inuit bénéficient de subventions de la part du gouvernement fédéral pour des services de santé et des services sociaux déterminés. Le gouvernement fédéral supporte les services suivants pour les autochtones qui vivent dans des réserves et certaines communautés inuit, principalement par l'intermédiaire de la Direction générale des services médicaux de Santé Canada (DGSM):

- (1) Les postes de soins avec infirmières « dont le rôle est très étendu ». Ces postes ne sont généralement pas des établissements de séjour, mais ils offrent des services de clinique externe assez étendus. On les trouve généralement dans les communautés éloignées.
- (2) Les centres de santé qui offrent des services de santé publique. Ces établissements se trouvent en général dans les petites communautés ou les régions plus peuplées où des établissements plus sophistiqués existent assez près.

⁴² *Ibid.*, à la p. 6-12.

(3) Les représentants de santé communautaire (RSC), qu'on trouve dans presque toutes les réserves et certaines communautés inuit. Les RSC sont des membres de la communauté formés pour offrir une combinaison de soins de santé primaires, de services de santé publique et de services de promotion de la santé. Le travail du RSC est complété par le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones, qui appuie la formation de conseillers en matière de dépendances dans la plupart des réserves et les communautés inuit⁴³.

Le gouvernement fédéral supporte également quelque cinquante centres de traitement en établissement et sept hôpitaux situés dans diverses provinces, qui offrent des services presque exclusivement aux patients des Premières Nations et inuit⁴⁴.

Conformément à la division constitutionnelle des pouvoirs, les provinces sont responsables des services hospitaliers et des professionnels de la santé qui travaillent avec les autochtones. De plus, plusieurs gouvernements provinciaux ont conçu des initiatives centrées sur les communautés autochtones. En Ontario, par exemple, la Aboriginal Healing and Wellness Policy a été annoncée en juin 1994⁴⁵. La Politique supporte diverses maisons de soins et centres de santé autochtones dans la province. Des services seront offerts aux autochtones quel que soit leur statut.

La majorité des autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves ne profitent pas des services de santé supportés par la DGSM pour les communautés des réserves et doivent se tourner vers les services financés par la province. Le Programme des services de santé non assurés (SSNA) est une exception. Ce programme vise à rembourser certains frais médicaux, dentaires et médicaments d'ordonnance aux autochtones résidant au Canada qui sont des Indiens inscrits ou des Inuit ou Innu reconnus. Pour être admissibles, ces dépenses ne doivent pas être couvertes par l'assurance maladie provinciale ou territoriale, une assurance disponible dans le cadre d'un emploi, ou une police d'assurance privée. Les Indiens sans statut et les Métis ne peuvent se prévaloir de ce programme.

⁴³ Entretien personnel avec Judith Ross, directrice, Division de soutien des programmes de santé, Direction générale des services médicaux, 5 août 1997.

⁴⁴ *Supra*, note 8, vol. 3, à la p. 247.

⁴⁵ La politique est analysée dans *supra*, note 8, vol. 3, à la p. 251.

Le financement des services reliés au VIH/sida et les autochtones

En 1990, sept ans après que le VIH a été identifié, le gouvernement fédéral a consacré 112 millions de dollars à la Phase I de la Stratégie nationale sur le sida (SNS). La Phase II de la SNS a été approuvée en 1993. Il s'agit d'une initiative de cinq ans, au coût de 211 millions de dollars, qui se terminait en mars 1998.

En juillet 1997, le ministre de la Santé a annoncé l'intention du gouvernement de renouveler la stratégie nationale sur le VIH/sida à la suite d'un processus de consultation auprès de nombreuses personnes et organisations intéressées. Le cadre d'une nouvelle stratégie a été énoncé le 1^{er} décembre 1997, la Journée mondiale du sida. La Stratégie canadienne sur le VIH/sida (SCVS) comprend un engagement à consacrer 42,2 millions de dollars par année à compter du 1^{er} avril 1998⁴⁶.

À l'égard de la SCVS, les objectifs suivants ont été identifiés:

- prévenir la propagation de l'infection à VIH;
- trouver et offrir des vaccins, des médicaments et des traitements efficaces;
- trouver un traitement curatif;
- fournir des soins, des traitements et un soutien aux Canadiens et aux Canadiennes vivant avec le VIH/sida, à leur famille, à leurs amis et à leurs soignants;
- réduire au minimum les répercussions néfastes du VIH/sida sur les individus et les communautés;
- réduire au minimum les répercussions des facteurs sociaux et économiques qui augmentent le risque d'infection à VIH⁴⁷.

La SCVS identifie les communautés autochtones en particulier comme une composante de programme de la stratégie. Les autres composantes de programme sont: la prévention; le développement communautaire et le soutien pour les ONG nationaux; les soins, le traitement et le soutien; la recherche; la surveillance; la collaboration internationale; l'éthique, le droit et les droits de la personne; la consultation, l'évaluation, le suivi et les rapports; les services correctionnels. Il est important de noter que les questions touchant les peuples autochtones transcendent les limites entre plusieurs de ces composantes de programme et que les questions relatives aux autochtones et au VIH/sida devront être abordées simultanément dans plusieurs composantes de la SCVS.

⁴⁶ D'après le communiqué de presse 1997-66 de Santé Canada, rendu public le 1^{er} décembre 1997, ainsi que l'information tirée du site Web de Santé Canada.

⁴⁷ *La Stratégie canadienne sur le VIH/sida: Ensemble nous irons plus loin*, Ottawa, ministre de la Santé, 1998, à la p. 5.

En vertu de la SCVS, la Direction générale de la promotion et des programmes de la santé (DGPPS), la DGSM et la Direction générale de l'information, de l'analyse et de la connectivité (DGIAC) reçoivent du financement particulier pour les questions du VIH/sida relatives aux autochtones. Le financement pour ces trois directions générales en vertu de la SCVS totalise 3,4 millions de dollars annuellement; de ce montant, 1,5 million de dollars sont administrés par la DGPPS pour des questions qui ne concernent pas les réserves, 1,1 millions de dollars sont administrés par la DGSM pour des questions qui concernent les réserves et 0,8 million de dollars sont administrés par la DGIAC pour la recherche sur le VIH/sida qui a trait aux communautés autochtones.⁴⁸

En outre, les organismes communautaires autochtones de lutte contre le sida qui travaillent sur des questions sur le VIH/sida peuvent demander du financement en vertu du Programme d'action communautaire sur le sida (PACS)⁴⁹. Le PACS fournit du financement pour les projets et la mise en application d'initiatives communautaires relativement au VIH/sida. Les organismes autochtones demanderaient du financement en vertu du PACS en concurrence avec d'autres organismes communautaires. Le PACS ne finance pas les projets relatifs au VIH/sida dans les réserves. Albert McLeod, directeur général du Manitoba Aboriginal AIDS Task Force, note que, en dépit de certains problèmes, le PACS, qui existait également dans la Phase II de la SNS, a été une importante source de financement pour le développement d'organisations autochtones de lutte contre le VIH/sida⁵⁰.

Le Bureau du VIH/sida, des MTS et de la tuberculose, qui relève du Laboratoire de lutte contre la maladie, organisme de la Direction générale de la protection de la santé, a subventionné la collecte de renseignements en matière d'épidémiologie et de surveillance du VIH au sein des communautés autochtones par: (1) le soutien à une série d'études de prévalence et d'incidence du VIH chez les autochtones, (2) l'organisation de réunions annuelles sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida chez les autochtones, (3) la coordination du Groupe de travail des autochtones sur l'épidémiologie et la surveillance du VIH/sida et (4) la diffusion des résultats de ses recherches⁵¹.

⁴⁸ Communication par courrier électronique avec Laura Commanda, 7 février 1999.

⁴⁹ *Ibid.*

⁵⁰ Entretien personnel avec Albert McLeod, 24 juillet 1997.

⁵¹ Tiré des observations écrites de Mai Nguyen, analyste de recherches au Bureau du VIH/sida et des MTS, datées du 22 décembre 1997, en réponse au projet de document de travail et d'une communication par courrier électronique avec Laura Commanda, 7 février 1999.

Le mandat de la DGSM est de fournir des services de santé aux peuples des Premières Nations à l'intérieur des réserves et à certaines communautés inuit. Environ 5,3 millions de dollars ont été alloués à la DGSM, pendant la Phase I de la SNS, pour des travaux reliés au VIH/sida en rapport avec les Premières Nations et relevant de son mandat. Une autre somme de 12 millions de dollars lui a été attribuée pendant la Phase II⁵². L'allocation des fonds de la SNS couvrait les montants de contribution aux activités concernant le VIH/sida dans les communautés des Premières Nations, de même que les dépenses engagées pour les programmes relatifs au VIH/sida au siège social de la DGSM et dans ses bureaux régionaux⁵³. Les 2,5 millions de dollars par année affectés à la DGSM dans le cadre de la Phase II sont maintenant une composante permanente du financement des soins de santé aux autochtones, par cette direction générale.

Outre le financement fédéral, chaque province et territoire accorde des subventions en rapport avec le VIH/sida, et les organisations communautaires peuvent bénéficier de certaines d'entre elles. L'étendue du financement provincial/territorial varie considérablement dans le pays. Sauf quelques exceptions, les initiatives destinées aux réserves ne sont pas financées.

L'effet des changements dans les soins de santé et des initiatives de transferts sur le VIH/sida et les autochtones

Parmi les changements actuellement en cours dans le domaine de la santé au Canada, deux éléments pourraient, de l'avis de plusieurs, constituer une menace pour la mise en œuvre de programmes efficaces sur le VIH/sida pour les autochtones: la régionalisation des services de santé et les initiatives de transfert en matière de santé.

La régionalisation des soins de santé

L'introduction par le gouvernement fédéral du TCSPS représente un déplacement important des pouvoirs sur l'administration des services de santé vers les provinces. Comme nous l'avons déjà mentionné, le gouvernement fédéral ne se préoccupe plus de la façon dont sa contribution aux programmes de santé et aux programmes sociaux est administrée par les provinces, parce que celle-ci n'est pas basée sur les coûts réels du système. Du moment que les normes minimales établies par la *Loi canadienne sur la santé* sont respectées et qu'aucune exigence n'est imposée quant à la résidence, les provinces n'ont pas de compte à rendre au Parlement. La législation concernant le TCSPS va jusqu'à spécifier que le gouvernement fédéral ne peut imposer de conditions additionnelles au transfert sans consulter d'abord les gouvernements provinciaux⁵⁴.

