

FAVORISER LA RÉCONCILIATION DANS LES SOINS DE SANTÉ AU CANADA

Des pratiques judicieuses pour les leaders en santé



La roue de médecine symbolise le rapprochement et l'interaction continue entre le monde physique, les émotions, l'état d'esprit et la spiritualité.

avril 2018

Lisa Richardson, MD MA FRCPC
et Tracy Murphy, MHA CHE

*Avec les conseils et les orientations du Comité
directeur sur la santé autochtone de SoinsSantéCAN*



SoinsSantéCAN
Leadership. Innovation. Collaboration.

REMERCIEMENTS

SoinsSantéCAN tient à exprimer son immense gratitude aux membres du Comité directeur, qui ont mis leur expertise et leur savoir-faire à contribution pour réaliser ce projet. Les membres ont investi temps et énergie dans cette initiative, et ont fait preuve de perspicacité et de franc-parler à toutes les étapes de sa réalisation. Il faut souligner leur dévouement inlassable à instaurer l'esprit de la réconciliation à même les soins de santé au Canada. Sans leur soutien généreux et leur apport, ce recueil n'aurait pu devenir une réalité.

D^r Alika Lafontaine

Indigenous Health Alliance
Membre du conseil d'administration,
SoinsSantéCAN

Chris Power

Directrice générale
Institut canadien pour la
sécurité des patients

Laura Salmon

Directrice, Programmes de santé
des Premières Nations
Régie des hôpitaux du Yukon

Pamela Quart-McNabb

Agente principale de programme
Fondation de la famille J.W. McConnell

Richard Jock

Chef des opérations
Régie de la santé des Premières Nations

Sol Mamakwa

Conseiller en santé
Nation Nishnawbe Aski et
Indigenous Health Alliance

D^r Thomas Dignan

Collège royal des médecins
et chirurgiens du Canada

Aruna Sadana

Directrice générale, Prestation, réponse active et
coordination, Direction générale de la santé des
Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

Jeffrey Cyr

Président
Conseil consultatif des IRSC,
Institut de santé des Autochtones

Paul Tomascik

Analyste principal, Systèmes
et politiques de santé
Collège royal des médecins
et chirurgiens du Canada

Stephanie Carvers

Directrice du bureau de santé Eagle Moon
Région sanitaire Regina Qu'Appelle

Sénateur Ted Quewezance

Représentant,
Assemblée des Premières Nations

Valerie Gideon

Sous-ministre adjointe, Opérations régionales
Direction générale de la santé des Premières
Nations et des Inuits, Santé Canada

SOMMAIRE ET RECOMMANDATIONS DE PRATIQUES JUDICIEUSES

Le présent document d'information porte sur les problèmes graves auxquels les peuples autochtones du Canada font face et sur le rôle que jouent les leaders en santé canadiens pour aider à combler les lacunes. Il présente également des pratiques judicieuses que peuvent prendre les leaders et les organisations pour donner suite aux Appels à l'action reliés à la santé de la Commission de vérité et réconciliation (CVR) basées sur un examen de la littérature, des entrevues avec des intervenants clés et des études de cas de plusieurs organisations de soins de santé. L'expression « pratiques judicieuses » est largement utilisée dans les contextes autochtones pour décrire des mesures autochtones localement appropriées qui contribuent à assurer des conditions durables et équitables¹.

Nombre de parties intéressées, y compris des gouvernements, des agences de la santé, des associations de médecins et infirmières, des hôpitaux, des régions sanitaires et autres, ont déjà pris des mesures pour donner suite aux Appels à l'action reliés à la santé de la CVR. Ces mesures sont des premières étapes importantes, mais il faut apporter des changements transformateurs à l'échelle des systèmes et des organisations pour améliorer la santé des peuples autochtones du Canada. Aux fins du présent document, trois domaines d'action potentiels pour les leaders en santé ont été identifiés et ils sont reliés entre eux :

1. réorienter les autorités, les responsabilités et les ressources;
2. éliminer le racisme et accroître la sécurité culturelle;
3. assurer un accès équitable aux soins de santé.

Les leaders en santé du Canada peuvent travailler au sein de leurs organisations pour instaurer les pratiques judicieuses qui donnent suite aux recommandations de la CVR. Toutefois, l'élément le plus important de la conception et de la mise en œuvre de ces changements, c'est que les leaders en santé soient guidés par les chefs et les organisations autochtones locales, provinciales et nationales et qu'ils collaborent avec eux. À défaut de cette collaboration, ils risquent de reproduire les structures coloniales existantes dans le système de santé.

Les leaders en santé devraient envisager l'adoption des pratiques judicieuses qui suivent pour orienter leurs efforts visant à favoriser la réconciliation. Ces pratiques faciliteront le changement au niveau de l'organisation ou de l'établissement de santé. Ils peuvent également s'associer avec leurs partenaires autochtones dans leur plaidoyer en faveur de changements aux politiques, aux modes de financement et à la gouvernance.

Changements aux politiques et aux systèmes

1. Soutenir les leaders locaux des Premières Nations, des Inuits et des Métis, conjointement avec leurs homologues nationaux de l'Assemblée des Premières Nations, de l'Inuit Tapiriit Kanatami et du Ralliement national des Métis alors qu'ils négocient, développent, mettent en œuvre et évaluent des ententes de transformation de la santé, et plaider en faveur du changement dans les politiques et les systèmes.

Engagement des communautés

2. Identifier les principales parties intéressées dans l'engagement des communautés et établir des relations avec elles. Ces parties intéressées comprennent des représentants des autorités locales et régionales des Premières Nations, des Inuits et des Métis et des organisations locales de services de santé aux Autochtones; les clients autochtones et d'autres. En s'adressant aux principales parties intéressées, suivre les protocoles d'engagement établis par leurs organisations respectives. Créer des ententes de partenariats qui comprennent des mesures d'évaluation des processus et de responsabilisation pour toutes les initiatives communes ayant trait à la santé et au bien-être des Autochtones.
3. Inclure la réconciliation et l'équité en santé autochtone dans le plan stratégique des organisations.

Recrutement et rétention de personnel et de fournisseurs de soins de santé autochtones

4. Promouvoir la participation des Autochtones dans l'organisation en les recrutant pour occuper des postes de gouvernance et de direction; pour faire partie de cercles consultatifs, pour assurer les liens avec les communautés, pour faire partie des conseils des Aînés et assumer d'autres rôles; officialiser l'établissement de rapports et la reddition de compte basée sur les actions pour les leaders non autochtones afin de prévenir l'engagement symbolique et non significatif.
5. Recruter, maintenir en poste et guider le personnel et les fournisseurs de soins de santé autochtones à tous les niveaux de l'organisation, y compris en matière d'approvisionnement; créer des milieux de travail et d'apprentissage dans lesquels ils peuvent s'épanouir et dans lesquels l'indigénéité et le savoir autochtone sont valorisés.

Antiracisme et sécurité culturelle dans l'éducation

6. Offrir une éducation antiraciste qui assure la sécurité culturelle à tous les membres de l'organisation; développer et mettre en œuvre des processus sécuritaires pour les employés et les clients afin de faire le bilan des expériences racistes ou non sécuritaires sur le plan culturel dans l'organisation; développer et mettre en œuvre des processus pour documenter ces cas et suivre les progrès.
7. Soutenir les apprenants autochtones dans les professions de la santé en créant des milieux d'apprentissage clinique sécuritaires et respectueux qui sont exempts de racisme et de discrimination; participer à des programmes de promotion des sciences de la santé auprès des plus jeunes étudiants.

Soins et résultats en santé des clients autochtones

8. Améliorer le parcours des clients autochtones par la prestation de soins et de programmes qui tiennent compte des traumatismes subis, comme les navigateurs autochtones, l'accès à des aliments et à des pratiques de guérison traditionnels, le soutien des Aînés et la guérison axée sur la terre; des initiatives particulières devraient découler des recommandations faites par des communautés, des conseillers et des clients autochtones locaux.
9. Dans les provinces et territoires où des données sur la race et l'ethnie sont disponibles, suivre les résultats en santé des clients autochtones par rapport aux clients non autochtones dans l'organisation; établir des ententes appropriées sur la gérance des données sur les Autochtones et en faire le suivi.
10. Comprendre et appuyer les changements visant à tenir compte des déterminants sociaux de la santé des Autochtones.

Pour des orientations plus détaillées et d'autres suggestions, les leaders en santé sont invités à lire la section Mise en œuvre des Appels à l'action de la CVR vers la fin du présent document.

OBJET

À la Conférence nationale sur le leadership en santé (CNLS) de 2016, organisée conjointement par SoinsSantéCAN et le Collège canadien des leaders en santé, plus de 700 délégués ont sélectionné un certain nombre de questions de politiques et en ont débattu dans le cadre du Grand débat sur les soins de santé au Canada. Après un processus rigoureux ayant mené au choix des principales questions de politique, la résolution qui a remporté le plus grand nombre d'appuis (73 %) portait sur la mise en œuvre des recommandations de la Commission de vérité et réconciliation du Canada (CVR) comme priorité absolue, non seulement pour 2017, mais jusqu'à ce que les recommandations soient pleinement mises en œuvre.

La CNLS de 2017 a tenu une séance plénière spéciale sur le titre « *Donner suite aux appels à l'action de la Commission de vérité et réconciliation reliés à la santé : Comment obtenir une meilleure valeur, offrir des soins de meilleure qualité et obtenir de meilleurs résultats pour les populations autochtones du Canada?* » Des leaders en santé autochtones et d'autres intervenants clés ont présenté des stratégies et des recommandations aux leaders en santé et aux organisations de la santé du Canada pour aider à réduire les disparités en santé.

Le présent document d'information de SoinsSantéCAN, financé par une subvention de la Fondation McConnel, se penche sur plusieurs problèmes graves qu'éprouvent les peuples autochtones du Canada et sur le rôle que les leaders en santé du Canada peuvent jouer pour réduire l'écart en santé. Il examine aussi certaines mesures concrètes que des organisations de la santé ont déjà prises pour donner suite aux recommandations de la CVR relatives à la santé, et il met en lumière certaines pratiques judicieuses pour promouvoir l'intégration culturelle dans les services de santé.

Ce document utilise une approche basée sur les forces et son contenu souligne les stratégies, les politiques et les pratiques qui identifient, reconnaissent et exploitent les forces et les ressources des peuples et des communautés autochtones de la grandeur du Canada. Dans le document, le terme peuples « autochtones » est utilisé au sens d'Aborigènes, Premières Nations, Inuits et Métis.

Le terme « réconciliation » y apparaît souvent et il prend différents sens selon différentes personnes. Pour tous, il renvoie toutefois à la reconnaissance des torts du passé, à la connaissance de la vraie histoire, à la reconnaissance des droits de tous les peuples autochtones et au retour de l'équilibre dans les relations entre les peuples autochtones et les peuples non autochtones. La réconciliation est également un processus continu qui suppose un effort collectif pour trouver une nouvelle façon d'aller de l'avant. (Sources : le sénateur Murray Sinclair dans une vidéo de la CVR, Réconciliation Canada, et le ministère de la Justice du gouvernement du Canada.)

MÉTHODE

SoinsSantéCAN a formé un comité directeur pour orienter la détermination des principales questions et l'approche de la recherche. Les membres de ce comité directeur sont nommés à l'Annexe A. Ils ont procédé à une analyse du milieu et à un examen de la documentation sur la question. Le comité a contribué à la sélection de 18 informateurs clés provenant de 14 organisations, qui ont été interviewés par téléphone en utilisant un guide d'interview standard en septembre et octobre 2017. Comme l'indiquent les Annexes A et B, ces informateurs étaient des représentants d'hôpitaux, d'autorités sanitaires régionales, de programmes de santé autochtones, d'universités, d'organisations de la santé, comme l'Institut canadien pour la sécurité des patients, et de groupes de médecins et infirmières. Certains d'entre eux se sont identifiés comme Autochtones.

Le présent document repose également sur la conférence intitulée *Partenaires en réconciliation : reconnaître et respecter la santé autochtone tenue dans le cadre du Forum des politiques publiques*, le 17 septembre 2017 à Ottawa. La conférence inspirante qui a attiré de nombreux participants a porté sur la vérité et la réconciliation, les stratégies de mise en œuvre des appels à l'action reliés à la santé de la CVR, le renforcement de la compétence et de la sécurité culturelles pour l'inclusion des Autochtones au Canada, et la transformation

des services et des institutions de soins de santé pour que les peuples autochtones puissent y participer pleinement. Le sommaire de la conférence, y compris le programme et les conférenciers, est affiché [ici](#).

CONTEXTE

La Commission de vérité et réconciliation du Canada a été créée en 2008 dans la foulée de la Convention de règlement relative aux pensionnats indiens (la Convention), le plus grand règlement de l'histoire du Canada. En mai 2006, elle a réglé plusieurs poursuites en recours collectif contre le gouvernement du Canada et les Églises anglicane, presbytérienne, unie et catholique romaine entamées par d'anciens élèves à plein temps du régime des pensionnats indiens qui avait été en place de 1884 à 1996.

À son apogée, le régime des pensionnats indiens exploitait 130 écoles dans chaque province et territoire, à l'exception de Terre-Neuve, de l'Île-du-Prince-Édouard et du Nouveau-Brunswick. On estime que 150 000 enfants des Premières Nations, des Métis et des Inuits ont été retirés de force de leurs communautés pour être pensionnaires dans ces écoles. Les poursuites en recours collectif représentaient quelque 80 000 survivants des pensionnats indiens qui ont été inscrits dans ces écoles à plein temps. Il est important de souligner que la Convention ne comprenait pas les élèves qui ont fréquenté les pensionnats comme « élèves externes ». En juin 2015, la Cour fédérale du Canada a autorisé deux Premières Nations de la Colombie-Britannique à intenter un recours collectif pour ces élèves externes.

Le Centre national pour la vérité et la réconciliation de l'Université du Manitoba a été créé afin de préserver le souvenir du régime des pensionnats indiens et son héritage. Il conserve de façon permanente toutes les déclarations, tous les documents et autres matériels rassemblés par la CVR.

À la suite des négociations ayant mené à la conclusion de la Convention, le Canada a dû investir soixante millions de dollars dans la création et le financement de la Commission de vérité et réconciliation. La Commission a eu le mandat de « révéler aux Canadiens la vérité complexe sur l'histoire et les séquelles durables des pensionnats dirigés par des Églises ... » et « d'orienter et d'inspirer un processus de témoignage et de guérison, qui devrait aboutir à la réconciliation au sein des familles autochtones et entre les Autochtones et les communautés non autochtones, les Églises, les gouvernements et les Canadiens en général ».ii La Commission a examiné des milliers de documents et entendu des centaines de témoins lors de divers événements tenus à la grandeur du pays.

