





Les Premières nations, les Inuits et les Métis : Analyse environnementale des initiatives en santé respiratoire

© Tous droits réservés, Organisation nationale de la santé autochtone, 2011

ISBN : 978-1-926543-50-5.

Traducteur : Agence de la santé publique du Canada

Date de publication : avril 2011

L'OAAPH [désormais connue sous le nom de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA)] reçoit du financement de la part de Santé Canada pour l'aider à réaliser des activités fondées sur le savoir, y compris des activités éducatives, de la recherche et la diffusion d'information visant à faire connaître les problèmes de santé touchant les Autochtones. Cependant, le contenu et les conclusions du présent rapport représentent uniquement le point de vue des auteurs et ne sont pas attribuables, en tout ou en partie, à Santé Canada.

L'Organisation nationale de la santé autochtone, un organisme conçu et dirigé par les Autochtones, vise à influencer sur la santé et le bien-être et à y contribuer au moyen de stratégies fondées sur le savoir.

Le présent rapport devrait être cité de la façon suivante :

Wesche, Sonia, Robert Ryan et Catherine Carry (2011). *Les Premières nations, les Inuits et les Métis : Analyse environnementale des initiatives en santé respiratoire*. Ottawa : Organisation nationale de la santé autochtone.

Si vous avez des questions ou des demandes relatives au droit d'auteur, veuillez communiquer avec l'ONSA aux coordonnées suivantes :

Organisation nationale de la santé autochtone  
220, avenue Laurier Ouest, bureau 1200  
Ottawa (Ontario) K1P 5Z9  
Tél. : 613-237-9462  
N° sans frais : 1-877-602-4445  
Télécopieur : 613-237-8707  
Courriel : [naho@naho.ca](mailto:naho@naho.ca)  
Site Web : [www.naho.ca](http://www.naho.ca)

Aux termes de la *Loi constitutionnelle de 1982*, le terme « peuples autochtones » désigne les Premières nations, les Inuits et les Métis qui habitent au Canada. Cependant, l'usage courant de ce terme ne fait pas toujours référence aux trois peuples à la fois, et la majorité des travaux de recherche accessibles est axée sur une portion particulière de la population autochtone. L'ONSA fait tout en son pouvoir pour veiller à l'utilisation appropriée du terme.

*Remerciements particuliers à Lauren Tognela et à Marianne Demmer pour leur aide dans la préparation du présent rapport.*

# Table des matières

<b>SOMMAIRE .....</b>	<b>3</b>
<b>1.0 INTRODUCTION.....</b>	<b>9</b>
1.1 Population autochtone du Canada .....	10
1.2 Santé respiratoire .....	12
<b>2.0 ANALYSE DES STRATÉGIES EXISTANTES .....</b>	<b>13</b>
2.1 Méthodes .....	14
2.2 Stratégies et domaines d'action .....	14
2.3 Déterminants sociaux de la santé .....	22
2.4 Résultats et discussion .....	24
2.5 Conclusions .....	27
<b>3.0 ÉTUDES DE CAS .....</b>	<b>29</b>
3.1 Études de cas – Premières nations .....	29
3.2 Études de cas – Inuits .....	41
3.3 Études de cas – Métis.....	59
3.4 Études de cas – Discussion et conclusions .....	67
<b>4.0 SOURCES .....</b>	<b>70</b>
<b>APPENDICE 1 : MODÈLE DES ENTREVUES MENÉES DANS LE CADRE DES ÉTUDES DE CAS.....</b>	<b>75</b>

## Sommaire

Au Canada, les maladies respiratoires causent des milliers de décès chaque année, sans compter les coûts élevés qu'elles entraînent, et elles frappent très lourdement les peuples autochtones. Bien que le Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (CTNSP) ait été finalisé en 2008, il reste à intégrer les enjeux uniques relatifs à la santé respiratoire des Premières nations, des Inuits et des Métis. L'étude sur laquelle se fonde le présent rapport fournit des renseignements de référence pour remédier à cette lacune. Le rapport comprend une analyse de la conjoncture et des études de cas connexes portant sur des initiatives relatives à la santé respiratoire des trois peuples autochtones canadiens, soit les Premières nations, les Inuits et les Métis. La recherche a été réalisée par l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA), avec l'aide de l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et le Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire.

Toute substance qui est inhalée dans les poumons et qui présente un risque pour les humains peut causer une maladie respiratoire. Les maladies aiguës (court terme) comprennent la pneumonie, l'influenza et les maladies infectieuses. Les maladies chroniques (long terme) sont notamment le cancer du poumon, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'asthme, la tuberculose, la fibrose kystique, les troubles respiratoires du sommeil (apnée du sommeil), les maladies pulmonaires professionnelles, les maladies environnementales, le virus respiratoire syncytial (VRS) et les allergies. Les maladies respiratoires les plus courantes sont liées à l'usage du tabac, notamment le cancer du poumon et la MPOC. La population autochtone du Canada fait face aux mêmes problèmes respiratoires que celle de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires. De multiples facteurs sociaux et politiques (souvent désignés par le terme « déterminants sociaux de la santé ») viennent influencer sur les résultats pour la santé pulmonaire de cette population.

Le volet de l'analyse environnementale comportait une recherche de stratégies, de projets, de programmes et d'initiatives axés sur les Premières nations, les Inuits et les Métis. Cette recherche a permis de trouver plus de 100 stratégies, projets, programmes et initiatives visant les Premières nations, les Inuits et les Métis, lesquels ont pu être ajoutés à la base de données du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (accessible à l'adresse suivante : <http://www.cadretravailpulmonaire.ca/projet-connexion>). Le présent rapport comprend une analyse de ces résultats de recherche, axée sur la détermination des tendances ainsi que sur les pratiques prometteuses et les recommandations. Le second volet compte jusqu'à quatre études de cas détaillées relatives aux initiatives en santé respiratoire pour chacune des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis, en tenant compte de leurs distinctions et de leur taille et structure diverses. Ces études de cas illustrent de quelle manière des activités et des contextes particuliers ont pu mener à des programmes réussis et à des résultats positifs pour la santé, et elles comprennent des recommandations visant à apporter d'autres améliorations. Elles permettent également de mettre en commun des modèles efficaces avec les communautés qui souhaitent adapter et modifier des programmes existants ou en créer de nouveaux.

Les stratégies et les initiatives examinées dans le rapport servent d'assises sur lesquelles bâtir des programmes plus efficaces qui visent directement la santé respiratoire des Autochtones et abordent les déterminants sociaux de la santé qui influent sur les résultats pour la santé respiratoire.

### **Analyse de la conjoncture**

L'analyse des projets, des programmes et des initiatives est structurée en fonction des domaines d'action du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, soit les suivants : la promotion de la santé, la sensibilisation et la prévention des maladies; le dépistage et la gestion des maladies; les politiques, les partenariats et le soutien aux communautés et aux systèmes; ainsi que la recherche, la surveillance et l'application des connaissances. La majorité des projets, des programmes et des initiatives recevait un financement de plusieurs stratégies clés, dont le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (de la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada), la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (de Santé Canada), l'Aboriginal Health Initiative Program (de Northern Health, du gouvernement de la Colombie-Britannique), les stratégies provinciales de lutte contre le tabagisme (notamment, les stratégies de lutte contre le tabagisme chez les Autochtones d'Action Cancer Ontario et de la Colombie-Britannique) et l'Association nationale des centres d'amitié (et ses composantes provinciales). De nombreux projets, programmes et initiatives examinés dans le cadre du rapport ont reçu de plus petites subventions pour élaborer et mettre en œuvre des initiatives à l'échelle communautaire.

La majorité des projets, des programmes et des initiatives pertinents s'adressent à tous les Autochtones ou à tous les Canadiens. Cependant, lorsqu'ils ciblent directement une population autochtone donnée, la plupart s'adressent aux Premières nations (vivant surtout dans les réserves) et aux Inuits. La répartition géographique joue un rôle de premier plan dans la prestation des services de soins de santé; il est plus facile d'offrir des services aux populations qui sont regroupées dans des zones géographiques distinctes. Les Autochtones qui vivent en milieu urbain ont un meilleur accès aux programmes et aux services pancanadiens.

De nombreuses stratégies autochtones examinées intègrent une approche holistique de la santé au lieu de porter sur une maladie en particulier (p. ex. la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones). Nous avons été incapables de trouver des stratégies, des projets, des programmes et des initiatives autochtones ciblant particulièrement l'apnée du sommeil, la fibrose kystique, la pneumonie ou la MPOC; ces maladies sont plutôt intégrées à des initiatives pancanadiennes ou axées sur les maladies chroniques. Notre recherche a révélé que les projets, les programmes et les initiatives communautaires doivent correspondre à la culture locale, tenir compte des valeurs locales et utiliser des méthodes qui conviennent à la communauté. Ainsi, les projets, les programmes et les initiatives communautaires sont les plus efficaces.

L'abandon du tabac et les maladies causées par le tabac constituent les sujets les plus prisés lorsqu'il est question de la santé respiratoire des populations autochtones, notamment en raison du taux élevé de tabagisme au sein de ces populations et du caractère évitable de ces maladies. Il existe des stratégies fédérales, provinciales et territoriales de luttés contre le tabagisme. Les stratégies les plus efficaces sont

celles qui incorporent des messages qui présentent les répercussions du tabac sur la santé d'une façon nouvelle et qui ciblent un public bien défini. Une étude menée par l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) indique que les stratégies antitabagiques autochtones doivent transmettre des messages personnalisés sur l'usage historique du tabac dans les cérémonies traditionnelles et sur les risques du tabac pour la santé.

Il existe également des pratiques prometteuses relatives à la tuberculose. Des programmes de dépistage et de gestion active des cas ont amené la baisse du taux de tuberculose dans les communautés des Premières nations. Cependant, dans le but d'éliminer complètement la maladie, il faut davantage de programmes de prévention et un dépistage annuel des personnes, des groupes et des communautés dans les populations à risque.

Il existe plusieurs initiatives générales qui peuvent servir à améliorer la santé respiratoire. Le Plan directeur pour la santé des Autochtones, un plan national de transformation sur 10 ans, aborde la question de l'écart entre les résultats pour la santé de la population canadienne en général et celle des peuples autochtones; il offre des possibilités de collaboration avec les organismes en santé respiratoire. À l'échelle locale, les programmes de liaison avec les Autochtones contribuent directement à l'amélioration de l'accessibilité aux services de santé. Le programme Télésanté – fondé sur les technologies des communications et de l'information pour fournir des services et de l'information en dépit de la distance – pourrait servir à conseiller les Premières nations, les Inuits et les Métis habitant dans des endroits éloignés au sujet de la santé respiratoire.

Parmi les importantes lacunes constatées, mentionnons la pénurie de programmes et de données sur la santé respiratoire des Métis. Alors qu'il existe des ressources pour les peuples autochtones dans leur ensemble, peu sont axées sur la population métisse en particulier. Parallèlement, les organisations métisses abordent parfois indirectement la question de la santé respiratoire en intervenant sur les déterminants sociaux de la santé, comme le logement et l'éducation.

### **Études de cas**

Lorsque nous élaborons des études de cas pour des populations distinctes en regard des projets, des programmes et des initiatives en santé respiratoire visant les Premières nations, les Inuits et les Métis, nous avons trois objectifs. Premièrement, nous soulignons, selon l'optique de la communauté, l'incidence positive des projets, des programmes et des initiatives sur la santé respiratoire et les déterminants de la santé dans la communauté. Deuxièmement, nous mettons en lumière les raisons pour lesquelles les projets, les programmes et les initiatives ont eu du succès, du point de vue de la communauté. Troisièmement, nous nous penchons sur les innovations, les améliorations, les idées et les recommandations qui contribueraient au succès des projets, des programmes et des initiatives s'ils étaient reproduits ailleurs au Canada.

## ***Premières nations***

La majorité des initiatives offertes aux Premières Nations au Canada sont surtout axées sur la lutte contre le tabagisme et la tuberculose. Il existe une variété de modèles de mise en œuvre d'initiatives portant sur la santé respiratoire dans les réserves et ailleurs, qui offrent aux communautés des Premières nations différents choix quant aux modèles permettant de répondre à leurs besoins particuliers.

Ces études de cas ont donné lieu à un certain nombre d'observations. Premièrement, une évaluation n'a été menée que pour une partie des initiatives citées dans ces études de cas. Dans les cas concernés, ces évaluations ont donné lieu à des observations importantes. Deuxièmement, le financement est perçu comme étant un obstacle important à la viabilité des programmes et à la réussite à long terme des changements de comportement, comme la lutte contre le tabagisme. Troisièmement, parmi les quatre études de cas, une seule comprenait une programmation diversifiée en fonction du sexe des participants; ceci indique qu'il est peut-être nécessaire d'utiliser davantage cet aspect dans l'approche utilisée. Quatrièmement, le fait que les données sur la santé des Premières nations sont obsolètes peut nuire à la planification des programmes, et révèle qu'il est nécessaire d'avoir de l'information complète et à jour. Finalement, les intervenants clés ont indiqué que le gouvernement devrait être plus à l'écoute des besoins et des problèmes des Autochtones en matière de santé.

## ***Inuits***

Les maladies respiratoires dont sont affectés les Inuits sont souvent les symptômes ou les résultats de problèmes socio-économiques systémiques et de problèmes psychologiques à caractère social ou liés à la santé mentale. Il est très difficile d'imaginer être en mesure de réduire de façon importante le nombre de cas de maladies respiratoires simplement par des initiatives d'intervention directe en soins de santé. De plus, étant donné que le système de santé ne dispose pas des ressources financières voulues, les priorités du programme de santé devront être rétablies. En outre, selon les experts, il existe peut-être des facteurs physiologiques (qui n'ont pas encore fait l'objet d'études) pouvant expliquer l'incidence si importante de maladies respiratoires comme la tuberculose et le VRS chez les Inuits.

Les initiatives de lutte contre le tabagisme sont très courantes chez les Inuits, où une approche adaptative et souple favorisant la participation des communautés procure beaucoup d'avantages. Les projets communautaires ont besoin d'un investissement à long terme en personnel et en ressources, ainsi qu'un engagement en ce qui a trait au développement communautaire.

Ces études de cas ont donné lieu à un certain nombre d'observations. En premier lieu, le recours à des champions inuits ou à des collaborateurs de confiance et de longue date en provenance du milieu, à différents échelons de l'organisation (surtout à l'échelle locale) peut énormément changer les choses quant à la réussite de toute initiative. Deuxièmement, il importe de jeter un regard holistique sur les indicateurs de réussite et d'avancement afin de tenir compte d'un ensemble de facteurs complexes et interreliés. Troisièmement, dans le cadre des programmes de santé publique dans les régions inuites, des efforts concertés sont déployés pour déterminer la manière d'améliorer le taux de réussite en santé

respiratoire, en offrant un soutien accru. Enfin, il convient de noter que les questions liées à la dépendance au tabac et aux infections des voies respiratoires inférieures chez les nourrissons inuits (chez qui la présence du VRS est fréquente, mais non la seule cause) sont des problèmes graves et persistants dans toutes les régions inuites, et non seulement dans les secteurs visés dans les études de cas.

### ***Métis***

Le nombre limité d'études de cas relatives aux Métis incluses dans le présent rapport témoigne du faible nombre d'initiatives en santé respiratoire s'adressant aux Métis qui ont été mises sur pied. Celles qui existent sont surtout axées sur la lutte contre le tabagisme. Cependant, il existe plusieurs initiatives concernant le logement des Métis (p. ex. le Programme d'aide à la remise en état des logements de la Métis Nation of Ontario (Nation métisse de l'Ontario) et les « Manitoba Metis Federation's Community Housing Managers of Manitoba » (les gestionnaires des habitations de la communauté de la Fédération des Métis du Manitoba)) qui ont une incidence indirecte sur la santé respiratoire des Métis. Nous avons également cerné un certain nombre d'initiatives, visant l'ensemble des Autochtones, susceptibles d'être accessibles aux Métis, quoiqu'il est peut-être difficile de répondre aux besoins des Métis en raison du manque de connaissance de leur culture.

Les études de cas ont permis de faire des constatations importantes à l'appui de l'élaboration ou de l'amélioration des initiatives en santé respiratoire des Métis. Premièrement, les initiatives créées pour et par la communauté sont réputées être particulièrement efficaces, surtout lorsqu'elles sont appuyées par du personnel ou des bénévoles engagés et motivés. Deuxièmement, les approches qui donnent de bons résultats sont celles qui sont plus souples et qui s'adaptent au contexte évolutif. Ces approches ont également tendance à être de nature plus holistique puisqu'elles ne tiennent pas simplement compte des aspects physiques de la santé et du bien-être. Troisièmement, l'accessibilité au financement et aux autres ressources est essentielle. Les projets à long terme peuvent profiter d'une capacité accrue de planifier et de mettre en œuvre les activités de manière plus cohérente, ce qui permet aux participants d'éprouver un sentiment d'appartenance et de stabilité. L'établissement de partenariats mutuellement favorables avec d'autres organisations est simplifié, ce qui tend à améliorer les résultats obtenus.

### ***Conclusions***

Comme l'illustrent les études de cas rapportés, peu d'organismes ciblent directement les effets de la maladie respiratoire sur la santé des Autochtones. De nombreux programmes adoptent plutôt une approche holistique et s'articulent autour des modes de vie sains. Il existe également d'autres interventions. Par exemple, les programmes de logement peuvent avoir des conséquences directes importantes (p. ex. l'amélioration de la ventilation améliore la santé respiratoire) ainsi que d'autres conséquences indirectes sur les déterminants sociaux de la santé en général. Les initiatives fédérales destinées aux communautés inuites et aux Premières nations vivant dans les réserves sont monnaie courante, mais les programmes offerts aux populations hors réserve et aux Métis sont plus rares. En outre, les données sur la santé des Métis restent limitées.

Les recommandations applicables à l'ensemble des programmes, des projets et des initiatives en santé respiratoire des peuples autochtones comprennent les besoins relatifs aux services offerts par et pour les communautés et les services applicables à certains groupes. Des programmes distincts doivent être mis sur pied pour les Premières nations, les Inuits et les Métis. La souplesse des programmes est ressortie comme étant un facteur important dans toutes les études de cas et la nécessité de financement continu a également été soulignée.

Les questions relatives à la santé respiratoire ont certainement été reconnues comme représentant un défi pour les Premières nations, les Inuits et les Métis, et les lacunes en matière de services, de ressources et d'information relativement à ces questions ont été soulignées. Il est nécessaire d'examiner ces questions en profondeur tout en reconnaissant la complexité et les effets du contexte socio-économique global.

## 1.0 Introduction

En 2006, des consultations auprès des intervenants concernés ont été tenues à l'échelle du pays afin d'élaborer un plan stratégique national sur la santé respiratoire. En 2008, ces efforts ont finalement débouché sur l'élaboration du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (CTNSP). Le gouvernement du Canada a annoncé un investissement de 10 millions de dollars sur une période de trois ans (2009 à 2012) à l'Agence de la santé publique du Canada (ASPC) et à la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI) de Santé Canada afin de combler les lacunes et les besoins en matière d'information relevés dans le Cadre de travail national sur la santé pulmonaire. Cet investissement fédéral prévoit des initiatives visant à mieux sensibiliser les Autochtones à la prévention, à la détection précoce et à l'autotraitement des maladies pulmonaires, y compris les risques que peut poser l'environnement, et ciblant les populations à haut risque, entre autres les enfants.

Même si l'importance des questions entourant la santé respiratoire des Premières nations, des Inuits et des Métis est reconnue, il est tout de même difficile d'intégrer ces questions au Cadre de travail global tout en respectant les expériences uniques que vivent les Premières nations, les Inuits et les Métis à l'égard de cet aspect de leur santé et de leur bien-être. Le Cadre de travail national sur la santé respiratoire sera bientôt achevé, et l'ajout d'un volet spécifiquement autochtone suscite l'intérêt. Le présent rapport met en lumière les maladies respiratoires affectant les populations autochtones, ainsi que les projets, les programmes et les initiatives portant sur ces maladies.

La population autochtone du Canada est aux prises avec les mêmes problèmes respiratoires que de nombreux pays à revenus faibles et intermédiaires. De multiples facteurs sociaux et politiques (souvent désignés par le terme « déterminants sociaux de la santé ») viennent influencer sur les résultats pour la santé pulmonaire de cette population. Parmi ces facteurs, citons la pauvreté, le manque d'instruction, le taux élevé de tabagisme, les logements inhabitables, les éternels conflits de compétence entre les gouvernements fédéral et provinciaux, la capacité locale restreinte en ressources humaines et les ressources financières limitées (AllerGen, 2008).

Au Canada, les maladies respiratoires causent des milliers de décès chaque année, sans compter les coûts élevés qu'elles entraînent, et elles frappent très lourdement les peuples autochtones. Il est donc d'autant plus nécessaire de s'y attaquer rapidement. En matière de santé, les Premières nations, les Inuits et les Métis possèdent une culture, des pratiques et des préoccupations qui leur sont propres et qui varient selon la région et le milieu. Voilà pourquoi il faut des stratégies, des projets, des programmes et des initiatives qui s'adressent directement à chacun des trois peuples autochtones du Canada.

L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) a participé dès le début et de façon continue aux activités et à l'élaboration du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, en plus de contribuer à la participation d'autres partenaires des Premières nations, des Inuits et des Métis. Compte tenu de l'engagement de l'ONSA par rapport au Cadre de travail et à sa mise en œuvre, et du mandat de l'organisation qui consiste à participer à des activités fondées sur le savoir concernant la santé des Premières nations, des Inuits et des Métis, l'ASPC et le Secrétariat du partenariat du Cadre de travail

national sur la santé pulmonaire ont confié à l'ONSA la responsabilité de réaliser l'analyse de la conjoncture sur laquelle se fonde le présent rapport.

Le présent rapport compte deux volets. Le premier offre une analyse environnementale des stratégies, des projets, des programmes et des initiatives en santé respiratoire qui visent les populations des Premières nations, des Inuits et des Métis, en tentant surtout de souligner les initiatives et les pratiques prometteuses, ainsi que les recommandations qui peuvent s'appliquer ailleurs. Ainsi, il a été possible de trouver plus d'une centaine de stratégies, de projets, de programmes et d'initiatives en santé respiratoires visant les Premières nations, les Inuits et les Métis, lesquels ont pu être ajoutés à la base de données du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (accessible à [www.cadretravailpulmonaire.ca/projet-connexion](http://www.cadretravailpulmonaire.ca/projet-connexion)) et analysés dans ces pages. Le second volet compte jusqu'à quatre études de cas détaillées pour chacune des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis, en tenant compte de leurs distinctions et de leur taille et structure diverses. Ces études de cas illustrent de quelle manière des activités et des contextes particuliers ont pu mener à des programmes réussis et à des résultats positifs pour la santé, et elles comprennent des recommandations visant à apporter d'autres améliorations. Elles permettent également de mettre en commun des modèles efficaces avec les communautés qui souhaitent adapter et modifier des programmes existants ou en créer de nouveaux. L'analyse environnementale des programmes destinés aux Premières nations, aux Inuits et aux Métis et les études de cas qui s'y rattachent jetteront les bases d'une rencontre entre les principaux intervenants des Premières nations, des Inuits et des Métis et les membres du Comité directeur du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire en vue d'approfondir davantage l'élaboration du volet propre aux Autochtones de ce plan d'action.

### ***1.1 Population autochtone du Canada***

Le gouvernement du Canada reconnaît trois peuples autochtones distincts, désignés dans la *Loi constitutionnelle de 1982* : les Premières nations (les Indiens), les Inuits et les Métis. Selon le Recensement de 2006, plus d'un million de personnes s'identifient comme autochtones, ce qui représente près de 4 % de la population totale du Canada (Statistique Canada, 2006).

Le Canada compte 615 communautés des Premières nations, lesquelles représentent plus de 50 nations (ou groupes culturels) et langues. Parmi le million de Canadiens et plus qui se disent autochtones, environ les deux tiers font partie des Premières nations (Affaires indiennes et du Nord Canada, 2010). Moins de la moitié des membres des Premières nations vivent dans les réserves, et quelque 81 % sont des Indiens ayant statut légal, c'est-à-dire qu'ils sont inscrits aux termes de la *Loi sur les Indiens* (Statistique Canada, 2008).

Le Canada compte plus de 50 000 Inuits, qui vivent principalement dans 53 communautés arctiques et quatre régions géographiques, soit le Nunatsiavut (Labrador), le Nunavik (Québec), le Nunavut et la région désignée des Inuvialuit des Territoires du Nord-Ouest, et dans un nombre grandissant de villes canadiennes situées au sud de ces régions. Les Inuits forment environ 4 % de la population autochtone totale (Inuit Tapiriit Kanatami, 2010).

Le Canada compte quelque 390 000 Métis, ce qui représente environ le tiers de la population autochtone totale. Selon le Ralliement national des Métis (2010), une personne est considérée comme Métis si elle « s'identifie elle-même comme métisse, compte des ancêtres parmi les Métis de vieille souche, se distingue des autres peuples autochtones et est acceptée par la nation métisse ». La terre ancestrale de la nation métisse de vieille souche est la zone située dans la partie centre ouest de l'Amérique du Nord qui a été utilisée et occupée en tant que territoire traditionnel par les Métis (les Sang-mêlé comme ils étaient appelés à l'époque). Une population métisse distincte est d'abord née des mariages entre des femmes des Premières nations (Cris, Ojibwa, Salteaux et autres) et des commerçants de fourrures français et écossais, et des colons scandinaves, irlandais et anglais. Les Métis ont servi d'intermédiaires entre les cultures européenne et indienne, souvent à titre de guides et d'interprètes. Ils se sont dotés d'une langue unique appelée michif, qui se décline en trois variations distinctes, et possèdent une culture, des valeurs et des croyances qui leur sont propres (Ralliement national des Métis, 2010). Les Métis ont contribué à façonner l'Ouest canadien, et la majorité d'entre eux habitent maintenant l'Ontario, le Manitoba, la Saskatchewan, l'Alberta et la Colombie-Britannique. Environ les deux tiers des Métis vivent en région urbaine, et le tiers de la population est âgée de moins de 14 ans (Ralliement national des Métis, 2010).