⁵² Commission de santé des Premières Nations, *Bridging the Gap*, Ottawa, Assemblée des Premières Nations, 1994, à la p. 4.

⁵³ D'après les observations écrites concernant le projet de document de travail présentées au nom de Santé Canada par Isabel Romero, Secrétaire de consultation sur le VIH/sida, en date du 11 décembre 1997.

⁵⁴ *Supra*, note 13, aux pp. 6-13 à 6-14.

La décentralisation du pouvoir se manifeste également dans la régionalisation de l'administration des services de santé dans certaines provinces et territoires. Une des personnes consultées pour les fins du présent document observe que la régionalisation des services de santé soulève de nouveaux problèmes de compétence, c'est-à-dire dans les provinces et entre les conseils de santé régionaux. On peut se demander quel effet aura la création des conseils de santé régionaux sur les services de santé pour les autochtones. À tout le moins, cette division ajoute une autre dimension à une structure de compétences déjà complexe.

Il y a lieu de noter que la dévolution de l'administration des services de santé s'est accompagnée d'une réduction des effectifs dans le domaine. Un consensus semble voir le jour entre les gouvernements provinciaux selon lequel l'établissement de conseils régionaux diminuera les coûts du système de santé en général.

Kevin Barlow note que la réduction des effectifs et la régionalisation peuvent entraîner la désintégration de la coordination des services relatifs au VIH/sida et une baisse des standards dans les soins de santé⁵⁵. Denise Lambert, une éducatrice communautaire de l'Alberta, ajoute que les réorganisations perpétuelles dans l'administration de la santé constituent un élément de déstabilisation additionnel dans les soins⁵⁶.

La régionalisation peut avoir un effet positif sur le contrôle des autochtones sur la santé. Dans l'étude d'une querelle survenue entre le Conseil de la santé de Baffin et le ministre de la Santé des Territoires du Nord-Ouest, O'Neill observe que le Conseil de Baffin a la capacité de mettre en application des politiques et programmes de santé compatibles avec les intérêts et la culture de la grande communauté inuit qu'il représente. L'étude révèle cependant que, du moins aux premiers stades de la régionalisation dans les Territoires, le ministre de la Santé n'était pas disposé à déléguer au Conseil de Baffin le contrôle fiscal réel et la planification de la santé communautaire⁵⁷.

L'enthousiasme à l'égard des bénéfices de la régionalisation, fondé sur l'exemple du Conseil de Baffin, doit être tempéré par le fait que le Conseil est unique, en ce qu'il représente une population majoritairement inuit. Pour les conseils de santé qui couvrent des régions où se trouvent des communautés des Premières Nations ou inuit peu considérables, il est moins certain que leurs problèmes seront prioritaires.

⁵⁵ Entretien personnel avec Kevin Barlow, 23 juillet 1997.

⁵⁶ Entretien personnel avec Denise Lambert, 19 août 1997.

⁵⁷ L'étude est analysée par John D. O'Neill, «Regional Health Boards and the Democratization of Health Care in the Northwest Territories», *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*, Brian D. Postl et coll., dir., Winnipeg, University of Manitoba Press, 1991, aux pp.50-53.

L'exemple des changements survenus dans le domaine de la santé à Thompson, une ville de 15 000 habitants dans le Nord du Manitoba où se trouve une large population autochtone, illustre comment la régionalisation peut être positive. Catherine Spence, coordonnatrice du Projet de Thompson sur le sida, note que les services de santé dans la ville subissent divers changements, incluant la restructuration des hôpitaux, la création d'un conseil de santé régional et la conclusion d'accords de transfert en matière de santé avec les communautés des Premières Nations de la région de Thompson. L'introduction des questions relatives au VIH/sida dans les discussions concernant ces changements, grâce au travail du Projet de Thompson sur le sida et aux personnes qui l'appuient dans la communauté, a permis de faire du VIH/sida une priorité.

Selon Spence, un certain nombre de facteurs ont été réunis pour créer un climat favorable aux discussions sur le VIH/sida, incluant un afflux de personnel médical avec de l'expérience dans les questions relatives au VIH, la prise de conscience par les Premières Nations de l'effet potentiel du VIH sur leurs communautés et une campagne d'éducation d'un an sur le VIH par les représentants de la santé communautaire⁵⁸.

L'exemple de Thompson indique que l'existence d'un projet sur le VIH/sida destiné à mettre en valeur les questions relatives au VIH au moment opportun contribue à susciter des réponses positives dans la communauté, durant une période de transition dans les services de santé. Toutefois, comme la plupart des facteurs identifiés dans le projet Thompson ne seront pas présents dans toutes les communautés, l'approche du ministère de la Santé du Manitoba semble appropriée. Un coordonnateur provincial des programmes sur le sida continuera d'administrer le financement des programmes relatifs au VIH/sida de manière centralisée, en dépit de la régionalisation des services de santé dans la province⁵⁹. Comme l'ont exprimé d'autres personnes consultées pour les fins du présent document, il est difficile de croire que les conseils régionaux de la santé vont faire une priorité des questions concernant le VIH/sida et les autochtones.

⁵⁸ Entretien personnel avec Catherine Spence, 9 septembre 1997.

⁵⁹ *Ibid.*

Le transfert en matière de santé

En 1986, Santé Canada a adopté la Politique de transfert du domaine de la santé aux Indiens, conçue pour transférer aux communautés des Premières Nations, dans les provinces, l'autorité administrative sur les services de santé communautaire. Les communautés des Premières Nations et inuit dans les Territoires ont également été impliquées dans le processus de transfert, au titre de la création des conseils régionaux de la santé. La politique de transfert fait suite à une initiative antérieure adoptée en 1970 par la *Convention de la Baie James et du Nord québécois*, qui créait des conseils de la santé pour représenter les communautés cri et inuit dans le Nord du Québec.

Les commissaires de la Commission royale sur les peuples autochtones notaient que les initiatives de transfert en matière de santé promettaient d'offrir aux communautés autochtones des possibilités d'assumer plus de responsabilités dans le développement des services et programmes en matière de santé, aux paliers communautaires et régionaux⁶⁰. Plusieurs communautés des Premières Nations et inuit ont accepté le transfert en matière de santé, et la plupart participent au processus à divers degrés. Le personnel de la DGSM note que le transfert peut prendre plusieurs formes. Le contrôle administratif sur des programmes spécifiques, par exemple concernant le diabète ou la toxicomanie, peut être transféré à divers moments et à divers degrés⁶¹.

Les communautés qui bénéficient des transferts reçoivent une subvention globale et elles fixent les priorités dans les limites de celle-ci (l'« enveloppe » du financement). Il n'y a pas de normes nationales, mais les bandes doivent respecter les lois provinciales d'application générale. Par exemple, en Ontario, les communautés qui bénéficient d'un transfert doivent respecter les dispositions de la *Loi sur la protection et la promotion de la santé*. Le siège social de la DGSM à Ottawa ne supervise pas les communautés qui bénéficient d'un transfert, celles-ci relevant des régions. Les fonds alloués aux transferts sont limités aux taux de financement du moment.

⁶⁰ *Supra*, note 8, vol. 3, à la p. 250.

⁶¹ *Supra*, note 43.

Les organisations autochtones de lutte contre le sida et les professionnels de la santé ont exprimé des craintes à l'égard du système de financement par enveloppe. En réponse aux inquiétudes manifestées notamment par son Groupe de réflexion sur le VIH/sida, la DGSM a décidé de désigner les subventions destinées au VIH/sida, plutôt que de les inclure dans l'enveloppe de financement en matière de santé. La DGSM a actuellement consacré 2,5 millions de dollars, à l'extérieur de la SCVS, aux subventions destinées aux Premières Nations relativement au VIH/sida, conformément à une formule basée sur divers facteurs, dont l'éloignement et la taille de la population⁶². Malgré le fait que ces fonds soient spécifiquement désignés pour les questions relatives au VIH/sida et que les Premières Nations doivent consacrer les fonds au VIH/sida, il est important de retenir qu'au bout du compte, il revient aux conseils de bande d'utiliser les budgets de la santé destinés aux Premières Nations comme ils l'entendent. Quelques personnes interviewées pour le présent document ont dit craindre que certains conseils de bande n'utiliseraient peut-être pas les fonds conformément à leur affectation.

⁶² *Ibid.*

⁶³ Secrétariat de santé des Premières Nations, *Background Paper for the 18th Annual General Assembly*, Ottawa, Assemblée des Premières Nations, juillet 1997, à la p. 4. L'absence de dialogue interne illustre peut-être la rupture survenue dans les dernières années dans les relations entre certaines Premières Nations et l'APN. Il a été suggéré que cet état de fait résulte d'une politique adoptée par le gouvernement fédéral qui consiste à « diviser pour régner ».

⁶⁴ Dara Culhane Speck, « The Indian Health Transfer Policy: A Step in the Right Direction or Revenge of the Hidden Agenda? », (1989) 5 *Native Studies Review* 187.

Malgré l'ampleur des changements amorcés par les accords de transferts, il n'existe à peu près pas de coordination de l'information, ni de mécanismes d'évaluation des différentes initiatives entreprises. L'Assemblée des Premières Nations (APN) note qu'une analyse objective et un dialogue interne entre les Premières Nations sur les transferts en matière de santé et l'autodétermination se fait attendre depuis longtemps⁶³.

Certaines préoccupations ont été formulées à l'égard des politiques de transfert en matière de santé. Il a été suggéré que le transfert en matière de santé avait été conçu pour atteindre les objectifs du gouvernement fédéral de réduire les dépenses pour les services de santé et les services sociaux, d'abdiquer ses responsabilités juridiques et fiduciaires à l'égard de la fourniture des services de santé aux Premières Nations, de nier les droits ancestraux ou les droits issus de traités, et, finalement, d'assimiler les Premières Nations⁶⁴.

