

TABLE DES MATIÈRES

SOMMAIRE.....	2
1. INTRODUCTION	4
Défis et changements.....	4
Cibler la promotion et la prévention	5
Définitions et concepts	6
La communauté autochtone.....	7
Enjeux et dilemmes	9
Le présent document	9
2. BESOINS ET PRIORITÉS EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION.....	10
Priorités reconnues	11
Nouvelles priorités	16
3. LE MODE ACTUEL DE PRESTATION DES PROGRAMMES ET SERVICES	16
Vue d'ensemble.....	17
La prise en main des programmes et services par les Autochtones	17
Les programmes et services destinés aux Inuits, aux Métis et aux Premières Nations.....	18
Programmes régionaux et communautaires	21
Programmes provinciaux et territoriaux.....	24
Programmes du gouvernement fédéral.....	28
4. QUESTIONS CENTRALES AYANT TRAIT AUX PROGRAMMES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION	31
Le contexte actuel dans les collectivités autochtone.....	31
La dotation en personnel	33
Les questions ayant trait au financement	36
La culture et la tradition	37
L'information sur la santé	39
L'implication aux processus décisionnels.....	40
L'acquisition de capacités	41
5. AMÉLIORER LES PROGRAMMES ET SERVICES	43
Le rôle de l'ONSA quant à la santé de la population, la promotion de la santé, la prévention et la protection.....	43
Activités axées sur le savoir	43
Promouvoir les priorités en matière de santé	45
La recherche et les partenariats de recherche.....	46
Le recrutement, le maintien en fonction, la formation et l'emploi de la main d'œuvre.....	47
Les pratiques de guérison traditionnelles	47
6. PARTENARIATS POTENTIELS AVEC D'AUTRES ORGANISMES ET INITIATIVES	48
Organisations nationales autochtones	48
Gouvernements.....	51
Organismes de recherche.....	52
7. CONCLUSION.....	55
8. BIBLIOGRAPHIE.....	57
9. INFORMATEURS CLÉS.....	70

SOMMAIRE

Atteindre une bonne condition de santé est une question cruciale pour les peuples autochtones. En plus d'être une ressource qui permet de bien vivre sa vie, la santé est un moyen d'arriver à l'autodétermination. Partout au Canada, les peuples autochtones s'appliquent à définir le mieux-être et à comprendre son rôle quant aux stratégies de renouvellement. Ils cherchent également les meilleurs moyens de réaliser le mieux-être des personnes, des familles, des collectivités et des Nations. En même temps, les services de santé autochtones et le système de santé en général doivent relever des défis redoutables et composer avec des changements de grande portée.

Le présent document fait partie des activités de planification stratégique de l'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA). Il a pour objet d'identifier les préoccupations et les priorités principales ainsi que les recommandations d'activités ultérieures pour améliorer les services et les programmes ayant trait à la santé de la population, la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé chez les peuples autochtones. Le document aborde les questions suivantes :

- Quelles sont les connaissances actuelles relatives à la prestation des services et des programmes de promotion de la santé, de prévention des maladies/blessures et de protection de la santé destinés aux peuples autochtones d'à travers le Canada?
- Quelles priorités et préoccupations a-t-on cerné quant à la qualité et la suffisance de ces programmes et services?
- Est-ce que l'accès aux programmes et services est équitable lorsque l'emplacement géographique, le fait de vivre sur ou hors réserve et le type de collectivité entrent en ligne de compte?
- Qui sont les intervenants et que font-ils pour améliorer ces programmes et services?
- Étant donné les zones de préoccupation, la participation d'autres organismes et le mandat de l'ONSA, qu'est-ce que l'ONSA peut faire pour appuyer l'établissement d'une meilleure qualité de programmes et de services?

Parmi les sources d'information consultées pour la présente étude étaient :

- une recherche des documents canadiens, publiés et non publiés, traitant des programmes/services et des priorités en matière de santé autochtone (environ 190 documents ont été examinés);
- une recherche sur Internet des sites Web du gouvernement canadien et d'organismes non gouvernementaux; et
- des entretiens, au téléphone ou en personne, avec 28 informateurs ayant des connaissances privilégiés dans le domaine.

Plutôt que d'offrir une étude approfondie ou une revue des programmes et services existants, le présent document cherche à fournir, aux fins de planification, une vue d'ensemble des conditions actuelles. Il invoque de façon considérable la recherche et les rapports existants ainsi que l'opinion fondée des gens oeuvrant aux niveaux national, provincial et territorial.

Parmi les recommandations, notons : participer à des activités et à la création de réseaux pour favoriser le transfert des connaissances; aborder les priorités en matière de promotion/prévention; effectuer certaines recherches et établir des partenariats de recherche stratégiques; favoriser le recrutement, le maintien en fonction, la formation et l'emploi des Autochtones dans le domaine de la santé; et appuyer le recours aux pratiques de guérison traditionnelles.

1. INTRODUCTION

Une bonne condition de santé dépend du maintien en équilibre des éléments physique, mental, affectif et spirituel. Chacun de ces éléments interagit avec les autres pour produire une personne robuste et en santé. Si l'un d'entre eux est négligé, l'équilibre est perdu et la santé en souffre à tous les égards.