Au sein des trois peuples autochtones, les taux de natalité élevés qui ont été observés ne manqueront pas d'exercer des pressions supplémentaires sur les futurs services de soins de santé à offrir. La population métisse s'est accrue de 91 % au cours des 10 dernières années, en raison à la fois d'un taux de fécondité plus élevé et d'une tendance croissante à s'identifier comme Métis. La répartition de la population de ces trois groupes a une incidence sur leur capacité à accéder aux services de soins de santé.

Le présent rapport reconnaît le fait que les déterminants sociaux de la santé jouent un rôle vital dans le processus d'apparition et de traitement des maladies respiratoires chez les peuples autochtones. Lorsqu'ils sont comparés au reste de la population canadienne, les peuples autochtones sont désavantagés sur le plan du revenu, de la scolarité et de l'emploi (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2008), ce qui représente des obstacles à la façon dont ils reçoivent des soins de santé et sont soignés. Ces facteurs peuvent à la limite mener à un risque accru d'infection et des résultats défavorables pour leur santé. Les autres enjeux à considérer sont notamment l'acculturation, l'exclusion sociale, le colonialisme, les traumatismes du pensionnat et les autres expériences liées à l'histoire coloniale. Le stress systémique vécu par les communautés autochtones à la suite de l'urbanisation et de l'exclusion sociale a restreint leurs possibilités – en tant qu'individus et communautés – de participer entièrement et équitablement à la société, y compris le domaine des services de santé (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2008).

## **1.2 Santé respiratoire**

Toute substance qui est inhalée dans les poumons et qui présente un risque pour les humains peut causer une maladie respiratoire. Selon les estimations, les maladies respiratoires coûteraient aux Canadiens 154 milliards de dollars par an en coûts directs et indirects (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2008, p. 2). Il existe diverses maladies respiratoires, qui varient selon leur type : aiguë (court terme) et chronique (long terme). Parmi les maladies aiguës, citons la pneumonie, l'influenza et les maladies infectieuses. De leur côté, les maladies chroniques sont notamment le cancer du poumon, la maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), l'asthme, la tuberculose, la fibrose kystique, les troubles respiratoires du sommeil (apnée du sommeil), les maladies pulmonaires professionnelles, les maladies environnementales, le virus respiratoire syncytial (VRS) et les allergies.

Les maladies respiratoires les plus courantes sont liées à l'usage du tabac, notamment le cancer du poumon et la MPOC. Le cancer du poumon se classera bientôt au troisième rang des principales maladies mortelles au monde (Organisation mondiale de la Santé, 2009). L'asthme, la tuberculose, les troubles respiratoires du sommeil (apnée du sommeil) et l'influenza (saisonniers et pandémique) sont des maladies respiratoires fréquentes qui ne sont pas causées par l'usage du tabac. Le présent rapport porte surtout sur les maladies respiratoires communes.

### **1.2.1 Cancer du poumon**

À cause du taux élevé de tabagisme chez les peuples autochtones du Canada, le cancer du poumon est une grande source de préoccupation. Il survient lorsque le cancer, une « maladie qui cause le développement de cellules anormales, qui se multiplient et prennent le contrôle des tissus et organes sains du corps humain » (Association pulmonaire du Canada, 2010), commence dans les poumons. Il est le plus souvent causé par le tabagisme ou l'exposition à la fumée secondaire, mais il peut également être causé par le radon, l'amiante et d'autres produits toxiques.

### **1.2.2 Maladie pulmonaire obstructive chronique**

La maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC) est une maladie pulmonaire chronique habituellement causée par le tabagisme. Elle englobe des maladies pulmonaires comme la bronchite chronique et l'emphysème. La MPOC ne se guérit pas; cependant, avec le bon traitement, elle se gère bien. La bronchite chronique survient lorsque les voies aériennes sont irritées, rouges, enflées et partiellement bloquées, ce qui empêche l'air de passer. L'emphysème se caractérise par la détérioration des petits sacs d'air à l'extrémité des voies aériennes, ce qui nuit à l'apport en oxygène.

### **1.2.3 Asthme**

L'asthme est une maladie chronique qui se caractérise par l'hypersensibilité des voies respiratoires, ce qui rend la respiration difficile. Les causes de l'asthme sont notamment les antécédents familiaux et les allergies à certains polluants intérieurs et extérieurs. Même si l'asthme est considéré comme une

maladie chronique, il peut être géré à l'aide du traitement approprié. La médication et une bonne gestion permettent aux personnes atteintes d'asthme de mener une vie relativement normale.

### **1.2.4 Tuberculose**

La tuberculose est une maladie infectieuse et contagieuse. Elle entre dans le corps par inhalation et s'établit dans les poumons. Elle peut ensuite se propager par le système nerveux central jusqu'aux os et aux articulations. Contrairement à la MPOC et à l'asthme, la tuberculose peut être guérie avec le bon traitement. Au cours des années 1950 et 1960, le taux de tuberculose est tombé de façon draconienne à l'échelle du Canada grâce à l'apparition des antibiotiques. Malgré cet important déclin, la tuberculose persiste toujours dans les communautés autochtones (Association canadienne de santé publique, 2010).

### **1.2.5 Trouble respiratoire du sommeil (apnée du sommeil)**

Le trouble respiratoire du sommeil ou apnée du sommeil est une autre maladie respiratoire courante. Il s'agit d'un problème de respiration qui interrompt le sommeil. La personne qui dort voit son sommeil perturbé par de courts arrêts respiratoires. Ces pauses de la respiration (appelées apnées) peuvent durer de 10 à 30 secondes, et les personnes atteintes peuvent cesser de respirer des dizaines, voire des centaines de fois chaque nuit. Les facteurs qui influencent l'apnée du sommeil sont notamment l'obésité, le sexe, l'âge et les antécédents familiaux.

### **1.2.6 Influenza (saisonniers et pandémie)**

Il existe deux types d'influenza : la grippe saisonnière ordinaire et la grippe pandémique. La grippe saisonnière ordinaire est une infection répandue du nez, de la gorge et des poumons causée par le virus de l'influenza. Le virus provoque l'infection des voies respiratoires, soit le nez, les voies nasales, la gorge, les poumons et les tubes bronchiques. L'influenza est une maladie contagieuse qui entraîne le décès de milliers de Canadiens chaque année. Il existe trois catégories de grippe saisonnière, soit A, B et C. Seul le type A cause une pandémie chez l'être humain. Une grippe pandémique se définit comme « une épidémie mondiale de grippe qui survient lorsqu'une nouvelle souche du virus de l'influenza émerge et commence à se propager d'une façon semblable à celle de l'influenza ordinaire » (Organisation mondiale de la Santé, 2009). La souche pandémique du virus étant nouvelle, le système immunitaire des humains n'offre qu'une protection limitée contre elle, et les personnes qui en sont infectées courent plus de risques d'avoir de graves problèmes de santé.

L'influenza pandémique cause souvent des symptômes semblables à ceux de la grippe saisonnière ordinaire et se propage de la même façon, soit par l'exposition à des personnes infectées qui toussent et éternuent. Entre autres exemples d'influenza pandémique, mentionnons la grippe H1N1, le syndrome respiratoire aigu sévère (SRAS) et la grippe espagnole.

## **2.0 Analyse des stratégies existantes**

La présente section examine et analyse des stratégies des projets, des programmes et des initiatives actuels qui visent la santé respiratoire des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis.

Elle décrit les méthodes employées dans le cadre de ce volet de l'étude, présente les résultats obtenus et leur importance, puis relève des pratiques prometteuses et formule des recommandations.

## ***2.1 Méthodes***

Les renseignements contenus dans le présent rapport ont été recueillis dans le cadre de recherches intensives sur la Toile et d'échanges de courriels avec quelque 100 personnes et organisations qui œuvrent dans le domaine de la santé respiratoire ou de la santé autochtone. Au départ, nous avons ciblé les ministères (ou directions générales) responsables de la santé et des services sociaux au sein des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux en consultant leurs sites Web et en nous attachant aux programmes offerts aux Autochtones, par exemple la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (Santé Canada), la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain (Santé Canada) et l'Institut de la santé des Autochtones (Instituts de recherches en santé du Canada – IRSC). Après avoir effectué un examen approfondi des données disponibles en ligne dans le but de trouver les stratégies, les projets, les programmes et les initiatives portant sur la santé respiratoire des Premières nations, des Inuits et des Métis, nous avons entrepris un suivi par courriel, selon les besoins. Nous avons également communiqué avec diverses organisations autochtones à l'échelle nationale, régionale et locale, dont : l'Assemblée des Premières nations (APN), l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), le Ralliement national des Métis (RNM), le Congrès des Peuples autochtones (CPA), les cinq organismes provinciaux métis, le Métis Settlements General Council, etc. Les représentants de réseaux pertinents, comme l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC), l'Association nationale des centres d'amitié (ANCA), le Centre for Aboriginal Health Research (Université de Victoria) et l'Arctic Health Research Network-Yukon, ont également été pressentis, ainsi que les organismes en santé respiratoire, dont la Société canadienne de thoracologie, les associations pulmonaires provinciales, etc. Nous avons de plus envoyé des courriels à toutes les personnes qui ont pris part aux séances de participation des intervenants du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire tenues au Yukon et dans les Territoires du Nord-Ouest (en mars 2008) et à tous les participants de la réunion du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire pour les Autochtones (tenue en août 2008). Un premier contact a été établi par courriel ou téléphone afin d'encourager la rétroaction et d'obtenir un vaste échantillon d'intervenants concernés.

## ***2.2 Stratégies et domaines d'action***

La majorité des projets, des programmes et des initiatives recensés et ajoutés à la base de données du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire recevait un financement de plusieurs stratégies importantes, dont le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (de la DGSPNI), la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (de Santé Canada), l'Aboriginal Health Initiative Program (de l'hôpital Northern Health de la Colombie-Britannique), les stratégies provinciales de lutte contre le tabagisme (notamment, les stratégies de lutte contre le tabagisme chez les Autochtones d'Action Cancer Ontario et de la Colombie-Britannique) et l'ANCA (et ses composantes provinciales). Un grand nombre de projets, de programmes et d'initiatives examinés dans le cadre du rapport ont reçu de plus petites

subventions (5 000 \$ et plus) pour élaborer et mettre en œuvre des initiatives à l'échelle communautaire.

Un certain nombre des stratégies globales examinées sont administrées par la DGSPNI de Santé Canada, qui finance des programmes et des services visant la promotion de la santé et la prévention des maladies auprès des communautés des Premières nations et des Inuits vivant dans les réserves (Santé Canada, 2010c). Les stratégies de la DGSPNI sont structurées en vue de favoriser l'atteinte du principal objectif de la Direction générale, qui est de réduire les inégalités en matière de santé entre les Autochtones et les non-Autochtones.

La présente section comprend une analyse des diverses stratégies, des projets, des programmes et des initiatives qui portent sur la santé respiratoire des Premières nations, des Inuits et des Métis. Nous avons structuré cette analyse en nous fondant sur les domaines d'action du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, soit la promotion de la santé, la sensibilisation et la prévention des maladies; le dépistage et la gestion des maladies; les politiques, les partenariats et le soutien aux communautés et aux systèmes; ainsi que la recherche, la surveillance et l'application des connaissances. Il convient de noter les limites que représente la catégorisation des stratégies, des projets, des programmes et des initiatives dans les divers domaines d'action puisqu'un certain chevauchement est toujours possible. Par exemple, une stratégie qui met l'accent sur les politiques, les partenariats et le soutien aux communautés et aux systèmes peut également comporter un volet sur la gestion des maladies.

### **2.2.1 Promotion de la santé, sensibilisation et prévention des maladies**

L'objectif central de ce domaine d'action est de « prévenir les maladies respiratoires, ou d'en atténuer les effets, en élaborant et en mettant en œuvre des mesures efficaces et coordonnées dans les domaines suivants : promotion de la santé, sensibilisation, réduction des expositions, prévention antinicotine et abandon de la cigarette » (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2010). Les stratégies, les projets, les programmes et les initiatives qui relèvent de ce domaine d'action visent surtout l'abandon de la cigarette.

#### **2.2.1.1 Tabac**

Les données statistiques montrent qu'un Canadien sur cinq fume actuellement (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2008). Dans les communautés des Premières nations, le taux de tabagisme est deux fois supérieur à celui prévalant dans le reste du Canada, et il est plus de deux fois supérieur dans les communautés inuites. L'usage du tabac est considéré comme un grave problème de santé publique qui touche autant les fumeurs que les non-fumeurs. Le tabac est lié à plusieurs troubles respiratoires préoccupants, notamment le cancer du poumon et la MPOC. L'usage du tabac cause 85 % des cas de cancer du poumon (Santé Canada, 2010b), une maladie qui touche les peuples autochtones – surtout les Inuits – à un rythme alarmant.

Un grand nombre de stratégies, de projets, de programmes et d'initiatives en santé respiratoire sont axés sur la prévention et l'abandon du tabagisme. À l'échelon national, Santé Canada a adopté la

Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme (SFLT), qui vise à réduire la prévalence globale du tabagisme, en ciblant surtout les Premières nations, les Inuits et les autres groupes autochtones, ainsi que les adolescents et les jeunes adultes (Santé Canada, 2010b). La Stratégie offre des outils tels que des guides d'autoassistance et un forum d'entraide pour inciter les gens à cesser de fumer, ainsi que des ressources pour les professionnels des soins de santé (p. ex. des guides qui leur enseignent à aider les gens à cesser de fumer).

La plupart des provinces (notamment la Colombie-Britannique, l'Alberta et l'Ontario) se sont dotées d'une direction gouvernementale ou d'une organisation non gouvernementale/sans but lucratif qui se consacre à la lutte contre le tabagisme et à l'abandon de la cigarette. Ainsi, Action Cancer Ontario a élaboré la Stratégie antitabac pour les peuples autochtones (SAPA), qui se concentre sur la prévention des maladies, l'application des connaissances et la création de communautés sensibilisées à un usage intelligent du tabac. La SAPA encourage la promotion de la santé et la sensibilisation à la bonne et à la mauvaise utilisation du tabac, en soulignant la différence qui existe entre l'usage traditionnel (pour les cérémonies et les rituels) et les usages commerciaux du tabac. Elle vise à mieux faire connaître les risques pour la santé et les maladies qu'entraîne le tabac. Cette stratégie s'adresse aux communautés autochtones des régions urbaines et rurales de l'Ontario qui vivent dans les réserves. En 2007 et 2008, la SAPA a financé 11 projets visant la lutte contre le tabagisme, la prévention et l'abandon de la cigarette, dont la plupart ciblaient les jeunes Autochtones. En créant des communautés sensibilisées à un usage intelligent du tabac, la SAPA permet de mieux faire connaître les facteurs de risque liés à l'usage du tabac.

Les jeunes Autochtones sont souvent ciblés dans les programmes de cessation du tabagisme. En 2009, le gouvernement du Canada a financé deux de ces programmes au Nunavut : Quit to Win! Challenge et For Youth by Youth Trainer Training Program. Le premier est mis en œuvre par l'entremise de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuit en santé communautaire (ONRIISC), et le deuxième par le gouvernement du Nunavut sur une période de deux ans. Le Quit to Win! Challenge est un concours de 6 semaines qui encourage les jeunes Inuits (âgés de 8 à 17 ans) à cesser de fumer et à ne pas recommencer. Les participants qui relèvent le défi reçoivent des prix, attribués au hasard. Ce projet comporte un volet éducatif sur l'usage du tabac destiné aux écoles, puisque l'éducation est considérée comme jouant un rôle de premier plan dans la prévention du tabagisme. Le second projet, For Youth by Youth Trainer Training Program, offre à de jeunes Inuits la possibilité d'acquérir les compétences requises pour sensibiliser leurs pairs aux dangers du tabac et exercer une influence positive sur eux.

Une autre initiative intéressante est le projet ActNow BC (lancé en 2005), qui comporte un volet spécifiquement destiné aux Autochtones (Aboriginal ActNow BC) mis en œuvre par le Centre national de collaboration de la santé autochtone. Il s'agit d'une stratégie de promotion de la santé et de la vie active qui cherche à s'attaquer aux facteurs contributifs et à réduire les risques de développer une maladie chronique. La réduction du tabagisme constitue l'un des quatre domaines ciblés par cette initiative. À l'heure actuelle, plus de 40 projets communautaires faisant la promotion d'une vie active et d'une alimentation saine sont financés par Aboriginal ActNow BC. Parmi les autres objectifs de cette initiative, mentionnons les suivants : a) évaluer la recherche menée sur la santé autochtone et la prévention des

maladies chroniques; b) cerner les lacunes de la recherche à ce chapitre; c) travailler en vue d'une recherche sur la santé fondée sur des données probantes qui soit plus pertinente, plus significative et plus utile pour les diverses communautés de la Colombie-Britannique.

### **2.2.1.2 Virus H1N1**

L'écllosion de grippe H1N1, officiellement déclarée pandémique en juin 2009, a provoqué une réaction dans le monde entier. Détecté dans plus de 200 pays, le virus H1N1 a causé le décès d'environ 16 000 personnes sur la planète (Organisation mondiale de la Santé, 2009). Le virus H1N1 se propage de la même façon que l'influenza saisonnière et se transmet facilement par les gouttelettes de toux et d'éternuement d'une personne infectée. La plupart des décès attribuables à ce virus sont survenus chez de jeunes personnes apparemment en santé, ce qui explique en partie pourquoi cette maladie a provoqué une telle panique générale. D'après les estimations, les femmes enceintes, les enfants et les personnes déjà atteintes d'une maladie pulmonaire chronique sont plus vulnérables à subir les graves conséquences de ce virus.

Les gens vivant en régions éloignées, comme de nombreuses populations des Premières nations, des Inuits et des Métis, courent un plus grand risque d'être infectés par le virus H1N1. Beaucoup de communautés autochtones vivent dans des conditions difficiles, à cause notamment du surpeuplement, de l'absence d'eau courante et de la malnutrition, tous des facteurs qui augmentent le risque d'infection. En outre, l'accessibilité aux services de soins de santé joue un autre rôle crucial : les personnes infectées qui vivent en région éloignée ou isolée peuvent avoir de la difficulté à obtenir à temps les soins de santé nécessaires pour être traitées adéquatement. De nombreuses personnes au sein des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis présentent des troubles médicaux chroniques sous-jacents qui les rendent plus à risque de complications en cas de grippe H1N1.

Au Canada, la première réaction à la présence du virus H1N1 a été soigneusement planifiée et s'est révélée efficace. Sur son site Web, l'ASPC a diffusé de l'information sur les efforts menés pour protéger et traiter les Premières nations, les Inuits et les Métis (Agence de la santé publique du Canada, 2010). La plupart de ces renseignements et outils de planification visaient cependant les Premières nations et les Inuits, ce à quoi a réagi le Ralliement national des Métis (RNM). Celui-ci s'est dit préoccupé par le manque de planification de cette pandémie de grippe H1N1 auprès des Métis, malgré les risques semblables à ceux des autres populations autochtones qu'elle représente pour leur santé. Bien que le gouvernement fédéral reconnaisse la vulnérabilité des populations des Premières nations et des Inuits et collabore aux efforts visant à répondre aux besoins de chaque groupe, les Métis ne semblent pas avoir reçu une attention d'égale importance de sa part.

Santé Canada est intervenu à vaste échelle auprès des Premières nations vivant dans les réserves pour lutter contre le virus de la grippe H1N1, notamment en leur donnant un accès aux soins, de l'équipement de protection individuel et des médicaments antiviraux, de même qu'en soutenant la recherche épidémiologique, ainsi que l'élaboration et la mise en œuvre de plans pour lutter contre la pandémie (ASPC, 2010). L'Assemblée des Premières nations (APN) est l'organisme national représentant

les Premières nations au Canada. Lorsqu'une pandémie comme celle de la grippe H1N1 survient, l'APN cherche à accroître la participation directe des dirigeants des Premières nations par l'information, la communication, la facilitation et la défense des intérêts. En ce qui concerne la population inuite, l'ASPC a collaboré avec les provinces et les territoires pour surveiller les éclosions et distribuer des vaccins, des médicaments antiviraux et d'autres fournitures. Bien que Santé Canada et l'ASPC transmettent de l'information générale à l'ensemble des populations autochtones, il semble n'y avoir aucun service ou programme national spécifiquement conçu pour les Métis. Toutefois, les organismes provinciaux métis fournissent des renseignements sur Internet. Par exemple, Métis Nation-Saskatchewan offre en ligne des ressources pour mieux faire connaître les mesures de prévention aux Métis.

L'Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) voit un lien entre la pandémie de grippe H1N1 et les femmes autochtones au Canada. Ce virus a le pouvoir de dévaster la population autochtone pour diverses raisons, notamment une immunité réduite, des besoins sanitaires complexes, un manque d'accès aux services de santé et une plus grande sensibilité aux maladies infectieuses (AFAC, 2009). L'AFAC (2009) affirme que les femmes sont les déterminants clés de la santé d'une communauté, puisqu'elles sont habituellement les principales pourvoyeuses de soins. L'éducation des femmes peut donc se révéler cruciale pour réduire la menace que représentent ce virus et les virus analogues.

### **2.2.1.3 Autre**

Les maladies respiratoires retiennent l'attention du milieu de la recherche sur la santé des Autochtones. Certaines initiatives récentes visent à faire participer des membres de la communauté à la sensibilisation et à l'acquisition de connaissances communautaires afin de mieux comprendre les facteurs sociaux et environnementaux qui mettent les gens en danger. Parmi ces initiatives, mentionnons le *café scientifique* tenu en mai 2010 par les IRSC à la longue maison des Premières nations de l'Université de la Colombie-Britannique à Vancouver pour aborder la question de la santé autochtone et des facteurs de risque aux maladies cardiovasculaires et respiratoires. La discussion était axée sur les connaissances actuelles en matière de maladies chroniques au sein des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis, les facteurs clés pour réduire la prévalence des maladies chroniques, les tendances futures, les changements de mode de vie et les autres mécanismes servant à améliorer la santé des Autochtones.

## **2.2.2 Dépistage et gestion des maladies**

Le domaine d'action visant le dépistage et la gestion des maladies vise surtout à « améliorer les résultats pour la santé et la qualité de vie de tous les Canadiens par un dépistage précoce et une meilleure gestion des maladies respiratoires » (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2010). Les chances de survivre à la maladie et de bien la gérer augmentent lorsqu'elle est dépistée tôt. Les stratégies, les projets, les programmes et les initiatives visant les Autochtones en matière d'asthme et de tuberculose sont pertinents pour ce domaine d'action.

### **2.2.2.1 Asthme**

L'asthme est une « affection inflammatoire chronique des voies aériennes qui se caractérise par des symptômes persistants qui limitent le passage de l'air à divers degrés » (Société canadienne de l'asthme, 2010a). Dans les populations des Premières nations, 15 % des enfants et des adolescents sont asthmatiques, comparé à 12 % des enfants et des adolescents dans toute la population canadienne. Une prévalence légèrement plus élevée a également été constatée chez les adultes des Premières nations que dans la population adulte en général (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2008). En raison de l'isolement et de l'accès limité aux soins de santé, il peut être difficile de se faire une idée précise du taux d'asthme dans les communautés autochtones. Le dépistage et la gestion de la maladie constituent des domaines d'action clés puisqu'il est possible de bien la gérer lorsque les facteurs qui y contribuent ont été cernés.

Certaines initiatives récentes portent précisément sur la santé autochtone et l'asthme. En janvier 2009, la Société canadienne de l'asthme (SCA) a publié un rapport intitulé *Une vision partagée : Assurer une qualité de vie pour les adultes et les enfants ayant de l'asthme et des allergies dans les communautés des Premières nations et Inuits au Canada*. Cette étude se penche sur les perceptions et les expériences de l'asthme et des allergies relatives à l'asthme dans les communautés des Premières nations et des Inuits (Société canadienne de l'asthme, 2009). Selon les résultats de l'étude, moins du tiers des enfants des Premières nations atteints d'allergies reçoivent un traitement, ce qui peut refléter l'accès limité aux soins de santé de ces populations. Il y a également en parallèle un manque de données concernant les Inuits en général, ce qui vient compliquer la tâche d'avancer un taux de prévalence précis de l'asthme et d'analyser l'ampleur de ses répercussions sur la santé de la communauté.

À partir de son rapport de 2009, la SCA a publié le document intitulé *A shared voice: Engaging First Nations and Inuit communities in the development of culturally appropriate asthma and allergy education materials and resources for youth and their families*. Ce rapport donne un aperçu des ressources et des documents éducatifs, et il fournit des recommandations sur les modifications qu'il est possible d'apporter à ces documents pour en améliorer la pertinence culturelle et pour mieux répondre aux besoins des Premières nations et des Inuits (Société canadienne de l'asthme, 2010b).

### **2.2.2.2 Tuberculose**

La tuberculose est une maladie qui afflige davantage les peuples autochtones que les non-Autochtones, ce qui explique l'existence de projets, de programmes et d'initiatives visant précisément la réduction de son incidence. Les Inuits affichent un taux de tuberculose 185 fois supérieur à celui des Canadiens non autochtones, alors que celui des Premières nations est de 31 fois plus élevé. Les facteurs contributifs sont notamment les logements surpeuplés et le traitement inadéquat des eaux usées dans certaines réserves et communautés éloignées, ainsi que la malnutrition et le manque d'instruction (AllerGen, 2008). Comme les peuples autochtones présentent depuis longtemps un taux de tuberculose élevé, il serait possible que les personnes plus âgées soient porteuses de la bactérie et, de ce fait, puissent être

infectées de nouveau, surtout si elles ne sont pas traitées immédiatement (Association pulmonaire du Canada, 2010).