Il semblerait qu'au moins les trois premiers objectifs de cette liste pourraient bien être réalisés grâce au transfert en matière de santé: les dépenses du fédéral diminueront vraisemblablement; selon la politique du gouvernement, un transfert de pouvoirs aux Premières Nations entraîne un déclin des responsabilités fiduciaires du fédéral⁶⁵; et le gouvernement considère également que les services de santé ne font pas partie des droits ancestraux ou des droits issus de traités⁶⁶.

On craint également que le transfert aux Premières Nations augmente le vide politique que connaissent les autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves⁶⁷. Une des personnes consultées pour les fins du présent document allègue que les initiatives de transfert qui ignorent les problèmes des autochtones à l'extérieur des réserves augmenteront les divisions entre les autochtones qui vivent dans des réserves et ceux qui vivent à l'extérieur des réserves. Ceci est particulièrement important pour les autochtones qui vivent avec le VIH/sida, parce que la plupart vivent actuellement dans des villes. Il semble que la politique du gouvernement fédéral soit que, à moins qu'un autochtone ait le statut d'Indien et vive dans une réserve, il ou elle n'est pas un Indien au sens de la plupart des programmes et des subventions destinés aux autochtones. Selon Noelle Spotton, directrice de clinique à l'Aboriginal Legal Services à Toronto, ce problème se présente de plus en plus fréquemment et est conforme aux politiques d'assimilation et de division pratiquées depuis l'adoption de la première *Loi sur les Indiens*⁶⁸.

De plus, le transfert de l'administration des programmes aux bandes va réduire la mobilité des droits relatifs à la santé, dans les limites où ces droits sont reconnus par le gouvernement fédéral. Le transfert du programme d'indemnisation des soins de santé non assurés, en particulier, soulève des inquiétudes pour les autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves en général et pour les autochtones qui vivent avec le VIH/sida en particulier⁶⁹.

Les autochtones qui travaillent dans le domaine du VIH/sida s'inquiètent de l'effet des initiatives de transfert sur les services relatifs au VIH/sida pour les autochtones. Art Zoccole, coordonnateur de projet pour le B.C. Aboriginal HIV/AIDS Task Force, craint que les questions concernant le VIH se retrouvent à la fin de la liste de priorités des bandes à cause de l'homophobie et de la phobie du sida, de l'ampleur des problèmes de santé et des problèmes sociaux auxquels doivent faire face plusieurs communautés et de la pauvreté des ressources⁷⁰.

⁶⁵ *Supra*, note 33, à la p. 12.

⁶⁶ *Supra*, note 8, vol. 3, à la p. 251. Ici la CRPA précise que le Manitoba Framework Agreement on Health est dans une impasse sur la question du droit à la santé issu de traité.

⁶⁷ Selon la CRPA, la division des compétences est le problème numéro un des autochtones qui vivent dans des centres urbains. Voir CRPA, *Les peuples autochtones vivant en milieu urbain: Rapport de la Table ronde nationale sur les préoccupations des populations urbaines autochtones*, Ottawa, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1993, à la p. 17.

⁶⁸ Communication écrite de Noelle Spotton en réponse à une demande de commentaires, 19 décembre 1997.

⁶⁹ *Rapport sur la gestion future du programme des services de santé non assurés*, vol. 1, Ottawa, Assemblée des Premières Nations, 1996, par. 5(d), à la p. 57.

⁷⁰ Entretien personnel avec Art Zoccole, 10 août 1997. Les frais médicaux pour les autochtones vivant avec le VIH/sida ou affectés autrement par l'épidémie dans les régions éloignées seraient vraisemblablement très élevés. Les sommes d'argent consacrées au problème du VIH pour les autochtones ne sont pas déterminées selon une évaluation du minimum requis pour assurer l'efficacité des programmes sur le VIH/sida.

En dépit des arguments à l'encontre des transferts, les commissaires de la CRPA ont constaté avec étonnement que les programmes de santé dans les communautés qui participaient aux initiatives de transfert reflétaient de plus en plus les priorités autochtones⁷¹. L'exemple du Swampy Cree Tribal Council, l'une des premières communautés à avoir bénéficié d'un transfert, est éloquent:

Nous nous sommes engagés dans le processus de transfert — mais avec les yeux bien ouverts. Pour nous, le transfert constituait un moyen de réaliser certains de nos objectifs, et nous avons cru que nous pouvions prendre nos intérêts en main en traitant avec le gouvernement. Nous le croyons toujours⁷².

Nous proposons que les transferts en matière de santé soient reconnus pour ce qu'ils sont. Il ne s'agit pas d'une solution à tous les problèmes de santé auxquels nous devons faire face dans les communautés. Il ne s'agit que de contrôle administratif. Une fois ce fait accepté, nous pourrions envisager de poursuivre d'autres objectifs pour satisfaire nos besoins en matière de santé de façons différentes⁷³.

Bien que les transferts en matière de santé représentent une occasion pour les gouvernements des Premières Nations de réaliser l'autodétermination et de prendre le contrôle des soins de santé, les craintes des experts autochtones en matière de VIH/sida ne devraient pas être ignorées. Malgré les contradictions de l'autodétermination, un autochtone qui travaille dans le domaine du VIH/sida considère que le financement non discrétionnaire des programmes sur le VIH/sida doit être un élément du processus de transfert en matière de santé. Cette personne ajoute que le scénario idéal serait celui où les Premières Nations traitent le VIH selon des principes holistiques et humanitaires conformément aux traditions autochtones.

⁷¹ *Supra*, note 8, vol. 3, à la p. 250.

⁷² G. Connell et coll., « Implementing Primary Health Care Through Community Control: The Experience of the Swampy Cree Tribal Council », *Circumpolar Health* 90, *supra*, note 57, à la p. 44.

⁷³ *Ibid.*, à la p. 46.

LES PROBLÈMES CRÉÉS PAR LES QUERELLES DE COMPÉTENCES

Outre les craintes manifestées par les personnes consultées à l'égard du réaménagement actuel des compétences en matière de services de santé au Canada, un certain nombre de problèmes spécifiques découlant de querelles de compétence ont été mis en évidence par les consultations et d'autres sources. Il s'agit: (1) de problèmes de financement et (2) d'obstacles à la coordination et à la collaboration.

Les problèmes de financement

Certains des problèmes que connaissent les organisations autochtones, dans le domaine du financement des services concernant le VIH/sida, sont similaires à ceux des autres organisations qui travaillent dans le même domaine. Plusieurs organisations ne disposent pas de fonds suffisants, et certains groupes reçoivent une part de financement très faible. Une personne autochtone consultée pour les fins du présent document a déploré que le financement des services relatifs au VIH/sida pour les autochtones soit souvent envisagé après coup ou soit basé sur les besoins et politiques qui caractérisent les groupes non autochtones.

L'oppression et le racisme qu'ont historiquement connus les autochtones depuis l'arrivée des Européens compliquent la fourniture de services en lien avec le VIH/sida. « Les données qui décrivent le fardeau disproportionné de maladies dont souffrent les autochtones ne manquent pas »⁷⁴. L'analyse de l'effet des querelles de compétence sur la fourniture des services relatifs au VIH/sida pour les autochtones doit être abordée en tenant compte des problèmes de santé et des bouleversements culturels.

⁷⁴ John D. O'Neill, Brian D. Postl, «Community Healing and Aboriginal Self-Government: Is the Circle Closing?», *Aboriginal Self-Government in Canada*, John Hylton, dir., Saskatoon, Purich Publishing, 1994, à la p. 67. Voir aussi CRPA, *Sur le chemin de la guérison*, ministre des Approvisionnements et Services du Canada, 1993.

La suffisance du financement

La suffisance du financement des services relatifs au VIH/sida pour les autochtones varie considérablement dans le pays. Les degrés de financement dépendent souvent de l'appui des gouvernements provinciaux aux services destinés aux autochtones et de la disponibilité d'experts autochtones sur le sida prêts à exercer des pressions pour obtenir des appuis. On peut juger de la diversité des degrés de financement pour les programmes autochtones en comparant les situations de l'Ontario et de certaines des provinces maritimes.

Le gouvernement de l'Ontario a appuyé les initiatives autochtones concernant le VIH/sida en établissant le Bureau des services de santé pour les autochtones et en développant des projets comme l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy. De plus, la province n'a pas laissé les distinctions de compétence diminuer l'importance des problèmes relatifs au sida. Le Bureau provincial de lutte contre le sida accepte les propositions de sources situées à l'intérieur et à l'extérieur des réserves et il appuie l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy. Actuellement, l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy emploie un coordonnateur provincial et l'équivalent de 6,5 personnes à temps plein dans la province. En outre, l'AIDS Bureau subventionne un éducateur dans le domaine du sida dans chacune des quatre organisations politiques territoriales dans les réserves⁷⁵.

Le gouvernement actuel a jusqu'à présent maintenu le degré de financement du travail relatif au VIH/sida. Par contraste, les gouvernements de la Nouvelle-Écosse et du Nouveau-Brunswick ne contribuent pas au financement des projets conçus spécifiquement pour les autochtones.

Considérant l'étendue des problèmes de santé et des problèmes sociaux qui touchent les autochtones, LaVerne Monette, de l'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy, observe qu'il n'y aura probablement jamais assez de financement pour venir à bout de tous les facteurs de risque concernant le VIH/sida parmi les autochtones⁷⁶. Il est clair que les ressources doivent être utilisées efficacement. Selon une des personnes interviewées pour les fins du présent document, l'augmentation des efforts en matière d'éducation et la « galvanisation » du soutien des autorités aux initiatives sur le VIH/sida, aussi bien dans les secteurs autochtones que non autochtones, aideraient à garantir l'utilisation efficace des ressources contre le VIH/sida.

⁷⁵ D'après les observations écrites rédigées par Darcy Albert au nom des TPFN, en date du 13 novembre 1997, en réponse au projet de document de travail. Il y a lieu de noter que ce n'est pas le gouvernement actuellement au pouvoir en Ontario qui a réalisé ces initiatives.

⁷⁶ Entretien personnel avec LaVerne Monette, 16 juillet 1997.