En décembre 2015, la Commission de vérité et réconciliation du Canada a publié son rapport final qui attire l'attention sur certaines disparités troublantes en matière de santé entre les personnes autochtones et la population non autochtone du Canada, y compris :

- un taux de mortalité infantile chez les Premières Nations et les Inuits qui est 1,7 à 4 fois plus élevé que celui rencontré dans la population non autochtone;
- un taux de diabète presque deux fois plus élevé chez les personnes autochtones de 45 ans et plus que dans la population non autochtone;
- un taux de suicide global chez les collectivités des Premières Nations d'environ 2 fois plus élevé que celui de l'ensemble de la population canadienne.

Le rapport soulignait que le colonialisme du Canada dans ses relations avec les peuples autochtones remonte à bien loin. Cette histoire, et les politiques de génocide culturel et d'assimilation ont laissé de profondes cicatrices dans les vies de nombreuses personnes et communautés autochtones ainsi que sur la société canadienne dans son ensemble, et elles ont eu des effets dévastateurs sur les relations entre les Autochtones et les non-Autochtones. La Commission a déterminé que la réconciliation offrait une façon de réparer ces relationsⁱⁱⁱ.

En juin 2015, la CVR a publié 94 « Appels à l'action » qui portent sur les thèmes du bien-être des enfants, de l'éducation, de la langue et de la culture, de la santé et de la justice. Ces « Appels à l'action » visent à s'attaquer aux séquelles des pensionnats indiens et à faciliter le processus de la réconciliation au Canada. L'Annexe D présente le texte des recommandations reliées à la santé.

RÉPONSES AU RAPPORT DE LA COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION

Les « Appels à l'action » ont envisagé un rôle pour tous les Canadiens dans l'amélioration des résultats en santé des peuples autochtones du Canada. Ainsi, tous les ordres de gouvernement et bien d'autres organisations doivent unir leurs efforts pour trouver des solutions efficaces. Les leaders en santé du Canada et les organisations pour lesquelles ils travaillent ont également un rôle crucial à jouer pour régler le problème du colonialisme et combler l'écart en santé autochtone. C'est un défi de leadership qu'il faut relever.

Le gouvernement fédéral a clairement énoncé son intention de prioriser les questions reliées aux peuples autochtones du Canada. Il porte son attention sur « ... le renouvellement de la relation de nation à nation reposant sur la reconnaissance des droits, le respect, la collaboration et les partenariats comme bases d'un changement transformateur ». Le gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux ont récemment pris plusieurs mesures visant à améliorer la santé des Autochtones et certaines d'entre elles sont décrites à l'Annexe E. Cette annexe décrit également les mesures prises par les associations de médecins et d'infirmières pour promouvoir activement les recommandations de la CVR.

QUESTIONS CRUCIALES POUR COMBLER LES ÉCARTS DANS LA SANTÉ DES AUTOCHTONES

Comme la section précédente le démontre, bien des intervenants ont pris des mesures pour donner suite aux Appels à l'action de la CVR reliés à la santé. Ces mesures sont des premières étapes importantes, mais il reste encore bien des défis à surmonter pour les peuples autochtones du Canada.

Aux fins du présent document, trois domaines d'action potentiels pour les leaders en santé ont été identifiés et ils sont reliés entre eux :

1. réorienter les autorités, les responsabilités et les ressources;
2. éliminer le racisme et accroître la sécurité culturelle;
3. assurer un accès équitable aux soins de santé.

1. Réorienter les autorités, les responsabilités et les ressources

Lors du Grand débat sur les soins de santé au Canada de 2016, le D^r Alika Lafontaine (le parrain de la motion sur la santé autochtone qui a obtenu le plus d'appuis) a plaidé en faveur d'un changement transformationnel et de la réorientation des autorités, des responsabilités et des ressources. Comme l'a démontré la Commission de vérité et réconciliation, il faut abolir les obstacles systémiques qui ont entraîné des différences entre l'état de santé des Canadiens autochtones et celui des Canadiens non autochtones. La recommandation no 18 de la Commission de vérité et réconciliation mentionne d'ailleurs clairement que la situation actuelle des Autochtones sur le plan de la santé est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens. Pendant trop longtemps, les décisions en matière de soins de santé et d'autres services ont été prises sans la pleine participation des personnes à qui ces services sont fournis. Il est important de transformer le système de santé pour les Autochtones et de s'assurer que des systèmes, des politiques et des lois adéquats contribuent à la prestation des bons soins, au bon moment, dans un milieu approprié. Autrement dit, il faut s'assurer que les peuples autochtones peuvent exercer leurs droits inhérents de contrôler leurs propres services de santé.

Le D^r Lafontaine et d'autres personnes ont souligné que ce changement s'effectuera par un retour de la reddition de compte, de l'attribution des ressources et de la responsabilité aux communautés individuelles auxquelles appartiennent les peuples autochtones^v. Actuellement, le financement direct de services de santé accordé à des communautés autochtones est souvent accordé pour des services de santé particuliers qui ne tiennent pas nécessairement compte des besoins de la communauté. Les paramètres de ces financements sont très stricts et ne permettent aucune flexibilité en cas de crise^{vi}. Si les Autochtones s'appropriaient la conception et le contrôle des services de santé, ils pourraient mieux répondre aux besoins et relever les défis des communautés autochtones. L'Annexe F décrit les rôles et responsabilités du gouvernement fédéral et des gouvernements provinciaux et territoriaux en matière de santé.

Il y a des exemples de ce type d'appropriation des services au Canada et aux États-Unis. En vertu de l'Indian Health Service des États-Unis, plus de la moitié des tribus reconnues par le gouvernement fédéral exploitent les installations ou les programmes de santé. Quarante pour cent du financement alloué à l'Indian Health Service par le Congrès est administré par ces tribus^{vii}. L'un de ces régimes est celui de la Southcentral Foundation établie à Anchorage, en Alaska. Ce régime a été créé et il est géré et détenu par les peuples autochtones de l'Alaska^{viii}. L'abandon d'un système dont la gestion centrale était assurée par l'Indian Health Services en faveur de l'adoption d'un système contrôlé par la population a apporté d'importantes améliorations. En 1996, seulement 35 % de la population avait un fournisseur de soins primaires désigné. Aujourd'hui, ce nombre est de 95 %^{ix}. Avant les changements, le temps d'attente pour un rendez-vous de routine était de quatre semaines. Aujourd'hui, il est plutôt usuel d'avoir un rendez-vous dans la même journée. La vaccination des enfants a augmenté de 25 % et les résultats de la population de Southcentral s'inscrivent dans le 75^e percentile ou plus sur les principaux indicateurs de la santé^x. Finalement, Southcentral a été présentée comme un exemple de l'amélioration de la qualité par de nombreuses organisations, y compris l'Institute for Healthcare Improvement des États-Unis.

Au Canada, la First Nations Health Authority (FNHA) de la Colombie-Britannique a tenté de changer le statu quo dans la prestation des services de santé aux Autochtones. Bien qu'elle ne va pas jusqu'à transférer le contrôle des services aux communautés, la FNHA est responsable de la planification, de la gestion, de la prestation des services et du financement des programmes en santé, en partenariat avec les communautés des Premières Nations de la Colombie-Britannique^{xi}. La FNHA collabore également avec le ministère provincial et les autorités sanitaires pour obtenir de meilleurs résultats pour les Premières Nations qui ont accès aux services de santé de la province^{xii}. D'autres changements majeurs s'opèrent et évoluent, comme en fait foi la Charte des principes relationnels entre les ministères de la Santé du gouvernement fédéral et de l'Ontario et la Nation Nishnawbe Aski relativement à la planification et à la prestation des services de santé à l'échelle de la communauté. Dans tous les cas, le renforcement approprié des capacités et le mentorat dans les communautés sont garants de succès. Il est important d'inclure les dirigeants autochtones au sein des conseils de gouvernance et les membres des communautés autochtones au sein des comités consultatifs. Il faut aussi établir clairement les mandats et les responsabilités de toutes les parties.

Les informateurs clés interviewés par SoinsSantéCANs'entendent sur le fait que la structure actuelle des autorités, des responsabilités et de l'attribution des ressources pour la santé des Autochtones contribue aux disparités en santé entre les personnes autochtones et les personnes non autochtones. Les interviewés ont souligné que cette structure a des incidences négatives sur l'accès aux soins, qu'elle favorise les iniquités et qu'elle peut même ancrer davantage le racisme au sein du système. La division historique entre le ministère des Affaires indiennes et du Nord Canada (AINC) et la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada a créé bien des problèmes de reddition de compte. L'environnement contractuel de la DGSPNI avec les peuples autochtones est considéré comme strict et limité. Les informateurs ont souligné que le modèle d'enveloppes de financement pour des programmes ciblés n'intègre pas toujours les communautés dans la prise de décision sur l'attribution des ressources, de sorte que le financement est souvent basé sur des projets et non conçu pour assurer la durabilité à long terme. Les répondants ont également dit que le financement basé sur les communautés est faussé et ne tient pas compte de l'augmentation des populations. Ils ont également indiqué que la prévention de la maladie et la promotion de la santé n'étaient pas suffisamment mises de l'avant.

Dans un même ordre d'idées, les répondants ont exprimé des commentaires positifs sur la FNHA de la Colombie-Britannique, mais ils reconnaissent que des modèles semblables ne sont pas automatiquement transférables ailleurs au pays. Les contextes régionaux, les besoins et les forces communautaires et les traités locaux jouent tous un rôle dans la détermination du meilleur modèle de planification, gestion, prestation des services et financement des programmes de santé pour les Autochtones dans les différents territoires, provinces et régions. Les modèles adoptés à l'échelle locale peuvent être adaptés pour répondre à des besoins en santé particuliers et à la culture de la région. Les leaders en santé et les fournisseurs de soins doivent comprendre que les cultures autochtones sont diversifiées et ils devraient connaître l'histoire, la culture, la langue et les traditions des communautés qu'ils servent.

Principaux défis liés à la prestation des services aux patients et aux communautés autochtones

Lorsqu'on leur a demandé quels sont les principaux défis liés à la prestation des services aux patients et aux communautés autochtones et à l'intégration de la culture dans les services de santé, les représentants des organisations et des autorités de soins de santé ont eu des réponses variées comme l'étendue géographique, la compréhension des besoins et des préférences culturels, la discrimination des fournisseurs de soins de santé et même la réticence des patients autochtones envers l'accès aux services de santé. Ils ont souligné que les fournisseurs de soins de santé doivent améliorer leurs connaissances sur le colonialisme et sur les cultures autochtones et les questions de santé des Autochtones, à défaut de quoi ils auront de la difficulté à servir les patients autochtones.

Les programmes liés à la santé des Premières Nations de l'Hôpital général de Whitehorse offrent des visites quotidiennes avec une personne de liaison pour offrir du soutien émotionnel ou de l'information sur les soins; ils fournissent de l'information sur le Programme de soins de santé non assurés et sur l'aide financière et les services de transport disponibles; ils offrent l'accès à des aliments et à la médecine traditionnels; ils informent et soutiennent les membres de la famille et guident les patients; et ils collaborent avec des organismes extérieurs pour organiser les services et les fournitures^{xiii}.

Les informateurs clés ont également mentionné que le manque de temps et de ressources peut nuire au développement et au maintien de solides relations avec les communautés autochtones. Ainsi, la plupart des communautés inuites sont desservies par des postes infirmiers. Les médecins sont disponibles dans de grands centres régionaux et les services spécialisés sont souvent offerts dans des centres plus au sud, ce qui oblige les patients à parcourir de grandes distances, géographiquement et culturellement, pour avoir accès à ces services^{xiv}. Cela étant dit, les leaders en santé ont exprimé une ferme volonté d'apprendre auprès des communautés autochtones, de les aider à renforcer leurs capacités et d'accepter et de respecter les approches traditionnelles à la santé et à la guérison.

Les répondants ont partagé un certain nombre d'approches encourageantes et avant-gardistes à la prestation de soins aux patients et aux communautés autochtones. Par exemple, l'utilisation de la télémédecine pour faciliter les soins de santé généraux et spécialisés continue de croître au fur et à mesure que l'infrastructure à large bande se développe dans les régions rurales et éloignées. Des études sur la faisabilité et la mise en œuvre de la télémédecine le long de ces bandes sont en cours. Les services de vidéoconférences personnelles à l'aide d'un ordinateur personnel se répandent et serviront un plus grand nombre de communautés autochtones rurales et éloignées. Les études sur l'accès à distance sont également en hausse, ce qui est nécessaire pour une plus grande utilisation de détecteurs, d'applications et de technologies mobiles qui soutiendront l'autogestion. Il faudra conclure de solides partenariats avec les communautés autochtones pour optimiser l'utilisation de ces innovations.

Ambiguïté juridictionnelle

Selon le gouvernement du Canada : « Le principe de Jordan prévoit que lorsqu'un service gouvernemental est offert à tous les autres enfants et qu'un conflit de compétences surgit entre le Canada et une province ou un territoire, ou entre des ministères du même gouvernement, au sujet des services offerts à l'enfant d'une Première Nation, le ministère contacté en premier doit payer pour les services et peut demander à être remboursé par l'autre ministère ou l'autre gouvernement, après que l'enfant ait reçu le service. Il s'agit d'un principe qui place l'intérêt de l'enfant en premier et qui vise à empêcher que les enfants des Premières Nations se voient refuser des services publics essentiels ou qu'ils soient laissés en attente de service^{xv} ».

Les principes de PCAP (propriété, contrôle, accès et possession) des Premières Nations sont une série de normes qui déterminent comment recueillir, protéger, utiliser ou partager les données des Premières Nations. Les principes de PCAP sont une expression de la compétence des Premières Nations sur les renseignements qui concernent leurs communautés et les membres de leurs communautés^{xvi}.