La Stratégie d'élimination de la tuberculose a été créée en 1992 pour réagir au taux croissant de tuberculose dans les communautés autochtones. Cette stratégie est menée à l'échelle nationale, mais les responsabilités qu'elle entraîne – y compris l'éducation de la communauté à la santé, la gestion des cas, l'approvisionnement en médicaments et la gestion des éclosions – relèvent de l'échelon régional et sont assumées par l'entremise des services de santé primaires dans la communauté (Santé Canada, 2010c). Financé par la DGSPNI de Santé Canada à l'échelle nationale, le programme de lutte antituberculeuse cible les populations des Premières nations vivant dans les réserves, ainsi que les communautés inuites du Labrador. Conformément à l'objectif national, ce programme vise à réduire l'incidence de la maladie dans les communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis à 3,6 cas par 100 000 habitants d'ici 2015, puis à parvenir éventuellement à éliminer la tuberculose d'ici 2050. Les principales stratégies pour ce faire sont notamment le dépistage et le diagnostic, la prévention et le soutien des travailleurs de la santé et des communautés.

En outre, il pourrait être intéressant d'appliquer au contexte canadien l'approche concrète de la santé pulmonaire (Practical Approach to Lung Health ou PAL), élaborée par l'Organisation mondiale de la Santé. Il s'agit d'une approche pragmatique de la gestion des services de santé qui s'adresse aux travailleurs polyvalents de la santé dans les établissements de soins de santé primaires dotés d'un programme de lutte antituberculeuse efficace. La formation à la PAL permet d'identifier très tôt les patients tuberculeux et d'accroître l'efficacité et la qualité des soins qui leur sont offerts. Une approche semblable a déjà été adoptée avec succès dans certains pays à revenus faibles et intermédiaires, où elle a permis d'améliorer le dépistage précoce de la tuberculose, ainsi que le diagnostic et le traitement des personnes atteintes de maladies respiratoires qui ont fait appel aux services de soins de santé primaires (Organisation mondiale de la Santé, 2010). La PAL pourrait également être mise en œuvre dans un grand nombre de communautés des Premières nations, des Inuits et des Métis en guise de complément aux programmes et services existants.

### **2.2.3 Politiques, partenariats et soutien aux communautés et aux systèmes**

Le domaine d'action concernant les politiques, les partenariats et le soutien aux communautés et aux systèmes vise à « concevoir, mettre en œuvre et renforcer les structures de soutien essentielles à une stratégie de gestion efficace de la santé respiratoire dans un éventail de domaines : politiques et législation, partenariats, soutien communautaire, conception du système de santé et prestation des services » (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2010). La présente section s'attarde aux initiatives portant sur la tuberculose et au Fonds de transition pour la santé des Autochtones.

#### **2.2.3.1 Tuberculose**

Le renouvellement de la Stratégie d'élimination de la tuberculose, qui a été créée en 1992, devrait être terminé à la fin 2011. Cette stratégie a pour objectif de réduire l'incidence de la tuberculose dans les

communautés des Premières nations et des Inuits vivant dans les réserves. Dans le cadre de la stratégie nationale, l'outil d'évaluation des risques et de planification communautaire stratégique pour éliminer la tuberculose (SCRAP-TB) a été créé dans le but de réaliser des évaluations des risques propres aux différentes communautés. Il constitue un moyen de renforcer les capacités des Premières nations et des Inuits à obtenir de l'information et à la partager, à évaluer les risques associés à la tuberculose à l'échelle locale, à élaborer et à mettre en œuvre des plans adaptés à la communauté, à favoriser les partenariats et à renforcer la capacité de la communauté à s'attaquer à ces questions (Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada, 2007; gouvernement du Canada, 2010). SCRAP-TB s'insère dans les domaines d'action visant la promotion de la santé et la prévention, ainsi que le dépistage et la gestion des maladies.

Le Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique – Division de la lutte antituberculeuse est un bel exemple d'organisme provincial offrant une composante autochtone. Ce centre s'est doté d'un service ciblant spécifiquement la tuberculose chez les Autochtones (appelé Tuberculosis Services to Aboriginals ou TBSA). Le but premier du TBSA est d'offrir des services consultatifs aux professionnels de la santé qui fournissent des soins aux Premières nations vivant dans les réserves. Le TBSA dispose également d'un manuel de lutte contre les maladies transmissibles dont une section offre de l'information sur les politiques et les normes relatives aux programmes de lutte antituberculeuse propres aux communautés des Premières nations de la province (Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique, 2010).

### ***2.2.3.2 Fonds de transition pour la santé des Autochtones***

Bien qu'il ne cible pas précisément la santé respiratoire, le Fonds de transition pour la santé des Autochtones (FTSA) de Santé Canada offre un exemple de politique, de partenariat et de soutien aux communautés et aux systèmes. Cette initiative (qui se terminera à la fin du mois de mars 2011) aide les communautés des Premières nations et des Inuits à mettre en œuvre des systèmes de santé plus intégrés qu'auparavant, et elle contribue à ce que les systèmes de santé provinciaux et territoriaux adaptent leurs services de sorte à mieux répondre aux besoins des membres des Premières nations, des Inuits et des Métis, y compris ceux qui habitent à l'extérieur des réserves et en milieu urbain. À long terme, le FTSA vise à améliorer l'intégration des systèmes de santé financés par les gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux; à améliorer l'accès aux services de santé; à offrir des programmes et des services mieux adaptés aux peuples autochtones; à accroître la participation des peuples autochtones dans la conception, la prestation et l'évaluation des programmes et des services de santé (Santé Canada, 2010a).

### **2.2.4 Recherche, surveillance et application des connaissances**

Le domaine d'action lié à la recherche, à la surveillance et à l'application des connaissances vise à « mener à bien des activités de prévention et de gestion des maladies respiratoires et des facteurs de risque, au moyen d'activités de recherche et de surveillance améliorées et coordonnées qui se traduiront par de meilleurs résultats pour la santé et des avantages économiques » (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2010).

### **2.2.4.1 AllerGen**

Le Réseau des allergies, des gènes et de l'environnement appelé AllerGen (Allergy, Genes and Environment Network) est un réseau de recherche auquel collaborent des partenaires provenant de diverses disciplines universitaires. Dans le cadre de leurs travaux, ils s'efforcent de comprendre les aspects physiologiques et psychologiques des affections allergiques et des maladies immunitaires connexes comme l'asthme. AllerGen mène une étude sur les Autochtones intitulée *Engaging Aboriginal families affected by allergies and asthma in support-education program development* par l'entremise de l'Université de l'Alberta. Entre autres choses, ce réseau améliore la capacité de recherche en santé respiratoire et permet de mieux comprendre le lien qui existe entre la santé respiratoire et les besoins des populations à risque (AllerGen, 2010).

## **2.3 Déterminants sociaux de la santé**

Les déterminants sociaux peuvent influencer de manière directe et indirecte la santé des personnes, des familles, des communautés et des pays. Ces déterminants sont notamment l'éducation, l'accès aux services de santé, le revenu, le développement économique, l'emploi, la pauvreté et le logement. Ils influencent la santé et le bien-être, de même qu'ils jouent un rôle de premier plan dans les résultats pour la santé. Les peuples autochtones qui doivent affronter un certain nombre d'obstacles sociaux courent plus de risques d'être infectés et de recevoir un diagnostic erroné ou un traitement inadéquat en cas de maladie. Voilà pourquoi nous ciblons et examinons les stratégies pouvant avoir une incidence sur la santé respiratoire par les répercussions qu'elles ont sur les déterminants sociaux pertinents.

### **2.3.1 Logement**

Le logement est un déterminant social de la santé important, puisqu'une habitation insalubre peut entraîner l'apparition de maladies respiratoires. Dans les communautés inuites, compte tenu de la prévalence de problèmes liés au surpeuplement, la ventilation est un enjeu crucial. La ventilation permet à l'air frais d'entrer dans un espace occupé et à l'air vicié d'en sortir (Kovesi et coll., 2009). Selon Statistique Canada, les Inuits vivent dans les conditions de promiscuité les plus intenses au Canada. Il y a surpeuplement lorsqu'il y a plus d'une personne par pièce dans un logement. Dans l'Inuit Nunangat (terres des Inuits), soit la région désignée des Inuvialuits (T. N.-O.), le Nunavut, le Nunavik (Québec) et le Nunatsiavut (Labrador), 38 % des Inuits vivent dans de graves conditions de promiscuité (Statistique Canada, 2008). Les jeunes Inuits sont vulnérables aux maladies respiratoires en raison de leur système immunitaire moins développé et de l'exposition à la fumée secondaire dans les habitations. La Société d'habitation du Nunavut a donc mené des études afin de déterminer les effets néfastes d'un manque de ventilation pour les communautés inuites, mais il reste à mettre en œuvre des programmes ou des projets dans ce sens (Kovesi et coll., 2007; Kovesi et coll., 2009). En outre, le ministère de la Santé et des Services sociaux du gouvernement du Nunavut a pris des mesures pour encourager les gens à fumer à l'extérieur des habitations afin de tenter de prévenir les maladies liées au tabagisme.

Le Programme de santé environnementale et publique des Premières nations est un autre programme qui traite des résultats pour la santé. Il offre une foule d'activités de formation et de sensibilisation aux

populations des Premières nations. Il reçoit une aide financière de Santé Canada et soutient la prestation des services de santé publique et de promotion de la santé auprès des Premières nations vivant dans les réserves et les communautés inuites. Parmi les services offerts dans le cadre de ce programme, mentionnons des inspections, des évaluations, des conseils, des lignes directrices et des recommandations pour encourager davantage la création de logements plus sains et plus sûrs. Il existe désormais un guide détaillé sur la santé environnementale et publique à l'intention des Premières nations, qui fournit des renseignements sur les questions relatives à l'hygiène du milieu ainsi que des conseils sur les changements à apporter à la maison (Santé Canada, 2010e). Ces services sont essentiels pour assurer la salubrité des habitations, particulièrement lorsque nous savons que près de la moitié des membres des Premières nations occupant un logement de bande signalent la présence de moisissures dans leur maison (Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire, 2008).

Il existe plusieurs sociétés ou organisations d'habitation métisses, mais leurs efforts ne profitent pas qu'aux Métis. Ainsi, la Métis Urban Housing Corporation, financée par la Nation Métis d'Alberta, offre aux propriétaires de maison de l'aide pour réparer ou remplacer des éléments d'immobilisation qui ont un lien avec la santé ou la sécurité des habitants (Métis Urban Housing Corporation, 2010). Dernièrement, l'organisme Community Housing Managers of Manitoba (qui fait partie de la Manitoba Metis Federation (MMF)) a reçu une somme de 4,3 millions de dollars pour rénover 645 logements subventionnés. Cela permettra aux Métis et aux autres locataires vivant dans les régions urbaines, rurales et éloignées du Manitoba de profiter de logements plus sains, plus sûrs et plus durables. Bien que cette initiative financière soit menée par la MMF, les réparations ne sont pas uniquement destinées aux populations métisses. En Saskatchewan, la Provincial Métis Housing Corporation et Métis Nation-Saskatchewan se sont dotés d'un programme de rénovation domiciliaire qui aide les Métis à améliorer leur propriété pour qu'elle respecte les normes en matière de santé et de sécurité, ce qui permet de prolonger la vie de la maison de 15 à 20 ans. En outre, l'organisation Métis Nation of Ontario gère un programme d'aide à la remise en état des logements qui fournit aux propriétaires de maison à faible revenu une aide financière pour réparer ou remettre en état un logement négligé pour qu'il respecte les normes minimales en matière de sécurité. Ces programmes de logement peuvent avoir des effets indirects sur la santé respiratoire des peuples autochtones.

### **2.3.2 Éducation**

L'éducation est un autre déterminant social de la santé d'importance. L'éducation des professionnels de la santé compte parmi les activités importantes menées dans bon nombre des stratégies examinées. Par exemple, l'Association pulmonaire du Canada offre des programmes réguliers d'enseignement et de formation à ce groupe cible. La plupart des organisations sont d'avis que l'éducation offre aux professionnels de la santé des occasions d'acquérir une meilleure connaissance des maladies, puis d'enseigner aux autres les meilleures façons de les prévenir et de les traiter efficacement.

L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) a été mise sur pied précisément pour améliorer la santé des peuples autochtones. L'AIIAC soutient les infirmières et les infirmiers autochtones, favorise l'avancement et la pratique des services infirmiers autochtones et

cherche à accroître le nombre d'infirmières et d'infirmiers des Premières nations, des Inuits et des Métis. Selon elle, il est essentiel d'offrir un programme d'études qui prépare les diplômés autochtones et non autochtones à respecter le savoir des Premières nations, des Inuits et des Métis et de mieux les sensibiliser aux cadres historique et contemporain de la profession (Alliac, 2005). En modifiant les programmes d'éducation sanitaire, nous pouvons offrir des services mieux ciblés afin de régler les problèmes de santé des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis. La British Columbia Lung Association (BCLA) travaille à un projet appelé *Establishing Need for Awareness Initiatives about Risk Factors for Respiratory Diseases among Health Professionals Working with First Nations, Inuit, and Métis Communities*. Ce projet, financé par l'ASPC, vise à évaluer les besoins de formation des professionnels de la santé sur les facteurs de risque de maladies respiratoires chez les PNIM. L'approche adoptée par la BCLA met l'accent sur la promotion de la santé, la sensibilisation et la prévention des maladies et cible tous les types de maladies chroniques.

## **2.4 Résultats et discussion**

### **2.4.1 Tendances**

La majorité des stratégies et des projets, des programmes et des initiatives examinés dans le cadre de notre recherche s'adressent à tous les Autochtones au lieu de cibler précisément les populations des Premières nations, des Inuits ou des Métis. Cependant, lorsque les stratégies, les projets, les programmes et les initiatives ciblent directement une population donnée, la plupart s'adressent aux Premières nations (vivant surtout dans les réserves) et aux Inuits. La répartition géographique joue un rôle de premier plan dans la prestation des services de soins de santé; il est plus facile d'offrir un traitement aux populations vivant dans les réserves ou les communautés éloignées parce qu'elles sont regroupées dans des zones géographiques distinctes. Les Autochtones qui vivent en milieu urbain ont un meilleur accès aux programmes qui offrent des services et du soutien au public en général.

De nombreuses stratégies autochtones examinées intègrent une approche holistique de la santé au lieu de porter sur une maladie en particulier. Elles adoptent une perspective plus globale de la santé qui tient compte de l'aspect mental, spirituel, émotionnel et physique. Entre autres exemples d'initiatives qui utilisent un point de vue holistique, mentionnons la Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones (SRMA). Ce programme est offert en Ontario, et son mandat reflète un vaste éventail de valeurs, notamment la guérison familiale, la communication avec les communautés autochtones et la prise en considération de la culture autochtone dans ses activités. La Stratégie finance actuellement trois types d'initiatives dans le cadre de 18 programmes, notamment des affectations spécifiques, des projets spécialisés et le programme *Aboriginal healthy babies, healthy children*. Le but est d'instaurer des programmes communautaires qui sont offerts par l'entremise d'organisations autochtones.

Dans le cadre de notre examen, nous avons été incapables de trouver des stratégies des projets, des programmes et des initiatives autochtones ciblant particulièrement l'apnée du sommeil, la fibrose kystique ou la pneumonie. Les programmes disponibles pour ces maladies s'adressent à la population en général et se concentrent sur le dépistage et la gestion des maladies. En outre, nous n'avons trouvé

aucun programme autochtone traitant précisément de la MPOC; les programmes les plus pertinents portent sur les maladies chroniques en général. Par exemple, le Saskatoon Indian and Métis Friendship Centre a mis en place un projet de prévention des maladies chroniques qui s'adresse aux Premières nations et aux Métis. Ce projet permet d'enseigner aux personnes atteintes de maladies chroniques, notamment l'asthme et la MPOC, la façon de bien gérer leur maladie. Le programme ActionAir, de l'Association pulmonaire du Canada, est le programme le plus couramment utilisé pour parler de la MPOC, bien qu'il ne comporte aucun volet autochtone. L'Association pulmonaire du Canada offre également en ligne certaines ressources générales sur la MPOC, notamment des guides, des fiches d'information et une ligne téléphonique de soutien.

## **2.4.2 Pratiques prometteuses et recommandations**

Notre recherche nous a démontré que les projets, les programmes et les initiatives communautaires sont les plus efficaces (Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 2005; Santé Canada, 2010c). Les projets, les programmes et les initiatives doivent correspondre à la culture locale, tenir compte des valeurs locales et utiliser des méthodes qui conviennent à la communauté.

Les maladies respiratoires liées au tabagisme sont celles qui retiennent le plus l'attention dans le contexte des Premières nations, des Inuits et des Métis. Le cancer du poumon est la principale cause de mortalité chez les Inuits canadiens, même si les cigarettes se vendent beaucoup plus cher en Arctique que dans le reste du pays. Bien que la Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme fasse état d'un déclin du taux de mortalité due au tabagisme, des ventes de cigarettes et du nombre de jeunes qui font l'usage du tabac (Santé Canada, 2010), la nécessité de se doter d'une stratégie de réduction du tabagisme qui vise directement les Inuits et qui tient compte de la culture et des valeurs inuites est reconnue. Inuit Tapiriit Kanatami a élaboré une telle stratégie, mais seulement quelques-uns de ses volets bénéficient d'une aide financière de Santé Canada à ce jour. Parmi ces volets, l'Inuit Tobacco-Free Network offre diverses ressources en ligne aux fumeurs inuits et à d'autres organisations inuites qui souhaitent en apprendre davantage sur les risques du tabac pour la santé. En 2010, l'Inuit Tobacco-Free Network a offert des cours de formation à distance de trois mois aux travailleurs inuits de la santé et du bien-être pour faire connaître les pratiques prometteuses visant la réduction du tabagisme. Les cours cherchent à doter les professionnels de la santé et du bien-être des outils nécessaires pour inciter les membres de la communauté à cesser de fumer ou à réduire leur consommation. Pour qu'il y ait réellement réduction du tabagisme, il importe que les projets, les programmes et les initiatives soient axés sur la communauté et mettent l'accent sur les besoins et les ressources des peuples autochtones. Les projets, les programmes et les initiatives qui jouissent d'un contrôle et d'un soutien communautaires élevés ont beaucoup plus de chances de réussir.

Pour les Inuits en particulier, l'accès aux soins de santé est une grande source d'inquiétude, surtout pour ceux qui sont atteints de cancer. Dans plusieurs cas, le cancer n'est détecté qu'à un stade très avancé. Il faut donc des programmes de dépistage précoce et des stratégies de prévention, ainsi qu'une meilleure gestion et un meilleur traitement de la maladie. Dans l'ensemble, les observations révèlent qu'il est

nécessaire d'améliorer constamment les services afin d'être en mesure de traiter les Inuits plus efficacement.

Une étude menée par l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) indique que les stratégies antitabagiques autochtones doivent transmettre des messages personnalisés sur l'usage historique du tabac dans les cérémonies traditionnelles et sur les risques du tabac pour la santé. Ainsi, les Inuits ne considèrent pas le tabac comme une plante sacrée. Il fait trop froid dans l'Arctique pour en faire pousser, mais les Inuits le connaissent grâce au commerce. Sachant cela, les concepteurs de programmes visant les Inuits doivent tenir compte de l'histoire et de la culture inuites. Les initiatives qui portent sur le bon et le mauvais usage du tabac selon le contexte (traditionnel ou commercial) peuvent ne pas être aussi pertinentes pour les Inuits que pour les Premières nations, qui utilisent le tabac dans un cadre traditionnel depuis longtemps. Les stratégies les plus efficaces sont celles qui présentent les répercussions du tabac sur la santé d'une façon nouvelle et qui ciblent un public bien défini. Une « approche stratégique complète et collaborative qui intègre et appuie des initiatives communautaires » est nécessaire (AIIAC, 2005).

La stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Autochtones de la Colombie-Britannique est parvenue avec succès à inciter les gens à cesser de fumer. Cette stratégie intègre certains enseignements culturels, fait participer les communautés à la création et à la mise en œuvre des processus, et permet de nouer des partenariats et de consacrer toute l'énergie et l'attention sur les jeunes. À ce titre, il s'agit d'un programme qui tient réellement compte de la culture et des valeurs autochtones. De son côté, le défi Honour Your Health Challenge fait la promotion d'un mode de vie sain et actif, exempt d'abus de tabac. Puisque la Colombie-Britannique présente le taux de tabagisme le plus bas de toutes les provinces, voilà un exemple à suivre.

Il existe également des pratiques prometteuses en ce qui concerne la tuberculose. Des programmes de dépistage et de gestion active des cas ont amené la baisse du taux de tuberculose dans les communautés des Premières nations. Cependant, dans le but d'éliminer complètement la maladie, il faut davantage de programmes de prévention et un dépistage annuel des personnes, des groupes et des communautés dans les populations à risque (Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique, 2004). Autant l'éducation que la formation influencent positivement la nutrition et les conditions de logement, lesquelles ont ensuite une incidence sur le nombre de personnes qui sont infectées par la tuberculose. Par conséquent, le fait de mettre l'accent sur les programmes d'éducation et de nutrition amène de nombreux avantages pour les peuples autochtones. L'ASPC continue d'élaborer et de publier une variété de rapports et de documents pertinents sur la prévention de la tuberculose et sur la lutte contre cette maladie.

Dans une perspective générale, le Plan directeur pour la santé des Autochtones est un plan national de transformation sur 10 ans qui aborde la question de l'écart entre les résultats pour la santé de la population canadienne en général et celle des peuples autochtones, y compris les Premières nations, les Inuits et les Métis. Le Plan directeur est un effort combiné des gouvernements fédéral, provinciaux et territoriaux mené en collaboration avec des leaders et des organisations autochtones. Il a été conçu

pour le système canadien des soins de santé et vise à combler l'écart dans les résultats pour la santé d'ici 2015. Il existe également un cadre distinct pour les Premières nations, les Inuits et les Métis afin de répondre aux besoins propres à chaque groupe. Une collaboration avec les organisations de santé respiratoire des Autochtones pourrait être conclue afin d'examiner les résultats pour la santé.

Un des moyens de faciliter directement l'accès des Autochtones aux services de santé serait de mettre en place un programme de liaison avec eux. À certains endroits, là où les mêmes services sont offerts aux Autochtones et aux non-Autochtones, cette liaison sert de médiateur entre les clients autochtones et le système de soins de santé. L'Alberta dispose d'un tel programme dont les objectifs principaux sont d'améliorer l'accès aux services de santé existants, d'accroître le niveau de connaissance, d'élaborer des programmes et des services qui répondent aux besoins des Autochtones en matière de santé, d'adopter un modèle du bien-être pour la santé des Autochtones et de mieux faire connaître la culture autochtone aux professionnels de la santé. La liaison avec les Autochtones peut les aider à se sentir plus à l'aise avec le système de soins de santé, ce qui rend le traitement plus accessible.

Le programme Télésanté offre une autre occasion d'offrir des services de soins de santé dans les communautés éloignées, car il prend appui sur les technologies des communications et de l'information pour fournir des services et de l'information en dépit de la distance. Au moyen de la téléconférence, de la vidéoconférence, de l'imagerie médicale et de la technologie haute vitesse, les médecins et le personnel infirmier procèdent à des consultations médicales et établissent des diagnostics pour des patients vivant en région éloignée. D'autres initiatives pourraient être mises en œuvre afin de veiller à ce que ce système soit tout aussi efficace pour les personnes des régions éloignées atteintes de maladies respiratoires.

## ***2.5 Conclusions***

Les projets, les programmes et les initiatives dirigés par les ministères de la Santé et des Services sociaux des dix provinces et des trois territoires ont été soigneusement examinés dans le cadre de la présente étude. Dans les territoires, les programmes d'abandon du tabagisme sont monnaie courante, étant donné le taux de tabagisme plus élevé observé dans la population autochtone. Chaque ministère consacre une section de son site Web à la présentation des programmes et des initiatives en cours. Bien que presque toutes les provinces et tous les territoires disposent d'un volet autochtone, très peu ont mis en œuvre des initiatives sur la santé respiratoire visant les populations autochtones.

La majorité des projets, des programmes et des initiatives visant la santé respiratoire portent principalement sur la promotion de la santé et la prévention des maladies. La plupart des organismes consacrés à la santé concentrent leurs efforts sur l'abandon du tabagisme dans une certaine mesure. Les projets de lutte contre le tabagisme chez les jeunes qui insistent sur la sensibilisation et la prévention des maladies sont particulièrement nombreux. Voilà ce qui explique pourquoi les problèmes de santé respiratoire qui attirent le plus l'attention et le soutien des organisations semblent être ceux qui sont liés au tabac, surtout le cancer du poumon. Bien que des projets, des programmes et des initiatives visant les maladies comme la MPOC, l'asthme et l'apnée du sommeil existent bel et bien, nous n'avons trouvé aucune initiative autochtone qui porte précisément sur ces maladies. La plupart des

organisations autochtones semblent adopter une approche holistique de la santé, s'attardant à tous les aspects de la santé et du bien-être, plutôt que d'insister sur une seule facette.

La plupart des gouvernements provinciaux ont un ministère responsable des affaires ou des relations autochtones; malgré cela, ils commencent généralement à peine à aborder comme telle la question de la santé respiratoire des Autochtones. Les stratégies, les projets, les programmes et les initiatives actuels qui portent sur les maladies chroniques sont plus souvent axés sur le diabète, qui est très répandu au sein des peuples autochtones. À ce jour, les études portant sur d'autres problèmes de santé, comme la MPOC et l'asthme dans certaines populations autochtones, sont limitées. Dans l'ensemble, les programmes actuels peuvent cibler certains aspects de la santé respiratoire, mais ils tendent plus souvent à être de portée plus générale.