La mise en œuvre de la SCVS et l'attention particulière qui est accordée aux communautés autochtones est une étape importante de la création d'une base de financement adéquate pour les initiatives autochtones en matière de VIH/sida. Toutefois, LaVerne Monette craint que le financement de la SCVS puisse contribuer à donner l'impression, dans le milieu de la lutte contre le VIH/sida, que l'on s'occupe adéquatement de la problématique du VIH/sida et des autochtones⁷⁷, et ainsi conduire à de la complaisance. Les données épidémiologiques et les renseignements non scientifiques sur le taux d'infection à VIH dans la communauté autochtone, la prévalence de facteurs de risque et la surreprésentation des autochtones dans les groupes à risque élevé indiquent qu'une telle attitude serait dangereuse. Il y a longtemps que les communautés autochtones auraient dû bénéficier de financement direct dans le cadre de la SCVS. Il faut maintenant s'assurer que ce financement soit utilisé de façon efficace. Duane Etienne, de l'Assemblée des Premières Nations, estime que cette efficacité sera assurée si l'on se concentre sur la formation et l'accroissement de la capacité, au sein de la communauté autochtone⁷⁸.

L'expérience d'un certain nombre de communautés des Premières Nations qui ont mis en application des initiatives communautaires en matière de santé démontre que « toute communauté a le pouvoir de se guérir »:

Nous omettons parfois de reconnaître nos propres forces et les ressources que nous avons dans nos propres communautés... si nous nous permettons d'ouvrir les yeux, et que nous donnons libre cours à notre capacité d'entendre et à notre sensibilité, nous découvrirons ces forces en nous et chez les autres⁷⁹.

Il a été suggéré que le gouvernement a du mal à justifier des dépenses élevées en rapport avec le VIH/sida, parce que plus de gens meurent d'autres maladies. Par ailleurs, certaines personnes allèguent que le public canadien n'est pas prêt à accepter une augmentation du financement accordé aux autochtones. Quand la CRPA a rendu public son rapport définitif, le gouvernement et les médias ont détourné l'attention du document pour la concentrer sur le problème du financement. En réponse à ces attitudes, Kevin Barlow observe que la société majoritaire ne se rend pas compte de l'ampleur des problèmes de santé que connaissent les communautés des Premières Nations et les Inuit. Pour ce qui concerne le financement des services relatifs au VIH/sida pour les autochtones, Barlow insiste sur le fait qu'ignorer le VIH maintenant entraînera une propagation plus rapide du virus et une augmentation des coûts pour l'avenir⁸⁰. Il est logique, tant sur le plan financier que sur le plan éthique, de supporter les services de santé, et c'est, par-dessus tout, nécessaire.

⁷⁷ Entretien personnel avec LaVerne Monette, 19 janvier 1999.

⁷⁸ Entretien personnel avec Duane Etienne, 10 février 1999.

⁷⁹ Heather Clayton, «Indian Health and Community Development: Notes for an Address», *Circumpolar Health* 90, *supra*, note 57, à la p. 42.

⁸⁰ Entretien personnel avec Kevin Barlow, 8 août 1997.

L'engagement pris par le gouvernement fédéral envers les autochtones concernant les questions relatives au VIH dans la SCVS est encourageant, mais ce n'est que le début.

Les sources de financement

Lorsque le présent document de travail a été publié en première version, en mars 1998, nous avons mentionné qu'il existait diverses sources de financement pour les autochtones en rapport avec le VIH/sida:

- (1) Les organisations autochtones de lutte contre le VIH/sida peuvent demander des subventions provinciales, mais le degré de financement disponible varie considérablement selon les provinces. Certaines provinces considèrent qu'aucun programme spécifiquement conçu pour les autochtones n'a besoin d'être supporté par les provinces, parce que les programmes autochtones relèvent de la compétence fédérale ou parce que les autochtones peuvent se prévaloir des programmes et établissements de la majorité.
- (2) Comme nous l'avons déjà mentionné, la DGSM n'offre pas de services aux autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves. Les organisations autochtones à l'extérieur des réserves peuvent s'adresser au PACS pour obtenir des subventions, mais elles doivent le faire concurremment avec les organisations de la majorité.
- (3) Plusieurs organisations autochtones de lutte contre le sida à l'extérieur des réserves ne reçoivent pas de subventions générales au soutien de leurs activités et doivent se fier exclusivement au financement de projets particuliers par le PACS. Catherine Spence observe que le Projet de Thompson sur le sida a entrepris son travail sur une base bénévole et qu'il est revenu à ce mode de fonctionnement durant la période entre la subvention pour l'évaluation des besoins et l'approbation d'un budget annuel de développement communautaire⁸¹.

Le fait que le financement des services et des programmes sur le VIH/sida provienne de diverses sources a nui au développement d'organisations communautaires sur le sida, particulièrement durant les premiers stades. Avant qu'une nouvelle organisation puisse être bien implantée, beaucoup de temps et d'efforts ont été perdus à la poursuite de contacts et de subventions, au lieu d'entreprendre le travail pour lequel l'organisation a été formée⁸².

⁸¹ *Supra*, note 58.

⁸² Art Zoccole, coordonnateur de projet, B.C. Aboriginal HIV/AIDS Task Force, rapporte que plusieurs organisations en Colombie-Britannique n'avaient pas encore bénéficié de subventions du PACS (entretien personnel, 17 juillet 1997). Une organisation, Healing Our Spirit, avait réussi à obtenir des subventions de la part d'entreprises privées (entretien personnel avec Catherine Blackstock, directrice générale, Healing Our Spirit B.C. First Nations AIDS Society, 18 septembre 1997).

Voici quelques autres préoccupations formulées par les personnes consultées pour les fins du présent document, en 1997, à propos des sources de financement:

Certains avaient l'impression que les relations personnelles entre les décideurs et les organisations ou individus avaient une influence sur le choix des projets subventionnés.

Les autochtones qui travaillaient dans le domaine du sida avaient souvent de l'expérience dans le travail social et le counselling, mais pas dans l'administration, la rédaction de propositions et les demandes de financement.

Le financement est un problème de taille dans le Nord et les communautés éloignées. Les frais de déplacement dans une région comme l'Île de Baffin peuvent rendre les projets comportant des déplacements entre les communautés virtuellement impossibles à supporter financièrement.

Les priorités et les formules de financement sont souvent basées sur les intérêts des organisations sur le sida de la majorité et ne correspondent pas aux besoins autochtones.

La SCVS a eu ou aura un impact dans ce domaine. Les discussions de suivi qui ont eu lieu en janvier et en février 1999 n'ont pas permis de déterminer clairement si les questions susmentionnées demeurent pertinentes et dans quelle mesure, surtout en raison de contraintes de temps et en partie parce que les organisations n'ont pas eu l'occasion d'évaluer exactement l'impact de la SCVS.

Il est clair que les initiatives continuent d'être souvent limitées par la source de financement. Les projets subventionnés par le PACS sont restreints aux activités à l'extérieur des réserves, tandis que les projets de la DGSM s'étendent uniquement aux réserves. La communauté autochtone du Canada est très mobile; les gens voyagent souvent entre les réserves ou les communautés rurales et la ville, de même qu'entre les villes. Les frontières artificielles entre les programmes sur le VIH/sida sont néfastes au développement de services de santé exhaustifs et compatibles avec la culture. Il est clair aussi que Santé Canada reconnaît de plus en plus ces faits et le besoin de surmonter les obstacles liés à la compétence.

Enfin, malgré la SCVS, les niveaux de financement d'initiatives autochtones en matière de VIH/sida continuent de varier d'une province et d'un territoire à l'autre.

Les barrières à la coordination et à la collaboration

Les querelles entre les gouvernements fédéral et provinciaux

Les querelles de compétence entre les gouvernements fédéral et provinciaux ont été décrites plus avant et mentionnées tout au long du document.

À l'issue de la Table ronde nationale sur les préoccupations des populations urbaines autochtones, la CRPA rapporte avoir entendu plusieurs observations désignant les questions de compétence comme l'un des problèmes les plus aigus auxquels sont confrontés les autochtones. Les querelles de compétence entre les gouvernements fédéral et provinciaux donnent lieu à un vide politique dans lequel de nombreux autochtones ne peuvent trouver de services adaptés à leur culture.

Les présentateurs à la table ronde ont rapporté fréquemment que les demandes de services sont transmises d'un palier de gouvernement à l'autre et finissent par demeurer sans réponse. Les pressions visant l'amélioration des services provinciaux pour les autochtones reçoivent souvent pour réponse que le gouvernement fédéral essaie de se décharger de ses responsabilités au détriment des provinces⁸³.

Les questions territoriales entre les gouvernements fédéral et provinciaux peuvent nuire sérieusement à la coordination des efforts destinés à contrôler la propagation du VIH/sida chez les autochtones. Selon une des personnes consultées pour les fins du présent document, les solutions à long terme aux querelles de compétence exigeront des dirigeants de chaque palier de gouvernement une détermination et une vision propres à réaliser la coordination des efforts. Selon une autre personne, au bout du compte, les querelles de compétence sont inhérentes à la Constitution et feront toujours obstacle à l'application de programmes efficaces pour les autochtones.

Bien que cela puisse être vrai, les ministres fédéral et provinciaux intéressés par les questions relatives au VIH/sida et les gouvernements autochtones doivent considérer sérieusement les appels à la coordination lancés par les autochtones qui travaillent dans le domaine. La CRPA appuie la collaboration et l'action coordonnée entre le gouvernement du Canada, les provinces et territoires, et les nations autochtones, et recommande que les gouvernements instituent un cadre de discussion des questions autochtones, en vue d'établir des mesures de collaboration destinées à résoudre les problèmes⁸⁴.

⁸³ *Supra*, note 67, à la p. 5.

⁸⁴ *Supra*, note 8, vol. 5, aux pp. 10-11. Voir la recommandation 5.1.1 de la CRPA.

Si les gouvernements accueillent sérieusement les recommandations de la CRPA, il est important que les questions relatives au VIH/sida figurent à l'ordre du jour des discussions. Il serait encourageant qu'une stratégie de collaboration entre les gouvernements voie le jour, à propos des questions relatives au VIH/sida, stratégie qui pourrait «mettre à l'épreuve» la capacité des gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux et autochtones de coopérer.