Les informateurs clés ont également souligné qu'une certaine « ambiguïté juridictionnelle » ou une incertitude quant à l'ordre de gouvernement responsable de la prestation et du financement des services pour des groupes particuliers de personnes autochtones contribue également aux disparités en santé. Cette ambiguïté existe à tous les niveaux du système de soins de santé et peut nuire à l'attribution optimale des ressources pour réduire les disparités entre les résultats en santé des Autochtones et ceux des non-Autochtones. Cette ambiguïté juridictionnelle s'applique aussi aux peuples autochtones qui ne savent pas toujours comment avoir accès aux services de santé. Les leaders en santé ont indiqué qu'il y avait de trop nombreuses autorités et juridictions concurrentes, p. ex., les autorités fédérales, provinciales, sur les réserves, hors réserves, etc. Ils s'entendent sur la nécessité de modifier d'autres lois et politiques pour tenir compte du principe de Jordan. Ils ont souligné l'absence d'une politique de la santé autochtone qui établit clairement les principes et ils ont soutenu qu'il appartient à toutes les principales parties d'intéressées de combler cette lacune. On a besoin d'un cadre législatif plus solidement ancré pour fournir la structure nécessaire alors que la pensée actuelle est encore en grande partie basée sur le colonialisme. Il faudrait envisager d'adopter une approche aux politiques « basée sur les différences », lorsque nécessaire, étant donné les distinctions et les différences parmi les peuples autochtones. La législation et les lois qui limitent la pratique autochtone des traditions – dont plusieurs sont basées sur les terres – doivent également faire l'objet d'attention. Il faut s'assurer que les changements aux politiques impliquent les Autochtones dès le début et qu'ils n'ont pas d'incidences négatives sur des programmes ou des services existants qui fonctionnent bien.

En vertu du jugement Daniels, selon lequel les Métis et les Indiens non inscrits sont des « Indiens » visés à l'article 91(24) de la *Loi constitutionnelle de 1867*^{xvii}, le gouvernement fédéral devra aussi évaluer les exclusions des programmes et services du fédéral, y compris les services de santé non assurés. Actuellement, le site Web d'Affaires autochtones et du Nord Canada indique que « l'arrêt n'a aucune incidence sur l'admissibilité des Métis et des Indiens non inscrits aux programmes et aux services actuellement offerts aux Indiens inscrits^{xviii} ».

Mobiliser les patients et les communautés autochtones

Les dirigeants des hôpitaux, des autorités sanitaires et des autres organisations de la santé ont examiné plusieurs approches visant à mobiliser les patients et les communautés autochtones. Ils se sont notamment directement associés avec des chefs autochtones et des communautés autochtones pour déterminer les priorités communes (p. ex., moins de soins d'urgence et plus de soins à domicile) et faire entendre la voix des communautés dans les régions. Bien des organisations et des communautés autochtones ont des politiques, des directives et des protocoles reliés à la consultation. Les organisations de soins de santé et les leaders en santé doivent se procurer ces documents et les respecter s'ils veulent bâtir et maintenir des relations significatives avec celles-ci.

Il est également possible de favoriser la participation en tirant parti des relations que les universitaires ou d'autres partenaires ont déjà établies avec les communautés autochtones. Certaines organisations et associations de santé intègrent des représentants autochtones dans leur organe directeur ou ont établi des comités ou des sous-comités sur la santé autochtone. D'autres élaborent et entreprennent des recherches et des études en santé communautaire en s'assurant de la participation directe de la communauté autochtone, ce qui favorise la création de relations entre communautés et une meilleure compréhension des forces, des défis, des besoins et des possibilités.

Le bureau des services de santé Eagle Moon de la région sanitaire Regina Qu'Appelle (Saskatchewan)^{xix} collabore avec les services de la région sanitaire pour améliorer la prestation de services et mieux répondre aux besoins des personnes autochtones. Il réunit des membres de la communauté autochtone et des fournisseurs de soins de santé pour qu'ils unissent leurs efforts afin de répondre aux besoins en santé holistiques de la population. Le bureau soutient et encourage les façons culturelles et traditionnelles des Autochtones dans leur cheminement vers le mieux-être.

Les leaders en santé ont également discuté de la valeur de l'apprentissage et de la collaboration auprès des gardiens traditionnels des connaissances qui habilite les experts autochtones et qui soutiennent la médecine traditionnelle et la guérison. Ils ont également recommandé d'impliquer des représentants des patients autochtones à l'échelle de l'organisation ou de la communauté, de même qu'au sein des conseils de mieux-être. Les informateurs clés ont indiqué que les leaders et les organisations de soins de santé doivent s'engager à bâtir des relations de confiance. Certains ont suggéré d'examiner d'autres modèles et d'autres exemples de bonne collaboration et d'en tirer des leçons.

Certaines organisations ont exprimé un malaise à l'idée de faire participer les groupes autochtones à leurs activités, notamment parce qu'elles ne savent pas quels groupes approcher ou comment les mobiliser et qu'elles ne comprennent pas toujours le mandat ou la mission des organisations autochtones. Bien des leaders en soins de santé ont reconnu que les communautés autochtones ont leurs propres histoires et cultures et qu'il est important de comprendre les priorités, les attentes et les préférences de ces communautés.

Les leaders en soins de santé savent qu'il est essentiel d'entretenir des relations respectueuses avec les personnes et les groupes autochtones, mais certains ne savent pas vraiment comment démontrer ce respect et

cette empathie. Il est possible de dissiper ces tensions en se renseignant sur les cultures et les organisations autochtones, en suivant une formation en sécurité culturelle et en rencontrant des communautés locales autochtones. Il est également important de demander aux clients autochtones quels sont leurs besoins (p. ex., à quoi devrait ressembler une nouvelle salle d'attente pour les clients) et « de les rencontrer là où ils sont ». Des mentors autochtones peuvent aussi faciliter la mobilisation. Certains informateurs clés ont suggéré une approche de nation à nation, communauté par communauté. Tous ont convenu que l'engagement est un processus continu.local Indigenous communities.

2. Éliminer le racisme et accroître la sécurité culturelle

Au début de 2017, SoinsSantéCAN et le Collège canadien des leaders en santé ont mandaté la firme Ipsos Public Affairs pour effectuer un sondage auprès de leurs membres sur les problèmes majeurs en soins de santé. Plus de 225 membres ont répondu et parmi eux, 51 % ont souligné que la discrimination basée sur la race à l'encontre des peuples autochtones est présente dans leur organisation. Un sondage semblable réalisé auprès de plus de 1 000 membres du grand public a révélé que la moitié des Canadiens croient que la discrimination à l'encontre des peuples autochtones est présente dans les soins de santé au Canada et une personne sur cinq considère que c'est un « gros problème ». En outre, il faudrait faire de plus grands efforts et prendre les cas de discrimination très au sérieux. Souvent, les patients qui expriment leurs préoccupations sont écartés; ils sont jugés trop sensibles et leurs plaintes sont ignorées^{xxi}. Seulement 52 % des répondants au

sondage Ipsos-Reid de SoinsSantéCANet et du CCLS ont révélé que leur organisation avait un processus officiel pour faire rapport sur la discrimination basée sur la race^{xxii}. Ce résultat peut être étayé et les organisations doivent le voir comme une question de gestion de la performance lorsque les plaintes sont traitées adéquatement et en temps opportun.

La recherche empirique semble indiquer que le racisme nuit de bien des façons à la santé des populations de race non dominante^{xxiii}. Il ne manque pas d'exemples pour démontrer les incidences du racisme sur la sécurité des patients autochtones. Des cas comme celui de Brian Sinclair, un homme de 45 ans qui est décédé d'une infection de la vessie tout à fait traitable parce que le système de santé l'a négligé et qu'il a attendu 34 heures en salle d'urgence sans recevoir de soins^{xxiv}, ou celui de Hugh Papik, un aîné Aklavik qui est mort après avoir subi un AVC et n'avoir reçu aucun traitement parce qu'on l'a accusé d'être ivre plutôt que réellement malade,^{xxv} sont des cas bien connus. De la même façon, bien des sondages réalisés auprès d'Autochtones dans divers milieux géographiques ont fait état de racisme^{xxvi}. Une étude canadienne a même révélé que des patients autochtones établissaient des stratégies pour gérer le racisme avant de se présenter aux urgences d'un hôpital et qu'ils craignaient que leurs problèmes de santé soient ignorés à cause du jugement des fournisseurs de soins^{xxvii}.

Tous les informateurs clés qui ont été contactés pour le présent document ont convenu que le racisme existe dans les soins de santé. Ils ont donné des exemples de longs délais d'attente, de patients qui se voient refuser l'accès aux organisations de santé et d'insultes raciales. La majorité des personnes interviewées ont indiqué que les incidents de racisme étaient rapportés selon leur processus de plainte usuel. Elles ont aussi mentionné d'autres approches, comme l'acheminement des plaintes à un conseil consultatif autochtone de l'hôpital ou le rapport directement au gestionnaire ou au directeur de la personne ayant eu un comportement répréhensible. Les processus permettant de rapporter un incident raciste en ligne doivent être conviviaux et accessibles aux membres de la communauté. Les informateurs clés ont également suggéré de poser des affiches et d'autres rappels visuels sur la tolérance zéro en matière de racisme. Ils ont convenu que le racisme doit être enrayé à tous les niveaux du système de soins de santé et pas seulement dans la prestation des services. Ils ont souligné que le comportement raciste ne doit jamais être toléré et que les mesures disciplinaires appropriées doivent être prises lorsqu'il se manifeste.

Sécurité culturelle

Pour en savoir davantage sur la sécurité culturelle et les concepts connexes, voyez cette [vidéo](#) de 5 minutes produite par Northern Health, C.-B^{xxviii}.

Il faut éradiquer le racisme subi par les peuples autochtones qui désirent obtenir des soins de santé. Les organisations de la santé doivent prendre des mesures pour améliorer leurs processus et empêcher le racisme. Bien des personnes et des organisations de soins de santé comprennent maintenant mieux les termes et les concepts liés à la sécurité culturelle et reconnaissent que l'éducation et les politiques antiracistes sont un

fondement de la sécurité culturelle. On peut définir la sécurité culturelle comme « un résultat basé sur l'engagement respectueux qui reconnaît les déséquilibres du pouvoir inhérents dans le système des services de santé et des services sociaux et qui s'efforce de les régler, ce qui crée un environnement exempt de racisme et de discrimination dans lequel les personnes se sentent en sécurité pour recevoir des soins de santé^{xxix} ». Les leaders en santé devraient aussi prendre note que les peuples autochtones déterminent ce qui est sécuritaire. Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest donne un bon exemple d'engagement à assurer la sécurité culturelle et le respect dans tout le système des services de santé et des services sociaux. Il veille à ce que ce système soit mieux adapté aux points de vue et aux expériences des peuples autochtones par un engagement continu avec les Autochtones, les agences, les gouvernements et les conseils régionaux du mieux-être. Il s'assure que la sécurité culturelle est authentique et qu'elle est intégrée dans tous les aspects du système de santé. Le gouvernement reconnaît que la sécurité culturelle doit être planifiée et coordonnée dans tous les volets du système de santé et qu'elle doit être intégrée à la conception des politiques et des programmes, à la prestation des services de première ligne, au développement et au renforcement des compétences du personnel, à la recherche et à l'acquisition de connaissances et aux méthodes traditionnelles^{xxx}.

La sécurité culturelle et l'humilité sont incluses dans les normes de l'Organisation de normes en santé et les organisations de services en santé peuvent être reconnues par Agrément Canada si elles satisfont aux critères associés^{xxxii}.

L'Institut canadien pour la sécurité des patients (ICSP) a uni ses efforts à ceux de la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada pour appuyer le développement de politiques et de procédures concernant la mise en place de structures d'établissement de rapports sur les nouveaux incidents et d'un tableau de bord pour le suivi des incidents reliés à la sécurité des patients^{xxxiii}. Les deux organismes ont également collaboré au développement des compétences en sécurité des patients pour le personnel infirmier qui travaille auprès de patients et de communautés autochtones. (Chris Power, ICSP, entrevue personnelle réalisée le 14 septembre 2017). Malgré ces initiatives, il subsiste des lacunes dans la recherche et la pratique clinique par rapport à la façon de définir, de mettre en œuvre et de contrôler la sécurité des patients et des communautés autochtones. Dans le futur, il faudrait insister sur la recherche en ce domaine et sur la façon d'appliquer les conclusions en milieux cliniques.

autochtone en ligne ou en salle avec des enseignants des communautés et certains ont suggéré que les employés devraient être tenus de suivre une telle formation. Ils ont également parlé d'ateliers et de vidéos sur YouTube sur ce sujet. D'autres initiatives pourraient porter sur la création de milieux physiques sécuritaires (p. ex., les couleurs, les textures, la désinstitutionnalisation des espaces); sur la création de liens entre le personnel et les programmes et les membres des communautés autochtones; et sur la prestation d'une formation particulière pour les médecins suppléants qui seraient moins familiarisés avec les besoins et les préférences

Des programmes de formation en sécurité culturelle, semblables à celui qui a été recommandé à la suite du décès de M. Papid, ont fait leur apparition dans le pays. Depuis 2006, la Provincial Health Services Authority de la Colombie-Britannique a déployé une initiative de sécurité culturelle et d'antiracisme à grande échelle. Le programme en ligne intitulé « Code Indigenous Cultural Competency Health Training » porte sur le renforcement des capacités des fournisseurs de soins non autochtones pour qu'ils puissent fournir des soins culturellement sécuritaires^{xxxiii}. Des programmes semblables ont été créés dans d'autres provinces et territoires et dans les écoles de médecine et de sciences infirmières du pays^{xxxiv}. Ce sont des pas dans la bonne direction, mais la recommandation no 23 de la CRV invite à la formation en matière de compétences culturelles de tous les professionnels de la santé et la recommandation no 24 invite à des cours sur la sécurité culturelle dans toutes les facultés de médecine et de sciences infirmières. Ces programmes doivent devenir universels et les informateurs clés ont souligné que la sécurité culturelle est toujours une exigence de bonne pratique. Un participant a suggéré que la sécurité culturelle soit considérée comme une pratique clinique sécuritaire importante. D'autres ont suggéré que les organisations devraient faire le suivi des manquements à la sécurité culturelle, dans la mesure où les incidents et les histoires peuvent être saisis de manière sécuritaire. Ce suivi pourrait contribuer à limiter et, idéalement, à éradiquer les incidents futurs.

Parmi les informateurs clés à qui on a posé la question, tous ont convenu que le système d'éducation en soins de santé est prêt à ajouter l'évaluation des compétences en sécurité culturelle aux exigences d'obtention de diplôme ou d'admission à la résidence. Dans le cadre d'une telle initiative, il faudrait probablement changer certaines approches à la formation en santé et les détenteurs du savoir autochtone devraient jouer un plus grand rôle dans le transfert des connaissances. Les établissements et les programmes de formation en santé devraient envisager de renforcer leurs liens avec les groupes et les organisations autochtones et veiller à ce que les étudiants autochtones évoluent dans leurs programmes et les complètent d'une manière culturellement sécuritaire.