Parmi les importantes lacunes constatées, mentionnons la pénurie de programmes et de données sur la santé respiratoire des Métis. Alors qu'il existe des ressources, comme des boîtes à outils, des modèles et des brochures, pour les peuples autochtones dans leur ensemble, bien peu de ces instruments s'adressent à la population métisse en particulier. Parallèlement, les organisations métisses abordent parfois indirectement la question de la santé respiratoire en intervenant sur les déterminants sociaux de la santé, comme le logement et l'éducation.

Pour qu'un programme de santé soit véritablement universel, nous devons sérieusement tenir compte des besoins différents des Premières nations, des Inuits et des Métis. Chacun de ces groupes peut présenter des problèmes respiratoires et des risques pour la santé qui lui sont propres et nécessiter des programmes conçus spécialement pour une population, voire un sexe en particulier. Même s'il importe de parler des choix à prendre lorsque vient le temps d'adopter un mode de vie et des comportements, il est également impératif de cerner et d'examiner les sources profondes (les déterminants sociaux) des problèmes de santé respiratoire.

## 3.0 Études de cas

La présente section décrit et analyse plusieurs études de cas portant sur chacun des trois peuples autochtones. Lorsque nous élaborons des études de cas pour des populations distinctes en regard des projets, des programmes et des initiatives en santé respiratoire visant les Premières nations, les Inuits et les Métis, nous avons trois objectifs. Premièrement, nous soulignons, selon l'optique de la communauté, l'incidence positive des projets, des programmes et des initiatives sur la santé respiratoire et les déterminants de la santé dans la communauté. Deuxièmement, nous mettons en lumière les raisons pour lesquelles les projets, les programmes et les initiatives ont eu du succès, du point de vue de la communauté. Troisièmement, nous nous penchons sur les innovations, les améliorations, les idées et les recommandations qui, de l'avis de la communauté, contribueraient au succès des projets, des programmes et des initiatives s'ils étaient reproduits ailleurs au Canada.

Une liste de questions types a été dressée afin d'orienter les entrevues semi-dirigées menées pour chaque étude de cas (annexe 1).

### 3.1 Études de cas – Premières nations

À l'aide de la liste de contrôle des initiatives pancanadiennes de santé respiratoire visant les Autochtones, élaborée dans le cadre du volet concernant l'analyse environnementale du projet de recherche, des initiatives cibles ont d'abord fait l'objet de recherches dans Internet afin de trouver cinq organismes appropriés pour mener des entrevues. Des efforts conscients ont été déployés pour sélectionner des cas reflétant toute une gamme de conditions, de portées et de questions en matière de santé respiratoire. Cependant, puisque seulement deux parties ont donné suite à leur accord initial consistant à être interrogées, une approche ad hoc de réseautage personnel a ultérieurement été adoptée pour trouver plusieurs autres informateurs clés.

En fin de compte, quatre organismes ou initiatives cibles ont participé aux entrevues menées auprès des informateurs clés en vue de fournir des exemples concrets de services offerts aux membres des Premières nations du Canada en matière de santé respiratoire :

1. La Sliammon Smokers Clinic, située dans une réserve rurale, répondant aux besoins de la Première nation de Sliammon, en Colombie-Britannique;
2. L'initiative visant les stratégies de renoncement au tabac « Taking the Lead for Change » (prendre les devants pour changer), offerte dans les communautés autochtones à travers le Canada – la majorité d'entre elles étant des Premières nations – au moyen de la présentation et de la mise en œuvre d'un manuel de formation, un guide d'autonomisation des communautés et d'autres aides visuelles par les membres de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC), afin d'aider les membres des Premières nations à cesser de fumer;

3. Le programme de lutte contre le tabagisme d'Action Cancer Ontario, lequel assure la participation des communautés autochtones de l'Ontario et les aide à formuler des stratégies de prévention et de renoncement au tabagisme qui renforcent leurs capacités, favorisent les partenariats et promeuvent l'échange de connaissances;
4. Le programme de renoncement au tabac « Choose to be Smoke-Free » (choisir de vivre sans fumée) de l'unité sanitaire du comté de Peterborough, offrant des services de renoncement au tabac aux résidents de la Première nation avoisinante de Curve Lake à Peterborough, en Ontario.

Une gamme raisonnable de types de programmes est présentée dans les études de cas, notamment :

- Un programme national (« Taking the Lead for Change » (prendre les devants pour changer)) répondant surtout aux besoins des membres des Premières nations en favorisant la sensibilisation à l'égard des dangers du tabagisme;
- Un programme provincial (le programme de lutte contre le tabagisme d'Action Cancer Ontario) répondant aux besoins de la population autochtone, dont les membres des Premières nations vivant dans une réserve ou hors réserve, en aidant les communautés à mettre en œuvre leurs propres initiatives en matière de promotion de la santé (y compris les projets de traitement);
- Une clinique dans une réserve de la côte Ouest (la Sliammon Smokers Clinic) offrant à la fois des services de traitement et de promotion de la sensibilisation à la santé à des résidents de la localité;
- Un programme du centre du pays (« Choose to be Smoke-Free » (choisir de vivre sans fumée)) n'étant peut-être pas adapté, géré ou contrôlé par des membres des Premières nations, mais acceptant consciemment des clients d'une communauté des Premières nations avoisinante pour traiter la dépendance à l'égard du tabac.

Bien que ces quatre initiatives répondent aux besoins des membres des Premières nations, seulement la Sliammon Smokers Clinic répond exclusivement aux besoins de cette population. Par ailleurs, le programme de renoncement au tabac « Choose to be Smoke-Free » (choisir de vivre sans fumée) de l'unité sanitaire du comté de Peterborough ne comprend presque aucun volet spécifique pour les Premières nations, outre le fait que ce programme vise consciemment les membres des Premières nations grâce à un mécanisme d'orientation-recours.

La Sliammon Smokers Clinic et le programme de l'unité sanitaire du comté de Peterborough offrent des services de traitement pour la dépendance et le renoncement au tabac à des clients particuliers, tandis que le programme d'Action Cancer Ontario finance des projets du genre, mais n'offre pas lui-même de traitement directement. Ces trois organisations favorisent la sensibilisation. « Taking the Lead for Change » (prendre les devants pour changer) est axée uniquement sur la promotion de la lutte contre le tabagisme, de façon générale, comme une question d'éducation publique.

Idéalement, les programmes portant sur d'autres questions de santé respiratoire, comme l'asthme ou la tuberculose, auraient également dû être inclus. Malheureusement, il s'est avéré difficile d'assurer la participation aux entrevues. Tout de même, la majorité des programmes existants à l'échelle du pays concernant la santé respiratoire semblent être axés sur la prévention du tabagisme et le renoncement au tabac.

### **3.1.1 Étude de cas 1 : La Sliammon Smokers Clinic**

#### ***3.1.1.1 Aperçu***

La Première nation de Sliammon, au nombre de 1 000 membres, est située sur la région côtière de la Colombie-Britannique appelée « Sunshine Coast », dans un milieu relativement rural à quelque 133 kilomètres au nord de Vancouver. À l'heure actuelle, la Sliammon Smokers Clinic n'est pas opérationnelle, car il est nécessaire de chercher et d'obtenir un nouveau financement. Le projet pilote de trois ans aurait toutefois apporté une aide précieuse à beaucoup de résidents de Sliammon.

Ouverte dans le cadre d'une stratégie de lutte contre le tabagisme élaborée par la communauté des Tla'Amin, la clinique était le premier centre d'intervention en tabacomanie dans une communauté des Premières nations au Canada. Cette initiative a fait suite à une observation du personnel médical et des services de santé de Sliammon – s'appuyant sur des données statistiques concernant tous les membres des Premières nations – selon laquelle le taux de tabagisme chez les adolescents et les adultes de la communauté était à un niveau inacceptable.

Grâce aux efforts de collaboration d'une infirmière et d'un médecin, divers services confidentiels ont été offerts sans frais aux membres de la bande de Sliammon. Voici ce qui était offert au départ :

- De la gomme à mâcher à la nicotine, des timbres de nicotine ou du Zyban;
- Des cérémonies de guérison traditionnelles de Sliammon (comme des brushings, des sueries ou des cercles de guérison);
- De l'information et des ressources sur le renoncement au tabac et la fumée secondaire;
- Un contrôle à l'aide d'un analyseur d'haleine en vue d'en déterminer la teneur en monoxyde de carbone;
- Un accès gratuit à Internet pour consulter des sites Web donnant de l'information sur le tabac et traitant de la désaccoutumance au tabac;
- Un accès téléphonique gratuit et confidentiel à la ligne d'aide pour les fumeurs de la Colombie-Britannique.

À mesure que le programme évoluait, d'autres volets ont été ajoutés aux services :

- Un groupe d'entraide communautaire (p. ex. des célébrations pour des personnes ayant passé une période donnée sans fumer);

- L'appui du public pour les personnes qui ont cessé de fumer, récemment ou depuis longtemps, notamment à l'aide de mentions dans les journaux ou les bulletins d'information;
- Du matériel de sensibilisation au programme, comme les vestes de la Sliammon Smokers Clinic.

### **3.1.1.2 Avantages**

La Sliammon Smokers Clinic s'adressait aux adolescents et aux adultes fumeurs membres de la Première nation de Sliammon. Il n'a été tenu compte d'aucune distinction fondée sur le sexe pour fournir des services ou en établir le contenu.

Bien que les services aient été rendus à ces deux groupes d'âge, les adultes en auraient davantage tiré parti puisqu'ils sont, en tant que groupe, plus susceptibles que les adolescents de craindre les effets nocifs du tabac sur la santé. Les adultes de Sliammon seraient vraisemblablement plus conscients de leur propre mortalité que ne l'étaient leurs homologues adolescents. Même si aucune donnée statistique n'a été fournie, les répondants qui ont participé à l'entrevue menée auprès des informateurs clés ont conclu que la Sliammon Smokers Clinic avait été un succès, comme en témoigne, en partie, les tentatives actuelles de renouveler le financement.

### **3.1.1.3 Facteurs de réussite**

Plusieurs facteurs expliquent le succès du programme, dont les suivants :

- L'appel fréquent à un groupe d'entraide communautaire pour aider les clients à s'abstenir de fumer (grâce à la reconnaissance et à l'encouragement des membres du groupe qui réussissent à s'abstenir de fumer pendant un certain laps de temps);
- La prestation d'un soutien aux personnes qui ont cessé de fumer à court et à long terme, au moyen des méthodes précitées et en soulignant publiquement leur succès dans des articles des journaux locaux et des bulletins d'information;
- L'effort global pour éduquer les fumeurs et les fumeurs éventuels quant aux effets nocifs du tabagisme;
- L'embauche d'une infirmière auxiliaire provenant de la communauté de Sliammon, laquelle était elle-même une ancienne fumeuse.

De façon plus générale, le succès était attribué aux facteurs suivants :

- L'attention positive que porte la communauté sur les succès des personnes de la localité;
- L'élaboration et la distribution de matériel de promotion et de sensibilisation, comme des affiches ou d'autre matériel présentant des histoires de réussite locales de désaccoutumance au tabac, et des vêtements sur lesquels est imprimé le logo de la clinique;

- La poursuite d'un processus qui faisait réfléchir les clients à où ils en étaient et où ils voulaient être.

#### ***3.1.1.4 Suggestions d'amélioration***

Bien que la Sliammon Smokers Clinic soit considérée par Tla'Amin Community Health – son organisme d'attache – comme ayant été un projet antitabac très réussi, plusieurs leçons ont été tirées de son établissement, de son exploitation et de la suspension actuelle de ses activités. Celles-ci permettent notamment de formuler les recommandations suivantes :

- Les infirmières et les infirmiers de la clinique de renoncement au tabac doivent avoir reçu l'autorisation et la formation pour exécuter des « tâches désignées », comme la prescription de médicaments et de produits de remplacement du tabac;
- Suffisamment de temps doit être alloué au départ pour jeter les bases des volets des programmes de la clinique antitabac, commençant par une évaluation approfondie des besoins;
- Un financement à plus long terme doit être obtenu à l'avance, de façon que les activités du projet ne soient pas interrompues pendant la recherche d'un nouveau financement (si cela est possible, les dispositions de temporarisation devraient être totalement évitées);
- Les Premières nations devraient donner leur avis et exercer un plus grand contrôle sur les questions liées au financement des soins de santé, de façon générale, et sur leurs cliniques de renoncement au tabac en particulier.

#### ***3.1.1.5. Personne-ressource***

Rose Adams  
Gestionnaires des opérations  
Tla'Amin Community Health  
R.R. 2, 6690, route Sliammon  
Powell River (Colombie-Britannique) V8A 4Z3  
Tél. : 604-483-3009  
Télec. : 604-483-2466  
Courriel : [rose.adams@sliammon.bc.ca](mailto:rose.adams@sliammon.bc.ca)

## **3.1.2 Étude de cas 2 : Les stratégies de renoncement au tabac « Taking the Lead for Change » (prendre les devants pour changer) de l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC)**

### **3.1.2.1 Aperçu**

L'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC) est un organisme national à but non lucratif à caractère caritatif qui est le porte-parole des représentants en santé communautaire (RSC) des Premières nations et des Inuits. Voici ses objectifs :

- Améliorer la qualité des soins de santé chez les membres des Premières nations et les Inuits afin qu'ils puissent jouir du même niveau de santé que le reste de la population canadienne;
- Fournir une tribune aux RSC pour leur permettre de communiquer et d'échanger de l'information entre eux sur diverses initiatives de santé communautaire et sur l'amélioration du programme des RSC à l'échelle nationale;
- Sensibiliser les gens au programme des RSC du Canada et les aider à mieux le comprendre;
- Élaborer un mécanisme et des méthodes permettant d'informer les communautés des Premières nations et inuites, la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits (DGSPNI), Santé Canada et d'autres intervenants à propos de toute question liée aux RSC.

Afin d'atteindre son premier objectif, l'ONRIISC a établi les stratégies de renoncement au tabac « Taking the Lead for Change » (prendre les devants pour changer), lesquelles ont été mises en œuvre à l'échelle nationale dans toutes les communautés des Premières nations (et inuites) employant des RSC. La Stratégie de lutte contre le tabagisme chez les Premières nations et les Inuits de Santé Canada a financé cette initiative. Plus particulièrement, les « stratégies » propres à l'ONRIISC consistaient à présenter et à favoriser l'adoption de ses propres produits d'information et de promotion en matière de santé, notamment :

- Un manuel de formation traitant de la dépendance à la nicotine;
- Un tableau de papier et un cahier d'activités;
- Un feuillet de documentation concernant la sous-initiative connexe « Smoke-Free Homes » (foyers sans fumée);
- Diverses affiches;
- Un outil et un guide d'enquête pour les chercheurs (pour la collecte de données de référence sur la dépendance à la nicotine dans la communauté locale).

L'ONRIISC vend ces ressources afin de générer des fonds pour continuer d'offrir des présentations publiques sur la dépendance à la nicotine en l'absence de financement public.

### ***3.1.2.2 Avantages***

La majorité du matériel concernant les stratégies de renoncement à la nicotine s'adressait aux jeunes, aux adultes et aux aînés. La sous-initiative « Smoke-Free Homes » (foyers sans fumée), cependant, visait surtout les enfants et les jeunes. De plus, un volet précis portant sur le renoncement, propre au sexe, a été conçu et offert aux femmes enceintes.

Comme aucune évaluation faisant suite à l'initiative n'a été financée par Santé Canada, il est difficile d'affirmer avec certitude si les stratégies « Taking the Lead for Change » (prendre les devants pour changer) ont permis ou non de réduire le tabagisme dans les réserves. La situation est exacerbée par le fait que l'ONRIISC n'est pas située effectivement dans les communautés desservies par ses membres et, par conséquent, ne peut connaître avec précision les points de vue des communautés des Premières nations quant au succès de ses stratégies.

L'ONRIISC a confiance en la qualité de son matériel, même si elle admet qu'il devient légèrement dépassé avec le temps. En effet, le matériel se rapportant aux différentes stratégies est encore demandé, ce qui indique que le programme connaît du succès puisqu'il est adopté par les communautés des Premières nations. De manière générale, les communautés des Premières nations auraient fait, dans l'ensemble, des progrès en ce qui concerne le renoncement au tabac. Toutefois, l'ONRIISC reconnaît que les initiatives connexes d'autres organismes ont contribué à cette amélioration.

### ***3.1.2.3 Facteurs de réussite***

Bien que l'ONRIISC estime que toutes ses ressources en matière de renoncement et de dépendance à la nicotine sont vraisemblablement efficaces, son tableau de papier semble être particulièrement populaire auprès des consommateurs. Cette popularité peut s'expliquer par le fait qu'il s'agit d'un produit simple et illustré, à la portée de tous les publics. Il a été mentionné que ce format serait probablement aussi efficace pour éduquer la population au sujet d'autres questions de santé, comme les questions de santé mentale ou liées au sexe.

### ***3.1.2.4 Suggestions d'amélioration***

L'ONRIISC ne croit pas qu'il existe de données statistiques suffisantes pour examiner en détail le ou les succès du programme, mais celle-ci a formulé des recommandations sur la façon dont les programmes semblables devraient être financés et exploités à l'avenir. Les voici :

- L'expression « dépendance à la nicotine » devrait remplacer l'expression « renoncement au tabac », non seulement pour replacer le cœur de cet enjeu de santé dans une juste perspective, mais également pour éviter de faire implicitement une allusion désobligeante, et donc inappropriée sur le plan culturel, à l'égard d'une plante que plusieurs membres des Premières nations considèrent être un médicament venu des dieux (lorsqu'elle est utilisée avec modération et spiritualité);

- Pour assurer un succès continu, il est crucial de mieux faire connaître les produits et les programmes contre la dépendance à la nicotine dès le départ, en partie parce que les [TRADUCTION] « fumeurs ne participent pas toujours [avec empressement] », et parce qu'il est possible de s'intéresser à l'aspect « numérique » de la dépendance à un moment ultérieur du programme;
- Les initiatives dont le succès est restreint valent mieux que le fait de n'avoir aucun programme en matière de renoncement au tabac; il est par conséquent peu judicieux d'arrêter complètement de les financer lorsqu'il n'existe aucune autre solution de rechange;
- C'est une bonne idée d'évaluer la pertinence et l'efficacité des ressources du projet de façon périodique et de les rajuster, au besoin;
- Des tableaux de papier peuvent s'avérer utiles pour la promotion de la santé, car ils sont faciles à comprendre pour la plupart des publics cibles, et ils ont tendance à susciter de bonnes conversations au sujet des questions en jeu. De plus, ils peuvent être utilisés pour aborder de nombreuses questions de santé différentes;
- L'Association des médecins indigènes du Canada, l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, le cercle d'action sur la lutte contre le tabagisme de l'Assemblée des Premières nations, le Comité de santé de la Société canadienne de pédiatrie (SCP) et les Centres nationaux d'amitié autochtones devraient participer à l'élaboration d'un cadre en matière de santé respiratoire des Autochtones.

### ***3.1.2.5. Personne-ressource***

Debbie Dedam-Montour

Directrice générale

Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire

C.P. 1019

1, chemin Roy Montour

Kahnawake (Québec) J0L 1B0

Tél. : 450-632-0892, poste 224

Télec. : 450-632-2111

Courriel : [debbiedm@niichro.com](mailto:debbiedm@niichro.com)

## **3.1.3 Étude de cas 3 : Le programme de lutte contre le tabagisme d'Action Cancer Ontario**

### ***3.1.3.1 Aperçu***

Action Cancer Ontario est l'organisme provincial chargé d'améliorer continuellement les services de cancérologie et de conseiller le gouvernement provincial sur les questions relatives au cancer. Régie par

la Loi sur le cancer et relevant du ministre de la Santé, Action Cancer Ontario s'acquitte des tâches suivantes :

- Dirige et supervise la répartition des fonds destinés au réseau public de soins de santé qui sont versés aux hôpitaux et aux autres fournisseurs de soins de cancérologie;
- Met en œuvre les programmes provinciaux de prévention et de dépistage du cancer conçus pour réduire les risques de cancer et accroître les taux de participation aux examens de dépistage;
- Collabore avec les organismes et spécialistes des soins de cancérologie en vue d'élaborer et de mettre en œuvre des normes et des mesures d'amélioration de la qualité;
- Fait appel à des technologies et des systèmes d'information électronique en vue de soutenir les spécialistes de la santé et de favoriser les soins autoadministrés par les patients en améliorant la sécurité, la qualité, l'efficacité, l'accessibilité et la responsabilité des services de cancérologie;
- Planifie les services de cancérologie pour répondre aux besoins actuels et futurs des patients, et travaille en collaboration avec les fournisseurs de soins de santé afin d'améliorer continuellement les soins de cancérologie;
- Transforme les nouvelles recherches en améliorations et innovations sur le plan de la pratique clinique et de la prestation des services de cancérologie.

Action Cancer Ontario compte trois programmes qui répondent aux besoins de la population autochtone, y compris le Programme de lutte contre le tabagisme chez les Peuples autochtones. Dans ses grandes lignes, cette initiative de promotion de la santé, qui s'inscrit dans le cadre de la stratégie Ontario sans fumée, exhorte et aide les communautés autochtones de l'Ontario à formuler des stratégies de prévention et de renoncement au tabagisme. Les objectifs secondaires du programme consistent entre autres à renforcer les capacités, à favoriser les partenariats et à promouvoir l'échange de connaissances.

Deux raisons sont à l'origine du Programme de lutte contre le tabagisme chez les Peuples autochtones. Premièrement, un taux élevé de tabagisme a été recensé dans les communautés autochtones de l'Ontario, et celui-ci est associé à des résultats négatifs pour la santé. Deuxièmement, la Loi favorisant un Ontario sans fumée ne tient pas compte directement des besoins de la population autochtone. Réunis, ces facteurs ont amené la création d'une initiative qui rechercherait des solutions efficaces en matière de lutte contre le tabagisme pour les communautés autochtones.

Le Programme de lutte contre le tabagisme chez les Peuples autochtones permet de réaliser ceci :

- Offrir du financement et du soutien pour la mise en œuvre de programmes de renoncement au tabac à court terme visant les jeunes ainsi que les femmes enceintes et celles qui viennent d'accoucher;
- Financer et gérer un groupe de travail sur le tabac pour les jeunes, lequel élabore et met sur pied une campagne d'activités sportives et récréatives pour la sensibilisation à l'usage intelligent du tabac pour la Little Native Hockey League (Little NHL) et les communautés autochtones;

- Collaborer avec d'autres organismes afin d'utiliser les ressources actuelles et orienter l'exploitation des ressources futures en vue de mieux répondre aux besoins des Autochtones (héberge un site Web faisant la promotion des modes de vie et des communautés faisant un usage intelligent du tabac);
- Fournir du matériel comme des affiches, des serre-poignets et des brochures pour accroître la sensibilisation des communautés autochtones;
- Mettre à la disposition du personnel de soins de santé de première ligne des programmes de formation sur la prévention, le renoncement et la protection concernant le tabac commercial;
- Fournir aux leaders communautaires des renseignements fondés sur des données probantes leur montrant comment bâtir une communauté sensibilisée à un usage intelligent du tabac.

### ***3.1.3.2 Avantages***

Le Programme de lutte contre le tabagisme chez les Peuples autochtones sensibilise les communautés autochtones de l'Ontario à la prévention et au renoncement au tabagisme. Dans son ensemble, le programme déploie des efforts pour rejoindre les jeunes autochtones; il ne comporte aucun volet sexospécifique pour l'instant.

Les membres des Premières nations vivant dans une réserve semblent être particulièrement réceptifs à ce message. Cet intérêt peut s'expliquer par la participation de directeurs des centres de santé engagés et bien informés à l'échelle locale.

### ***3.1.3.3 Facteurs de réussite***

Comme il l'a été mentionné ci-dessus, nous croyons que la connaissance qu'ont les directeurs des centres de santé de leur propre communauté contribue à la participation et au succès des initiatives parrainées par le Programme de lutte contre le tabagisme chez les Peuples autochtones dans les communautés autochtones de l'Ontario. Dans son ensemble, le succès est également attribuable à la gamme de volets du programme qui sont offerts aux planificateurs, notamment l'accès à de l'aide et de l'expertise dans le cadre des projets, et la facilitation de l'établissement de partenariats (comme le fait de superposer des initiatives autochtones locales aux initiatives visant le grand public).

### ***3.1.3.4 Suggestions d'amélioration***

L'entrevue d'informateurs clés ayant donné lieu à la présente étude de cas a permis de formuler des conseils utiles pour les parties qui souhaiteraient adopter le programme à l'avenir :

- L'échange de renseignements entre le gouvernement provincial et les organismes autochtones est crucial pour éviter le chevauchement de services, et il est particulièrement important que les gouvernements aident les organismes autochtones à mettre en commun des pratiques exemplaires;
- Les options et mesures d'intervention existantes en matière de tabagisme peuvent être adoptées et adaptées pour la population autochtone, et elles devraient l'être; il n'est pas toujours nécessaire de partir de zéro;

- Des programmes novateurs qui intègrent diverses cultures autochtones devraient également être adoptés si possible;
- Suffisamment de temps devrait être alloué aux communautés pour que celles-ci puissent mettre en œuvre des programmes de lutte contre le tabagisme qui sont réellement efficaces;
- Il faut prêter une attention toute particulière aux différences qui existent entre les programmes sur réserve et hors réserve;
- L'accession à la durabilité des programmes est cruciale, non seulement lorsqu'il est question de financement, mais également lorsque la conservation du savoir relatif aux projets constitue un enjeu par rapport aux taux de roulement élevés du personnel;
- Les centres de santé devraient souligner aux clients le fait que les Services de santé non assurés (SSNA) comprennent les mesures de désaccoutumance au tabac.