Les barrières découlant du partage des responsabilités entre les ministères

Divers ministères du gouvernement fédéral ont des responsabilités relativement aux autochtones et au VIH/sida: la DGSM et d'autres services de Santé Canada, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien ainsi que le Service correctionnel du Canada ont tous des rôles importants à jouer dans la stratégie coordonnée en ce qui a trait au VIH/sida. Une personne autochtone consultée pour les fins du présent document allègue que le gouvernement fédéral compte trop sur Santé Canada pour établir l'ordre du jour et pour réagir dans le domaine du VIH/sida. Les peuples autochtones favorisent une approche holistique à l'égard des problèmes de santé. La coordination interministérielle facilite l'application de ce type d'approche.

Le processus de consultation a permis d'identifier les obstacles suivants à la coordination interministérielle:

Il y a des barrières au sein des ministères. Selon une personne, par exemple, au sein de Santé Canada on considère qu'il est difficile d'obtenir des informations claires et des décisions fermes dans les dossiers concernant les questions autochtones. Par ailleurs, il a été suggéré qu'il semble souvent difficile de faire adopter des mesures sur le plan politique et intergouvernemental.

La coordination interministérielle dépend pour une grande part des relations de travail entre les individus. Les changements de personnel peuvent donc déstabiliser l'évolution des liens. Même lorsqu'une relation s'établit entre les individus qui travaillent dans différents ministères, les efforts de coordination peuvent tout de même être paralysés par une rupture des relations à un niveau plus élevé de la bureaucratie.

Les ministères autres que Santé Canada ne sont peut-être pas conscients de l'importance de leur rôle dans les questions relatives au VIH/sida.

Les querelles entre autochtones

L'imposition de définitions législatives a créé des divisions au sein des peuples autochtones. Par exemple, depuis 1985 la *Loi sur les Indiens* répartit les Premières Nations en Indiens avec statut, sans statut ou selon le projet de loi C-31 (Indiens « réintégrés »). Ces derniers sont en outre classés en deux catégories, selon qu'ils retrouvent leur statut par l'application de l'article 6(1) ou de l'article 6(2) de la *Loi sur les Indiens*.

Des distinctions de compétence divisent la communauté autochtone de plusieurs façons: les gouvernements des réserves s'opposent aux organisations qui représentent les autochtones à l'extérieur des réserves, tandis que les divers représentants des autochtones à l'extérieur des réserves se font concurrence entre eux pour diriger l'importante population autochtone à l'extérieur des réserves. De plus, les organisations métis se disputent la reconnaissance du peuple métis, et les organisations inuit cherchent des solutions aux problèmes du Nord.

La compétition entre les organisations à l'intérieur et à l'extérieur des réserves qui survient à cause des distinctions de compétence est aggravée par le fait que le financement alloué aux Premières Nations dépend souvent de la population de la réserve. Certaines des personnes interviewées ont observé qu'il n'est pas rare que les bandes incluent des membres de leur communauté qui vivent à l'extérieur de la réserve, dans leur évaluation des besoins à des fins de financement, mais qu'ils ne fournissent des services qu'aux membres qui vivent habituellement dans la réserve.

Il y a également des intérêts divers dans la communauté autochtone hors des réserves. Les autochtones à l'extérieur des réserves sont représentés par diverses organisations qui collaborent parfois entre elles, mais qui se font souvent concurrence⁸⁵. Par exemple, il n'existe aucune organisation qui représente l'importante population d'autochtones vivant à Toronto. Certaines organisations importantes, comme le Native Canadian Centre of Toronto et l'Ontario Federation of Indian Friendship Centres, de même que des groupes qui représentent des intérêts plus spécifiques, comme les TPFN, sont forcés de se faire concurrence pour obtenir des subventions et participer aux prises de décision, parfois au détriment de leur force collective.

Il est évident que la communauté autochtone n'est pas homogène; elle consiste en une riche diversité de cultures et de traditions. Mary Ellen Turpel observe que le terme « Indien » tel que défini par le gouvernement fédéral dans la *Loi sur les Indiens* est un concept étranger, « un terme des colonisateurs ». Turpel allègue que le mot « Indien » nie et efface la diversité des peuples autochtones, qui ont été « indianisés » « ou classifiés par le gouvernement à des fins administratives » et « racialisés » « en tant que minorités »⁸⁶.

⁸⁵ Pour un exemple qui s'est retrouvé devant les tribunaux, voir *Re Native Women's Association of Canada and the Queen*, (1992) 95 D.L.R. (4th) 106. L'Association des femmes autochtones du Canada alléguait que les intérêts des femmes autochtones n'étaient pas représentés par l'Assemblée des Premières Nations, et que l'Association des femmes autochtones du Canada devait participer aux négociations constitutionnelles qui ont conduit à l'Accord de Charlottetown.

⁸⁶ Mary Ellen Turpel, « Patriarchy and Paternalism: The Legacy of the Canadian State for First Nations Women », (1993) 6 *CJWL* 173, 178.

Un aspect important de la revitalisation des communautés autochtones concerne le réveil des traditions culturelles et l'expression de définitions propres par les Premières Nations, les Métis et les Inuit. L'auto-désignation est un élément important du processus de guérison. Pour les gais et lesbiennes autochtones, l'auto-désignation comporte le rejet des termes méprisants sur l'homosexualité imposés par la culture occidentale en faveur d'un concept qui reflète les visions traditionnelles sur la sexualité⁸⁷.

Les autochtones s'affranchissent des fausses définitions et stéréotypes qui leur ont été imposés. Ils ont déterré des pratiques qui avaient été ensevelies de force par le racisme et la loi. Il est temps de respecter la diversité des cultures autochtones et de permettre l'auto-désignation sans qu'elle entraîne une réduction des services. Il est également important de reconnaître les liens entre les individus qui vivent dans les villes et ceux qui vivent dans des réserves. Les distinctions inadéquates effacent la diversité et divisent la communauté.

⁸⁷ D'après des notes prises à l'occasion d'un atelier animé par Terry Tafoya, conteur et psychologue autochtone, «Bereavement and Multiple Loss», présenté par l'AIDS Committee of Toronto HIV Mental Health Group, 3 juin 1994. Traditionnellement, les « personnes bispirituelles (two-spirited people) » occupaient des postes importants et des positions respectées, dans les communautés autochtones; ils étaient travailleurs de la santé, professeurs et shamans. L'expression « bispirituel » désigne la vision, le respect et les rôles sociaux, et non seulement la sexualité. Pour plus de détails sur le sujet, voir Susan Beaver, « We Are Part of a Tradition: Report to RCAP by TPFN », 25 juin 1992; et Will Roscoe (éd.), *Living the Spirit: A Gay American Indian Anthology*, New York, St. Martin's Press, 1988.

POUR SURMONTER LES BARRIÈRES RELATIVES À LA COMPÉTENCE

Les Premières Nations et autres communautés et organisations autochtones ont maintes fois réitéré le besoin de coordination des programmes et services autochtones sur le VIH/sida. Une des personnes consultées pour les fins du présent document soutient que les autochtones qui vivent avec le VIH/sida ou qui sont affectés autrement par l'épidémie ne devraient pas avoir à passer leur temps à régler des problèmes relatifs à la compétence.

On reconnaît de plus en plus, au sein des ministères fédéraux qui travaillent dans le domaine du VIH/sida, que les barrières relatives à la compétence diminuent l'efficacité des programmes sur le VIH/sida⁸⁸. Une personne a mentionné durant les consultations que, bien que le besoin de coordination soit reconnu depuis un certain temps, les questions relatives au VIH/sida ont servi à solidifier les appuis à la coordination et à augmenter l'urgence de la mise en application des initiatives à cet effet.

Nous décrivons ci-après un certain nombre d'initiatives destinées à améliorer la coordination des programmes et services sur le VIH/sida pour les autochtones.

⁸⁸ Voir, par exemple, Services de santé des Indiens et des populations du Nord, *Coordination entre les secteurs de compétence relativement au VIH/sida chez les populations autochtones: questions et stratégie*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1995.

Les groupes de travail

Une des approches consiste à promouvoir la coordination au moyen de groupes de travail. Des initiatives de cette nature sont décrites ci-après.

Le Comité ministériel du sida chez les autochtones (CMSA) et le Groupe de réflexion sur le VIH/sida de la DGSM sont deux initiatives entreprises dans le cadre de la Phase II de la SNS. L'objectif du CMSA est de partager des informations concernant les projets sur le VIH/sida pour les autochtones et de développer des approches coordonnées quand c'est possible. Le CMSA comprend des représentants de la DGSM, de la DGPPS et du LLCM, de même qu'une personne qui travaille sur le terrain pour la DGSM et un représentant régional du PACS. Le CMSA se réunit toutes les six ou huit semaines et tente de générer des discussions et des actions concertées. Au bout du compte, cependant, chaque direction de Santé Canada est indépendante et continue de travailler de manière autonome⁸⁹. Le groupe ne comprend aucun représentant non gouvernemental.

Le Groupe de réflexion sur le VIH/sida de la DGSM est une autre initiative de partenariat. Ce groupe est composé de représentants de quinze organisations autochtones, incluant quelques organisations et centres de santé autochtones sur le sida et des représentants régionaux et nationaux de la DGSM. Le groupe discute des questions relatives au VIH/sida qui touchent les autochtones et qui relèvent de la DGSM, et il peut avoir une certaine influence sur la prise de décision au sein de la DGSM.

Les initiatives dans le cadre de la SCVS comprennent le National Aboriginal Reference Group on HIV/AIDS qui a été créé pour aider à cibler par la SCVS des questions qui touchent la population autochtone et qui nécessitent plus d'attention. Ce groupe est composé de représentants d'organisations nationales d'autochtones, d'autochtones vivant avec le VIH/sida, d'organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida et du gouvernement fédéral. Les représentants autochtones participent également au Conseil ministériel sur le VIH/sida qui conseille le ministre de la Santé sur les aspects du VIH/sida qui ont une portée nationale⁹⁰.

Il existe au niveau provincial des comités de coordination sur le VIH/sida en Alberta, en Colombie-Britannique et au Manitoba. L'Alberta Multi-Agency Committee on Aboriginal AIDS comprend des représentants d'organisations gouvernementales provinciales, fédérales et municipales, d'organisations des Premières Nations et autres organisations autochtones ainsi que d'organisations non gouvernementales qui se préoccupent du VIH/sida dans les populations autochtones. Le Comité se concentre sur toutes les populations autochtones de l'Alberta⁹¹.

⁸⁹ D'après des communications personnelles avec le personnel de Santé Canada, 5 août 1997.