Les pratiques judicieuses en matière de sécurité culturelle supposent généralement un engagement de la direction, une participation à la grandeur du système, une sécurité culturelle définie par les patients, une main-d'œuvre plus diversifiée, des installations culturellement appropriées et le développement professionnel du personnel^{xxxv}. Les informateurs clés ont discuté de formation en sécurité culturelle

Le programme de formation en sécurité culturelle autochtone de la C.-B.^{xxxvi} a servi de modèle dans d'autres provinces et territoires canadiens. Il a été développé par le programme Santé autochtone de la Provincial Health Services Authority (PHSA). Le programme en ligne a été conçu pour accroître les connaissances, améliorer la prise de conscience et renforcer les compétences des professionnels de la santé qui travaillent directement et indirectement avec les peuples autochtones. Ce programme vise à renforcer les compétences individuelles et à promouvoir des partenariats fructueux.

La sécurité culturelle existe lorsque les patients le disent. Le parcours menant à la sécurité culturelle commence en se centrant sur le patient et la famille. (Citation d'un informateur clé, septembre 2017)

L'Association des gestionnaires de santé des Premières Nations renforce les capacités en gestion de la santé des organisations des Premières Nations. Elle développe et promeut des normes et des pratiques en matière de qualité, elle effectue de la recherche et elle offre des certifications et du perfectionnement professionnel pour accroître les capacités de ses membres et des organisations des Premières Nations^{xxxvii}.

des communautés autochtones locales. Certains répondants ont aussi insisté sur le fait que la formation doit avoir une grande portée au sein d'une organisation et qu'elle ne s'adresse pas seulement aux « convertis ». Les répondants ont également insisté sur l'importance d'inclure la réflexion personnelle dans la conception des programmes. Ils ont ajouté que l'éducation en sécurité culturelle, bien qu'elle soit importante, ne traite pas nécessairement des questions de pouvoir existantes et qu'elle devrait inclure un examen des valeurs culturelles.

On a souligné que les **soins qui tiennent compte des traumatismes** sont un concept important relié à la sécurité culturelle. Ces soins sont sensibles aux incidences des expériences vécues par une personne sur ses comportements en santé et son état de santé. Il est important de ne pas créer de nouveaux traumatismes en milieu de soins. Lorsque les professionnels de la santé adoptent une approche qui tient compte des traumatismes déjà subis, ils considèrent que les réactions d'une personne (comme un refus de traitement ou un manque de confiance) sont un résultat possible d'une expérience ou d'une blessure antérieure, plutôt que d'y voir simplement une maladie ou un mauvais comportement^{xxxviii}. Un fournisseur de services, une organisation et un système qui tiennent compte des traumatismes réalisent l'ampleur des incidences de ceux-ci et comprennent les voies potentielles de la guérison; ils reconnaissent les signes et les symptômes du traumatisme chez les employés, les clients, les patients, les résidents et les autres intervenants du système; et ils réagissent en intégrant les connaissances sur les traumatismes dans les politiques, les procédures, les pratiques et les milieux de soins^{xxxix}. Les patients autochtones ont besoin de savoir que les traumatismes peuvent influencer sur leur façon de se voir eux-mêmes et leur façon de concevoir le monde. Cela fait partie du renforcement des capacités. Les professionnels et les leaders en soins de santé doivent établir le lien entre les traumatismes et les défis de leurs clients, de leurs patients et même de leurs collègues de travail^{xl}. Ils devraient examiner leurs politiques et leurs procédures et avoir des conversations ouvertes sur les mesures à prendre pour les rendre plus sensibles culturellement et plus sécuritaires pour les patients. Il faut mettre fin au traumatisme continu que les patients et les familles autochtones subissent dans le système de santé.

Recrutement et rétention d'employés et de fournisseurs autochtones

La majorité des personnes interviewées n'avaient pas de programmes spécialisés pour recruter et maintenir en poste du personnel autochtone dans leurs organisations. Plus d'un informateur clé a souligné que ce devrait être une initiative stratégique et non pas une initiative menée uniquement par un programme ou un bureau

autochtone. Il n'est pas acceptable que la représentation autochtone ne soit que symbolique. Toutes les personnes interviewées ont convenu qu'il était nécessaire d'avoir plus d'employés et de fournisseurs autochtones, mais elles ont souligné qu'il n'y a pas toujours suffisamment de capacité et qu'il faudrait y consacrer du temps, de l'argent et du mentorat. Les enfants et les jeunes autochtones y gagneraient s'ils avaient des modèles de rôles autochtones à des postes de fournisseurs de soins de santé, de chercheurs, d'administrateurs ou de dirigeants d'organisations de santé.

L'un des informateurs clés a indiqué que son organisation tient des « journées d'écoute » au cours desquelles des cadres supérieurs et des représentants du service des ressources humaines se rencontrent pour discuter de stratégies visant à accroître le recrutement et la rétention du personnel autochtone, dans le cadre de leurs « mesures de réconciliation ». Le groupe envisage l'auto-identification des employés comme mesure servant à déterminer si le personnel représente la diversité que l'on trouve dans la communauté et comme étape menant à la création d'une main-d'œuvre inclusive.

L'un des objectifs principaux est d'assurer que les employés et les fournisseurs de services autochtones et non autochtones travaillent ensemble dans le respect mutuel, mais il est souvent difficile de fidéliser le personnel autochtone. Un informateur clé a fait part de la ségrégation et du racisme ressentis par le personnel autochtone et de l'importance d'intégrer pleinement le personnel autochtone au sein de l'équipe. Le personnel autochtone devrait être consulté sur ce qui fonctionne bien et sur ce qui devrait être amélioré dans l'organisation. L'ajout de la compétence culturelle dans les descriptions de postes et les évaluations de la performance aurait pour effet d'établir clairement les attentes. Les leaders en soins de santé devraient également s'assurer que leurs organisations établissent de bonnes relations avec le personnel autochtone et qu'elles leur offrent des occasions d'éducation et de formation pertinentes.

Cheminement des patients autochtones

Les intervenants pivots et les agents de liaison autochtones du Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay offrent une diversité de services aux patients autochtones, notamment des services d'interprétation; du soutien avant, pendant et après les rendez-vous cliniques; la mise en rapport des patients et des familles avec les ressources communautaires; de l'information et de l'éducation d'une manière sensible à la culture; des services de liaison et de défense des intérêts avec le patient, la famille et l'équipe de soin; et de l'aide à la planification des sorties^{xli}.

Les informateurs clés des organisations et des régions de soins de santé ont identifié bien des façons d'améliorer le cheminement des patients autochtones, en insistant sur la santé mentale, émotionnelle, spirituelle et physique. Ils ont parlé de la défense des intérêts des patients autochtones et de la personnalisation des processus de soins dans la plus grande mesure possible. Ils ont aussi mentionné la conception de programmes et de cliniques spécialisés (p. ex., pour le traitement du diabète ou de la maladie mentale, la gestion des maladies chroniques, les soins primaires et les services de nutrition) en gardant en tête les besoins particuliers des patients autochtones. Ils ont parlé d'aides culturels pour le soutien spirituel et culturel. Ces personnes pourraient aussi aider les fournisseurs de soins de santé et les leaders en santé à mieux comprendre les patients autochtones. Par ailleurs, les services d'intervenants pivots pour les patients, les services de coordination en santé et l'aide à la planification des congés ou au ressourcement dans la communauté pourraient aussi faciliter le cheminement des patients. La participation des parents et des familles dans les réunions de l'équipe soignante et la prestation des services dans les langues autochtones (ou l'offre de services de traduction) sont d'autres possibilités. Les employés et les médecins autochtones sont des ressources précieuses dans le cheminement des patients. Les chambres de cérémonies et les tentes extérieures peuvent aussi apporter d'importants espaces sacrés.

Au Centre de santé Meno Ya de Sioux Lookout, la cuisine traditionnelle (Miichim) est une partie importante de la vie quotidienne de bien des clients. Des plats traditionnels sont offerts sur une base hebdomadaire et des repas Miichim congelés sont mis à la disposition des patients qui désirent suivre leurs diètes traditionnelles tous les jours. Tous les plats traditionnels « non inspectés » sont donnés par des chasseurs, des cueilleurs et des pourvoyeurs locaux.

La cartographie des processus ou la cartographie du cheminement du patient est une autre façon d'examiner le cheminement des patients autochtones. Cette cartographie exige la production collaborative d'une représentation visuelle des étapes et des processus que traversera un patient pendant son épisode de soins. Elle permet aux participants de comprendre la réalité actuelle du cheminement du patient et d'identifier ce qui fonctionne bien et ce qui pourrait être amélioré^{xiii}. La cartographie du cheminement du patient permet aux communautés de se faire entendre par le système de santé et de cerner des possibilités de changement. Elle aide aussi à trouver des solutions locales et des mesures concrètes qui peuvent être prises à l'échelle locale^{xiii}. Elle peut enfin permettre de découvrir les complexités juridictionnelles auxquelles les patients autochtones font face lorsqu'ils quittent un établissement des soins de courte durée pour revenir dans leur communauté, par exemple. Une meilleure compréhension du cheminement du patient aidera aussi à trouver des façons d'inclure davantage de connaissances autochtones tout au long du parcours et pas seulement après coup.

Déterminant de la santé des Autochtones

Les gouvernements et les leaders en santé de tous les niveaux ont des occasions de commencer à résoudre les problèmes de santé des Autochtones qui ne trouvent pas leur origine dans le système de santé en tant que tel. Le logement, l'éducation, l'emploi, la pauvreté, la sécurité alimentaire, la sécurité de l'eau, le soutien social, le développement des jeunes enfants et l'environnement ne sont que quelques-uns des déterminants de la santé des Autochtones. Le racisme envers les Autochtones est également un déterminant de la santé^{xiv}, tout comme la souveraineté socioculturelle et politique^{xv}. Ces questions méritent l'attention et exigent des solutions à long terme, ce qui peut s'avérer difficile lors des changements de gouvernement. Il est essentiel que les leaders en santé et les fournisseurs de soins comprennent l'impact de ces facteurs sur les personnes et les groupes avec lesquels ils travaillent. À un plus grand niveau, les leaders peuvent montrer leur appui à des politiques avant-gardistes qui tiennent compte des déterminants sociaux de la santé des Autochtones. Il faut planifier en ce sens et accorder les ressources nécessaires.

Approvisionnement social

Le gouvernement fédéral et plusieurs gouvernements provinciaux et territoriaux ont établi des stratégies d'approvisionnement pour les affaires autochtones. Ces initiatives créent des partenariats, aident les entreprises autochtones à vendre leurs produits et services et appuient le renforcement des capacités chez les peuples et les communautés autochtones. Les hôpitaux et les autres organisations de la santé peuvent aussi soutenir les communautés autochtones par l'approvisionnement social. C'est peut-être une étape importante vers la réconciliation.

Quelle que soit la complexité des mécanismes contractuels et des modèles d'achat, les hôpitaux et les organisations de la santé peuvent appuyer l'approvisionnement social par leurs politiques et leurs processus d'appels d'offres, en collaborant avec des communautés autochtones locales concernant les possibilités de fournitures de biens et services et en tirant parti de la valeur à long terme des décisions d'achat^{xvi} (y compris l'impact communautaire, l'impact environnemental et le bien-être social reliés aux décisions d'achat). Les dirigeants pourraient chercher, par exemple, à adopter des pratiques stratégiques et innovatrices en matière de chaîne d'approvisionnement alimentaire, ce qui pourrait contribuer à créer des relations respectueuses entre les organismes publics et les cueilleurs, les entrepreneurs et les entreprises autochtones. Ces mesures

pourraient offrir une occasion importante de promouvoir l'inclusion sociale et pourraient amener d'autres organisations de soins de santé à leur emboîter le pas. Les leaders en santé devraient se demander comment le pouvoir d'achat de leur organisation pourrait contribuer à bâtir du capital social et à créer des résultats sociaux positifs chez les peuples autochtones.

L'égalité, c'est traiter les gens de la même façon, peu importe leurs besoins. L'équité, c'est offrir aux personnes les ressources dont elles ont besoin. Comme l'explique Qualité des services de santé Ontario, « l'équité en matière de santé favorise un état de santé optimal et permet aux gens de recevoir des soins de grande qualité, justes et adéquats qui répondent à leurs besoins, peu importe où ils vivent, ce qu'ils ont et qui ils sont^{xlvii}. »

3. Assurer un accès équitable aux soins de santé

L'accès équitable peut se définir comme étant la possibilité pour les patients d'obtenir les services de santé appropriés selon le besoin de soins qu'ils perçoivent. Il faut à cette fin considérer la disponibilité des services et la qualité des soins^{xlviii}. Pour les peuples autochtones du Canada, ces deux éléments posent des défis.

3a. Disponibilité des services :

Les problèmes d'accès aux services de santé sont particulièrement criants pour bien des Autochtones au Canada. Plusieurs vivent dans des communautés éloignées, ce qui les oblige à de longs déplacements pour avoir accès à des soins appropriés^{xlix}. Un patient autochtone sur cinq doit effectuer un trajet de plus de 250 km pour obtenir un traitement^l. Ces distances peuvent entraîner des retards dans l'évaluation et des complications dans le traitement^{li}. Même dans les communautés dotées de centres de santé, le personnel ou l'équipement ne sont pas toujours

suffisants pour fournir les soins nécessaires. Et comme plusieurs communautés éloignées ne reçoivent que ponctuellement la visite de médecins, les postes de soins infirmiers sont essentiels pour répondre aux besoins en santé.

Le Programme des services de santé non assurés pose d'autres défis importants. Ce programme vise à apporter une couverture de protection pour les membres des Premières Nations et les Inuits reconnus pour une gamme précise d'éléments et de services médicalement nécessaires qui ne sont pas couverts par d'autres plans et programmes. Ce programme couvre les frais de déplacement des patients qui consultent des fournisseurs qui facturent directement les gouvernements provinciaux, comme les médecins. Ce n'est pas toujours ce qui se produit lorsque les patients autochtones tentent d'avoir accès à d'autres fournisseurs de soins, comme les physiothérapeutes ou les orthophonistes. Dans de tels cas, les Autochtones sont parfois empêchés de recevoir les services de santé nécessaires^{lii}.