### ***3.1.3.5. Personne-ressource***

Yvonne Corbiere

Directrice, Programme de lutte contre le tabagisme chez les Peuples autochtones

Action Cancer Ontario

620, avenue University

Toronto (Ontario) M5G 2L7

Tél. : 416-971-9800, poste 3348

Télé. : 416-971-6888

Courriel : [Yvonne.Corbiere@cancercare.on.ca](mailto:Yvonne.Corbiere@cancercare.on.ca)

## **3.1.4 Étude de cas 4 : Le programme de renoncement au tabac « Choose to be Smoke-Free » (choisir de vivre sans fumée) de l'unité sanitaire du comté de Peterborough**

### ***3.1.4.1 Aperçu***

Depuis deux ans, le centre de santé de la Première nation de Curve Lake participe à un programme de renoncement au tabac visant le grand public, dont la plus grande partie est déployée hors de la réserve. Le volet du programme de renoncement au tabac « Choose to be Smoke-Free » (choisir de vivre sans fumée) s'adressant particulièrement aux Premières nations comprend un mécanisme d'orientation des résidents des Premières nations vers le programme par le personnel du centre de santé de Curve Lake. Il semble néanmoins obtenir un taux de succès relativement élevé auprès des clients des Premières nations.

### ***3.1.4.2 Avantages***

Le programme de renoncement au tabac « Choose to be Smoke-Free » (choisir de vivre sans fumée) n'est pas conçu exclusivement pour les membres des Premières nations, mais l'adoption du service semble néanmoins connaître du succès, puisque les membres de la communauté de Curve Lake choisissent de l'utiliser. Bien qu'il soit possible de soutenir valablement que cela s'explique du fait qu'il s'agit de la seule option offerte, il ne faut pas oublier qu'il vaut mieux que le programme réussisse à attirer des clients des Premières nations plutôt qu'il ne réussisse pas du tout.

D'après les rapports trimestriels présentés au groupe de travail du programme, le nombre de personnes qui désirent participer est très satisfaisant. Selon les observations, 63 % des clients de la Première nation de Curve Lake s'étaient abstenus de fumer pendant une période d'au moins huit semaines après le début du sevrage.

Il convient de souligner que le programme vise uniquement la population adulte et qu'il ne comporte aucun volet propre au sexe.

### ***3.1.4.3 Facteurs de réussite***

Comme mentionné ci-dessus, le succès que connaît l'adoption du service pourrait en partie s'expliquer du fait qu'aucune autre option n'est offerte aux résidents de la Première nation de Curve Lake. Cependant, le taux de désaccoutumance au tabac dans le cadre de ce programme peut être attribuable au fait que le programme de renoncement au tabac « Choose to be Smoke-Free » (choisir de vivre sans fumée) fait appel à une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) utilisée conjointement avec un counselling individuel par encouragement. Ensemble, ces deux méthodes seraient beaucoup plus efficaces que si seulement l'une d'entre elles était appliquée.

### ***3.1.4.4 Suggestions d'amélioration***

La recommandation la plus évidente consiste à établir un programme distinct de prévention de la tabacomanie et de désaccoutumance au tabac conçu et géré par les Premières nations. Bien que cette solution soit actuellement impossible, il importe de souligner que les membres des Premières nations peuvent tirer certains avantages de l'accès aux programmes grand public, comme celui du comté de Peterborough, lorsque rien d'autre n'est offert. Par conséquent, les recommandations suivantes sont formulées à l'intention de toute Première nation qui envisage de former un partenariat d'orientation avec une initiative grand public :

- Faire appel à un programme de traitement qui utilise une thérapie de remplacement de la nicotine (TRN) conjointement avec un counselling individuel par encouragement;
- Faire participer les intervenants de première ligne disposant de la formation adéquate directement dans la réserve, si cela est possible;
- Favoriser l'établissement de liens holistiques avec d'autres initiatives en matière de santé, si cela est possible;

- Maintenir des liens étroits avec les unités de santé locales et municipales offrant des programmes de renoncement au tabac visant précisément les résidents des Premières nations. Signaler qu'il est avantageux de pouvoir montrer une bonne participation des Premières nations en ce qui concerne le succès des propositions et des programmes.

#### **3.1.4.5. Personne-ressource**

Janice McCue

Représentante en santé communautaire

Centre de santé de Curve Lake

38, rue Whetung Est

Curve Lake (Ontario) K0L 1R0

Tél. : 705-671-2557

Télec. : 604-483-2466

Courriel : [janicemccue@curvelakehealthcentre.com](mailto:janicemccue@curvelakehealthcentre.com)

### **3.2 Études de cas – Inuits**

Avant d'entamer les études de cas sur les Inuits, afin d'obtenir des renseignements au sujet des projets, des programmes et des initiatives en santé respiratoire visant précisément les Inuits, des courriels ont été envoyés à des personnes-ressources inuites du domaine de la santé. Afin d'effectuer le suivi, des courriels et des appels ont servi à dresser une longue liste d'études de cas possibles portant sur les Inuits. Parmi celles-ci, quatre études de cas ont été retenues :

1. Le traitement et la gestion de la tuberculose par le gouvernement du Nunatsiavut (GN) et la Labrador-Grenfell Regional Health Authority (l'autorité sanitaire régionale de Labrador-Grenfell (LGH)) dans la région du Nunatsiavut;
2. Les premières recherches visant à réduire les infections des voies respiratoires inférieures (IVRI) causées par le virus respiratoire syncytial (VRS) chez les enfants inuits du Nunavut, ainsi que le programme du gouvernement territorial qui a suivi;
3. Le projet de participation de la communauté à la recherche appelé « Changement de culture en matière de tabagisme » (le projet CCS), un programme de lutte contre le tabagisme qui s'adresse aux communautés d'Ulukhaktok et d'Aklavik de la région d'Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest;
4. Le programme de lutte contre le tabagisme intitulé « Stay Quit to Win » (défi consistant à cesser de fumer et à persévérer pour gagner) géré par le service de santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) du Québec.

## **3.2.1 Étude de cas 1 : Le programme de traitement et de gestion de la tuberculose, au Nunatsiavut**

### ***3.2.1.1 Introduction***

Cette étude de cas se penche sur les approches uniques adoptées par le GN et la LGH dans le cadre du traitement et de la gestion de la tuberculose dans la région du Nunatsiavut.

### ***3.2.1.2 Contexte***

La région du Nunatsiavut du Labrador, qui s'étend sur 72 520 kilomètres carrés de terre et d'eau, comprend les communautés de Hopedale, Makkovik, Nain, Postville et Rigolet. D'après les résultats du Recensement de 2006, environ 2 400 personnes vivent dans ces communautés côtières, la plus importante étant Nain (1 034 personnes). Les cinq communautés du Nunatsiavut sont isolées; aucune route ne les relie entre elles ou aux autres communautés du Labrador.

Dans le cadre de leur processus de revendications territoriales, les Inuits du Labrador ont négocié l'établissement du premier gouvernement régional ethnique pour les Inuits au Canada. Le gouvernement du Nunatsiavut est entré en fonction le 1<sup>er</sup> décembre 2005. Il assume à l'heure actuelle une compétence législative progressive sur la gouvernance de son territoire, conformément aux plans de transition.

La prestation des soins de santé au Nunatsiavut est assurée par le ministère de la Santé et du Développement social du GN et la Labrador-Grenfell Regional Health Authority (LGH), l'une des quatre régions régionales relevant de la compétence provinciale.

La LGH offre des services cliniques par le biais des établissements de santé communautaire et d'un hôpital régional à Happy Valley-Goose Bay, alors que le GN offre toute une gamme de services de santé publique, de santé mentale et de toxicomanie, ainsi que des services de mieux-être et de santé pour les enfants.

Les taux de tuberculose parmi les Inuits du Canada sont considérablement plus élevés que ceux de tout autre groupe de population au Canada. Les données de l'Agence de la santé publique du Canada révèlent que le taux moyen de tuberculose parmi les Inuits canadiens est 185 fois plus élevé que celui relevé dans la population non autochtone née au Canada. Pour la période de 1997 à 2008, parmi les Inuits du Labrador, le taux moyen était de 89,7 par 100 000, soit environ 81,5 fois supérieur au taux de la population non autochtone née au Canada. Par conséquent, au Nunatsiavut, la gestion et le contrôle de la tuberculose demeurent des enjeux de santé publique primordiaux posant de grands défis.

La gestion et le contrôle de la tuberculose à l'échelon provincial relèvent de la compétence du médecin hygiéniste en chef du ministère de la Santé et des Services communautaires de Terre-Neuve-et-Labrador. À l'échelon régional, la production de rapports et la surveillance relèvent du médecin hygiéniste et de la Health Protection Services Branch (Direction des services de protection de la santé)

de la LGH. Les activités de gestion, de prévention et d'éducation sont du ressort de la Division de la santé publique du ministère de la Santé et du Développement social du GN.

### ***3.2.1.3 Aperçu***

Le programme de traitement et de gestion de la tuberculose a été lancé en 2005 conformément aux responsabilités du nouveau gouvernement du Nunatsiavut en matière de services de santé publique. La gestion de la tuberculose est mise en œuvre grâce à un partenariat fondé sur la collaboration entre la LGH et le GN, lorsque leurs rôles et responsabilités sont partagés.

Le programme est géré par le GN et la LGH, et comprend une équipe centrale composée de la directrice des services de santé du GN, de la coordonnatrice ou du coordonnateur des soins infirmiers en santé communautaire du GN, du médecin hygiéniste régional de la LGH, de l'infirmière de contrôle des maladies transmissibles de la LGH, de deux médecins désignés, et de l'ensemble des infirmières et infirmiers hygiénistes du GN, des auxiliaires en santé communautaire et du personnel de soins de santé cliniques de la LGH dans les communautés.

Conformément aux Normes canadiennes pour la lutte antituberculeuse, 5e édition (2000), le GN a élaboré un manuel de lutte antituberculeuse qui décrit les rôles des spécialistes (de la communauté et de l'hôpital) participant à la gestion et au traitement de la tuberculose, et définit les processus de communication particuliers entre les parties. Le manuel assure la présence de pratiques cohérentes et normalisées avec le temps et adaptées au roulement du personnel.

Un deuxième aspect important du programme antituberculeux concerne les auxiliaires en santé communautaire du GN. Ces postes gouvernementaux de niveau communautaire exercent, entre autres tâches, des responsabilités essentielles pour ce qui est de la thérapie sous observation directe, du traitement préventif sous observation directe et de la détermination et la recherche des contacts.

Le programme antituberculeux du Nunatsiavut tire également parti de l'accès à un ensemble unique de ressources informatives, les « bibles de la tuberculose », qui sont conservées dans chaque communauté. Ce sont des registres alphabétiques, remontant aux années 1950, contenant un historique des cas de tuberculose par famille.

Le programme évolue de façon constante pour tenir compte des changements de situation et des possibilités d'amélioration. Par exemple, la désignation de deux médecins responsables à l'hôpital de Goose Bay et les cliniques antituberculeuses bimensuelles habituelles de l'hôpital ont permis une meilleure cohérence que lorsque les médecins choisis par la communauté se chargeaient de la gestion des cas de tuberculose depuis « leur » communauté.

### ***3.2.1.4 Avantages***

Le programme antituberculeux s'est révélé très efficace pour améliorer le temps de réaction entre la détermination d'un cas suspect et le traitement de la personne, suivi du début de la gestion de la tuberculose.

Le programme n'a toutefois pas réussi à réduire les taux de tuberculose de façon efficace. Les défis qu'il suscite ont trait à un manque de ressources (humaines et financières) et au fait que la tuberculose est étroitement liée à des déterminants socioéconomiques indépendants de la volonté du personnel de la santé publique.

### ***3.2.1.5 Facteurs de réussite***

Plusieurs facteurs contribuant au succès du programme antituberculeux ont été relevés, dont les suivants :

- Une solide collaboration entre le GN et la LGH, ainsi qu'une approche pratique commune de la gestion de la tuberculose;
- Un ensemble essentiel de spécialistes possédant une vaste expérience de la tuberculose au Nunatsiavut;
- La tenue méticuleuse des registres dans les bibles de la tuberculose;
- Les auxiliaires en santé communautaire, qui sont essentiels à la gestion de la tuberculose à l'échelon des communautés. Ils ont tendance à être des employés à long terme, et certains d'entre eux sont bilingues et ont une connaissance approfondie de leur communauté (comment et où trouver des gens).

Le personnel du programme a encore des défis à relever en ce qui concerne le respect du traitement de la tuberculose par les clients, le manque de ressources humaines, le manque de matériel (transporter les clients à l'hôpital par avion pour obtenir des radiographies), le long délai d'exécution pour les analyses de laboratoire, et le manque général d'éducation en matière de tuberculose parmi le personnel de l'hôpital.

### ***3.2.1.6 Suggestions d'amélioration***

L'information est essentielle pour gérer efficacement la tuberculose; une base de données solide devrait être créée au début de tout programme antituberculeux, puis maintenue de manière rigoureuse. De plus, la formation et l'orientation du personnel sont très importantes. En ce qui concerne les autres bons modèles de gestion de la tuberculose parmi les Inuits, il a été proposé d'examiner le modèle de gestion de la tuberculose des Territoires du Nord-Ouest.

### ***3.2.1.7. Personne-ressource***

Gail Turner  
Directrice des services de santé  
Ministère de la Santé et du Développement social  
Gouvernement du Nunatsiavut  
Tél. : 709-896-9763, poste 232  
Courriel : [gail\\_turner@nunatsiavut.com](mailto:gail_turner@nunatsiavut.com)

Sylvia Keefe  
Infirmière de contrôle des maladies transmissibles  
C.P. 7000, succursale C  
Happy Valley-Goose Bay (Terre-Neuve-et-Labrador) A0P 1C0  
Tél. : 709-897-2137  
Courriel : [sylvia.keefe@lghealth.ca](mailto:sylvia.keefe@lghealth.ca)

## **3.2.2 Étude de cas 2 : Recherches et programme liés au virus respiratoire syncytial (VRS), Nunavut**

### ***3.2.2.1 Introduction***

Cette étude de cas examine les premières recherches liées aux infections des voies respiratoires inférieures (IVRI) causées par le VRS chez les enfants inuits du Nunavut ainsi que le programme du gouvernement territorial qui a suivi.

### ***3.2.2.2 Contexte***

#### ***3.2.2.2.1 Nunavut***

Le Nunavut, créé le 1<sup>er</sup> avril 1999, couvre un vaste territoire qui traverse trois fuseaux horaires et englobe 20 % de la masse terrestre du Canada. Il compte 1,9 million de kilomètres carrés de terres comprenant la majeure partie des îles de l'Arctique et toutes les îles de la baie d'Hudson, de la baie James et de la baie d'Ungava. La population du Nunavut regroupe près de 29 500 personnes (selon les données du Recensement de 2006) qui vivent dans 25 municipalités réparties à l'échelle du territoire. Environ 83,6 % des habitants sont des Inuits. Iqaluit, la capitale, est la communauté la plus peuplée avec près de 6 200 habitants, selon les données de 2006. Aucune des communautés du Nunavut n'est accessible par voie routière.

Les soins de santé au Nunavut sont assurés directement par le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du gouvernement du Nunavut. Le MSSS, structuré en trois régions administratives (Qikiqtaaluk, Kivalliq et Kitikmeot) gère tous les établissements de santé établis sur le territoire et fournit des services de santé à tous les habitants.

Les soins de santé primaires sont donnés par l'entremise des centres de soins de santé situés dans chacune des communautés. Il existe un établissement de soins actifs à Iqaluit, l'hôpital général Qikiqtani (HGQ), et deux centres de soins de santé régionaux, le centre Kivalliq, à Rankin Inlet, et le centre Kitikmeot, à Cambridge Bay. Une part importante des soins de santé, y compris la majorité des soins secondaires et tertiaires et les services de spécialistes, sont offerts à l'extérieur du territoire dans des centres régionaux situés à Ottawa, à Montréal, à Winnipeg, à Edmonton et à Yellowknife.

### 3.2.2.2 Virus respiratoire syncytial (VRS)

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), les infections dues au virus respiratoire syncytial (VRS) sont la cause la plus répandue des maladies respiratoires chez les nourrissons et les jeunes enfants partout dans le monde, et la cause la plus fréquente des cas d'hospitalisation de ces jeunes patients dans les pays industrialisés. Selon les estimations, il y aurait chaque année 64 millions de cas de maladies et 160 000 décès liés au VRS dans le monde.

Le VRS, qui s'attaque aux poumons et aux voies respiratoires, est un virus très répandu; tellement, en fait que, selon l'Association pulmonaire du Canada, presque tous les enfants le contractent avant l'âge de trois ans. Les épidémies liées au VRS semblent se produire entre la fin de l'automne et le début du printemps. Dans le Nord, elles se produisent généralement plus tard; il arrive souvent qu'elles surviennent au printemps et au début de l'été. Les personnes infectées présentent habituellement des symptômes bénins semblables à ceux du rhume, mais la maladie peut parfois être sévère et entraîner de graves infections des voies respiratoires inférieures (IVRI) comme la pneumonie ou la bronchiolite.

En général, les enfants nés avant terme, les enfants atteints de problèmes cardio-pulmonaires et les nouveau-nés présentent des risques plus élevés de développer une maladie respiratoire sévère s'ils contractent le VRS. Le Nunavut doit composer avec un taux d'hospitalisation très élevé des nourrissons ayant contracté le VRS.

### ***3.2.2.3 Partie I – Projet de recherche : Une étude cas-témoin des facteurs de risque et des virus associés aux cas d'hospitalisation des enfants inuits du Canada dus aux infections des voies respiratoires inférieures (IVRI)***

#### 3.2.2.3.1 Aperçu

Au début de l'année 2000, le médecin hygiéniste en chef du Nunavut de l'époque, la D<sup>re</sup> Ann Roberts, s'est dite préoccupée par le taux extrêmement élevé d'hospitalisation chez les enfants dans la région de Baffin à cause des infections des voies respiratoires inférieures (IVRI). Elle a pris connaissance des travaux préliminaires de la D<sup>re</sup> Anna Banerji et a soumis une demande pour que celle-ci conçoive et réalise une étude cas-témoin.

En 2000 et en 2001, la D<sup>re</sup> Banerji a proposé de mener une étude cas-témoin dont l'objectif principal était de tenter de comprendre pourquoi les enfants inuits contractaient tant de maladies liées aux IVRI, mais également d'explorer les facteurs de risques possibles et de répertorier les types de virus que ces enfants contractaient (à cette époque, personne n'avait la certitude que le VRS était en cause), puis, en définitive, de déterminer le mode de résolution du problème. Il faut souligner que les cas de bronchiolite ne sont pas tous attribuables au VRS; d'autres virus peuvent également causer les IVRI.

La D<sup>re</sup> Banerji a déposé une demande de financement pour l'étude auprès de plusieurs organismes de financement de la recherche au Canada, y compris les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et la Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits de Santé Canada.

Sa demande a été rejetée. Le ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du Nunavut, jugeant que l'étude était importante et nécessaire, a trouvé les fonds voulus à même son propre budget et a confié directement à la D<sup>re</sup> Banerji le mandat d'entreprendre la recherche.

Au cours d'une période de 14 mois s'échelonnant de 2002 à 2003 (comprenant deux saisons de bronchiolite), l'étude a permis de comparer des nourrissons et des enfants âgés de moins de deux ans hospitalisés pour des IVRI à l'hôpital régional de Baffin à un groupe d'enfants du même âge qui n'ont jamais été hospitalisés. Tous les enfants venaient de la communauté de Qikiqtaaluk (région de Baffin).

La recherche a comporté les éléments suivants :

- un questionnaire portant sur les facteurs de risques (la prématurité, la race, le sexe et les facteurs environnementaux comme l'exposition au tabagisme et les conditions du logement);
- des écouvillons utilisés pour les prélèvements chez les enfants malades et les enfants en santé afin d'identifier les virus présents dans leurs voies nasales. Tous les échantillons ont été envoyés à un laboratoire en Israël afin de vérifier la présence de la bactérie *Simkania negevensis*.

La D<sup>re</sup> Banerji était chargée de diriger le projet auquel ont participé au début environ 12 personnes, soit des médecins et infirmières à l'hôpital, puis plusieurs spécialistes de laboratoire et d'analyse de données.

Le projet a évolué au fur et à mesure que l'information reçue confirmait que le VRS était le principal virus que les enfants avaient contracté. Par coïncidence, un nouvel anticorps monoclonal (vaccin) Palivizumab (nom commercial : Synagis) est apparu sur le marché en 2002; auparavant, il n'existait aucun traitement contre le VRS mis à part le soulagement des symptômes et l'atténuation des risques d'infections secondaires. Étant donné qu'il existait dorénavant un traitement préventif possible, un paramètre a été ajouté à l'étude afin de comparer les coûts d'hospitalisation aux coûts liés au traitement préventif qu'offrait le Palivizumab.

### 3.2.2.3.2 Avantages

Le projet de recherche a permis de recueillir de tout nouveaux renseignements concernant les taux élevés d'IVRI chez les enfants inuits comme les suivants :

- Le fait que les enfants hospitalisés pour des IVRI étaient surtout infectés par le VRS;
- L'identification d'un ensemble de facteurs associés à un risque accru d'hospitalisation;
- La preuve que les infections par le VRS (seul et de pair avec d'autres virus) affectent les nourrissons et les enfants inuits de manière beaucoup plus sévère que le reste de la population;
- Une analyse des coûts d'hospitalisation par rapport aux coûts de l'usage préventif du Palivizumab en ce qui concerne le sujet de l'étude, bien que cette activité n'était pas dans la portée de la proposition initiale.

Ces observations ont fourni les preuves nécessaires pour orienter les projets de gestion de la santé publique et faire connaître la situation du Nunavut, de même que pour guider la recherche à venir. Les

résultats du projet ont été publiés. De plus, la Société canadienne de pédiatrie a récemment entrepris l'examen des résultats de l'étude d'analyse des coûts.

#### 3.2.2.3.3 Facteurs de réussite

Le succès du projet a été attribué aux facteurs suivants :

- Aux efforts considérables et soutenus déployés en matière de communication durant le projet; en faisant appel aux médias (la radio et les journaux), l'équipe a su maintenir la communication avec le public avant, pendant et après l'étude;
- À une participation très élevée (la moitié de la cohorte des naissances de 2002). La volonté démontrée par les familles de faire participer leurs enfants à l'étude est éloquent en ce qui concerne l'importance accordée à cette question et le désir qu'a la communauté de trouver des solutions (il a été difficile de réunir suffisamment d'enfants dans l'échantillon témoin de l'étude; par conséquent, il a été nécessaire de prolonger l'étude);
- Au taux élevé de participation des médecins et des infirmières à l'hôpital régional de Baffin; ils ont joué un rôle de premier plan dans la participation des enfants et de leur famille à l'étude. Une infirmière a aussi été embauchée précisément pour l'étude.

#### 3.2.2.3.4 Suggestions d'amélioration

Les constatations du projet ont suscité un intérêt accru dans le milieu médical et scientifique. La D<sup>re</sup> Banerji travaille désormais en collaboration avec d'autres chercheurs dans le cadre du projet de surveillance du VRS qui vise d'autres hôpitaux et d'autres communautés de l'Arctique, en plus de participer à l'élaboration d'un autre projet du même type visant les nourrissons et les enfants des Premières nations au Canada.

### **3.2.2.4 Partie II –Programme territorial relatif au VRS**

#### 3.2.2.4.1 Aperçu

En 2004, après avoir évalué l'efficacité du produit Synagis (Palivizumab), le médecin hygiéniste en chef du Nunavut avait mis sur pied un programme de vaccination contre le VRS pour les enfants présentant des risques élevés, selon les évaluations médicales et l'approbation du médecin hygiéniste en chef du Nunavut. L'objectif du programme consistait à diminuer le taux d'hospitalisation des nourrissons attribuable à la bronchiolite.

Le programme est exhaustif. Le personnel médical de tous les établissements de soins de santé, de même que les pédiatres-conseils des hôpitaux de recours évaluent les nourrissons et tiennent le médecin hygiéniste en chef du Nunavut au courant. Les infirmières des établissements de soins de santé locaux gèrent le programme de vaccination dans les communautés où résident les nourrissons. Les décisions sont prises à l'échelon du médecin hygiéniste en chef des services de santé et des services sociaux. Étant donné que le Synagis est un produit très dispendieux, le programme nécessite un soutien actif de la part de la direction.

Le Ministère a mis en place un outil de surveillance du VRS qui est en fait un mécanisme de production de rapports utilisé par les fournisseurs de soins de santé de première ligne. Tous les cas confirmés d'infections par le VRS sont documentés et signalés au médecin hygiéniste en chef du Nunavut, y compris les problèmes qui y sont rattachés, l'admissibilité actuelle ou antérieure au programme de vaccination du Synagis, les soins médicaux reçus, le recours à l'évacuation sanitaire (EVASAN) et à l'hospitalisation pour le nourrisson et les résultats obtenus.

Il s'agit d'un programme en évolution. Les participants cherchent à confirmer les résultats tout en recueillant des preuves servant à appuyer la prise de décisions concernant les améliorations à apporter au programme visant à contrer le VRS. Les programmes de promotion de la santé et les services de soins primaires du médecin hygiéniste en chef et du gouvernement du Nunavut ciblent encore la diminution des facteurs de risque d'hospitalisation, comme la diminution du tabagisme, la promotion de l'allaitement maternel, etc.

Dans le cadre de son mandat, le ministère de la Santé et des Services sociaux doit répondre aux besoins des patients. Mis à part le budget du Ministère, il n'existe aucune possibilité de financement.

#### 3.2.2.4.2 Avantages

Selon une évaluation récente du programme visant à contrer le VRS depuis 2004, il semble que le taux d'hospitalisation ait diminué. Une diminution de la sévérité des cas a également été observée.