⁹⁰ *Supra*, note 48.

⁹¹ Voir *supra*, note 88, aux pp. 5-7 et *supra*, note 52, à la p. 15.

Le B.C. Aboriginal AIDS Focus Group et le Manitoba Regional HIV/AIDS Steering Committee ont une portée un peu plus limitée que le Comité de l'Alberta. La fonction du Groupe de Colombie-Britannique est de promouvoir le partage de l'information et des avis à la DGSM. Le Comité de direction du Manitoba comprend des représentants des autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves, mais il se concentre également sur le mandat de la DGSM⁹².

Bien que ces exemples suggèrent que la nécessité de former des partenariats est reconnue, il est important de noter les limites de ces groupes. Le premier groupe s'occupe d'échanger des informations et jusqu'à un certain point de coordonner les politiques et programmes, mais il ne s'agit que d'un partenariat interne; le deuxième comprend des représentants autochtones, mais il ne traite que de questions qui relèvent du mandat de la DGSM; le mandat de deux des trois comités provinciaux a également une portée limitée.

Finalement, certaines des personnes consultées ont manifesté de la méfiance envers les initiatives de partenariat du gouvernement. Selon une personne, ces initiatives ne constituent qu'une façade et ne changent rien aux politiques et aux décisions de financement. L'APN a critiqué Santé Canada pour avoir fait participer des représentants autochtones aux consultations, mais avoir pourtant pris des décisions unilatéralement⁹³.

Enfin, Art Zoccole souligne la difficulté qu'ont les travailleurs et les organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida à faire en sorte que les intérêts des autochtones soient adéquatement représentés au sein des nombreux conseils et comités qui continuent de se créer autour d'initiatives liées au VIH/sida⁹⁴. Dans plusieurs cas, on demande à trop peu de gens d'en faire trop. Cette situation donne plus de poids à l'argument selon lequel la formation et l'appropriation de compétences au sein de la communauté autochtone devraient faire l'objet de financement direct destiné aux communautés autochtones dans le cadre de la SCVS.

Les initiatives de partenariat entre divers ministères et organisations devraient impliquer les autochtones de manière substantielle dans le processus décisionnel, et comporter l'étude des questions relatives au VIH/sida à divers paliers de compétence.

⁹² Voir *supra*, note 88, aux pp. 5-7.

⁹³ Voir les rapports de l'APN, *supra*, notes 63 et 69.

⁹⁴ Entretien personnel avec Art Zoccole, 22 janvier 1999. Dans un entretien personnel du 10 février 1999, Duane Etienne a également parlé de la nécessité de doter les communautés autochtones des capacités voulues.

Les stratégies autochtones sur le VIH/sida

Les stratégies autochtones sur le VIH/sida constituent une deuxième approche pour réduire l'effet des barrières relatives à la compétence. Actuellement, deux provinces ont mis sur pied de telles stratégies: l'Ontario et la Colombie-Britannique.

Après quelques années de discussions et de planification, la première stratégie d'ensemble destinée à traiter des questions relatives au VIH/sida chez les autochtones a été adoptée en 1994. L'Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy (la Stratégie de l'Ontario) est une initiative conjointe de la communauté autochtone et du ministère de la Santé de l'Ontario qui améliore la coordination des programmes et services sur le VIH/sida. Son objectif est le suivant:

Concevoir, développer et appliquer un plan d'ensemble pour assurer un continuum de soins physiques, mentaux, émotionnels et spirituels, de soutien, de formation et d'éducation pour les autochtones, les familles et les communautés vivant avec le VIH/sida ou qui sont affectés autrement par l'épidémie directement ou indirectement, peu importe la résidence⁹⁵.

La Stratégie de l'Ontario met l'accent sur une approche communautaire de la conception, du développement et de la fourniture des services et programmes destinés aux autochtones. L'un des principes du projet est de promouvoir l'établissement de réseaux, la coordination et le partage d'informations et de ressources⁹⁶.

L'une des faiblesses de la Stratégie de l'Ontario est qu'elle n'a pas réussi à concilier les intérêts des autochtones à l'intérieur et à l'extérieur des réserves. Au cours des stades de planification, les représentants des communautés des réserves ont refusé de participer à la conception d'une stratégie plurilatérale. En conséquence, le mandat des employés de la Stratégie de l'Ontario ne s'étend pas aux communautés des réserves.

La plus récente stratégie est à l'étape de la mise en œuvre en Colombie-Britannique. La B.C. Aboriginal HIV/AIDS Strategy (la stratégie de Colombie-Britannique) tente de surmonter les barrières relatives à la compétence qui affaiblissent la stratégie de l'Ontario et d'établir une structure à long terme pour le travail sur le VIH/sida concernant les communautés autochtones. Un des objectifs de la stratégie de Colombie-Britannique est d'identifier les recoupements, les doublons et les lacunes dans les programmes et services, pour concevoir des moyens de mieux utiliser toutes les ressources et encourager la formation d'équipes et de partenariats⁹⁷. On est fermement déterminé à faire de la stratégie de la Colombie-Britannique une stratégie de conception autochtone qui rejoigne les autochtones où qu'ils se trouvent dans la province.

⁹⁵ *Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy*, Toronto, The Strategy, 1996, à la p. 33.

⁹⁶ *Ibid.*, Principe 6, à la p. 34.

⁹⁷ B.C. Aboriginal HIV/AIDS Task Force, *Workplan 1997-98*, par Art Zoccole, juillet 1997, à la p. 3.

Le rapport du BC Aboriginal HIV/AIDS Task Force, dans lequel est énoncée la stratégie de la Colombie-Britannique, a été publié le 1^{er} février 1999. Intitulé « The Red Road – Pathways to Wholeness », le rapport note que les autochtones et leurs communautés ne peuvent offrir leurs services et leurs compétences pour profiter du financement fédéral des initiatives en matière de VIH/sida parce qu'ils sont trop occupés à essayer de survivre. Parmi leurs recommandations, les auteurs du rapport demandent des modifications aux lois sur la drogue pour réduire la propagation du VIH/sida parmi les utilisateurs de drogue par injection, un gel sur les projets de transférer la responsabilité à l'égard des programmes sur le VIH/sida aux conseils régionaux de la santé en Colombie-Britannique parce que les autochtones n'y sont pas adéquatement représentés, et des programmes spéciaux pour faire face aux risques créés par le grand nombre d'autochtones incarcérés⁹⁸.

En 1995, l'Aboriginal HIV/AIDS Project (le projet de l'Alberta) a été entrepris en Alberta. Le projet avait réussi à gagner le soutien de représentants des communautés à l'intérieur et à l'extérieur des réserves. Il est à noter que les Chefs de l'Alberta ont signé une résolution à l'appui des principes généraux du projet, qui comprennent notamment une augmentation de la participation des dirigeants des communautés⁹⁹.

Le but du projet de l'Alberta était de développer un programme concernant la fourniture concertée de services de prévention du VIH/sida à l'intention des autochtones de l'Alberta¹⁰⁰. De plus, le projet de l'Alberta incitait et aidait les communautés autochtones à collaborer, entre elles et avec les organisations de lutte contre le VIH/sida et d'autres agences du domaine de la santé, à l'élaboration de programmes. Les trois coordonnateurs de projet représentaient le bureau régional de la DGSM en Alberta, le ministère de la Santé de l'Alberta et la communauté autochtone.

Le projet de l'Alberta a pris fin en mars 1998 et n'a pas conduit à la mise en œuvre d'une stratégie à plus long terme. Des changements constants au sein du ministère de la Santé de l'Alberta et la conception étroite du gouvernement de l'Alberta sur les questions relatives au VIH/sida ont eu raison des progrès réalisés par le projet¹⁰¹.

Les développements dans les autres provinces peuvent varier. Par exemple, au Manitoba, on a créé un comité consultatif de mise en œuvre de la Stratégie provinciale du Manitoba sur le sida, qui comprend une composante autochtone. Cependant, les progrès ont été lents puisque le groupe ne s'était pas encore réuni à la fin de janvier 1999. La stratégie a été élaborée en 1996, mais aucune mesure n'a été prise à part la création du comité. La Manitoba AIDS Coalition a décerné la note « F » au gouvernement provincial relativement à la stratégie, dans un bulletin publié le 1 décembre (Journée mondiale du sida) 1998¹⁰².

⁹⁸ Tiré d'un entretien personnel avec Art Zoccole, 14 janvier 1999 et d'un reportage de Paul Wilcoks dans le *Globe & Mail*, 1^{er} février 1999.

⁹⁹ Entretien personnel avec Marion Perrin, infirmière épidémiologiste au sein de la DGSM et coordonnatrice de projet de la Stratégie de l'Alberta, 28 juillet 1997.

¹⁰⁰ « Project for the Development of a Collaborative Strategy to Prevent the Spread of HIV Among Aboriginal Peoples in Alberta », d'après une télécopie de Marion Perrin le 31 juillet 1997.

¹⁰¹ Le gouvernement de l'Alberta a décidé en 1997 de ne pas compléter une stratégie provinciale sur le sida qui était en cours et a fermé l'unité sur le sida au sein du ministère de la Santé. Le travail concernant le VIH/sida sera désormais accompli par bribes, et sur une base ad hoc.

¹⁰² Entretien personnel avec Albert McLeod, 22 janvier 1999, et Manitoba AIDS Coalition, Report Card to the Government of Manitoba, décembre 1998.

Le Réseau canadien autochtone sur le sida

Le Réseau canadien autochtone sur le sida (RCAS) est une autre initiative destinée à améliorer la coordination des efforts concernant le VIH/sida dans les communautés autochtones. Il s'agit d'une organisation nationale dont les membres comprennent des organisations autochtones de lutte contre le sida, d'autres organisations non gouvernementales sur le sida comportant une importante dimension autochtone, des autochtones vivant avec le VIH/sida et d'autres personnes qui travaillent dans le domaine du VIH/sida au sein des communautés autochtones.

Le mandat du RCAS est étendu: il est le porte-parole national sur les questions relatives au VIH/sida qui touchent les Inuit, les Métis, les membres des Premières Nations avec ou sans statut, quel que soit le lieu de résidence. Le Réseau tente de renforcer la capacité des organisations et communautés autochtones de répondre au VIH/sida en coordonnant les activités, en faisant des pressions auprès des gouvernements et ministères fédéraux, provinciaux et autochtones, et en faisant valoir l'importance des questions relatives au VIH/sida pour les autochtones.