Les Autochtones qui vivent sur des réserves doivent souvent franchir plusieurs étapes avant d'obtenir les approbations gouvernementales nécessaires et d'avoir accès aux soins et il en va parfois de même pour ceux qui vivent hors réserve. Le manque de services de santé accessibles a des incidences importantes sur l'état de santé des Autochtones au Canada. Les délais dans l'accès peuvent entraîner des complications médicales accrues^{liii}, sans compter qu'ils empêchent la détection et le traitement précoces^{liv}. Un rapport de 2015 de Statistique Canada a conclu que les adultes des Premières Nations ont plus de deux fois le risque de mourir avant l'âge de 75 ans de causes évitables que les autres adultes de la population canadienne^{lv}. Ces décès peuvent être dus à des blessures, à la tuberculose, à la pneumonie ou au cancer du sein. Finalement, comme l'a démontré la hausse du nombre de suicides dans les communautés autochtones, ce manque d'accès a des conséquences tragiques pour les enfants et les adolescents autochtones^{lvi}.

La plupart des informateurs clés ont déclaré que leurs organisations n'avaient pas effectué une **évaluation formelle de l'équité en santé** pour examiner les iniquités sociales en santé ou certaines politiques particulières de leur organisation. L'accès aux données pertinentes, particulièrement aux échelles régionale et provinciale, pose problème. La géographie (grandes régions), le nombre de communautés autochtones

distinctes dans une région donnée, la diversité des cultures et des langues et les solides relations communautaires nécessaires pour effectuer une juste évaluation des besoins sont d'autres facteurs qui posent des défis. Les études ont démontré que faire de l'équité une priorité essentielle de la mission d'une organisation et l'inclure à toutes les décisions de haut niveau était une mesure concrète importante pour améliorer l'équité en santé^{lvii}. L'un des informateurs clés a dit que la stratégie de son organisation serait d'examiner les nouvelles politiques et procédures et les nouveaux programmes sous l'angle de l'équité en santé.

Les informateurs clés ont fait part de certains **programmes et initiatives en santé mentale** visant spécifiquement les peuples autochtones de leurs communautés. Des répondants ont souligné que la planification s'effectuait souvent en collaboration avec le personnel, les membres de la communauté, les professionnels de la santé et d'autres organismes partenaires. Des conseillers locaux, non professionnels, peuvent être formés pour offrir des services en santé mentale de base dans leurs communautés, souvent en régions éloignées. Certaines organisations de prestation de services ont des défenseurs de la santé mentale ou des agents de liaison qui facilitent l'aiguillage vers les soutiens communautaires. La structure actuelle des autorités, des redditions de compte et du ressourcement qui contribue aux disparités en santé peut aussi poser des défis au moment de répondre aux besoins en santé mentale et de réagir aux crises. Les informateurs clés ont indiqué qu'il est parfois difficile de trouver des programmes de transition ou d'y avoir accès. De plus, les services de santé mentale ne sont pas toujours subventionnés à un même niveau dans les réserves et ils sont souvent fournis par des paraprofessionnels ou des généralistes alors qu'ils le sont par des spécialistes pour les Canadiens non autochtones^{lviii}. De plus, alors que le principe Jordan vise à réduire les problèmes interjuridictionnels pour les enfants et les adolescents, aucune garantie du genre n'est en place pour les adultes autochtones.

Bien des informateurs clés ont souligné que nombre de fournisseurs de soins et de leaders en santé ne comprenaient pas toujours les défis auxquels font face les communautés autochtones en matière d'accès aux soins, que ce soit pour des questions d'ententes de financement, des problèmes de transport ou simplement par ignorance des façons d'obtenir des soins ou des endroits pour les obtenir. En plus de comprendre les problèmes d'accès aux soins dans les réserves, les leaders en santé devraient aussi être conscients des problèmes d'accès subis par les Autochtones qui vivent en zones urbaines. La pauvreté, les difficultés associées à la prise de rendez-vous et au respect des rendez-vous, l'emplacement des services de santé, les expériences de marginalisation et de racisme dans les milieux de soins ou les problèmes à s'orienter dans les environs peuvent tous jouer un rôle. Ces problèmes sont réels et le système doit y réagir efficacement. Il faut à cette fin adopter des approches nouvelles et innovatrices et s'assurer de la participation des communautés autochtones pour les développer.

Dans un même ordre d'idée, comme le renforcement des capacités devient vital pour les communautés qui cherchent à planifier et à offrir leurs propres services de santé, **l'évaluation des services de santé** devient de plus en plus importante et pertinente pour la santé et les soins de santé autochtones. Les leaders en santé peuvent soutenir les gestionnaires et les fournisseurs de soins de santé à l'échelle de la communauté pour renforcer la capacité d'évaluer leurs services de santé et leurs résultats en utilisant des cadres d'évaluation autochtones pertinents et significatifs.

3 b. Qualité des soins

Même lorsqu'il y a accès aux services, il peut y avoir des iniquités marquées dans les résultats en raison de la qualité des services offerts. Les services qui ne sont pas acceptables ni appropriés ne sont probablement pas beaucoup utilisés à défaut de quoi ils risquent de causer plus de tort que de bien à certaines populations. Selon une étude réalisée par l'ancien Conseil canadien de la santé, les milieux de soins peuvent donner l'impression de s'éloigner de leur mandat lorsqu'ils ne respectent pas les approches autochtones traditionnelles à la guérison et qu'ils accordent la priorité aux références occidentales. Ce sentiment peut éloigner le patient du fournisseur de soins et va souvent de pair avec l'impression de subir du racisme dont il a été question

précédemment^{lx}. Cette aliénation est aggravée lorsque les patients autochtones parcourent de grandes distances pour recevoir des soins et qu'ils sont séparés de leurs familles et de leurs communautés.

Ce manque de pertinence culturelle mène à des différences dans les thérapies et les services. Par exemple, les chiffres de l'Institut canadien d'information sur la santé révèlent que les patients autochtones sont sous-représentés dans les transplantations de foie, même si l'incidence de la maladie est plus élevée parmi eux^{lx}. Les audits sur l'équité en santé du programme de dialyse de la région sanitaire de Saskatoon ont révélé que la grande majorité des patients étaient des membres des Premières Nations, alors que le programme d'éducation conçu pour aider les gens à gérer leur diabète et à éviter la dialyse comptait peu de participants des Premières Nations. Cela indique que certains aspects de ce programme ne répondaient pas aux besoins de la population autochtone^{lxi}.

Avec l'appui du Conseil des aînés formé de représentants de tous les Territoires du Nord-Ouest, le programme Bien-être autochtone de l'autorité régionale de la santé de Stanton comprend des services linguistiques, du soutien aux patients, des pratiques de guérison, des aliments nordiques et des pratiques de médecine traditionnelle^{lxii}.

Les leaders en santé canadiens peuvent s'assurer de la pertinence des services de soins de santé aux Autochtones en partenariat avec les communautés autochtones. Ils devraient par exemple faire un plus grand effort pour intégrer les pratiques de guérison traditionnelles à la prestation des soins; c'est d'ailleurs ce que préconise l'appel à l'action no 22 de la CVR. Il est possible d'utiliser en parallèle les approches traditionnelles et occidentales à la guérison. Il faut reconnaître les connaissances et la pratique traditionnelle de la médecine qui existent dans la communauté locale et créer des liens avec les praticiens pour que les patients intéressés puissent être mis en contact avec eux. Le concept de l'intégration peut aussi supposer la création d'un espace à l'intérieur de notre système existant pour reconnaître et soutenir ces services, y compris l'accès à la médecine, aux cérémonies et aux aliments traditionnels. Il y a déjà des exemples d'une telle intégration dans le pays. L'Hôpital Général de Whitehorse, au Yukon s'efforce d'intégrer la médecine traditionnelle et la médecine occidentale depuis plus de 20 ans. Il offre sept programmes, dont des programmes de médecine et de nutrition et il met à la disposition des patients un espace physique comme salle de guérison. D'autres hôpitaux offrent également des salles de guérison semblables, dont l'Hôpital Royal Jubilee à Victoria^{lxiii}.

Du point de vue des patients autochtones, la qualité des soins peut aussi être associée à un plus grand nombre de personnes autochtones travaillant dans le système de santé. Comme il en a été question précédemment, des efforts visant à augmenter la représentation autochtone dans des postes de direction dans les hôpitaux, y compris au sein des conseils d'administration, et à augmenter le nombre de médecins, d'infirmières et d'autres prestataires de soins, sont déployés à la grandeur du pays. Il faut poursuivre ces efforts pour assurer que les environnements de soins de santé soutiennent ces fournisseurs de soins pour qu'ils puissent rester en poste et s'y épanouir. Il y a encore du travail à accomplir en ce domaine pour atteindre les objectifs de l'Appel à l'action no 23 de la CVR.

MISE EN ŒUVRE DES APPELS À L'ACTION DE LA CVR

Les organisations de soins de santé et les associations de la santé ont de nombreuses occasions de contribuer à la mise en œuvre des Appels à l'action de la CVR. Pour commencer, les leaders en santé peuvent établir des liens avec les communautés autochtones pour connaître et comprendre leurs forces et leurs besoins; ils peuvent les impliquer dès le début à la planification, à la prestation des services et aux activités d'évaluation; et ils peuvent respecter un solide engagement et suivre des processus de consultation. Les objectifs en matière de santé autochtone doivent se refléter au plus haut niveau de l'organisation et les Autochtones doivent avoir une représentation au sein de l'organe de gouvernance. Les leaders en santé doivent inviter et accueillir des conseillers ou des conseils consultatifs autochtones ou des groupes semblables aux échelles provinciale, régionale et organisationnelle et ils doivent recourir à des stratégies de recrutement exhaustives et prévoir des espaces sécuritaires pour bâtir les relations nécessaires. Il est impératif que le système de santé autochtone

soit sécuritaire, qu'il soit conforme aux normes de qualité et qu'il soit centré sur le patient, la famille et la communauté. Les leaders en santé du Canada doivent soutenir les partenaires autochtones qui plaident en faveur de ces changements. De plus, les membres peuvent s'efforcer de résoudre les problèmes qui exacerbent les disparités entre l'état de santé des Autochtones et celui des non-Autochtones du Canada au sein de leurs établissements de santé et de leurs communautés. Les leaders peuvent appuyer des politiques qui auront des incidences positives sur la santé des peuples autochtones, y compris des initiatives de transfert des programmes de santé. Les coalitions ou les partenariats avec d'autres organisations de la santé ou même avec des organisations du secteur privé déterminées à donner suite aux Appels à l'action offrent des occasions de promouvoir cette question cruciale en temps opportun.

Les organisations de santé n'en sont pas toutes au même point dans cette démarche, mais nombre d'entre elles ont pris des mesures importantes pour promouvoir la réconciliation et donner suite aux Appels à l'action de la CVR. Ainsi, comme exemples concrets, mentionnons le dialogue sur les Appels à l'action avec les employés pour obtenir leurs points de vue sur la voie à suivre. Une organisation a commencé à inclure la reconnaissance d'appartenance des terres à chaque séance d'orientation du personnel. D'autres ont diffusé le document d'information de SoinsSantéCAN en 2016 sur les Appels à l'action de la CVR; elles en ont discuté et s'en sont servi pour établir leur plan d'action. Certaines autres ont invité des chefs et des aînés autochtones à faire part de leur expérience et à participer à des initiatives d'amélioration. Une organisation a examiné ses étapes pour ébaucher un énoncé d'engagement envers ses communautés autochtones, y compris les services, l'engagement et les partenariats avec les communautés autochtones locales, les révisions prévues des politiques et les plans d'action. Bien des organisations ont commencé à renforcer la compétence culturelle et la sécurité culturelle de leur personnel et de leurs établissements en offrant de la formation à cette fin et elles approfondissent leur compréhension de la notion d'équité en matière de santé autochtone. Tous les employés et tous les fournisseurs de services de santé devraient recevoir une formation en ce domaine, tout comme les dirigeants et les membres des conseils d'administration. Les leaders en santé doivent faire savoir clairement qu'il n'y a aucune tolérance face au racisme. Il est également crucial de fournir des soins sensibles aux traumatismes. Les organisations peuvent poursuivre leurs efforts pour recruter du personnel et des médecins autochtones et pour soutenir la médecine et les pratiques de guérison autochtones traditionnelles au sein de leurs établissements, sur les réserves et dans les centres urbains.

Les leaders en santé doivent plaider en faveur d'investissements substantiels dans les programmes et les ressources en santé autochtone pour (re)bâtir les capacités dans les organisations de santé autochtone. Le leadership autochtone doit être impliqué à tous les niveaux du système de santé. Les leaders en santé doivent favoriser les évaluations menées par des Autochtones aux échelles régionale et provinciale et ils doivent travailler dans les limites de ces évaluations pour améliorer les résultats en santé des patients et des communautés autochtones. Les leaders en santé peuvent aussi promouvoir une utilisation plus répandue des nouvelles technologies qui peuvent améliorer l'autogestion et aider les patients autochtones à jouer un rôle actif dans leur santé.

Bien des répondants ont laissé entendre qu'il était important de simplement « se mettre au travail » et d'aborder les Appels à l'action avec la participation des communautés autochtones. Un informateur clé a suggéré que la meilleure façon d'aller de l'avant avec la mise en œuvre des recommandations de la CVR était de créer des attentes sur leur caractère obligatoire. Les organisations doivent agir pour instaurer le changement en se basant sur la CVR et faire ensuite rapport à leurs conseils d'administration et à leurs communautés sur les progrès réalisés. Les chefs de direction doivent être responsables des mesures et des progrès. Les répondants ont également proposé que les organisations tirent parti de leurs structures internes existantes pour donner suite aux Appels à l'action. À l'Alberta Health Services, par exemple, cette mesure comprend la collaboration avec les 15 réseaux cliniques stratégiques et l'Indigenous Health Program pour déterminer comment réaliser les recommandations^{lxiv}.

Les leaders en santé doivent reconnaître que la compétence culturelle est un processus qui dure toute une vie et qu'il faut se pencher régulièrement sur la question des préjugés. Ils doivent le rappeler aux autres et les organisations doivent être à l'écoute et laisser place à l'apprentissage.

CONCLUSION

La Commission de vérité et réconciliation du Canada a mis en lumière les politiques et les structures systémiques qui ont contribué aux disparités chez les peuples autochtones. Les Appels à l'action liés à la santé offrent un cadre pour aller de l'avant dans le secteur de la santé. Le présent document a tenté de décrire certaines occasions et certains défis liés à la mise de l'avant de ces recommandations. Reconnaissant le grand besoin d'une transformation des soins de santé, il souligne des pratiques judicieuses que les leaders en santé peuvent entreprendre dans leurs propres établissements et à l'échelle des systèmes. Il y a beaucoup de travail à accomplir et il est essentiel que les droits à l'autodétermination des peuples autochtones soient reconnus (y compris en matière de programmes de santé et de mieux-être).