#### 3.2.2.4.3 Facteurs de réussite

Les facteurs suivants ont joué un rôle dans la réussite du programme :

- La volonté du ministère de la Santé et des Services sociaux d'investir dans l'étude exploratoire au tout début;
- L'adoption du vaccin Synagis à titre de mesure préventive;
- L'élaboration d'un programme de surveillance active visant à améliorer l'efficacité future du programme;
- Un soutien très important de la part des familles, qui ont appuyé de manière continue la vaccination mensuelle de leurs enfants.

#### 3.2.2.4.4 Suggestions d'amélioration

Il importe de mettre en place un processus de surveillance et d'en assurer le suivi rigoureux au début d'un programme de vaccination. De plus, lorsqu'une étude indépendante est commandée, il importe pour toutes les parties de conclure des ententes claires en ce qui concerne l'échange d'information (données brutes et résultats d'analyse).

#### 3.2.2.4.5. Personne-ressource

D<sup>re</sup> Anna Banerji, médecin, M. H. P. (maîtrise en hygiène publique), FAAP (Fellow of the American Academy of Pediatrics), FRCPC (associée du Collège royal des médecins et chirurgiens du Canada), DTM et H (diplôme en médecine et en hygiène tropicales)

Chercheuse indépendante et pédiatre spécialisée en maladies infectieuses et tropicales

*Adresse actuelle :*

Département de pédiatrie

Hôpital St-Michael

61, rue Queen Est, 2<sup>e</sup> étage

Toronto (Ontario) M5C 2T2

Tél. : 416-864-6060, poste 8236

Courriel : [anna.banerji@utoronto.ca](mailto:anna.banerji@utoronto.ca)

D<sup>r</sup> Isaac Sobol, MD, CCD (comité canadien de déontologie) MHSc (maîtrise en sciences de la santé)

Médecin hygiéniste en chef

Ministère de la Santé et des Services sociaux

Gouvernement du Nunavut

1107, édifice Sivummut, 3<sup>e</sup> étage

Case postale 1000, succ. 1000

Iqaluit (Nunavut) X0A 0H0

Tél. : 867-975-5774

Courriel : [isobol@gov.nu.ca](mailto:isobol@gov.nu.ca)

### **3.2.3 Étude de cas 3 : « Changement de culture en matière de tabagisme » – Un projet de participation de la communauté à la recherche (Community-Based Participatory Research (CBPR)), région d'Inuvialuit**

#### ***3.2.3.1 Introduction***

Cette étude de cas se penche sur le projet de participation de la communauté à la recherche appelé « Changement de culture en matière de tabagisme : un projet de participation de la communauté à la recherche afin de rendre le pouvoir aux communautés d'Inuvialuit » (le projet CCS). Il s'agit d'un programme de lutte contre le tabagisme, dirigé par l'Organisation nationale des représentants indiens et inuits en santé communautaire (ONRIISC) et son partenaire, Consultancy for Alternative Education (étude concernant l'éducation alternative), qui s'adresse aux communautés d'Ulukhaktok et d'Aklavik de la région d'Inuvialuit dans les Territoires du Nord-Ouest.

### **3.2.3.2 Contexte**

Aklavik et Ulukhaktok sont deux communautés de la zone d'aménagement des terres d'Inuvialuit des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.) qui englobent également Inuvik, Paulatuk, Sachs Harbour et Tuktoyaktuk. Les populations d'Aklavik et d'Ulukhaktok comptent respectivement environ 594 et 398 habitants (selon les données du Recensement de 2006).

Les soins de santé dans ces communautés sont assurés par la Beaufort Delta Health and Social Services Authority (l'organisme de soins de santé et des services sociaux de Beaufort-Delta) un des huit organismes de soins de santé régionaux qui relèvent du ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS) du gouvernement des Territoires du Nord-Ouest (T.N.-O.).

Le taux de tabagisme estimatif dans la région d'Inuvialuit s'élève à 61 % de la population (selon les données de 2006 fournies par Statistique Canada). Par conséquent, la lutte contre le tabagisme est une priorité pour les fournisseurs de soins de santé et les habitants de la communauté.

### **3.2.3.3 Aperçu**

Le projet CCS est un projet de cinq ans faisant appel à la participation de la communauté à la recherche et il est axé sur la lutte contre le tabagisme dans les communautés d'Aklavik et d'Ulukhaktok.

Le projet CCS a vu le jour lorsqu'un travailleur communautaire d'Aklavik a répondu à un appel d'offres pour un projet de participation de la communauté à la recherche lancé dans le cadre de l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme (ICRCT) (maintenant connue sous le nom « Institut de recherche de la Société canadienne du cancer » (IRSCC)). Une équipe, composée de collègues de CAE Canada et d'autres chercheurs et travailleurs en développement communautaire, a été formée et ensemble, ils ont désigné l'ONRIISC à titre d'organisme hôte. La proposition a été acceptée et ils ont reçu les fonds nécessaires pour entreprendre le projet CCS.

Le projet est supervisé par une équipe nationale comptant sept personnes (y compris des membres du personnel de l'ONRIISC, puisque celle-ci en a la responsabilité administrative). Deux coordonnateurs dans chacune des communautés travaillent de près avec les habitants afin de développer et de lancer des initiatives dans le cadre du projet CCS. Puisqu'il s'agit d'un projet de participation de la communauté à la recherche, les communautés « dirigent » le projet étant donné qu'elles élaborent et dirigent toutes les activités avec leurs coordonnateurs respectifs.

Le projet CCS est axé sur le développement de la capacité et de la pensée critique de chacun, le renforcement de la cohésion de la communauté et la sensibilisation à l'égard du tabagisme.

Le projet CCS évolue constamment étant donné que les coordonnateurs travaillent de près avec les communautés et l'équipe nationale pour entreprendre des activités de lutte contre le tabagisme dans chacune de ces communautés. Ils ont réalisé un certain nombre d'initiatives jusqu'à présent, y compris un sondage de référence initial sur l'expérience passée et les attitudes des adultes à l'égard du tabagisme, le lancement, dans les deux communautés, d'un défi de quatre semaines consistant à cesser

de fumer (« Quit Smoking Challenge »), un concours s'adressant aux étudiants pour la production de publicités sur vidéo destinées au public, la tenue d'activités extérieures sans tabac, de la formation destinée aux jeunes, l'offre de conseils et d'un soutien aux personnes qui ont entrepris de cesser de fumer et la distribution incessante de matériel didactique et d'information aux habitants des deux communautés. Les équipes locales planifient à l'heure actuelle la tenue d'activités futures en consultation avec leur communauté.

Le projet CCS est financé conjointement par les Instituts de recherche en santé du Canada (IRSC) et l'Institut de recherche de la Société canadienne du cancer. Dans ce cas particulier, l'équipe de projet a donné suite à une priorité du gouvernement (occasion) en répondant à une demande de propositions. Le modèle utilisé, élaboré par l'Initiative canadienne de recherche pour la lutte contre le tabagisme, et accepté par l'IRSC, est un exemple exceptionnel du déploiement d'efforts visant à harmoniser les priorités institutionnelles et les besoins de la communauté. En favorisant la conception et la mise en œuvre d'un modèle de projet de participation de la communauté à la recherche, les bailleurs de fonds se sont non seulement assurés que le projet CCS réponde aux besoins de la communauté, mais également qu'il tienne compte des priorités de celle-ci. La stratégie de financement est souple puisqu'elle offre des sommes à l'avance et qu'elle permet de reporter les fonds non utilisés à l'exercice suivant.

#### ***3.2.3.4 Avantages***

Grâce au projet CCS, les communautés sont engagées activement dans les activités de lutte contre le tabagisme et de manière beaucoup plus importante que les communautés qui ne sont pas visées par le projet CCS; elles entretiennent des communications régulières et assurent la continuité des ressources et de l'information.

Il existe plusieurs indicateurs démontrant les avantages que retirent les communautés participantes, dont les suivants :

- Des données anecdotiques fournies par les infirmières démontrant que de plus en plus de personnes souhaitent suivre des thérapies de substitution de la nicotine afin d'appuyer leurs efforts pour cesser de fumer;
- Des données anecdotiques fournies par les enseignants démontrant que le programme aide les jeunes;
- Des données anecdotiques démontrant que les comportements changent; selon les données collectées, plusieurs personnes ont cessé de fumer et d'autres ont réduit leur consommation de tabac ou ne fument plus à l'intérieur.

#### ***3.2.3.5 Facteurs de réussite***

Le modèle de projet de participation de la communauté à la recherche est considéré comme un élément crucial de la réussite du projet CCS. Ce modèle, combiné à l'engagement clair et souple relatif au financement quinquennal, permet aux équipes de projet (et surtout aux coordonnateurs et aux équipes des communautés) d'assurer la continuité et d'établir des liens dans la communauté avec le temps.

Voici certains autres facteurs ayant contribué à la réussite :

- La structure de l'équipe; les coordonnateurs des communautés peuvent compter sur le soutien continu d'autres membres de l'équipe nationale pour résoudre les problèmes ou pour répondre aux besoins en matière de formation ou de ressources;
- Vaste consultation; au sein de chacune des communautés, les consultations tenues pendant un certain temps (pendant des années) ont permis d'identifier les « autorités » et les « chefs de file » informels et d'établir des liens entre les équipes et les communautés;
- Le soutien des organismes communautaires comme les bureaux des hameaux, les centres de soins de santé, les points de vente au détail, les écoles et les conseils des jeunes.

### ***3.2.3.6 Suggestions d'amélioration***

Il est nécessaire de veiller au financement continu des programmes de participation de la communauté à la recherche. Il s'agit d'un élément primordial de la réussite et le financement accordé par petits versements sur une longue période est privilégié.

Il importe de reconnaître la lenteur du processus visant à établir des liens et à poursuivre la lancée d'un projet de participation de la communauté à la recherche. Cela ne peut être fait hâtivement et exige de la souplesse de la part des coordonnateurs et des membres des équipes.

### ***3.2.3.7. Personne-ressource***

Tanya Greenland

Liaison communautaire et coordonnatrice d'Aklavik

Tél. : 867-978-2137

Courriel : [eiramaynat@hotmail.com](mailto:eiramaynat@hotmail.com)

Rob Collins

Expert-conseil et partenaire

Consultancy for Alternative Education (étude concernant l'éducation alternative) (CAE Canada)

6 Sunny Acres

Baie d'Urfé (Québec) H9X 3B6

Tél. : 514-283-4990

Courriel : [robcollins.cae@me.com](mailto:robcollins.cae@me.com)

## **3.2.4 Étude de cas 4 : « Stay Quit to Win Challenge » (défi consistant à cesser de fumer et à persévérer pour gagner) – lutte contre le tabagisme, Nunavik**

### **3.2.4.1 Introduction**

Cette étude de cas se penche sur le programme de lutte contre le tabagisme intitulé « Stay Quit to Win » géré par le Département de Santé publique de la Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN) au Québec.

### **3.2.4.2 Contexte**

#### **3.2.4.2.1 Nunavik**

La zone d'aménagement des terres du Nunavik couvre environ 660 000 kilomètres carrés dans le Nord du Québec. Quatorze communautés installées le long des côtes de la baie d'Hudson et de la baie d'Ungava se partagent environ 11 000 habitants (selon les données du Recensement de 2006). La communauté la plus peuplée du Nunavik, Kuujjuaq, abrite l'administration centrale et compte une population de 2 132 personnes (en 2006). Aucune route ne relie les 14 communautés entre elles ou aux autres régions du Québec.

Le RRSSSN, dont l'administration centrale est située à Kuujjuaq, est l'organisme régional responsable de gérer et de fournir les services de santé aux habitants du Nunavik; il relève de l'autorité provinciale qui est le ministère de la Santé et des Services sociaux du Québec. Les services de soins de santé sont fournis aux communautés par l'entremise de deux hôpitaux régionaux : le centre de soins de santé de la côte de la baie d'Hudson situé à Inuulitsivik et le centre de soins de santé de la côte de la baie d'Ungava situé à Tulattavik. De plus, chacun de ces centres gère un réseau de points de services, qui sont semblables aux centres de soins de santé communautaires, dans chacune des municipalités.

La lutte contre le tabagisme chez les habitants du Nunavik est, depuis longtemps, une des priorités du Département de la Santé publique de la RRSSSN, puisque 70 % des adultes et des jeunes des communautés inuites sont des fumeurs.

#### **3.2.4.2.2 Initiatives « Quit to Win » (J'arrête, j'y gagne!)**

Le programme du Nunavik est un programme d'intervention fondé sur des incitatifs lancé en 2003 au moment où la RRSSSN décidait d'adapter un programme provincial intitulé « J'arrête, j'y gagne! » Le défi « J'arrête, j'y gagne! » est une initiative d'ACTI-MENU, une entreprise affiliée au département de la prévention de l'Institut de cardiologie de Montréal (consulter : <http://www.defitabac.qc.ca/defi/fr/>). L'initiative du gouvernement du Québec, quant à elle, découlait du défi « Quit & Win » lancé par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS) à l'échelle internationale; cette initiative qui a été conçue en Finlande, à l'origine, a été adoptée par divers pays depuis 1994.

Ces défis sont relevés de façon volontaire; les participants s'engagent à cesser de fumer pendant une période fixe, habituellement six semaines. Les participants reçoivent un appui pendant toute la durée du processus et reçoivent des prix en fonction de l'ampleur de leur réussite.

### **3.2.4.3 Aperçu**

L'objectif principal du programme « Stay Quit to Win! » du Nunavik est d'encourager les habitants du Nunavik à cesser de fumer. Le défi a été lancé tous les ans depuis 2003, et s'est déroulé du 1<sup>er</sup> mars au 11 avril, sauf en 2008. À l'origine, le Nunavik avait modifié le programme pour appuyer quatre catégories de participants, soit les jeunes, les adultes, les communautés et les écoles. Le concours s'adressait aux non-fumeurs également afin de les féliciter, de les rendre admissibles à la remise de prix et d'encourager les jeunes à ne pas commencer à fumer. Afin de donner suite aux commentaires reçus des participants et aux résultats des évaluations continues, les responsables ont apporté des modifications supplémentaires au programme, comme le fait de substituer la catégorie des communautés par la catégorie des centres de jeunes. Le programme a été modifié à nouveau en 2009 afin de n'accepter que les fumeurs au concours (c.-à-d. que les non-fumeurs ne pouvaient plus y participer) et pour spécialiser les catégories davantage. Le programme poursuivra son évolution afin de tenir compte des circonstances changeantes et de continuer à susciter l'intérêt des participants potentiels.

Le programme est géré et coordonné par le responsable de la promotion de la santé et deux collègues du Département de la Santé publique de la RRSSSN. Chaque année, durant la période où se déroule le défi, le personnel des établissements de soins de santé de chacune des 14 communautés appuie le processus d'inscription des participants et les analyses auxquelles ceux-ci doivent se soumettre à la fin du concours afin de confirmer qu'ils n'ont pas fumé.

Le financement servant à payer les coûts liés à l'administration et à la gestion est fourni par l'entremise de la RRSSSN dans le cadre du programme de lutte contre le tabagisme du Département de la Santé publique. À l'origine, le gouvernement fédéral et le gouvernement du Québec allouaient des fonds, mais ces sommes ont graduellement diminué au cours des dernières années. Il devient de plus en plus difficile pour la RRSSSN d'assumer les coûts liés au programme.

En raison de sa nature, le programme dépend également des partenariats conclus avec des commanditaires locaux et régionaux pour les prix qui sont remis (p. ex. les compagnies aériennes, les détaillants locaux, etc.) Quant au soutien non financier, des représentants des écoles, des points de vente au détail et des bureaux municipaux de toutes les communautés appuient le programme en offrant de l'aide pour faire la promotion et pour distribuer les documents relatifs au concours. Les médias (la radio communautaire locale et CBC North) assurent également la promotion du concours dans toutes les communautés.

### 3.2.4.4 Avantages

Le programme a permis d'amener près de 5 000 Nunavimmiut à s'engager à déployer des efforts sérieux en vue de cesser de fumer ou de diminuer leur consommation de tabac.

Nombre de participants du Nunavik au défi « Stay Quit to Win » entre 2003 et 2010									
	Année								Total
	2003	2004	2005	2006	2007	2008*	2009	2010	
Jeunes âgés de 8 à 17 ans	336	507	498	863	563		197	86	2 924
Adultes âgés de 18 et plus	291	354	352	358	266		76	85	1 965
<b>Nombre total de participants</b>	<b>627</b>	<b>861</b>	<b>850</b>	<b>1 221</b>	<b>789</b>		<b>273</b>	<b>171</b>	<b>4 792</b>
	De 2003 à 2007 : les participants comptaient les fumeurs et les non-fumeurs					De 2009 à 2010: les participants comptaient les fumeurs seulement			

Pas de données

Les personnes qui ont cessé de fumer :

- 2007 – 5 jeunes, 4 adultes (9 en tout)
- 2009 – 11 jeunes, 6 adultes (17 en tout)
- 2010 – 8 jeunes, 13 adultes (21 en tout)

Le nombre des personnes qui a cessé de fumer peut sembler bas, mais la valeur ajoutée des programmes d'intervention fondés sur des incitatifs se situe dans leur contribution à l'atteinte des objectifs suivants : a) marginaliser la consommation de tabac dans les communautés; b) changer l'attitude des personnes concernant la décision de cesser de fumer comme le décrit le modèle des étapes de changement de Prochaska et Velicer (1997) qui sont l'étape précédant la considération (ne pas y penser), l'étape de la considération (y songer), l'étape de la préparation, puis l'étape de l'action.

Les intervenants de la RRSSN ont pu observer les effets à valeur ajoutée de ce changement de comportement au cours des dernières années. De nombreux foyers sont maintenant « sans fumée »; les gens se rendent compte que le fait de fumer nuit à leurs enfants; ils décident donc d'aller fumer à l'extérieur, ce qui demande beaucoup de volonté à -40 °C. Ils ont également remarqué une augmentation des demandes et de la consommation de produits pharmaceutiques conçus pour les aider à renoncer au tabac, ce qui démontre que les personnes sont passées de l'étape précédant la considération à la volonté de cesser de fumer.

Les facteurs économiques et sociaux ont une influence importante sur l'usage du tabac et la dépendance qui y est associée. Ils sont liés aux sentiments de sécurité et de stabilité qu'éprouvent les personnes; lorsque quelqu'un est confronté tous les jours à des problèmes socio-économiques importants (ce qui est malheureusement une situation courante au Nunavik), il est difficile d'accorder beaucoup d'importance aux efforts visant à cesser de fumer. Cependant, le fait de souligner, chaque année et de manière soutenue, l'importance de renoncer au tabac et d'encourager les communautés à le faire pourrait bien être, en soi, l'élément le plus important du programme étant donné le si grand nombre de problèmes cruciaux qui peuvent avoir préséance dans la vie des familles et des communautés.

Les avantages du programme du Nunavik sont exposés dans les commentaires des participants qui sont généralement positifs, par exemple : « cela m'a beaucoup aidé et maintenant je ne fume plus et je suis en meilleure santé », « continuez à faire connaître ce que vous faites aux Nunavimmiut ». Les participants rapportent des effets positifs sur la santé comme le fait d'avoir plus de facilité à respirer, de tousser moins, d'avoir plus d'énergie et d'être moins souvent malade.

L'évaluation du programme est faite annuellement au début de l'automne (c.-à-d., plusieurs mois avant de lancer le défi). Le responsable de la promotion de la santé contacte tous les fumeurs qui ont participé et leur fait remplir un questionnaire visant à déterminer combien de personnes n'ont pas recommencé à fumer après le défi, pendant combien de temps et les raisons pour lesquelles elles ont fait une rechute, s'il y a lieu.

Il est difficile d'évaluer si le taux de tabagisme a diminué au Nunavik depuis le début du programme en 2003 parce qu'il n'existe pas de données comparatives à l'heure actuelle. Les données les plus récentes remontent à 2004.

#### ***3.2.4.5 Facteurs de réussite***

Les personnes interrogées ont noté plusieurs facteurs qui rehaussent la valeur du programme, dont les suivants :

- L'ampleur très importante de la promotion et de la participation dans les écoles, ce qui est encourageant puisque cela signifie qu'elles captivent les jeunes gens et les informent avant que l'habitude de fumer soit trop ancrée;
- Le soutien actif des intervenants de la communauté comme les organisateurs locaux et le personnel des milieux scolaires, des points de vente au détail et des municipalités;

- L'omniprésence de la publicité; les documents promotionnels et éducatifs sont bien distribués dans les communautés et la promotion assurée par les médias est très utile.

Le programme offre entre autres un soutien ou des conseils aux participants qui ont fait une rechute (qui ont recommencé à fumer) ou qui ont décidé de se retirer du défi parce qu'ils n'étaient pas capables de cesser de fumer. La RRSSSN a tenté de créer dans chacune des communautés un réseau de conseillers locaux en matière de tabagisme ayant la formation nécessaire, mais malheureusement leur charge de travail est demeurée très faible malgré les incitatifs comme les allocations pour les consultations. La RRSSSN examine une nouvelle approche de consultation en matière de tabagisme en incorporant cette fonction aux responsabilités d'un nouveau poste de représentant en santé communautaire ou d'un travailleur social.

#### ***3.2.4.6 Suggestions d'amélioration***

Il importe que tous les groupes de la communauté soit engagés dans le processus à titre de partenaires, c.-à-d., les familles, les écoles, etc. et non seulement les personnes. Il importe de trouver un « partisan » dans chacune des écoles locales. Lorsque quelqu'un dans une école soutient fermement le programme, le taux de participation des groupes cibles est plus élevé.

#### ***3.2.4.7. Personne-ressource***

Kathy Snowball

Responsable de la promotion de la santé (dossier du tabagisme)

Département de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN)

Case postale 900

Kuujuuaq (Québec) J0M 1C0

Téléphone : 819-964-2222

Télécopieur : 819-964-2711

Courriel : [kathy.snowball@ssss.gouv.qc.ca](mailto:kathy.snowball@ssss.gouv.qc.ca)

D<sup>r</sup> Serge Déry

Directeur

Département de la santé publique, Régie régionale de la santé et des services sociaux Nunavik (RRSSSN)

Case postale 900

Kuujuuaq (Québec) J0M 1C0

Téléphone : 819-475-5139

Courriel : [serge\\_dery@ssss.gouv.qc.ca](mailto:serge_dery@ssss.gouv.qc.ca)

### **3.3 Études de cas – Métis**

Jusqu'à présent, la recherche en santé chez le peuple Métis a été limitée. Un rapport produit par le gouvernement du Manitoba, intitulé *Les Autochtones au Manitoba*, mentionne deux raisons pour expliquer ce phénomène. La première est qu'il n'existe aucun registre sur les Métis. Tandis que plusieurs organisations provinciales métisses ont mis en place leur propre processus d'inscription, celui-ci est relativement nouveau et il n'existe aucun registre à l'échelle nationale. La seconde est qu'il n'existe aucune administration ou organisation chargée d'offrir, de surveiller ou de financer des services de soins de santé s'adressant particulièrement aux Métis. À titre comparatif, les populations inuites et celles des Premières nations ont une grande quantité de données qui sont compilées de manière continue et qui sont mises à la disposition des chercheurs (Hallett et coll., 2005).

En 2006, 54 % des Métis de 15 ans et plus ont reçu un diagnostic de trouble chronique, selon les données obtenues (Statistique Canada, 2006). Les plus communs comprennent l'arthrite, l'asthme et l'hypertension artérielle. En tout, 58 % des adultes métis estiment que leur santé est excellente ou très bonne. De plus, 84 % des parents ou des tuteurs d'enfants âgés de 6 à 14 ans estiment que la santé des enfants est excellente ou très bonne. Les Métis ont un accès légèrement plus limité à un médecin de famille que le reste de la population canadienne; en 2006, environ 81 % d'entre eux avaient accès à un médecin.

Non seulement existe-t-il des différences entre la santé des Métis et celle de la population canadienne en général, mais il existe des écarts au sein même de la population métisse, y compris entre les sexes. Les femmes métisses ont indiqué être atteintes d'une maladie chronique en plus grande proportion que les hommes, 57 % des femmes par rapport à 50 % des hommes. Les femmes étaient également plus susceptibles de signaler des problèmes d'arthrite, de rhumatisme, d'asthme et de bronchite (Statistique Canada, 2006). Ces données statistiques montrent qu'il est nécessaire de tenir compte des groupes et des sexes dans les programmes.

La recherche menée pour nos études de cas était le prolongement de l'analyse environnementale qui a appuyé le présent rapport. La centaine de courriels envoyés à des organisations autochtones et à ceux qui jouent un rôle dans la lutte contre les maladies respiratoires comprenaient des demandes de renseignements sur les projets, les programmes et les initiatives visant les Métis en particulier. Des courriels de rappel ont été envoyés lorsque les réponses tardaient à venir. De plus, des organisations métisses (Ralliement national des Métis, les cinq organisations métisses provinciales et le Métis Settlements General Council (Conseil général des peuplements métis)) ont été contactés par téléphone ainsi que d'autres organisations ciblées offrant des programmes pouvant être d'intérêt. Si cela était jugé approprié pour une étude de cas donnée, des mesures étaient prises pour la tenue d'entrevues téléphoniques de suivi auprès des coordonnateurs du programme (annexe 1).

Bien qu'il n'existe que très peu d'initiatives existantes visant les Métis en particulier, nous avons réussi à mener à terme deux études de cas les concernant, soit les suivantes :

1. Dans le cadre de l'initiative pour la prévention des maladies chroniques du Saskatoon Indian and Métis Friendship Centre (centre d'amitié des autochtones et des Métis de Saskatoon), des cours et des activités sur le mode de vie sain sont offerts; ils examinent particulièrement la gestion des maladies chroniques comme l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC), entre autres affections. La clientèle se compose de 25 % à 30 % de Métis.
2. La Métis Nation British Columbia (nation métisse de la Colombie-Britannique) a obtenu la participation de 33 des 36 communautés métisses à charte par l'entremise du programme ActNow BC s'adressant aux Autochtones. Les représentants de la jeunesse métisse se sont concentrés sur le renoncement au tabac et ont entrepris une gamme d'activités. Au total, 18 % des dirigeants et des participants qui étaient des fumeurs ont indiqué qu'ils avaient cessé de fumer grâce au programme.