Le précurseur du RCAS fut le National Aboriginal PHA Network, une organisation fondée en 1994 pour les autochtones vivant avec le VIH/sida qui a depuis fusionné avec le RCAS. Le RCAS a reçu certaines subventions après 1994 pour des projets spécifiques, incluant un projet conjoint avec la Société canadienne du sida. Finalement, le RCAS s'est constitué en personne morale à but non lucratif au printemps de 1997 et a ouvert son bureau à Ottawa en juillet.

En guise de reconnaissance du rôle important joué par le RCAS et de l'ampleur du travail qui doit être entrepris, le RCAS reçoit actuellement du financement de base dans le cadre de la SCVS¹⁰³.

Le conseil d'administration du RCAS a eu des discussions sur l'élaboration d'une stratégie nationale sur les autochtones et le VIH/sida, mais aucun projet en ce sens n'a encore été entrepris.

¹⁰³ Les informations sur le RCAS proviennent d'un entretien personnel avec Kevin Barlow, 23 juillet 1997 et d'un entretien personnel avec Albert McLeod, 22 janvier 1999.

CONCLUSIONS

Aucun groupe au Canada n'est confronté à autant de querelles de compétence que les autochtones. La propagation du VIH/sida dans les communautés autochtones au-delà des frontières de pouvoirs met en relief la nécessité de réduire l'effet de ces frontières sur le développement et la fourniture de programmes et services sur le VIH/sida. Le présent document a tenté d'indiquer les façons dont le partage de compétences influence les programmes et services destinés aux autochtones.

À la lumière de la recherche et des consultations entreprises dans la préparation du présent document, un certain nombre de conclusions peuvent être tirées:

1. Les gouvernements fédéral et provinciaux doivent reconnaître et assumer leurs responsabilités découlant de la relation historique entre le Canada et les Premières Nations, les Métis et les Inuit. Ces responsabilités doivent être assumées à l'égard de tous les autochtones, qu'ils vivent à l'extérieur ou à l'intérieur des réserves, qu'ils aient ou non le statut d'Indien, qu'ils soient métis ou inuit; elles englobent le domaine de la santé et du VIH/sida. L'engagement du gouvernement fédéral à l'égard des questions relatives au VIH/sida qui touchent les autochtones, dans le cadre de la SCVS, est encourageant.

Les communautés autochtones traversent une période de transition et de renouvellement. Les changements suivants sont importants:

- (a) la dévolution de pouvoirs aux provinces en certaines matières;
- (b) le progrès de l'autodétermination qui donne naissance à un troisième palier de gouvernement doté de ses propres pouvoirs et responsabilités;
- (c) le transfert de compétences aux communautés autochtones en matière de santé.

Durant cette période de transition, les questions liées au VIH/sida parmi les autochtones doivent être abordées. Les organisations autochtones de lutte contre le sida et les autochtones vivant avec le VIH/sida ou affectés autrement par l'épidémie doivent avoir la possibilité de participer au processus de renouvellement.

2. Plusieurs provinces et territoires au Canada ont adopté la régionalisation du pouvoir en matière de santé, dans le cadre d'efforts de réduction des coûts. Durant ce processus, il est important que les services liés au VIH/sida soient disponibles uniformément et globalement, et que les questions relatives au VIH/sida constituent une priorité pour les autorités régionales de la santé. Un mécanisme destiné à assurer la coordination des programmes et services liés au VIH/sida devrait faire partie de tout plan de régionalisation. En outre, il faut que les intérêts des autochtones soient adéquatement représentés et respectés au sein des autorités régionales en développement.
3. Les programmes et services régionaux de compétence provinciale ou territoriale doivent refléter et respecter les besoins et les traditions des autochtones.
4. Les transferts en matière de santé sont positifs à plusieurs égards pour les communautés des Premières Nations; le processus a permis d'augmenter le contrôle autochtone sur les soins de santé et a facilité la mise sur pied de programmes et services basés sur les besoins et traditions des autochtones. Cependant, plusieurs des personnes consultées pour les fins du présent document ont également exprimé des inquiétudes quant à l'effet des transferts en matière de santé sur les questions relatives au VIH/sida. Ces questions doivent constituer une priorité, dans ce processus de transfert. Les organisations autochtones de lutte contre le sida et les autochtones vivant avec le VIH/sida ou affectés autrement par l'épidémie doivent être consultés sur la façon dont cela peut être accompli. En outre, les initiatives de transfert en matière de santé ne devraient pas entraîner une réduction des programmes et services appropriés pour les autochtones qui vivent à l'extérieur des réserves.

5. Malgré la mise en œuvre de la SCVS, plusieurs personnes interviewées continuent de croire que le financement disponible pour les programmes et services relatifs au VIH/sida pour les autochtones est inadéquat, compte tenu particulièrement de l'augmentation des taux d'infection et des coûts qu'entraînent les soins, les traitements et le soutien. Les taux de financement doivent correspondre à l'évaluation des coûts réels de l'administration et de la fourniture des programmes et services; ils doivent être basés sur des objectifs à long terme cohérents et tenir compte de l'augmentation des coûts. Le financement disponible doit également être utilisé de façon efficace comme le demandent les communautés autochtones et selon leurs besoins. Les initiatives entreprises dans le cadre de la SCVS doivent mettre l'accent sur la formation et l'accroissement de la capacité au sein de la population autochtone. De plus, le seul fait d'affirmer que la SCVS mettra l'accent sur les communautés autochtones ne signifie pas que les problèmes relatifs aux autochtones et au VIH/sida soient pour autant résolus.
6. Bien que l'inclusion des communautés autochtones parmi les composantes de programme énumérées de la SCVS soit encourageante, il y a longtemps que cette mesure aurait dû être prise et elle ne représente qu'un début. Les niveaux de financement d'initiatives autochtones en matière de VIH/sida continuent de varier énormément d'une province et d'un territoire à l'autre. Il faut que les provinces et les territoires travaillent ensemble avec le gouvernement fédéral pour réduire ces différences de soutien aux programmes et services autochtones de lutte contre le VIH/sida.
7. Le financement des initiatives autochtones sur le sida provient de diverses sources. Les organisations autochtones de lutte contre le sida et les fournisseurs de services doivent partager l'information et s'entraider pour trouver des fonds. De plus, les organisations et ministères gouvernementaux doivent continuer de coordonner leurs activités et services pour réduire l'effet des barrières de compétence sur l'application des programmes et services relatifs au VIH/sida pour les autochtones.

8. Les problèmes de compétence ont contribué aux dissensions entre les gouvernements fédéral et provinciaux, à la création de barrières interministérielles et à des querelles entre les communautés autochtones. Un certain nombre d'initiatives destinées à améliorer la collaboration et la coordination, à réduire les lacunes dans les services et à augmenter l'efficacité sont actuellement en cours: les groupes de travail interministériels, les groupes d'intérêts nationaux et les comités de coordination provinciaux représentent tous des progrès importants dans la réponse au VIH/sida. Ces initiatives sont renforcées par une participation importante des autochtones aux discussions et à la prise de décisions. Le réseautage et le partage de renseignements entre ces groupes sont essentiels au développement d'une réponse concertée au VIH/sida dans les communautés autochtones.
9. Les stratégies autochtones provinciales sur le sida sont une autre initiative importante dans la coordination des efforts. À l'instar de l'Ontario et de la Colombie-Britannique, avec le soutien et la participation de la communauté autochtone, chaque province et territoire devrait mettre sur pied une stratégie d'ensemble en matière de VIH/sida pour les autochtones. Ces stratégies doivent être basées sur les principes de la perspective et du contrôle autochtones. De plus, ces stratégies devraient tenter de réduire les écarts entre les provinces et territoires dans la disponibilité des programmes et services sur le VIH/sida adaptés à la culture autochtone, tout en respectant les besoins et traditions distinctifs des Premières Nations, des Métis et des Inuit, dans les limites de chaque stratégie.
10. Le RCAS et ses organismes membres, de même que les autres organismes autochtones de lutte contre le VIH/sida, devraient être consultés sur la nécessité et le contenu d'une stratégie nationale sur le sida pour les autochtones.

Le VIH/sida représente un défi pour les gouvernements fédéral, provinciaux, territoriaux, des Premières Nations, métis et inuit: celui de surmonter les barrières de compétence qui nuisent au développement de services de santé coordonnés pour les autochtones. Les organisations autochtones de lutte contre le sida et les autochtones vivant avec le VIH/sida ou affectés autrement par l'épidémie sont les experts dans le développement et l'application de programmes et services sur le VIH/sida pour les autochtones. C'est vers eux que les gouvernements devraient se tourner pour obtenir des conseils sur le développement de réponses viables, globales et concertées au VIH/sida.

BIBLIOGRAPHIE

Lois

Loi sur les Indiens, L.R.C. (1985), c. I-5.

Loi constitutionnelle de 1867, (R.U.), 30 & 31 Vict., c. 3.

Loi constitutionnelle de 1982, Annexe B de la *Loi de 1982 sur le Canada*, (R.U.), 1982, c. 11.

Proclamation royale de 1763, L.R.C. (1985), Ann. II, n° 1.

Jurisprudence

Calder c. British Columbia, (1973) 34 D.L.R. 145 (C.S.C.).

Corbiere c. Canada (Ministre des Affaires indiennes et du Nord), (1996) 206 N.R. 85 (C.F.A.).

Delgamuukw c. C.-B., [1997] 3 R.C.S. 1010

Dick c. La Reine, [1985] 2 R.C.S. 309.

R. c. Pamajewon, [1996] 4 C.N.L.R. 164 (C.S.C.).

R. c. Sparrow, [1990] 1 R.C.S. 1075.

R. c. Van der Peet, [1996] 4 C.N.L.R. 177 (C.S.C.).

Re Eskimos, [1939] 2 D.L.R. 417 (C.S.C.).

Re Native Women's Association of Canada and the Queen, (1992) 95 D.L.R. (4^e) 106 (C.A.F.)