Comme tous les Canadiens, les leaders en soins de santé doivent dans un premier temps reconnaître le passé et accepter la vérité. Ensuite, ils doivent collaborer avec leurs partenaires autochtones pour opérer un véritable changement. La compétence culturelle est le parcours de toute une vie et les leaders ont besoin d'un courage moral pour influencer une transformation du système de santé qui soit positive et durable. Les leaders doivent s'engager activement dans le processus de réconciliation en tendant la main aux communautés autochtones locales et en établissant avec elles des relations qui peuvent les orienter dans leur cheminement. Tout est une question de relations respectueuses avec les personnes et les communautés autochtones.

ANNEXE A: LISTE DES INFORMATEURS CLÉS

D^r Abraham Rudnik

Vice-président, Recherche et chef du service de psychiatrie
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

Delphine Elleze

Gestionnaire, Programme de mieux-être autochtone
Régie de santé territoriale Stanton
Santé et Services sociaux T.N.-O.

Jean Bartkowiak

Président et chef de la direction
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

Laura Salmon

Directrice, Programmes de santé des Premières Nations
Régie des hôpitaux du Yukon

Lori Lafontaine

Conseillère principale, Affaires autochtones
Commission de la santé mentale du Canada

Nadine McRee

Directrice générale
Programme de santé des Autochtones
Alberta Health Services

Sébastien Audette

Président, Division Programmes mondiaux
Organisation de normes en santé

Sol Mamakwa

Conseiller en santé
Nation Nishnawbe Aski et Alliance en santé des Autochtones

Thomas Dignan

Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Chris Power

Présidente et chef de la direction
Institut canadien pour la sécurité des patients

Jason Bilsky

Chef de la direction
Régie des hôpitaux du Yukon

Josée Lavoie

Directrice
Centre de recherche en santé autochtone
Université du Manitoba

Lea Bill

Présidente
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

Margaret Robinson

Professeure adjointe
Département de sociologie et d'anthropologie sociale
Université Dalhousie

Paul Tomascik

Analyste de politiques
Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada

Sony Perron

Sous-ministre délégué
Services aux Autochtones Canada

Stephanie Cavers

Directrice
Bureau de santé Eagle Moon
Région sanitaire Regina Qu'Appelle

Tracie Smith

Directrice principale,
Communications et concertation
Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay

ANNEXE B: QUESTIONNAIRE DES ENTREVUES AVEC LES INFORMATEURS CLÉS

Questions pour les experts : (un sous-ensemble de questions a été utilisé)

1. Dans quelle mesure la structure actuelle d'autorité, de reddition de compte et de ressourcement pour la santé autochtone est-elle un facteur contribuant aux disparités entre les Autochtones et les non-Autochtones? Veuillez élaborer.
2. Dans quelle mesure « l'ambiguïté juridictionnelle » concernant les soins aux patients autochtones contribue-t-elle aux disparités en santé? Quels changements faudrait-il apporter aux lois ou aux politiques pour régler cette situation?
3. Comment trouvez-vous que les systèmes de santé non autochtones réagissent aux problèmes d'accès et aux besoins en santé des communautés autochtones?
4. Quels sont les problèmes ou les écarts entre la qualité des soins pour les patients autochtones et celle des patients non autochtones? Comment régler ces problèmes ou ces écarts?
5. Comment le système de santé peut-il agir sur les déterminants de la santé des Autochtones?
6. Comment les organisations de soins de santé peuvent-elles assurer la participation des personnes, des patients, des aînés autochtones et autres dans un réel partenariat?
7. Croyez-vous qu'il y a du racisme à l'encontre des Autochtones dans le système des soins de santé? Que peut-on faire pour l'enrayer?
8. Quelle est la meilleure façon pour les organisations de soins de santé et les associations de santé de contribuer à la mise en œuvre des recommandations de la CVR relatives à la santé?
9. Quelle est votre définition de la sécurité culturelle et comment peut-on la renforcer dans le système de santé?
10. Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions sur l'une ou l'autre de ces questions?

Questions pour les organisations de soins de santé ou les autorités sanitaires : (un sous-ensemble de questions a été utilisé)

1. Quels sont vos principaux défis dans la prestation des services aux patients et aux communautés autochtones et dans l'intégration de la culture autochtone aux services de santé?
2. Quel est le processus pour faire participer les patients ou les communautés autochtones à vos activités?
3. Quelles mesures votre organisation a-t-elle prises pour promouvoir la réconciliation et pour agir par rapport aux recommandations reliées à la santé de la CVR?
4. Avez-vous des programmes pour recruter ou maintenir en poste du personnel ou des fournisseurs de soins de santé autochtones?
5. Votre organisation s'est-elle dotée d'un processus pour faire rapport sur les incidents de racisme? Est-ce que ce processus fonctionne bien?
6. Que fait votre organisation pour améliorer le cheminement d'un patient autochtone (p. ex., la cartographie du cheminement du patient)?
7. Quelles pratiques exemplaires en matière de sécurité culturelle votre organisation de santé a-t-elle mises en place?
8. Votre organisation a-t-elle mis en place des programmes ou des initiatives en santé mentale visant particulièrement les Autochtones dans votre communauté?
9. Avez-vous déjà effectué une évaluation de l'équité en santé pour vous pencher sur les iniquités en santé et avez-vous des politiques ou des programmes particuliers en ce domaine dans votre organisation? Quels ont été les résultats?
10. Croyez-vous que le système d'éducation en soins de santé est prêt à ajouter les compétences en sécurité culturelle aux exigences d'obtention d'un diplôme ou de résidence?
11. Avez-vous d'autres commentaires ou suggestions sur l'une ou l'autre de ces questions?

ANNEXE C: APPELS À L'ACTION RELIÉS À LA SANTÉ DE LA COMMISSION DE VÉRITÉ ET RÉCONCILIATION DU CANADA¹

18. Nous demandons au gouvernement fédéral, aux gouvernements provinciaux et territoriaux ainsi qu'aux gouvernements autochtones de reconnaître que la situation actuelle sur le plan de la santé des Autochtones au Canada est le résultat direct des politiques des précédents gouvernements canadiens, y compris en ce qui touche les pensionnats, et de reconnaître et de mettre en application les droits des Autochtones en matière de soins de santé tels qu'ils sont prévus par le droit international et le droit constitutionnel, de même que par les traités.

19. Nous demandons au gouvernement fédéral, en consultation avec les peuples autochtones, d'établir des objectifs quantifiables pour cerner et combler les écarts dans les résultats en matière de santé entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones, en plus de publier des rapports d'étape annuels et d'évaluer les tendances à long terme à cet égard. Les efforts ainsi requis doivent s'orienter autour de divers indicateurs, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés.

20. Afin de régler les conflits liés à la compétence en ce qui a trait aux Autochtones vivant à l'extérieur des réserves, nous demandons au gouvernement fédéral de reconnaître les besoins distincts en matière de santé des Métis, des Inuits et des Autochtones hors réserve, de respecter ces besoins et d'y répondre.

21. Nous demandons au gouvernement fédéral de fournir un financement à long terme pour les besoins des centres autochtones, nouveaux et de plus longue date, voués au traitement de problèmes de santé physique, mentale, émotionnelle et spirituelle avec lesquels doivent composer les Autochtones et qui découlent de leur expérience dans les pensionnats, et de veiller à accorder la priorité au financement de tels centres de traitement au Nunavut et dans les Territoires du Nord-Ouest.

22. Nous demandons aux intervenants qui sont à même d'apporter des changements au sein du système de soins de santé canadien de reconnaître la valeur des pratiques de guérison autochtones et d'utiliser ces pratiques dans le traitement de patients autochtones, en collaboration avec les aînés et les guérisseurs autochtones, lorsque ces patients en font la demande.

23. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement :

- i. de veiller à l'accroissement du nombre de professionnels autochtones travaillant dans le domaine des soins de santé;
- ii. de veiller au maintien en poste des Autochtones qui fournissent des soins de santé dans les collectivités autochtones;
- iii. d'offrir une formation en matière de compétences culturelles à tous les professionnels de la santé.

24. Nous demandons aux écoles de médecine et aux écoles de sciences infirmières du Canada d'exiger que tous leurs étudiants suivent un cours portant sur les questions liées à la santé qui touchent les Autochtones, y compris en ce qui a trait à l'histoire et aux séquelles des pensionnats, à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones, aux traités et aux droits des Autochtones de même qu'aux enseignements

¹ Ces recommandations sont également contenues dans les recommandations du Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones (1996).

et aux pratiques autochtones. À cet égard, il faudra, plus particulièrement, offrir une formation axée sur les compétences pour ce qui est de l'aptitude interculturelle, du règlement de différends, des droits de la personne et de la lutte contre le racisme.

55. Nous demandons à tous les ordres de gouvernement de fournir des comptes rendus annuels ou toutes données récentes que demande le Conseil national de réconciliation afin de permettre à celui-ci de présenter des rapports sur les progrès réalisés en vue de la réconciliation. L'information ainsi communiquée comprendrait, sans toutefois s'y limiter :

- i. le nombre d'enfants autochtones pris en charge – y compris les enfants métis et inuits – par comparaison avec les enfants non autochtones, les motifs de la prise en charge d'enfants par l'État ainsi que les dépenses totales engagées pour les besoins des services de prévention et de nature autre offerts par les organismes de protection de l'enfance;
- ii. une comparaison en ce qui touche le financement destiné à l'éducation des enfants des Premières Nations dans les réserves et à l'extérieur de celles-ci;
- iii. une comparaison sur les plans des niveaux de scolarisation et du revenu entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones du Canada;
- iv. les progrès réalisés pour combler les écarts entre les collectivités autochtones et les collectivités non autochtones en ce qui a trait à divers indicateurs de la santé, dont la mortalité infantile, la santé maternelle, le suicide, la santé mentale, la toxicomanie, l'espérance de vie, les taux de natalité, les problèmes de santé infantile, les maladies chroniques, la fréquence des cas de maladie et de blessure ainsi que la disponibilité de services de santé appropriés;
- v. les progrès réalisés pour ce qui est d'éliminer la surreprésentation des jeunes Autochtones dans le régime de garde applicable aux adolescents, au cours de la prochaine décennie;
- vi. les progrès réalisés dans la réduction du taux de la victimisation criminelle des Autochtones, y compris des données sur les homicides, la victimisation liée à la violence familiale et d'autres crimes;
- vii. les progrès réalisés en ce qui touche la réduction de la surreprésentation des Autochtones dans le système judiciaire et correctionnel.

ANNEXE D: ACTIONS COLLECTIVES DES GOUVERNEMENTS, DES ASSOCIATIONS DU DOMAINE DE LA SANTÉ ET DES ASSOCIATIONS DE MÉDECINS ET D'INFIRMIÈRES

Le **gouvernement fédéral** a clairement énoncé son intention de prioriser les questions reliées aux peuples autochtones au Canada. Le gouvernement est résolu « ... à bâtir une relation renouvelée avec les peuples autochtones, fondée sur les principes de la reconnaissance des droits, du respect, de la collaboration et du partenariat^{lxv} ». Il a récemment pris bien des mesures visant à améliorer la santé des Autochtones par l'entremise des Instituts canadiens de recherche en santé (un domaine prioritaire axé sur la santé et le bien-être des Autochtones), la nomination d'un représentant ministériel spécial pour la négociation d'un règlement avec les membres du recours collectif représentant les élèves des pensionnats^{lxvi} et la création d'un groupe de travail ministériel chargé de revoir toutes les lois et les politiques relatives aux peuples autochtones. À la fin de 2016, le gouvernement fédéral a également lancé une enquête nationale indépendante sur les femmes et les filles autochtones disparues et assassinées.

Le budget fédéral publié en mars 2017 comprenait un montant de 828 millions \$ de nouveaux investissements sur cinq ans aux fins de la santé des Autochtones^{lxvii}. Le gouvernement a aussi annoncé qu'il paierait les frais d'une personne qui accompagne une femme autochtone qui quitte sa communauté pour accoucher. Cette nouvelle mesure fait suite à d'importants commentaires à cette fin par des experts en santé autochtone^{lxviii}. En avril 2017, le gouvernement fédéral a retiré son objection à la Déclaration des Nations Unies sur les droits des peuples autochtones^{lxix}. En ce même mois d'avril 2017, le gouvernement fédéral et le Ralliement national des Métis ont signé l'Accord Canada-Nation métisse pour établir les priorités et développer des politiques dans des domaines d'intérêt commun^{lxx}. En juin 2017, le gouvernement et l'Assemblée des Premières Nations ont signé un protocole d'entente sur des priorités communes en vertu d'un nouveau mécanisme bilatéral permanent et le gouvernement a annoncé que le modèle de financement des infrastructures des Premières Nations permettrait de reporter le financement d'une année à l'autre^{lxxi}. En juillet 2017, le ministère de la Justice du Canada a publié une série de principes concernant la relation du gouvernement du Canada avec les peuples autochtones et ces principes traitent de réconciliation, d'engagement, de droits autochtones et du droit inhérent des Autochtones à l'autonomie gouvernementale^{lxxii}. En août 2017, le gouvernement fédéral a annoncé la dissolution du ministère Affaires autochtones et du Nord Canada (AANC) pour le remplacer par le ministère des Relations Couronne-Autochtones et des Affaires du Nord et le ministère des Services aux Autochtones^{lxxiii}. Finalement, en octobre 2017, Santé Canada a lancé un appel de partenariat pour le développement de cours sur la culture et la santé autochtones à l'intention des employés^{lxxiv}.

Les **gouvernements provinciaux et territoriaux** ont également pris des mesures pour promouvoir la santé des peuples autochtones. À leur réunion de juillet 2015, les premiers ministres du Canada ont rencontré les chefs autochtones et ont promis leur appui aux recommandations de la CVR^{lxxv}. Depuis lors, bien des provinces et des territoires ont fait des progrès par rapport aux Appels à l'action reliés à la santé. Ainsi, le gouvernement du **Yukon** a produit un plan d'action pour donner suite aux recommandations de la CVR. Parmi ses réussites, il a inclus des salles de guérison dans toutes les nouvelles installations de soins continus, des aires de préparation de nourriture traditionnelle dans certaines installations, des programmes favorisant l'embauche d'étudiants autochtones jumelés à du personnel infirmier et d'autres fournisseurs de soins, et une formation obligatoire en compétence culturelle pour tout le personnel de première ligne du ministère de la Santé et des Services sociaux^{lxxvi}. Les **Territoires du Nord-Ouest** ont aussi réalisé des progrès, notamment la création d'une Division de la santé autochtone et du bien-être communautaire à la Régie de la santé et des services sociaux; la mise en place d'un organisme consultatif autochtone pour conseiller le gouvernement sur des questions reliées à la planification d'un centre du bien-être autochtone; et la création d'un fonds pour offrir des services en bien-être et en santé mentale afin de réparer les dommages causés par les pensionnats^{lxxvii}.