### **3.3.1 Étude de cas 1 : L'initiative pour la prévention des maladies chroniques du Saskatoon Indian and Métis Friendship Centre**

#### ***3.3.3.1 Introduction***

Cette étude de cas porte sur l'initiative pour la prévention des maladies chroniques du Saskatoon Indian and Métis Friendship Centre, où des cours et des activités sur le mode de vie sain sont offerts; ils examinent particulièrement la gestion des maladies chroniques comme l'asthme et les maladies pulmonaires obstructives chroniques (MPOC).

#### ***3.3.1.2 Aperçu***

Le Saskatoon Indian and Métis Friendship Centre (SIMFC) (centre d'amitié des Autochtones et des Métis de Saskatoon) est un organisme sans but lucratif incorporé depuis 1968. Le but premier du Centre est d'améliorer la qualité de vie du peuple autochtone de Saskatoon. Depuis sa création, le Centre a conçu et mis sur pied plusieurs programmes sociaux, récréatifs, culturels et éducatifs.

Le SIMFC, par l'entremise d'une étude de cas et d'une évaluation des besoins effectuée par un membre du personnel spécialisé en violence familiale, a reconnu la nécessité de concevoir un programme de gestion des maladies chroniques. Ces besoins étaient conformes aux données publiées par Statistique Canada sur la santé des Autochtones qui indiquaient qu'une grande partie de la population autochtone était affectée par des troubles chroniques comme l'obésité, le diabète, etc. Par conséquent, Ottawa a accordé du financement afin de répondre à ces préoccupations.

Le personnel du SIMFC reconnaît les défis auxquels leurs clients sont confrontés compte tenu du fait que plusieurs d'entre eux sont dépendants en plus d'être affectés par des maladies chroniques. En raison de l'intérêt manifesté par la clientèle, le SIMFC a lancé son initiative pour la prévention des maladies chroniques à titre de projet pilote en février 2009 et a reçu du financement dans le cadre de la Stratégie pour les Autochtones vivant en milieu urbain, soit 30 000 \$ en 2008-2009 et 61 400 \$ en 2009-2010. Après avoir reçu le financement, le SIMFC a embauché un coordonnateur et une recherche de base a été

effectuée. Le SIMFC prépare une demande de financement supplémentaire afin de reconduire l'initiative.

Celle-ci comprend des efforts visant à joindre les gens des communautés en préparant des documents et à communiquer avec les gens dans leur demeure. Les premières séances tenues au SIMFC consistaient en une série d'ateliers mensuels, axés surtout sur l'échange d'information et la sensibilisation en ce qui a trait aux maladies chroniques et à l'adoption d'un mode de vie sain. De plus, des rencontres entre les aînés et les jeunes ont eu lieu pour discuter conjointement des préoccupations relatives à la santé et pour tenter de trouver des solutions en collaboration.

Le SIMFC offre les services d'un travailleur local en counselling qui aide les participants à adopter un mode de vie sain, en traitant notamment de la santé sexuelle et des maladies chroniques. Des fonds provenant de l'initiative pour la prévention des maladies chroniques ont également servi à acheter de l'équipement de conditionnement physique, dont plusieurs appareils, des poids et haltères et des cordes à sauter. Cela s'ajoute aux services fournis par le SIMFC et attire des personnes de types divers. L'initiative a en outre permis de développer de nouveaux et fructueux partenariats. Le programme de boîtes de nourriture en est un exemple; dans le cadre de ce programme, le Centre est en mesure de distribuer des boîtes d'aliments à bon prix et peut obtenir une quantité supplémentaire de fruits et de légumes qu'il distribue aux membres les plus démunis. Il donne également aux membres l'occasion d'acquérir de l'expérience en tant que bénévole du programme de boîtes d'aliments.

Dans le cadre de cette initiative, le SIMFC dirige le programme « LiveWell with Chronic Conditions » (mieux vivre avec une maladie chronique) qui consiste en une série de cours (d'environ 2,5 heures) s'échelonnant sur six semaines. Deux membres du personnel du SIMFC, dont un Métis, ont été formés par les instructeurs de l'entreprise LiveWell de la région sanitaire de Saskatoon et donnent maintenant les cours aux participants qui sont principalement autochtones. Le programme fournit une vaste gamme de renseignements, d'activités et de mesures de soutien aux personnes atteintes d'une maladie chronique, et il aide les jeunes à adopter un mode de vie sain afin de se prémunir contre l'apparition de ces maladies.

Les cours « LiveWell » attirent généralement entre six et neuf participants. La formation donnée récemment a attiré cinq participants, dont deux Métis et trois Indiens inscrits. Deux participants cherchent à obtenir de l'aide afin de gérer leur asthme tandis que les autres sont affectés d'autres types de troubles chroniques (non liés à la santé respiratoire). Les Métis sont particulièrement bien servis par ce programme, puisqu'ils ont souvent de la difficulté à se procurer les médicaments nécessaires à cause des coûts élevés et du manque de soutien accordé aux Métis dans le cadre du Programme des services de santé non assurés.

Le SIMFC dirige d'autres programmes comme le programme « New Steps » (nouvelles étapes), qui intègre les connaissances transmises par des diététistes, des éducateurs en matière de santé, des entraîneurs personnels et des aînés. Dans l'ensemble, les membres du personnel estiment que le SIMFC offre un soutien à environ 1 500 personnes par an, dont 25 % à 30 % sont des Métis.

### ***3.3.1.3 Avantages***

Les cours LiveWell attirent surtout les femmes, alors que les programmes de mise en forme attirent surtout les hommes. Selon les intervenants, cela est peut-être dû au fait que les personnes de sexe opposé privilégient des activités de nature différente et que les femmes sont plus susceptibles de reconnaître qu'elles sont atteintes d'une maladie de longue durée qu'elles doivent apprendre à gérer.

Les intervenants ont recours à des formulaires d'évaluation à la fin de chaque programme de formation afin de comprendre ce qui donne des résultats et de cerner les possibilités d'amélioration. Les intervenants jugent que le programme en vaut la peine s'ils réussissent à aider une seule personne à améliorer son état de santé. Ils constatent des changements tangibles dans l'état de santé des participants. Par exemple, une participante qui s'est investie dans le programme a modifié son attitude de manière notable ainsi que ses habitudes alimentaires, ce qui lui a permis de perdre du poids de manière importante et de gérer plus facilement la maladie chronique dont elle est atteinte. Les membres du personnel du SIMFC constatent également qu'il y a de plus en plus de clients de passage qui profitent de l'occasion pour faire l'essai d'un appareil de conditionnement physique au Centre. Le nombre de jeunes a commencé à augmenter avec l'arrivée de l'équipement et des ressources.

### ***3.3.1.4 Facteurs de réussite***

Les intervenants de ce programme ont donné plusieurs raisons pour expliquer cette réussite. Le SIMFC, qui existe depuis plus de 20 ans, a toujours offert des programmes sociaux, récréatifs, culturels et éducatifs d'importance afin de rassembler la communauté et d'appuyer les plus démunis. Le Centre, qui est situé à un endroit central et facile d'accès à partir du centre-ville de Saskatoon, est devenu un important lieu de rassemblement de la communauté et est surtout essentiel pour les sans-abri des environs. Par exemple, le programme des repas du soir attire un nombre important de personnes. Le SIMFC a son propre personnel et dispose d'une aire multifonctionnelle lui permettant d'offrir ses programmes. La gamme de programmes complémentaires qui sont offerts durant la journée et le soir, pour certains d'entre eux, attire et dessert une population variée. Le Centre offre également de l'information (p. ex. des brochures, les coordonnées des personnes-ressources) afin de permettre aux personnes de joindre les ressources d'autres organisations. Les intervenants ont également noté un taux de participation plus élevé dans les programmes plus étoffés que dans les événements ponctuels. En résumé, une combinaison de ressources, de partenariats et de programmes étoffés offre la base nécessaire pour garantir le succès des initiatives pour la prévention des maladies chroniques.

### ***3.3.1.5 Suggestions d'amélioration***

Les intervenants ont noté la nécessité d'attirer un plus grand nombre d'hommes dans le programme LiveWell. Ils songent à combiner les cours à une séance de mise en forme. Ils recueillent également les commentaires des participants au moyen de formulaires d'évaluation à la fin de chaque série de cours.

Les intervenants recommandent de suivre les étapes ci-après pour favoriser une participation plus suivie aux programmes :

- Commencez en imaginant la manière dont vous voulez que les choses se déroulent chaque semaine et en préparant un plan en conséquence;
- Décrivez le contenu du programme dans les plus menus détails comme les grignotines, les chaises, les appareils;
- Veillez à planifier le programme de manière cohérente pour que les personnes sachent ce qui est offert et s’y habituent;
- Offrez des incitatifs comme des aliments, des coupons et des cadeaux. Il s’agit d’une mesure importante, de même que le fait de présenter l’information de manière stimulante et pertinente.

Jusqu’à maintenant, les besoins de la communauté sont satisfaits avec l’aide des fonds de l’initiative pour la prévention des maladies chroniques; cependant, ce genre de financement est généralement accordé pendant une période limitée (un ou deux ans). Il est nécessaire de trouver une source de financement à long terme pour appuyer les programmes de manière continue. Le SIMFC pourrait bénéficier des services d’un spécialiste des maladies chroniques se joignant au personnel, puisque ce genre de service est essentiel à la santé de la communauté et pour briser le cycle de violence. Le SIMFC joue un rôle vital dans la communauté puisque plusieurs de ses membres se sentent plus à l’aise de se rendre au Centre que dans une clinique. Étant donné qu’il s’agit d’un organisme à but non lucratif, son personnel a l’habitude d’être créatif dans l’utilisation des ressources et de travailler avec ce dont il dispose.

### **3.3.1.6. Personne-ressource**

Jennifer Fiddler  
 (ancienne) coordonnatrice pour la prévention des maladies chroniques  
 Saskatoon Indian and Métis Friendship Centre  
*Coordonnées actuelles :*  
 Tél. : 306-655-0528  
 Courriel : [jennifer.fiddler@saskatoonhealthregion.ca](mailto:jennifer.fiddler@saskatoonhealthregion.ca)

Chris Passley  
 Gestionnaire de programme  
 Saskatoon Indian and Métis Friendship Centre  
 168, rue Wall, Saskatoon (Saskatchewan) S7K 1N4  
 Tél. : 306-244-0174  
 Téléc. : 306-664-2536  
 Courriel : [program\\_SIMFC@shaw.ca](mailto:program_SIMFC@shaw.ca)

SIMFC : [www.simfc.com](http://www.simfc.com)

Programme « LiveWell with Chronic Conditions » de la région sanitaire de Saskatoon :  
[www.saskatoonhealthregion.ca/about\\_us/strategic/transforming\\_live\\_well.htm](http://www.saskatoonhealthregion.ca/about_us/strategic/transforming_live_well.htm)

## **3.3.2 Étude de cas 2 : Le programme ActNow BC des Autochtones de la Métis Nation British Columbia (Nation métisse de la Colombie-Britannique)**

### **3.3.2.1 Introduction**

Cette étude de cas se penche sur l'initiative visant la renonciation au tabagisme de la Métis Nation British Columbia (MNBC) créée dans le cadre du programme ActNow BC s'adressant aux Autochtones.

### **3.3.2.2 Aperçu**

La Métis Nation British Columbia (MNBC) a été créée en 1996 et incorporée à l'origine sous le nom « Métis Provincial Council of British Columbia » (MPCBC) (Conseil provincial des Métis de la Colombie-Britannique). La MNBC, qui représente 36 communautés métisses à charte en Colombie-Britannique, a le mandat de créer et d'améliorer les occasions offertes à ces communautés en mettant sur pied des programmes et des services sociaux et économiques pertinents dans le domaine culturel.

La MNBC a saisi l'occasion offerte par le programme « Aboriginal ActNow BC » d'agir en tant qu'organisation responsable de guider la mise sur pied de projets communautaires contribuant à l'atteinte d'objectifs en santé des communautés des Métis de la Colombie-Britannique. Le programme « Aboriginal ActNow BC », un volet du programme ActNow BC a été mis en œuvre par le Centre national de collaboration de la santé autochtone (CNCSA) afin d'examiner les facteurs de risques et de réduire les effets néfastes des maladies chroniques en favorisant la prise de décisions éclairées en ce qui a trait aux quatre piliers de la santé : la saine alimentation, l'activité physique, les choix santé durant la grossesse et la lutte contre le tabagisme.

Après avoir reçu le financement nécessaire en 2007, la MNBC a été en mesure, au début, d'obtenir la participation de 12 des 36 communautés à charte. Il a fallu reconnaître que certains des messages transmis aux communautés ont contribué à limiter la participation puisque la manière dont ils étaient formulés laissait entendre qu'il était difficile de présenter des demandes et de recevoir des fonds. De plus, certains bénévoles de la communauté étaient inquiets de la pression engendrée par le fait d'accepter la responsabilité des fonds. En 2008, après avoir travaillé en collaboration avec des leaders communautaires et surmonté ces obstacles, 33 des 36 communautés à charte de la MNBC mettaient sur pied des programmes. La plupart des activités concernaient surtout l'alimentation et l'activité physique, et certaines touchaient la santé maternelle, mais peu d'attention était accordée au tabagisme. Cependant, par la suite, il a été souligné que de nombreuses personnes qui avaient participé aux programmes axés sur l'activité physique avaient cessé de fumer ou avaient réduit leur consommation parce que le tabagisme nuisait à leur participation (p. ex. les programmes *Learn to Run*); par conséquent, ces programmes ont entraîné des conséquences indirectes sur la santé respiratoire.

Compte tenu du faible taux de participation aux activités sur le tabagisme, le directeur de la santé de la MNBC a pressenti le comité des jeunes de la MNBC, qui disposait toujours de fonds non utilisés, destinés à l'origine à un forum provincial de la jeunesse, et leur a suggéré de lancer un programme faisant la promotion d'un mode de vie sain sans tabac. Une invitation générale a été lancée à l'aide du réseau de distribution et d'une page dans un média social (Facebook). Des demandes de subventions, orientées surtout sur les expériences vécues par de jeunes Métis, ont été reçues, ce qui a donné lieu à la création de calendriers, d'affiches, de disques volants, de bouteilles à eau, et d'autres produits faisant la

promotion d'une jeunesse métisse en santé et faisant valoir les avantages de vivre sans fumer. Ces jeunes Métis sont maintenant des modèles pour leurs pairs.

Le programme « Aboriginal ActNow BC » de la MNBC a été mis sur pied en 2007 et a pris fin en mars 2009. Des dirigeants et des participants ont participé à un sondage en 2009 et toutes les données collectées étaient accessibles dès le mois d'août 2009. En mars 2010, les rapports n'étaient toujours pas terminés. Le partenariat établi avec le CNCSA a permis de transférer des sommes supplémentaires pour mener à terme la préparation de ces rapports.

### ***3.3.2.3 Avantages***

Le programme « Aboriginal ActNow BC » de la MNBC a donné lieu à une gamme de projets créés pour et par la communauté dont bon nombre ciblaient plusieurs volets du programme ActNow. Plusieurs projets s'adressant à un des deux sexes ont vu le jour dans des domaines autres que la lutte contre le tabagisme, comme un réseau de santé maternelle (p. ex. les cours de yoga pour femmes) et d'autres activités de mise en forme ciblant les femmes comme le kayak en groupe. Les femmes ont eu tendance à être plus actives que les hommes; cependant, cela est peut-être dû au rôle de responsabilités assumées par les représentantes féminines de chaque région de la MNBC.

La MNBC compte des jeunes leaders provenant de communautés à charte qui élisent un représentant régional des jeunes dans chacune des sept régions, ainsi qu'un président des jeunes, choisi au terme d'une élection, qui siège au conseil d'administration. Ces responsables ont relevé le défi visant à mettre sur pied des projets de lutte contre le tabagisme dans les communautés métisses de la province. Alors que la Colombie-Britannique avait pour objectif de réduire le tabagisme de 10 % par l'entremise du programme ActNow, la MNBC a réussi à réduire de 18 % la consommation de tabac des participants. Le programme portait une attention particulière à l'activité physique, en retenant la notion que plus une personne est active physiquement, moins elle sera portée à fumer.

À la fin du projet ActNow de la MNBC, ce dernier a été évalué à l'aide d'un outil de sondage en ligne, « Survey Monkey ». L'évaluation a permis de recueillir les réponses de 46 des 72 dirigeants et de 140 des quelque 3 100 participants. Chaque personne a répondu à des questions concernant la renonciation au tabac dans le cadre du programme et les résultats ont été étonnants. La MNBC a réussi à obtenir un taux de participation des communautés métisses à charte de 89,9 %. Trois des 18 dirigeants qui fumaient ont déclaré dans le sondage qu'ils avaient cessé de fumer dans le cadre du programme et, parmi les participants qui ont répondu à la question (31 répondants sur 122), 16 fument toujours et 15 ont cessé de fumer. Dans l'ensemble, le programme « Aboriginal ActNow BC » de la MNBC a contribué à la diminution du tabagisme, à l'amélioration de l'alimentation et à l'augmentation de l'activité physique. Le directeur de la santé de la MNBC a fait valoir les réels avantages pour la Colombie-Britannique, à savoir que l'amélioration de l'état de santé découlant de ce projet permettra de réaliser des économies futures en soins de santé qui sont supérieures au coût du programme « Aboriginal ActNow BC ».

### ***3.3.2.4 Facteurs de réussite***

Le programme ActNow a été très avantageux pour les communautés autochtones et non autochtones de la Colombie-Britannique. Il a poursuivi des objectifs simples et raisonnables qui ont changé les choses dans les domaines de la santé et du bien-être global, et qui ont permis aux personnes, aux foyers et aux communautés de jouer activement un rôle pour les atteindre. Les initiatives du programme ActNow étaient lancées par les communautés; ce programme avait la souplesse nécessaire pour leur permettre

de choisir les objectifs et la manière de procéder. Cela a permis, de manière générale, de mettre sur pied une gamme d'activités auxquelles tous les membres de ces communautés ont pu participer et dont ils ont tiré profit. Le peu de restrictions associées au programme a contribué à son succès puisque les membres des communautés ont pu participer dès le début et de revendiquer la paternité des résultats obtenus.

Étant donné le grand nombre d'initiatives communautaires, la réussite dépend de l'engagement des bénévoles. Le programme « Aboriginal ActNow BC » permettait de rémunérer les coordonnateurs des communautés, ce qui a favorisé la participation; cependant, beaucoup de communautés n'étaient pas disposées à faire payer ces frais administratifs. L'accessibilité au financement aide à développer la capacité des communautés, puisque ces fonds leur permettent d'embaucher un coordonnateur et d'offrir des incitatifs comme des grignotines et de l'eau, des espadrilles, des bottes, des chaussettes, des podomètres et des coupe-vent. L'accès au matériel nécessaire favorise la participation et uniformise les groupes d'activités communautaires (p. ex. les groupes de marche ou de randonnée). Le programme « Aboriginal ActNow BC » a favorisé le développement de plusieurs partenariats. Par exemple, le partenariat « Sport Check » a permis d'acheter des chaussures à prix réduit et les partenariats conclus avec les gymnases, les salles communautaires et les installations municipaux ont fait en sorte que les participants ont pu utiliser les ressources à moindre coût.

Dans l'ensemble, le programme « Aboriginal ActNow BC » a tiré profit du pouvoir financier, de l'influence politique et des outils et ressources disponibles. Cela a également permis de conclure des partenariats importants qui ont favorisé une participation accrue.

### **3.3.2.5 Suggestions d'amélioration**

Ce projet a donné lieu à plusieurs recommandations. D'abord, il faut communiquer, en langage clair, les objectifs et les exigences dès le début de l'initiative. La simple idée d'accepter la responsabilité de sommes d'argent importantes peut être intimidante pour les responsables bénévoles potentiels et, s'ils ne sont pas bien informés de ce qu'ils doivent faire, ils peuvent décider de ne pas s'engager. Il importe en outre de donner aux communautés des idées, dès le début, concernant la manière de concevoir leurs programmes et d'établir les liens avec les parcs régionaux, les circonscriptions récréatives, etc., afin de concevoir et de mettre en œuvre les activités du projet.

Il importe de prévoir des fonds administratifs pour couvrir les frais comme les coûts de location de salles, le coût des rafraîchissements et la rémunération des coordonnateurs communautaires. Il faut prendre le temps de demander aux communautés ce dont elles ont besoin pour surmonter les obstacles et garantir la réussite du projet. Par exemple, certains participants peuvent avoir besoin de soutien pour leurs déplacements (p. ex. coupons de taxi) ou d'un service de garde.

L'importance d'améliorer l'efficacité du processus d'engagement communautaire est clairement exprimée dans la déclaration suivante de Bruce Dumont, le président de la MNBC :

*« Le processus d'engagement communautaire permet au peuple métis de prendre en main sa santé... Grâce à l'appui reçu, nous avons pu accroître la capacité de nos communautés et nous avons constaté que beaucoup de « champions » ont accepté de relever le défi, ce qui a eu des effets positifs sur leur propre santé, celle de leur famille et de leur communauté métisse » (Centre national de collaboration de la santé autochtone, 2010).*

### **3.3.2.6. Personne-ressource**

Tanya Davoren  
Director of Health and Sport (directrice de la santé et des sports)  
Métis Nation British Columbia  
Cell. : 250-308-7920  
Courriel : [tdavoren@mNBC.ca](mailto:tdavoren@mNBC.ca)

Métis Nation British Columbia  
2020 Abbotsford Way  
Abbotsford (Colombie-Britannique) V2S 6XB  
Téléphone : 557-5851  
Sans frais : 1-800-940-1150  
Télec. : 604-557-2024  
Site Web : [www.mNBC.ca](http://www.mNBC.ca)

## **3.4 Études de cas – Discussion et conclusions**

La présente section expose des considérations finales en ce qui concerne les études de cas axées sur la population présentées ci-dessus.

### **3.4.1 Premières nations**

La majorité des initiatives offertes aux Premières nations au Canada semblent être surtout axées sur la lutte contre le tabagisme et la tuberculose. Il est vrai qu'il s'agit d'initiatives importantes dans le domaine de la santé respiratoire; cependant, il existe une foule d'autres initiatives qui ne suscitent peut-être pas l'attention qu'elles méritent.

Une évaluation n'a été menée que pour une partie des initiatives citées dans ces études cas. Dans les cas concernés, ces évaluations ont donné lieu à des observations importantes, ce qui a permis aux gestionnaires de mieux évaluer l'efficacité de leurs programmes et d'apporter les modifications nécessaires pour les programmes futurs. Dans les cas qui n'ont pas fait l'objet d'une évaluation, les personnes interrogées ont généralement indiqué qu'il aurait été utile d'en établir une.

Compte de sa nature à court terme, le financement est perçu comme étant un obstacle important à la viabilité des programmes et à la réussite à long terme des changements de comportement, comme la lutte contre le tabagisme.

Parmi le petit nombre de cas étudiés dans le présent rapport, un seul comprenait une programmation diversifiée en fonction du sexe des participants. Cela indique qu'il est peut-être nécessaire de tenir compte davantage de cet aspect dans l'approche utilisée chez les Autochtones et les membres des Premières nations pour la lutte contre le tabagisme ou les programmes de prévention connexes; cependant, il faudrait étudier une gamme de programmes plus vaste afin de confirmer une telle affirmation.

Un intervenant clé est également d'avis que le fait que les données provenant de l'Enquête régionale longitudinale sur la santé des Premières nations (ERS) sont obsolètes nuit peut-être à la planification des programmes; il est nécessaire d'avoir de l'information complète et à jour pour concevoir et mettre sur pied des initiatives dont les membres des Premières nations qui vivent sur les réserves peuvent tirer un maximum d'avantages. De manière générale, la plupart des personnes interrogées ont également indiqué que le gouvernement devrait être plus à l'écoute des besoins des membres des Premières nations et des Autochtones en matière de santé.

Comme il a été précisé précédemment, il y a une grande variété d'initiatives portant sur la santé respiratoire offertes aux membres des Premières nations vivant dans les réserves ou ailleurs, partout au Canada. Cela offre plusieurs choix aux communautés des Premières nations quant aux modèles particuliers répondant à leurs besoins.

### **3.4.2 Inuits**

Les études de cas propres aux Inuits confirment que les facteurs socio-économiques jouent un rôle important dans les résultats obtenus en matière de santé respiratoire, conclusion qui avait déjà été tirée lors de l'élaboration du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire. Les maladies respiratoires dont sont affectés les Inuits sont souvent les symptômes ou les résultats de problèmes socio-économiques systémiques et de problèmes psychologiques à caractère social ou liés à la santé mentale. Il est très difficile d'imaginer être en mesure de réduire de façon importante le nombre de cas de maladies respiratoires simplement par des initiatives d'intervention directe en soins de santé. Par exemple, même si la gestion des cas de tuberculose donne des résultats positifs chez le peuple Nunatsiavut, il est difficile de réduire le nombre de cas en raison des autres problèmes de santé et de bien-être engendrés par le contexte socio-économique existant. De plus, étant donné que le système de santé ne dispose pas des ressources financières voulues, les priorités du programme de santé devront être rétablies. En outre, selon les experts, il existe peut-être des facteurs physiologiques (qui n'ont pas encore fait l'objet d'études) pouvant expliquer l'incidence si importante de maladies respiratoires comme la tuberculose et le VRS chez les Inuits; cette question mérite de faire l'objet d'une étude plus ciblée.