Rapports et déclarations de principes

Affaires indiennes et du Nord Canada, *L'autonomie gouvernementale des Autochtones - L'approche du gouvernement du Canada concernant la mise en œuvre du droit inhérent des peuples autochtones à l'autonomie gouvernementale et la négociation de cette autonomie*, Ottawa, ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1995.

B.C. Aboriginal HIV/AIDS Task Force, *Workplan 1997-1998*, Vancouver, le Coordonnateur de projet, juillet 1997.

Comité national mixte sur l'éducation des autochtones pour la prévention du sida, *Rapport d'une étude*, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1990.

Commission royale sur les peuples autochtones, *Rapport final*, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services, 1996.

Commission royale sur les peuples autochtones, *Sur le chemin de la guérison: Un rapport de la Table ronde nationale sur la santé et les questions sociales*, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services Canada, 1993.

Commission royale sur les peuples autochtones, *Les peuples autochtones vivant en milieu urbain: Rapport de la Table ronde nationale sur les préoccupations des population urbaines autochtones*, Ottawa, Ministre des Approvisionnement et Services du Canada, 1993.

Community Health Representatives Scope of Duties: Final Report of the Working Group, Ottawa, Direction générale des services médicaux, décembre 1993.

Direction de la santé et de la population, *National AIDS Strategy, Phase II: Projects Funded by the HIV/AIDS Prevention Program, Status Report as of June 30, 1996*, Ottawa, Santé Canada, 1997.

Direction de la santé de la population, *Stratégie nationale sur le sida, Phase II: Projets financés par le Programme des soins, des traitements et du soutien, Division des politiques, de la coordination et des programmes sur le VIH/sida – Rapport au 15 décembre 1996*, Ottawa, Santé Canada, 1997.

First Nations Health Commission, *Bridging the Gap: Report on the National Round Table on HIV/AIDS and First Nations Populations*, Ottawa, Assemblée des Premières Nations, 1994.

Laboratoire de lutte contre la maladie. *Actualités en épidémiologie*, Ottawa, Santé Canada, mai 1997.

McLeod, Albert, *Les communautés autochtones et le VIH/sida, Un projet conjoint de la Société canadienne du sida et du Réseau autochtone sur le sida*, Ottawa, Société canadienne du sida, 1997.

Myers, Ted, Liviana Calzavara et coll., *Ontario First Nations AIDS and Healthy Lifestyle Survey*, Toronto, 1993.

Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy, 1996.

Programme d'action communautaire sur le sida, *Directives de financement*, Ottawa, Santé Canada, non daté.

Rapport sur la gestion future du programme des services de santé non assurés, Ottawa, Assemblée des Premières Nations et Santé Canada, 1996.

Secrétariat de santé des Premières Nations, *Background Paper for the 18th Annual General Assembly*, Ottawa, Assemblée des Premières Nations, 1997.

Services de santé des Indiens et des populations du Nord, *Coordination entre les secteurs de compétence relativement au VIH/sida chez les populations autochtones*, Ottawa, Direction générale des services médicaux, janvier 1995.

Soignons nos nations - Compte rendu de la 4e conférence canadienne autochtone sur le VIH/sida et les questions connexes, 9 au 13 novembre 1996.

Spence, Catherine et Janet McGee, *Thompson AIDS Project: Needs Assessment*, Thompson, octobre 1996.

Stratégie canadienne sur le VIH/sida: Ensemble nous irons plus loin, Ottawa, Ministère de la Santé, 1998.

Stratégie nationale sur le sida, phase II: missions sur les progrès, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1993.

Stratégie nationale sur le sida, phase II: rapport d'étape 1995-96, Ottawa, Santé et Bien-être social Canada, 1996.

Livres et articles

Bird, L. et M. Moore, « The William Charles Health Centre of Montreal Lake Band: A Case Study of Transfer », *Circumpolar Health 90: Proceedings of the 8th International Congress on Circumpolar Health*, Brian D. Postl et coll. (dir.), Winnipeg, University of Manitoba Press, 1991.

Cipparone, Eugene, « A Case Study on Interest Group Behaviour in Federal System: The AIDS Lobby Groups in Canada », *Toronto Faculty of Law Review* 1992, 50(2).

- Clayton, Heather, « Indian Health and Community Development: Notes for an Address », *Circumpolar Health* 90.
- Connell, G., R. Flett et P. Stewart, « Implementing Primary Health Care Through Community Control: The Experience of Swampy Cree Tribal Council », *Circumpolar Health* 90.
- Hawley, Donna Lea, *Annotated Indian Act 1997*, Toronto, Carswell, 1996.
- Hogg, Peter, et Mary Ellen Turpel, « Implementing Aboriginal Self-Government: Constitutional and Jurisdictional Issues », *Revue du Barreau canadien* 1995, 74(2).
- Hogg, Peter, *Constitutional Law of Canada, 3rd Ed.*, Toronto, Carswell, 1992.
- Isaac, Thomas, « Case Commentary: Self-Government, Indian Women and their Rights of Reinstatement under the *Indian Act*, a Comment on *Sawbridge Band v. Canada* », *Canadian Native Law Reporter* 1995, 4: 1-13.
- Matiation, Stefan, « HIV/AIDS and Aboriginal Communities: Problems of Jurisdiction and Discrimination », non publié, 28 avril 1995.
- O'Neill, John D., « Regional Health Boards and the Democratization of Health Care in the Northwest Territories », *Circumpolar Health* 90.
- O'Neill, John D. et Brian D. Postl, « Community Healing and Aboriginal Self-Government: Is the Circle Closing? », *Aboriginal Self-Government in Canada*, John Hylton, dir. Saskatoon, Purich Publishing, 1994.
- Pentney, William, « The Rights of the Aboriginal Peoples of Canada and the Constitution Act, 1982: Part I The Interpretive Prism of Section 25 », *U.B.C. Law Review* 1988, 22(1).
- Slattery, Brian, « First Nations and the Constitution: A Question of Trust », *Revue du Barreau canadien*, 1992, 71.
- Speck, Dara Culhane, « The Indian Health Transfer Policy: A Step in the Right Direction or Revenge of the Hidden Agenda? », *Native Studies Review* 1989, 5(1).
- Turpel, Mary Ellen, « Patriarchy and Paternalism: The Legacy of the Canadian State for First Nations Women », *CJWL* 1993, 6.
- Woodward, Jack, *Native Law*, Toronto, Carswell, 1989.

APPENDICE

Liste des personnes consultées

Tammy Abram

Groupe de travail des Premières Nations
de l'Atlantique sur le sida
Halifax (Nouvelle-Écosse)

Darcy Albert

2-Spirited Peoples of the 1st Nations
Toronto (Ontario)

Marlene Allen

Prince Albert STD Clinic
Prince Albert (Saskatchewan)

Barbara Ames

AIDS Yukon Alliance
Whitehorse (Yukon)

Lina Azzimatturo

Chez Doris
Montréal (Québec)

Kevin Barlow

Réseau canadien autochtone sur le sida
Ottawa (Ontario)

Catherine Blackstock

Healing Our Spirit
BC First Nations AIDS Society
North Vancouver (Colombie-Britannique)

Cathie Carlick

AIDS Yukon Alliance
Whitehorse (Yukon)

Keri Chalifoux

APHA Pentagon
Edmonton (Alberta)

Laura Commanda

Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Joyce Courchene

Community Health Representative
Fort Alexander (Manitoba)

Jo-Ann Daniels et Peter Oka

Feather of Hope
Aboriginal AIDS Prevention Society
Edmonton (Alberta)

Marcel Dubois

Direction générale des services médicaux
Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Janet Dunbrack

Santé Canada
Ottawa (Ontario)

Annie Evans

Community Health Representative
Labrador Inuit Health Commission
Labrador

Arlo Yuzicapi Fayant

All Nations Hope AIDS Network
Regina (Saskatchewan)

Sandra Greene

Réseau canadien autochtone sur le sida
Ottawa (Ontario)

- Roda Grey**
Association des femmes autochtones de
Pauktuutit
Ottawa (Ontario)
- Jimmy Groat**
Aboriginal Legal Services
Toronto (Ontario)
- Derek Ground**
Avocat
Toronto (Ontario)
- Morgan Hare**
Tungasvingat Inuit
Ottawa (Ontario)
- Robert Hay**
AIDS Yellowknife
Yellowknife (T.N.-O.)
- Margaret Horn**
Organisation nationale des représentants
indiens et inuit en santé communautaire
Kahnawake (Québec)
- Tom Howe**
Groupe de travail des Premières nations
de l'Atlantique sur le sida
Halifax (Nouvelle-Écosse)
- Robert Imrie**
Conseil cri de la santé et des services
sociaux de la Baie James
Montréal (Québec)
- Denise Lambert**
Alberta Aboriginal AIDS Strategy
Onoway (Alberta)
- Pat Matusko**
CDC, Public Health Branch
Santé Manitoba
Winnipeg (Manitoba)
- Maggie McGinn**
Living Positive
Edmonton (Alberta)
- Albert McLeod**
Manitoba Aboriginal AIDS Task Force
Winnipeg (Manitoba)
- LaVerne Monette**
Ontario Aboriginal HIV/AIDS Strategy
Toronto (Ontario)
- Mai Nguyen**
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
- Earl Nowgesic**
Laboratoire de lutte contre la maladie
Santé Canada
- Marion Perrin**
Medical Services Branch
Alberta Aboriginal AIDS Task Force
Edmonton (Alberta)
- Irene Peters**
Ontario First Nations HIV/AIDS
Education Circle
London (Ontario)
- Judith Ross**
Direction générale des services médicaux
Santé Canada
Ottawa (Ontario)
- April St-Denis**
Manitoba Aboriginal AIDS Task Force
Winnipeg (Manitoba)
- Sam Shiningelbow et Cindy Olsen**
Spirit Rock Healing Society
Edmonton (Alberta)
- Catherine Spence**
Thompson AIDS Project
Thompson (Manitoba)
- Noelle Spotton**
Aboriginal Legal Services
Toronto (Ontario)
- Christina Smeja**
Conseil cri de la santé et des services
sociaux de la Baie James
Montréal (Québec)
- Muriel Venne**
Aboriginal Human Rights Commission
Edmonton (Alberta)
- Art Zoccole**
B.C. Aboriginal HIV/AIDS Task Force
Vancouver (Colombie-Britannique)