Le gouvernement de la **Colombie-Britannique** a réaffirmé son engagement à favoriser la réconciliation avec les peuples autochtones. De plus, la First Nations Health Authority (FNHA) de la province est la première autorité au pays à prévoir une collaboration officielle pour les services en santé entre le gouvernement fédéral, la province et les communautés des Premières Nations. En 2013, cette autorité a assumé la prestation des programmes et des services et les responsabilités qui relevaient auparavant de la Direction de la Santé des Premières Nations et des Inuits de Santé Canada pour la région du Pacifique. La FNAH vise à offrir des programmes et des services et à encourager une approche à la santé et au bien-être qui reflète la culture des Premières Nations^{bxviii}.

En juillet 2017, la province de l'**Ontario**, la ministre de la Santé du Canada et la Nation Nishnawbe Aski ont signé une entente « emblématique » sur la transformation de la santé qui commencera le processus de décolonisation de la prestation des soins dans le nord de la province. Les trois parties se sont entendues sur une série de principes auxquels tous les systèmes de soins de santé dirigés par des Premières Nations doivent adhérer tout en promettant de verser des fonds pour améliorer les piètres résultats en santé dans les réserves du nord et des régions éloignées de l'Ontario. Avant cela, le gouvernement de l'Ontario a publié un plan sur les engagements de la province pour la réconciliation avec les peuples autochtones. Les engagements de ce plan reliés à la santé portent notamment sur la mise en place de jusqu'à six nouveaux centres autochtones de santé mentale, de lutte contre les dépendances et de guérison; l'investissement dans des programmes de santé mentale et de mieux-être; le soutien à des stratégies de prévention du suicide basées sur la culture pour les enfants et les jeunes; et l'élaboration d'un plan d'action pour répondre aux urgences sociales dans les collectivités nordiques des Premières Nations^{bxix}.

En décembre 2016, le gouvernement du **Québec** a annoncé la création d'une Commission d'enquête sur les relations entre les Autochtones et certains services publics de la province, y compris les services de santé et de services sociaux, la protection de la jeunesse et les services correctionnels, policiers et de justice^{bxix}.

Les organisations et les associations de la santé ont également été actives par rapport aux recommandations de la CVR. Ainsi, le **Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada** a créé un comité consultatif sur la santé autochtone pour superviser son travail de promotion de la santé autochtone. Ce groupe est formé principalement d'Autochtones. Il a créé des feuillets d'information et un document de discussion et il collabore actuellement avec le groupe de travail sur la santé autochtone du **Collège des médecins de famille du Canada** et d'autres organisations de la santé pour accroître l'éducation en sécurité culturelle et antiracisme dans les soins de santé. Comme autre exemple, le Collège des médecins de famille du Canada et l'**Association des médecins autochtones du Canada** se sont associés pour créer le groupe de travail sur la santé autochtone qui collabore avec des communautés et des organisations autochtones afin d'améliorer la santé et le bien-être des Autochtones et de leur offrir un meilleur accès aux soins. À cette fin, le groupe de travail offre de l'éducation et des ressources d'aide à la pratique et il mène des activités de sensibilisation.

L'**Association médicale canadienne** (AMC) a reconnu « l'importance de reconnaître et de ne pas oublier les terribles séquelles que le système des pensionnats a eues et, en raison des traumatismes intergénérationnels persistants, continue d'avoir sur la santé de nombreux membres des Premières Nations, des Inuits et des Métis du Canada^{bxix} ». En août 2016, elle a tenu une séance extraordinaire sur la santé autochtone avant son conseil général. L'association des infirmières et infirmiers du Canada (AIIIC) œuvre à la promotion de la santé autochtone dans le cadre de son accord de partenariat avec l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada par son Réseau canadien des spécialités en soins infirmiers. L'AIIIC soutient le Principe de Jordan et le Rêve de Shannen, des campagnes qui traitent des iniquités dans les services de santé, les services sociaux et l'éducation fournis aux enfants autochtones.

La **Société canadienne de pédiatrie** (SCP) est l'une des plus de 11 organisations nationales qui participent à une initiative à long terme visant à réduire les iniquités en santé auxquelles font face les enfants et les jeunes autochtones au Canada. Le but de l'initiative intitulée Rassemblés autour d'un rêve est de créer une nouvelle

vision de la santé centrée sur les enfants, les adolescents et les familles^{bxxxii}. La SCP a également d'autres ressources pour aider les professionnels de la santé qui travaillent avec des enfants et des adolescents des Premières Nations, des Inuits et des Métis.

L'Association des facultés de médecine du Canada (AFMC) étudie la responsabilité sociale des écoles de médecine dans la prise en compte de la santé autochtone. Elle a développé un énoncé de position et publié un communiqué de presse sur son engagement à faire suite aux recommandations de la CVR et a tenu un panel en 2017 sur l'éducation des futurs médecins en matière de santé autochtone et de problèmes de sécurité et d'accessibilité^{bxxxiii}. Comme mesure de suivi à ce panel, l'AFMC a créé un réseau en santé autochtone avec des représentants de chaque faculté de médecine du Canada pour se pencher sur la formation en santé autochtone.

Le Comité sur la santé des femmes autochtones de la **Société des obstétriciens et gynécologues du Canada** est activement engagé dans la promotion de l'équité en santé pour les femmes autochtones et offre son expertise pour faire avancer des projets et des programmes menés par la communauté^{bxxxiv}.

ANNEXE E: RESPONSABILITÉS FÉDÉRALES, PROVINCIALES ET TERRITORIALES EN MATIÈRE DE SERVICES DE SANTÉ

La structure du système de santé du Canada est en grande partie déterminée par la constitution canadienne qui divise les rôles et les responsabilités entre le gouvernement fédéral et les gouvernements provinciaux et territoriaux. Ces derniers ont la responsabilité de fournir les services de santé et autres services sociaux à la plus grande partie de la population. Le gouvernement fédéral a également la responsabilité de fournir des services pour certains groupes de personnes, dont les peuples des Premières Nations qui vivent dans les réserves; les Inuits, les membres des forces canadiennes; les anciens combattants; les prisonniers des centres pénitenciers fédéraux et certains groupes de réfugiés.

Par l'intermédiaire du Fonds d'intégration des services de santé, Santé Canada collabore avec les gouvernements provinciaux et territoriaux et avec des organisations des Premières nations et des Inuits à l'atteinte des buts suivants :

- améliorer l'intégration des systèmes de santé financés par le gouvernement fédéral dans les communautés des Premières nations et les communautés inuites et des systèmes financés par les provinces et les territoires;
- établir des partenariats multipartites qui favoriseront l'intégration des services de santé;
- améliorer l'accès des Premières nations et des Inuits aux services de santé;
- accroître la participation des Premières nations et des Inuits dans la conception, la prestation et l'évaluation des programmes et des services de santé.

La prestation directe des services du gouvernement fédéral aux peuples des Premières Nations et aux Inuits comprend les soins primaires et les services d'urgence dans les réserves éloignées et isolées où aucun service provincial ou territorial n'est facilement accessible; les programmes de santé communautaires sur les réserves et dans les communautés inuites; et le programme des services de santé non assurés (médicaments, soins dentaires et services de santé auxiliaires) pour les peuples des Premières Nations et les Inuits, peu importe où ils vivent au Canada. En général, ces services sont fournis dans des centres de santé, des postes de soins infirmiers, des centres de traitement des personnes hospitalisées et dans le cadre de programmes communautaires de promotion de la santé. De plus en plus, les deux ordres de gouvernement et les organisations autochtones unissent leurs efforts pour intégrer la prestation de ces services dans les systèmes de santé provinciaux et territoriaux^{lxxxv}.

La lettre de mandat du premier ministre à la ministre de la Santé Mme Petitpas Tylor, en octobre 2017 demandait de « travailler étroitement avec la ministre des Relations Couronne-Autochtones et des Affaires du Nord et la ministre des Services aux Autochtones afin d'apporter des changements systémiques à la prestation des services de soins de santé du gouvernement aux peuples autochtones et de réduire les inégalités à cet égard entre les peuples autochtones et les Canadiens non autochtones ». La lettre de mandat indiquait également qu'il y aurait un transfert des responsabilités pour la Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits du portefeuille de la santé à celui de la ministre des Services aux Autochtones^{lxxxvi}.

Les provinces et territoires administrent et fournissent la plupart des services de soins de santé au Canada. Tous les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux couvrent les services hospitaliers et les services d'un médecin médicalement nécessaires qui sont payés d'avance, sans frais directs au point de service. Les gouvernements provinciaux et territoriaux financent ces services avec l'aide des fonds et des transferts fiscaux du gouvernement fédéral.

Les régimes d'assurance maladie provinciaux et territoriaux déterminent quels services sont médicalement nécessaires aux fins de l'assurance maladie. La *Loi canadienne sur la santé* prévoit que les régimes d'assurance maladie publics doivent couvrir le coût complet des services médicalement nécessaires. En matière de soins de santé, les gouvernements provinciaux et territoriaux assument les responsabilités suivantes :

- administration de leurs régimes d'assurance maladie;
- planification et financement des soins en milieu hospitalier et dans d'autres installations de santé;
- services fournis par les médecins et d'autres professionnels de la santé;
- planification et mise en œuvre d'initiatives de promotion de la santé et de santé publique;
- négociation des tarifs d'honoraires avec les professionnels de la santé.

La plupart des gouvernements provinciaux et territoriaux offrent et subventionnent des avantages additionnels pour certains groupes de la population (p. ex., résidents à faible revenu et personnes âgées), comme les médicaments prescrits en dehors des hôpitaux, des soins de l'ouïe et de la vue et des soins dentaires qui ne sont pas couverts en vertu de la *Loi canadienne sur la santé*.

RÉFÉRENCES

- ⁱ Churchill M et al. (2017) Evidence Brief: Wise Practices for Indigenous-specific Cultural Safety Training Programs.
- ⁱⁱ Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir, sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Page 27. Sur Internet : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French_Exec_Summary_web_revised.pdf
- ⁱⁱⁱ Commission de vérité et réconciliation du Canada (2015) Honorer la vérité, réconcilier pour l'avenir, sommaire du rapport final de la Commission de vérité et réconciliation du Canada. Page 18. Sur Internet : http://www.trc.ca/websites/trcinstitution/File/French_Exec_Summary_web_revised.pdf
- ^{iv} Premier ministre du Canada (2015) Lettre de mandat de la ministre des Affaires autochtones et du Nord. Sur Internet : https://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-des-affaires-autochtones-et-du-nord_2015
- ^v Lafontaine A (2017) OPINION: 'Side conversations' root of First Nations health tragedy. *CBC News*. Sur Internet : <http://www.cbc.ca/news/canada/saskatchewan/first-nations-health-tragedy-1.4082876>
- ^{vi} Ibid.
- ^{vii} Congressional Research Service (2016) The Indian Health Service (IHS): An Overview. Sur Internet : https://www.everycrsreport.com/files/20160112_R43330_e219d8fe6e3eac73b12c48180f9b78e87842aca7.pdf
- ^{viii} Gottlieb K (2013) The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships. *Int J Circumpolar Health*. 72: 21118. Sur Internet : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752290/pdf/IJCH-72-21118.pdf>
- ^{ix} Ibidem
- ^x Gottlieb K (2013) The Nuka System of Care: improving health through ownership and relationships. *Int J Circumpolar Health*. 72: 21118. Sur Internet : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3752290/pdf/IJCH-72-21118.pdf>
- ^{xi} First Nations Health Authority (N.D.) About the FNHA. Sur Internet : <http://www.fnha.ca/about/fnha-overview>
- ^{xii} Ibidem
- ^{xiii} Hôpitaux du Yukon (N.D.) Programme de santé des Premières Nations. Site Web : <https://yukonhospitals.ca/fr/whitehorse-general-hospital/programs-and-services/first-nations-health-programs>
- ^{xiv} National Aboriginal Health Organization (N.D.) Overview of Inuit Health: Access to Health Care. Sur Internet : <http://www.naho.ca/inuit/overview-of-inuit-health/access-to-health-care/>
- ^{xv} Gouvernement du Canada (2017) Principe de Jordan. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/services-autochtones-canada/services/principe-jordan.html>
- ^{xvi} Centre de gouvernance de l'information des Premières Nations. Les principes de PCAP des Premières Nations. Sur Internet : <http://fnigc.ca/fr/pcap.html>
- ^{xvii} Cour suprême du Canada (2016) Jugements de la Cour suprême. Daniels c. Canada. Sur Internet : <https://scc-csc.lexum.com/scc-csc/scc-csc/fr/item/15858/index.do>
- ^{xviii} Affaires autochtones et du Nord Canada (2016) L'arrêt *Daniels* – Foire aux questions. Sur internet : <https://www.aadnc-aandc.gc.ca/fra/1460635873455/1460635946946>
- ^{xix} Région sanitaire Regina Qu'Appelle (N.D.) The Eagle Moon Health Office. Site Web : <http://www.rqhealth.ca/departement/primary-health-care/the-eagle-moon-health-office>
- ^{xx} SoinsSantéCAN, Collège canadien des leaders en santé (2017) Communiqué : Discrimination common while providing health care for Indigenous Canadians. Sur Internet : http://www.nhlc-cnls.ca/wp-content/uploads/2017/06/IpsosPoll_IndigenousHealth_Release.pdf
- ^{xxi} Browne AJ et.al. (2016) Enhancing health care equity with Indigenous populations: evidence-based strategies from an ethnographic study. *BMC Health Services Research*. 16:544. Sur Internet : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5050637/>
- ^{xxii} SoinsSantéCAN, Collège canadien des leaders en santé (2017) Communiqué : Discrimination common while providing health care for Indigenous Canadians. Sur Internet : http://www.nhlc-cnls.ca/wp-content/uploads/2017/06/IpsosPoll_IndigenousHealth_Release.pdf
- ^{xxiii} Williams DR, Mohammed S (2013) Racism and Health I: Pathways and Scientific Evidence. *Am Behav Sci*. 57(8): 10.1177/0002764213487340.