Comme il a été mentionné précédemment, les initiatives de lutte contre le tabagisme sont très courantes chez les Inuits et d'autres communautés autochtones. Nous savons que le contexte socio-économique est lié au tabagisme, et cela, à l'échelle mondiale; toutefois, même si cela pose un certain défi, certaines mesures concrètes peuvent être prises dans ce contexte. Nos études de cas ont indiqué que l'approche qui favorise la participation des communautés procure beaucoup d'avantages. Les programmes locaux connaissent peut-être un plus grand succès puisqu'ils sont plus « adaptés »; par contre, ils exigent un apport financier important. Les projets communautaires ont besoin d'un investissement à long terme en personnel et en ressources, ainsi qu'un engagement en ce qui a trait au développement communautaire. Il est essentiel de maintenir constante la participation des champions et des dirigeants de même que l'accessibilité au financement et les sommes offertes (même s'il ne s'agit pas de grosses sommes). Il importe également d'obtenir la participation des personnes vivant dans le

milieu au début du projet et de maintenir un taux élevé de participation tout au long du projet. Une approche adaptative et souple fonctionne bien en plus du recours aux évaluations régulières, aux mises au point et à la volonté d'essayer de nouvelles choses. Parallèlement, d'autres défis doivent être surmontés comme le fait que la renonciation au tabac puisse ne pas être une priorité lorsque les gens vivent un stress important en raison du contexte socio-économique.

L'étude de cas concernant les Inuits a donné lieu à plusieurs autres observations. En premier lieu, le recours à des champions inuits ou à des collaborateurs de confiance et de longue date en provenance du milieu, à différents échelons de l'organisation (surtout à l'échelle locale) peut énormément changer les choses quant à la réussite de toute initiative. Deuxièmement, il importe de jeter un regard holistique sur les indicateurs de réussite et d'avancement. Par exemple, si, dès les premières étapes d'intervention, seules les variations dans l'état de santé ou dans les taux de maladies (surtout en ce qui concerne le tabagisme) sont considérées, la situation globale, qui englobe un ensemble de facteurs complexes et interreliés, est oubliée. Troisièmement, dans le cadre des programmes de santé publique dans les régions inuites, des efforts concertés sont déployés pour déterminer la manière d'améliorer le taux de réussite en santé respiratoire, en offrant un soutien accru. La création d'un volet du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire qui concerne les Autochtones pourrait contribuer à entreprendre de tels efforts.

Enfin, il convient de noter que les questions liées à la dépendance au tabac et aux infections des voies respiratoires inférieures chez les nourrissons inuits (chez qui la présence du VRS est fréquente, mais non la seule cause) sont des problèmes graves et persistants dans toutes les régions inuites. Les cas étudiés et présentés ci-dessus ne doivent pas être considérés comme des cas isolés et limités aux endroits qui ont fait l'objet de ces études.

### **3.4.3 Métis**

Le nombre limité d'études de cas relatives aux Métis incluses dans le présent rapport témoigne du faible nombre d'initiatives en santé respiratoire s'adressant aux Métis qui ont été mises sur pied. Celles qui existent sont surtout axées sur la lutte contre le tabagisme. Cependant, il existe plusieurs initiatives concernant le logement des Métis (p. ex. le Programme d'aide à la remise en état des logements de la Métis Nation of Ontario (Nation métisse de l'Ontario) et les « Manitoba Metis Federation's Community Housing Managers of Manitoba » (les gestionnaires des habitations de la communauté de la Fédération des Métis du Manitoba)) qui ont une incidence sur la santé respiratoire des Métis. Nous avons également cerné un certain nombre d'initiatives, visant l'ensemble des Autochtones, susceptibles d'être accessibles aux Métis, quoiqu'il est peut-être difficile de répondre aux besoins des Métis en raison du manque de connaissance de leur culture.

Les études de cas précitées ont permis de faire des constatations importantes à l'appui de l'élaboration ou de l'amélioration des initiatives en santé respiratoire des Métis; beaucoup d'entre elles peuvent être applicables aux autres populations autochtones. Les initiatives créées pour et par la communauté sont réputées être particulièrement efficaces, surtout lorsqu'elles sont appuyées par du personnel ou des bénévoles engagés et motivés. Les approches qui donnent de bons résultats sont celles qui sont plus

souples et qui s'adaptent au contexte évolutif. Ces approches ont également tendance à être de nature plus holistique puisqu'elles ne tiennent pas simplement compte des aspects physiques de la santé et du bien-être. Les projets à long terme peuvent profiter d'une capacité accrue de planifier et de mettre en œuvre les activités de manière plus cohérente, ce qui permet aux participants d'éprouver un sentiment d'appartenance et de savoir qu'ils peuvent compter sur un appui continu. Voilà pourquoi l'accessibilité au financement et aux autres ressources est essentielle. Ces projets permettent en outre de développer des partenariats mutuellement fructueux avec d'autres organisations, ce qui tend à améliorer les résultats obtenus.

### **3.4.4 Conclusion**

Comme l'illustrent les études de cas sur les Premières nations, les Inuits et les Métis, peu d'organismes ciblent directement les effets de la maladie respiratoire sur la santé des Autochtones. De nombreux programmes adoptent plutôt une approche holistique et s'articulent autour des modes de vie sains. Il existe également d'autres interventions. Par exemple, les programmes de logement peuvent avoir des conséquences directes importantes (p. ex. l'amélioration de la ventilation améliore la santé respiratoire) ainsi que d'autres conséquences indirectes sur les déterminants sociaux de la santé en général. Les initiatives fédérales destinées aux communautés inuites et aux Premières nations vivant dans les réserves sont monnaie courante, mais les programmes offerts aux populations hors réserve et aux Métis sont plus rares. En outre, les données sur la santé des Métis restent limitées.

Les recommandations applicables à l'ensemble des programmes, des projets et des initiatives en santé respiratoire des peuples autochtones comprennent les besoins relatifs aux services offerts par et pour les communautés et les services applicables à certains groupes. Des programmes distincts doivent être mis sur pied pour les Premières nations, les Inuits et les Métis. La souplesse des programmes est ressortie comme étant un facteur important dans toutes les études de cas et la nécessité de financement continu a également été soulignée.

Les questions relatives à la santé respiratoire ont certainement été reconnues comme représentant un défi pour les Premières nations, les Inuits et les Métis, et les lacunes en matière de services, de ressources et d'information relativement à ces questions ont été soulignées. Il est nécessaire d'examiner ces questions plus à fond tout en reconnaissant la complexité et les effets du contexte socio-économique global.

## **4.0 Sources**

Affaires indiennes et du Nord Canada (2010). *Premières nations*. Consulté le 10 mars 2010 en accédant au site [www.ainc-inac.gc.ca/ap/fn/index-fra.asp](http://www.ainc-inac.gc.ca/ap/fn/index-fra.asp).

Agence de la santé publique du Canada (2010). *La grippe H1N1 dans les communautés des Autochtones, des Premières nations et des Inuits*. Consulté en mars 2010 en accédant au site

[www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/faq/faq\\_rg\\_h1n1-anic-fra.php](http://www.phac-aspc.gc.ca/alert-alerte/h1n1/faq/faq_rg_h1n1-anic-fra.php).

Alberta Health Services (2010). *Aboriginal liaison program*. Consulté le 21 février 2010 en accédant au site [www.albertahealthservices.ca/facilities.asp?pid=saf&rid=1005703](http://www.albertahealthservices.ca/facilities.asp?pid=saf&rid=1005703).

AllerGen (2008). *Second global lung health symposium*. Consulté le 20 mars 2010 en accédant au site [www.allergen-nce.ca/documents/File/GlobalLungHealthReportJune5\\_FINAL.doc](http://www.allergen-nce.ca/documents/File/GlobalLungHealthReportJune5_FINAL.doc).

AllerGen (2010). *AllerGen*. Consulté le 19 février 2010 en accédant au site [www.allergen-nce.ca](http://www.allergen-nce.ca).

Association canadienne de santé publique (2010). *La tuberculose et les peuples autochtones*. Consulté le 2 mars 2010 en accédant au site [acsp100.ca/12-grandes-realizations/la-tuberculose-et-les-peuples-autochtones](http://acsp100.ca/12-grandes-realizations/la-tuberculose-et-les-peuples-autochtones).

Association des femmes autochtones du Canada (AFAC) (2009). *H1N1 pandemic and Aboriginal women in Canada*. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2010 en accédant au site [www.nwac.ca/sites/default/files/download/admin/Backgrounder-H1N1.pdf](http://www.nwac.ca/sites/default/files/download/admin/Backgrounder-H1N1.pdf).

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (2005). *Tobacco cessation-Canadian environmental scan*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada.

Association pulmonaire du Canada (2010). *Maladies pulmonaires*. Consulté le 17 février 2010 en accédant au site [www.lung.ca/diseases-maladies/index\\_f.php](http://www.lung.ca/diseases-maladies/index_f.php).

British Columbia Ministry of Health and Ministry Responsible for Seniors (2001). *Honouring our health: An Aboriginal tobacco strategy for British Columbia*. Accessed on February 27, 2010 from [www.health.gov.bc.ca/aboriginal/pdf/honouring.pdf](http://www.health.gov.bc.ca/aboriginal/pdf/honouring.pdf).

Centre d'épidémiologie de la Colombie-Britannique (2010). *Tuberculosis control*. Consulté le 26 février 2010 en accédant au site [www.bccdc.ca/dis-cond/comm-manual](http://www.bccdc.ca/dis-cond/comm-manual).

Centre national de collaboration de la santé autochtone (CNCSA) (2010). *Programme « Aboriginal ActNow BC »*. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2010 en accédant au site [www.aboriginalactnow.ca](http://www.aboriginalactnow.ca).

Direction générale de la santé des Premières nations et des Inuits, Santé Canada (2007). *Getting ready to work with SCRAP-TB*. Présentation dans le cadre du symposium nord-américain sur les soins infirmiers de l'UICMR. Consulté le 27 octobre 2010 en accédant au site [www.bc.lung.ca/association\\_and\\_services/uiatld-pdfs/Taking%20action%20in%20Communities%20to%20SCRAP%20TB%20-%20Krista%20Russell,%20Kim%20Field,%20Bonnie%20Mistaken%20Chief.pdf](http://www.bc.lung.ca/association_and_services/uiatld-pdfs/Taking%20action%20in%20Communities%20to%20SCRAP%20TB%20-%20Krista%20Russell,%20Kim%20Field,%20Bonnie%20Mistaken%20Chief.pdf).

Gouvernement de l'Ontario (2010). *Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones*. Consulté le 15 février 2010 en accédant au site [www.ahwsontario.ca/about/about\\_top.html](http://www.ahwsontario.ca/about/about_top.html).

Gouvernement du Canada (2010). *Réponse du gouvernement du Canada au rapport du Comité permanent de la santé : La voie de l'avenir – Comment réagir aux taux élevés de tuberculose dans les*

*réserves des Premières nations et les collectivités inuites*. Consulté le 27 octobre 2010 en accédant au site [www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Mode=1&Parl=40&Ses=3&DocId=4677544&File=0&Language=F](http://www2.parl.gc.ca/HousePublications/Publication.aspx?Mode=1&Parl=40&Ses=3&DocId=4677544&File=0&Language=F).

Gouvernement du Manitoba (2009). *Manitoba, MMF reach first Métis housing agreement in western Canada*. Consulté le 26 février 2010 en accédant au site [news.gov.mb.ca/news/index.html?archive=2009-12-01&item=7321](http://news.gov.mb.ca/news/index.html?archive=2009-12-01&item=7321).

Hallett, B., Thorton, N., Stevens, H., et Stewart, D. (2005). *Aboriginal people of Manitoba report*. Winnipeg: Manitoba Aboriginal Affairs.

Inuit Tapiriit Kanatami (2010) *About ITK*. Consulté le 10 mars 2010 en accédant au site [www.itk.ca](http://www.itk.ca).

Janz T., Seto, J., et Turner, A. (2006). *Enquête auprès des peuples autochtones de 2006 - un aperçu de la santé de la population métisse*. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2010 en accédant au site [www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2009004-fra.pdf](http://www.statcan.gc.ca/pub/89-637-x/89-637-x2009004-fra.pdf).

King, M. (2010). *Indigenous Peoples, tobacco usage and health issues in Canada*. IRSC-Institut de la santé des Autochtones. Présentation à la huitième séance de l'équipe spéciale de la lutte contre le tabagisme des Nations Unies, New York.

Kovesi, T., Gilbert, N.L., Stocco, C., Fugler, D., Dales, R.E., Guay, M. et Miller, J.D. (2007). Indoor air quality and the risk of lower respiratory tract infections in young Canadian Inuit children. *Journal de l'Association médicale canadienne* : 177(2) : 155-160.

Kovesi, T., Zaloum, C., Stocco, C., Fugler, D., Dales, R.E., Ni, A., Barrowman, N., Gilbert, N.L., et Miller, J.D. (2009). Heat recovery ventilators prevent respiratory disorders in Inuit children. *Indoor Air* : 19(6) : 489-499.

Métis Urban Housing Corporation (2010). *Alberta Métis*. Consulté le 19 février 2010 en accédant au site [www.muhcab.ca](http://www.muhcab.ca).

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2009). *Alerte et action au niveau mondial (GAR) : Grippe pandémique H1N1 2009*. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2010 en accédant au site [www.who.int/csr/disease/swineflu/fr/index.html](http://www.who.int/csr/disease/swineflu/fr/index.html).

Organisation mondiale de la Santé (OMS) (2010). *Tuberculosis (TB): Practical approach to lung health (PAL)*. Consulté le 20 mars 2010 en accédant au site [www.who.int/tb/health\\_systems/pal/en/index.html](http://www.who.int/tb/health_systems/pal/en/index.html).

Prochaska, J.O., et Velicer, W.F. (1997). *The transtheoretical model of health behaviour change*. *American Journal of Health Promotion*. 12(1): 38-48.

Ralliement national des Métis (RNM) (2009). *Métis abandoned in H1N1 flu pandemic planning: Federal Health Minister refuses to acknowledge increased risk in Métis communities*. Consulté le 28 février 2010 en accédant au site [www.mnbc.ca/pdf/H1N1%20Flu%20Pandemic.pdf](http://www.mnbc.ca/pdf/H1N1%20Flu%20Pandemic.pdf).

Ralliement national des Métis (2010). *Who are the Métis?* Consulté le 15 février 2010 en accédant au site [www.metisnation.ca](http://www.metisnation.ca).

Santé Canada (2010a). *Fonds de transition pour la santé des Autochtones*. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2010 en accédant au site [www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/ahtf-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/acces/ahtf-fra.php).

Santé Canada (2010b). *Stratégie fédérale de lutte contre le tabagisme*. Consulté le 21 février 2010 en accédant au site [www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/about-apos/role/federal/strateg-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/hc-ps/tobac-tabac/about-apos/role/federal/strateg-fra.php).

Santé Canada (2010c). *Santé des Premières nations, des Inuits et des Autochtones*. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2010 en accédant au site [www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/index-fra.php).

Santé Canada (2010d). *Télésanté*. Consulté le 10 mars 2010 en accédant au site [www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/ehealth-esante/tele/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/services/ehealth-esante/tele/index-fra.php).

Santé Canada. (2010e). *Santé environnementale et publique*. Consulté le 22 février 2010 en accédant au site [www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/public-publique/index-fra.php](http://www.hc-sc.gc.ca/fniah-spnia/promotion/public-publique/index-fra.php).

Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (2008). *Cadre de travail national sur la santé pulmonaire*. Consulté le 20 février 2010 en accédant au site [www.lung.ca/pdf/Lung\\_Health\\_Framework\\_October2008.pdf](http://www.lung.ca/pdf/Lung_Health_Framework_October2008.pdf).

Secrétariat du partenariat du Cadre de travail national sur la santé pulmonaire (2010). *Au sujet du cadre de travail*. Consulté le 20 février 2010 en accédant au site [www.cadretravailpulmonaire.ca/home](http://www.cadretravailpulmonaire.ca/home).

Société canadienne de l'asthme (SCA) (2009). *Une vision partagée : Assurer une qualité de vie pour les adultes et les enfants ayant de l'asthme et des allergies dans les communautés des Premières nations et Inuit au Canada*. Consulté le 28 février 2010 en accédant au site [www.asthma.ca/adults/Shared\\_Vision\\_French.pdf](http://www.asthma.ca/adults/Shared_Vision_French.pdf).

Société canadienne de l'asthme (SCA) (2010a). *About asthma*. Consulté le 17 février 2010 en accédant au site [www.asthma.ca/adults](http://www.asthma.ca/adults).

Société canadienne de l'asthme (SCA) (2010b). *A shared voice: Engaging First Nations and Inuit communities in the development of culturally appropriate asthma and allergy education materials and resources for youth and their families*. Consulté le 27 janvier 2011 en accédant au site [www.asthma.ca/adults/SR%20-%20Shared%20Voice%20%28August%202010%29.pdf](http://www.asthma.ca/adults/SR%20-%20Shared%20Voice%20%28August%202010%29.pdf).

Société canadienne d'hypothèques et de logement (2001). *Bâtissons ensemble – meilleures pratiques autochtones d'établissement de maisons saines et de communautés durables*. Ottawa : La Société canadienne d'hypothèques et de logement.

Statistique Canada (2006). *Enquête auprès des peuples autochtones : Santé de la population métisse*. Consulté le 27 février 2010 en accédant au site [www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090219/dq090219a-fra.htm](http://www.statcan.gc.ca/daily-quotidien/090219/dq090219a-fra.htm).

Statistique Canada (2008). *Peuples autochtones*. Consulté le 1<sup>er</sup> mars 2010 en accédant au site [www41.statcan.gc.ca/2008/10000/ceb10000\\_000-fra.htm](http://www41.statcan.gc.ca/2008/10000/ceb10000_000-fra.htm).

# **Appendice 1 : Modèle des entrevues menées dans le cadre des études de cas**

## ***Aperçu des études de cas***

En tout, un maximum de cinq études de cas approfondies doivent être entreprises dans les localités pour chacune des populations des Premières nations, des Inuits et des Métis. Chacune des études devrait traiter d'un ensemble de communautés de taille et de structure différentes au Canada (p. ex. à l'intérieur ou à l'extérieur d'une réserve, en ville, à la campagne, en région éloignée) et d'un ensemble de troubles respiratoires (p. ex. asthme, maladie pulmonaire obstructive chronique (MPOC), grippe, tuberculose, cancer du poumon, virus respiratoire syncytial (VRS), etc.). Le programme ou la stratégie peut être axée sur la santé respiratoire (y compris la lutte contre le tabagisme ou la protection contre la fumée) ou peut traiter des facteurs sociaux liés à la santé (p. ex. la culture, le logement) qui ont une incidence sur la santé respiratoire. Les objectifs sont les suivants : a) illustrer de quelle façon les activités et les contextes particuliers donnent lieu à des programmes réussis et à des résultats positifs en matière de santé, et formuler des recommandations afin de réaliser d'autres améliorations; b) consigner les modèles qui ont fait leurs preuves en vue d'en faire la promotion ou de les mettre en commun avec d'autres communautés qui souhaitent adapter ou améliorer des programmes existants ou en créer de nouveaux.

## **Personnes ciblées pour les entrevues**

1. Personnes chargées de diriger, de planifier, de mettre en œuvre ou de gérer le projet ou le programme
2. Participants, clients, membres de la communauté
3. Bailleurs de fonds

## **Avant l'entrevue (personnes interrogées : 1, 2, 3)**

- Souhaitez la bienvenue aux participants et remerciez-les de bien vouloir répondre aux questions. Entendez-vous sur le moment approprié pour mener l'entrevue, s'il n'est pas possible de procéder tout de suite.
- Expliquez l'objectif général de l'entrevue, la manière dont l'information sera utilisée et les raisons pour lesquelles les participants ont été choisis.
- Expliquez la manière de procéder pour recueillir l'information.
- Traitez de la question de la confidentialité.

*Nous menons ces entrevues dans le cadre d'une série d'études de cas en vue de recueillir de l'information concernant des projets, des programmes et des initiatives réussis portant sur la santé respiratoire des*

*membres des Premières nations, des Inuits et des Métis. Nous désirons comprendre les raisons de ces réussites et déterminer la manière de communiquer les leçons retenues aux autres communautés qui souhaitent mettre sur pied des projets ou des programmes visant la santé respiratoire.*

*Nous aimerions pouvoir inclure votre nom dans notre rapport. Êtes-vous disposé à ce que nous le fassions?*

## ***Questions d'entrevue***

### **Questions préliminaires (1, 2, 3)**

- Quel est le nom de votre organisation/communauté?
- Quel poste occupez-vous dans votre organisation/communauté?
- Personne-ressource
  - Numéro de téléphone
  - Courriel
  - Adresse postale

### **Aperçu du projet/programme (1, 3)**

- Quel est le nom du projet/programme?
- Comment le projet/programme a-t-il été lancé?
  - Comment a-t-il évolué?
  - Quelles sont les personnes/organisations responsables de diriger le projet?
  - Combien de personnes y a-t-il à la tête du projet?
- Quel est le principal objectif?
  - Veuillez décrire les différents aspects ou composantes.
- Quelle est la stratégie/l'organisation à l'origine du financement ou du soutien du projet ou programme?
  - Quel montant de financement a été accordé? Quelles périodes étaient couvertes par ce financement?
  - Mis à part le financement, y avait-il un autre type de soutien (non financier)? Si oui, veuillez expliquer.

## **Déterminez si le financement ou le soutien gouvernemental s'harmonise avec les besoins de la communauté (1)**

- Respectiez-vous les priorités gouvernementales ou vice versa?
- Le projet était-il soumis à des restrictions en raison de priorités imposées par le gouvernement?
  - Dans l'affirmative, de quelle manière?
- Existe-t-il une façon d'harmoniser davantage les priorités gouvernementales avec les besoins de la communauté?

## **(3)**

- Respectiez-vous les priorités de la communauté ou vice versa?
- La stratégie de financement est-elle souple ou est-elle contraignante pour les communautés?
  - Dans l'affirmative, de quelle manière?
- Existe-t-il une façon d'harmoniser davantage les priorités gouvernementales avec les besoins de la communauté?

## **Du point de vue de la communauté, comment le projet ou le programme a-t-il favorisé la santé ou les facteurs de santé dans la communauté? (1,2,3)**

- Ce projet ou ce programme donne-t-il des résultats?
- Une évaluation est-elle accessible?
- Quels sont les signes qui prouvent que cela fonctionne?
- Quels sont les avantages pour la santé et le bien-être des personnes?
  - Quels sont les résultats obtenus en santé respiratoire?
- Quel est le nombre approximatif de clients/d'habitants qui ont été touchés par le projet ou le programme?
- Quelles sont les tranches de la population les plus touchées par le projet ou le programme? (*p. ex. groupes d'âge, sexe, état de santé, etc.*)
  - Pourquoi ces tranches de la population ont-elles été les plus touchées?

- Durant la planification ou la mise en œuvre du projet ou programme, y a-t-il eu des composantes ou des considérations tenant compte du sexe des participants?

### **Du point de vue de la communauté, quels sont les éléments du projet ou du programme qui ont contribué à son succès? (1,2)**

- Pour quelles raisons ce projet est-il réussi/efficace?
  - *Raison contextuelle* – une aptitude ou un atout particulier pour la communauté, la direction, la sensibilisation ou l'intérêt du public, l'accès aux services, l'importance et l'endroit, etc.
  - *Raison opérationnelle* – la logistique, l'ordre des activités, le genre d'outils utilisés, le choix des groupes cibles, l'existence d'un comité directeur ou d'un comité de mise en œuvre, etc.
  - *Heureux hasard/chance* – l'accès imprévu à un soutien ou à une expertise, la possibilité de tirer parti d'autres programmes ou activités, etc.
  - *Autre*
- Décrivez certaines des solutions novatrices proposées par votre communauté qui ont contribué au succès du projet (en vous fondant sur les réponses données à la section 2).
  - Comment avez-vous tiré parti des forces de votre communauté?
  - Comment avez-vous surmonté les obstacles?
- Quelles sont certaines des choses qui pourraient être corrigées, mises au point ou modifiées pour améliorer le projet ou le programme?
  - De quelle manière le projet ou le programme pourrait-il être plus efficace?
- Quelles sont certaines des choses qui pourraient être corrigées, mises au point ou modifiées pour améliorer la stratégie de financement?
  - De quelle manière la stratégie pourrait-elle être plus efficace?

### **Tentez d'obtenir de l'information sur les autres trouvailles, améliorations, idées et recommandations qui, selon la communauté, feraient en sorte que le projet ou le programme serait encore plus réussi, si l'expérience devait être répétée ailleurs au Canada (1, 2)**

- Quelles recommandations ou quels conseils aimeriez-vous donner à une autre communauté qui souhaite mettre en œuvre un projet semblable?
- Existe-t-il un rapport ou une évaluation découlant de ce projet qui pourrait servir à orienter d'autres groupes?

- Si tel est le cas, veuillez le faire parvenir au centre des Premières nations/au centre des Métis/à l'Inuit Tuttarvingat de l'ONSA par courriel ou par la poste (veuillez encercler le nom du centre et la méthode d'envoi privilégiée).
- Existe-t-il des outils ou des documents qui découlent de ce projet ou programme qui pourraient être utilisés ou adaptés dans d'autres contextes/communautés?
  - Si tel est le cas, veuillez le faire parvenir au centre des Premières nations/au centre des Métis/à l'Inuit Tuttarvingat de l'ONSA par courriel ou par la poste (veuillez encercler le nom du centre et la méthode d'envoi privilégiée).

### **Autre (1,2,3)**

- Connaissez-vous d'autres projets ou programmes qui ont connu un succès en santé respiratoire des Autochtones?
- Avez-vous des suggestions quant aux organisations particulières qui devraient participer à l'élaboration d'un cadre national en matière de santé respiratoire des Autochtones?
- Aimeriez-vous ajouter quelque chose que, selon vous, nous devrions savoir?