-
- xxiv Groupe de travail sur la santé autochtone (2016) Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts. Le Collège des médecins de famille du Canada. Sur Internet : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf
- xxv CBC News (2017) Review into Hugh Papik's death calls for cultural training for health care workers. Sur Internet : <http://www.cbc.ca/news/canada/north/hugh-papik-aklavik-stroke-death-review-recommendations-1.4001279>
- xxvi Le Collège des médecins de famille du Canada (2016) Conséquences du racisme systémique sur la santé des populations autochtones du Canada et les soins de santé qui leur sont offerts. Sur Internet : http://www.cfpc.ca/uploadedFiles/Resources/PDFs/Communique_SystemicRacism_FRE.pdf
- xxvii Browne AJ (2015) Seeking Health Care at Emergency Departments: Access Issues Affecting Aboriginal People. *Visions* 5(1):24-25.
- xxviii Northern Health (2016) Cultural Safety: Respect and Dignity in Relationships: Indigenous People and the Health Care System. Sur Internet : <https://www.youtube.com/watch?v=MkxcuhdglwY>
- xxix First Nation Health Authority of BC (2016) Creating a Climate for Change – Cultural Safety and Humility in Health Services for First Nations and Aboriginal Peoples in British Columbia. Page 5. Sur Internet : <http://www.fnha.ca/documents/fnha-creating-a-climate-for-change-cultural-humility-resource-booklet.pdf>
- xxx Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (2016) Établir un système de santé et de services sociaux respectueux des cultures. Page 12. Sur Internet : <http://www.hss.gov.nt.ca/sites/www.hss.gov.nt.ca/files/resources/building-culturally-respectful-hss-system.pdf>
- xxxi Organisation des normes en santé (2017) Notes d'entrevue. 22 septembre 2017.
- xxxii Prairie Research Associates (2017) Évaluation indépendante de l'Institut canadien pour la sécurité des patients. Volume 1 Rapport final, page 32. Sur Internet : <http://www.patientsafetyinstitute.ca/en/About/Documents/2016%20CPSI%20Evaluation%20-%20Vol%201%20Final%20Report.pdf>
- xxxiii Reading C (2014) Politiques, programmes et stratégies contre le racisme envers les Autochtones : Une approche canadienne. Centre de collaboration nationale de la santé autochtone. Sur Internet : <https://www.ccnca-nccah.ca/docs/determinants/FS-AddressAboriginalRacism-FR.pdf>
- xxxiv Ibidem
- xxxv Gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (2016) Établir un système de santé et de services sociaux respectueux des cultures. Page 13. Sur Internet : <http://www.hss.gov.nt.ca/sites/www.hss.gov.nt.ca/files/resources/building-culturally-respectful-hss-system.pdf>
- xxxvi Provincial Health Services Authority (N.D.) San'yas Indigenous Cultural Safety Training. Sur Internet : <http://www.sanyas.ca/training>
- xxxvii Association des gestionnaires de santé des Premières Nations (N.D.) Site Web : <http://www.fnhma.ca/about-us/>
- xxxviii Crawford A (N.D.) Trauma-Informed Care and Inuit Mental Health and Wellbeing. Présentation. Inuit Story Bones. Sur Internet : <http://www.inuitstorybones.ca/node/3>
- xxxix Klinik Community Health Centre (2013) Trauma-informed: The Trauma Toolkit. Deuxième édition. Sur Internet : http://trauma-informed.ca/wp-content/uploads/2013/10/Trauma-informed_Toolkit.pdf
- xl Ibidem
- xli Centre régional des sciences de la santé de Thunder Bay. (N.D.) Site Web : <http://www.tbrhsc.net/fr/service-d'intervenants-pivots-aupres-des-patients-autochtones/>
- xlii Northern Health (N.D.) Aboriginal Health Improvement Committees Mapping Summary Report. Sur Internet : https://indigenoushealthnh.ca/sites/default/files/2017-01/AHIC_Mapping_Summary.pdf
- xliii Ibidem
- xliv McKenzie K (2017) Rethinking the Definition of Institutional Racism. Wellesley Institute. Sur Internet : <http://www.wellesleyinstitute.com/wp-content/uploads/2017/05/Rethinking-the-Definition-of-Institutional-Racism.pdf>
- xlv Greenwood M, deLeeuw S (2012) Social determinants of health and the future wellbeing of Aboriginal children in Canada. *Paediatr Child Health* 17(7):381-384. Sur Internet : <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3448539/>
- xlvi The Centre for Innovative Social Enterprise Development. Social Procurement: Ottawa's Role as an Anchor Institution.
- xlvii Qualité des services de santé Ontario (N.D.) Plan d'équité en matière de santé. Sur Internet : http://www.hqontario.ca/Portals/0/documents/health-quality/Health_Equity_Plan_Report_Fr.pdf

-
- ^{xlviii} Levesque JF, Harris M, Russell G (2013) Patient-centred access to health care: conceptualising access at the interface of health systems and populations. *Int J Equity Health* 12(18) Sur Internet : <http://www.equityhealthj.com/content/12/1/18>
- ^{xlix} Association médicale canadienne (2014) Assurer un accès équitable aux soins de santé : Stratégies pour les gouvernements, les planificateurs de systèmes de santé et les médecins. Sur Internet : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/PD14-04-f.pdf>
- ^l Collier R (2013) Renal disease more prevalent and problematic for Aboriginal peoples. *CMAJ*. Sur Internet : <http://www.cmaj.ca/content/185/5/E214>
- ⁱⁱ National Collaborating Centre for Aboriginal Health (2011) Access to Health Services as a Social Determinant of First Nations, Inuit and Metis Health. Sur Internet : https://www.cnsa-nccah.ca/495/Access_to_health_services_as_a_social_determinant_of_First_Nations,_Inuit_and_M%C3%A9tis_health.nccah?id=22
- ⁱⁱⁱ Giles S, Hancock L, Letkemann L (2017) Here's why health care funds for First Nations children aren't being spent. *CBC News*. Sur Internet : <http://www.cbc.ca/news/opinion/first-nations-health-care-1.4007404>
- ⁱⁱⁱⁱⁱ Institut canadien d'information sur la santé (2013) L'insuffisance rénale au stade terminal chez les peuples autochtones du Canada : traitements et résultats. Sur Internet : https://secure.cihi.ca/free_products/EndStageRenalDiseaseAiB-FRweb.pdf
- ^{liv} Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (2011) Accès aux services de santé comme déterminant social de la santé des Premières Nations, des Inuits et des Métis. Sur Internet : https://www.cnsa-nccah.ca/525/Acc%C3%A8s_aux_services_de_sant%C3%A9_comme_d%C3%A9terminant_social_de_la_sant%C3%A9_des_Premi%C3%A8res_Nations,_des_Inuits_et_des_M%C3%A9tis.nccah?id=22
- ^{lv} Park J, Tjepkema M, Goedhuis N, Pennock J (2015) Mortalité évitable chez les Premières Nations d'âge adulte au Canada : une analyse de cohorte. Statistique Canada. Sur Internet : <http://www.statcan.gc.ca/pub/82-003-x/2015008/article/14216-fra.htm>
- ^{lvi} Kassam A (2017) Death strikes First Nations community, once a leader in suicide prevention. *The Guardian*. Sur Internet : <https://www.theguardian.com/world/2017/jan/20/canada-first-nation-suicide-crisis-wapekeka>
- ^{lvii} Mate KS, Wyatt R (2017) Health equity must be a strategic priority. *NEJM Catalyst*. Sur Internet : <https://catalyst.nejm.org/health-equity-must-be-strategic-priority/>
- ^{lviii} Bryden J (2016) Ottawa not providing proper funding for First Nations mental health, memo says. *Toronto Star*. Sur Internet : <https://www.thestar.com/news/canada/2016/12/23/ottawa-not-providing-proper-funding-for-first-nations-mental-health-memo-says.html>
- ^{lix} Kitts J et.al. (2012) Empathie, dignité et respect. Créer la sécurisation culturelle pour les Autochtones dans les systèmes de santé en milieu urbain. Conseil canadien de la santé. Sur Internet : https://conseilcanadiendelasante.ca/files/Aboriginal_Report_2012_FR_final.pdf
- ^{lx} Institut canadien d'information sur la santé (2013) L'insuffisance rénale au stade terminal chez les peuples autochtones du Canada : traitements et résultats. Sur Internet : https://secure.cihi.ca/free_products/EndStageRenalDiseaseAiB-FRweb.pdf
- ^{lxi} Association médicale canadienne (2012) Les médecins et l'équité en santé : Possibilités dans la pratique. Sur Internet : <https://www.cma.ca/Assets/assets-library/document/fr/advocacy/Health-Equity-Opportunities-in-Practice-Final-f.pdf>
- ^{lxii} Stanton Regional Health Authority (N.D.) Site Web. Sur Internet : <http://www.stha.hss.gov.nt.ca/inpatient-services/aboriginal-wellness>
- ^{lxiii} Centre de collaboration nationale de la santé autochtone (N.D.) We Are Welcome Here: Changing Hospital Care in Canada.
- ^{lxiv} Alberta Health Services (N.D.) Indigenous Health Program. Site Web : <http://www.albertahealthservices.ca/info/service.aspx?id=1009563>
- ^{lxv} Premier ministre du Canada (2015) Lettre de mandat de la ministre des Affaires autochtones et du Nord. Sur Internet : https://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-des-affaires-autochtones-et-du-nord_2015
- ^{lxvi} Justice for Day Scholars (2016) Press Release: Minister of Indigenous and Northern Affairs announces appointment of a Ministerial Special Representative (MSR). Sur Internet : <http://justicefordayscholars.com/update/press-release-minister-of-indigenous-and-northern-affairs-announces-appointment-of-a-ministerial-special-representative-msr/>
- ^{lxvii} Ministre des Finances (2017) Budget 2017. Page 189. Sur Internet : <https://www.budget.gc.ca/2017/docs/plan/budget-2017-fr.pdf>

-
- ^{lxviii} CBC News (2017) Ottawa to pay for travel companion for Indigenous women giving birth away from reserve. Sur Internet : <http://www.cbc.ca/news/politics/indigenous-women-pregnancy-reserve-escort-policy-change-1.4063082>
- ^{lxix} Galloway G (2017) Ottawa Drops Objection to UN Resolution on Indigenous Consent. *Globe and Mail*. Sur Internet : <http://www.theglobeandmail.com/news/politics/ottawa-drops-objections-to-un-resolution-on-indigenous-consent/article34802902/>
- ^{lxx} Nation (2017) Prime Minister and Métis Nation Leaders Sign Accord at Summit in Ottawa. Sur Internet : <http://www.nation.ca/index.php/news/prime-minister-and--nation-leaders-sign-accord-at-summit-in-ottawa>
- ^{lxxi} Premier ministre du Canada (2017) Le premier ministre et le chef national de l'Assemblée des Premières Nations signent un protocole d'entente sur des priorités communes. Sur Internet : <https://pm.gc.ca/fra/nouvelles/2017/06/12/premier-ministre-et-chef-national-de-lassemblee-des-premieres-nations-signent>
- ^{lxxii} Ministère de la Justice (2017) Principes régissant la relation du Gouvernement du Canada avec les peuples autochtones. Sur Internet : <http://www.justice.gc.ca/fra/sjc-csj/principes-principles.html>
- ^{lxxiii} Premier ministre du Canada (2017) De nouveaux ministres appuieront la relation renouvelée avec les peuples autochtones. Sur Internet : <https://pm.gc.ca/fra/nouvelles/2017/08/28/de-nouveaux-ministres-appuieront-la-relation-renouvelee-les-peuples-autochtones>
- ^{lxxiv} Tumilty R (2017) 'Increase their degree of knowledge:' Health Canada looking for Indigenous training. Sur Internet : <https://www.therecord.com/news-story/7606216--increase-their-degree-of-knowledge-health-canada-looking-for-indigenous-training/>
- ^{lxxv} Benzie R (2015) Premiers vow to implement Truth and Reconciliation Commission recommendations. *The Toronto Star*. Sur Internet : <https://www.thestar.com/news/canada/2015/07/15/canadian-premiers-voice-support-for-truth-and-reconciliation-recommendations.html>
- ^{lxxvi} Gouvernement du Yukon (2016) Yukon Government's Deputy Ministers' Report to the Premier on the Truth and Reconciliation Commission of Canada Report "Honouring the Truth, Reconciling for the Future." Sur Internet : <http://www.eco.gov.yk.ca/aboriginalrelations/pdf/DM-Report-Truth-and-Reconciliation-Commissions-Calls-to-Action.pdf>
- ^{lxxvii} Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (2017) Responding to the Truth and Reconciliation Commission of Canada: Calls to Action: An update to 'Meeting the Challenge of Reconciliation: The Government of the Northwest Territories Response to the Truth and Reconciliation Commission's Calls to Action.' Sur Internet : http://www.assembly.gov.nt.ca/sites/default/files/td_330-182.pdf
- ^{lxxviii} Ministry of Aboriginal Relations and Reconciliation (2015) B.C. making progress toward reconciliation. Sur Internet : https://archive.news.gov.bc.ca/releases/news_releases_2013-2017/2015ARR0021-000886.htm
- ^{lxxix} Le gouvernement de l'Ontario (2017) Cheminer ensemble : les engagements de l'Ontario pour la réconciliation avec les peuples autochtones. Sur Internet : https://files.ontario.ca/trc_summary-french-accessibility.pdf
- ^{lxxx} Fundira M (2016) Le premier ministre annonce une commission d'enquête de deux ans sur le traitement des peuples autochtones. *CBC News*. Sur Internet : <http://www.cbc.ca/news/canada/montreal/quebec-public-inquiry-indigenous-people-1.3906091>
- ^{lxxxi} Rich P (2015) L'AMC appuie les travaux de la Commission relatifs aux pensionnats indiens. Site Web de l'AMC. Sur Internet : <https://www.cma.ca/fr/pages/cma-voices-support-for-residential-schools-commission.aspx>
- ^{lxxxii} Société canadienne de pédiatrie (2012) Site Web : <http://www.manyhandeddream.ca/English/index.html>
- ^{lxxxiii} Association des facultés de médecine du Canada. Besoin en santé des Autochtones. Site Web : <https://afmc.ca/fr/%C3%A9ducation-m%C3%A9dicale/besoins-en-sant%C3%A9-autochtone>
- ^{lxxxiv} La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (N.D.) Santé mondiale. Site Web : <https://sogc.org/fr/sant-e-mondiale.html>
- ^{lxxxv} Gouvernement du Canada (2012) Le système des soins de santé du Canada. Sur Internet : <https://www.canada.ca/fr/sante-canada/services/systeme-soins-sante/rapports-publications/regime-soins-sante/canada.html>
- ^{lxxxvi} Gouvernement du Canada (2017) Lettre de mandat de la ministre de la Santé. Sur Internet : <https://pm.gc.ca/fra/lettre-de-mandat-de-la-ministre-de-la-sante>