...La prévention va de pair avec un mode de vie traditionnel et sain. Lorsque nous vivons en équilibre avec la Terre et la nature, une bonne condition de santé s'ensuit. Tout ce dont nous avons besoin nous est donné par notre mère, la Terre : des aliments sains, de l'eau fraîche et de l'air pur, des remèdes et les principes et les connaissances qui nous permettent de nous en servir sagement. Jointes à une vie active, une attitude positive et des relations paisibles et harmonieuses avec les autres et avec le monde spirituel, ses bienfaits feront en sorte que la santé sera la nôtre.

(Malloch, 1989)

Atteindre une bonne condition de santé est une question cruciale pour les peuples autochtones. Selon l'Organisation mondiale de la santé, la santé est une ressource qui permet de bien vivre sa vie. Sans une population robuste et saine, les peuples autochtones n'ont aucun espoir de vivre pleinement et de façon équilibrée, ni d'arriver à l'autodétermination. Un état de bien-être quant aux quatre aspects de la santé, dont la force, la résistance, la créativité et l'énergie, est essentiel pour reconquérir ce que nous avons perdu et pour établir de nouveaux liens avec la nature et le monde des hommes.

L'Organisation nationale de la santé autochtone (ONSA) exprime cette croyance dans son énoncé de vision :

(L'ONSA) est vouée à l'amélioration de la santé physique, sociale, mentale, affective et spirituelle des peuples autochtones. Nous croyons profondément que l'avancement des connaissances dans le domaine de la santé autochtone et la mise en commun de celles-ci constituent la clé d'une prise en charge par les peuples autochtones.

(Organisation nationale de la santé autochtone, 2001a, p. 3)

Défis et changements

Partout au Canada, les peuples autochtones s'appliquent à définir le mieux-être et à comprendre son rôle quant aux stratégies de renouvellement. Ils cherchent également les meilleurs moyens de réaliser le mieux-être des personnes, des familles, des collectivités et des Nations. En même temps, les services de santé autochtones— à vrai dire, le système de santé en général — doivent relever des défis redoutables et composer avec des changements de grande portée dans chacune des régions du Canada. Parmi ces défis et ces changements, notons :

- le transfert du gouvernement fédéral aux mains des Autochtones d'une plus grande partie de la responsabilité pour les services de santé;
- une préférence grandissante pour les programmes de prévention et de promotion adaptés à la culture dans les collectivités des Inuits, des Métis et des Premières Nations;
- une attention nationale grandissante à l'égard des maladies infectieuses et chroniques chez Autochtones;
- une plus grande implication des organismes sanitaires régionaux, autochtones et non-autochtones, quant à l'affectation des ressources et la prestation des programmes de santé;
- les coupures et les augmentations de divers budgets par le gouvernement; et
- les écarts permanents (qui sont peut-être en voie d'augmenter) quant à l'accès aux services de santé et aux subventions de programmes.

Cibler la promotion et la prévention

L'ONSA, de même que la communauté autochtone en général, reconnaît la promotion de la santé et la prévention des maladies comme étant le fondement du mieux-être. La santé de la population (autrement dit, la capacité d'examiner la santé de l'ensemble d'une population en non pas d'une seule personne), la promotion de la santé (visant la santé plutôt que la maladie ou les blessures), la prévention (afin d'éviter les problèmes de santé) et la protection de la santé (entreprendre des mesures pour protéger la santé) sont des approches qui correspondent à la mentalité autochtone.

Dans une optique autochtone, la guérison (découvrir la cause fondamentale; guérir, corps et âme) va de pair avec l'adoption de nouveaux comportements; il s'agit donc d'un élément central de la promotion et de la prévention. Selon la vision holistique des Inuits, le corps se situe dans un ensemble qui comporte la personne entière ainsi que son milieu; il ne fait qu'une partie d'un tout qui trouve son sens dans les relations entretenues par la personne avec tout ce qui est vivant et tout ce qui l'entoure (CRPA, 1993b, p.52). Un informateur métis a tenu ces propos lors d'un échange sur la santé métisse :

La santé renvoie à la personne entière... nous ne devons pas nous dire qu'il y a un problème de toxicomanie par-ci, des difficultés relatives aux adolescents par-là, des aînés isolés, des femmes déprimées. Nous devons nous dire : Les gens ne se sentent pas bien. Pourquoi?

(Kinnon, 1994, p. 2)

Dans *Aboriginal Grandmothers' Experience with Health Promotion and Participatory Action Research* (L'expérience des grand'mères quant à la promotion de la santé et la recherche participative), Geraldine Dickson fait part d'un projet de promotion de la santé qui a porté fruit (Dickson, 2000). Le projet décrit par Mme Dickson s'est déroulé au cours de deux ans et impliquait des aînées autochtones dans un processus de groupe comportant le soutien mutuel, l'éducation à la santé, l'acquisition de capacités et l'action politique.

Le projet et l'évaluation de santé, en harmonie avec le sens véritable de la promotion de la santé, ont créé les occasions et les capacités nécessaires pour que les grand'mères se livrent à un ressourcement, se fournissent un soutien mutuel et expérimentent une intercession réussite en faveur de l'amélioration de leurs vies privées et collectives.

(p. 212)

Les collectivités autochtones paie le prix du manque d'équilibre, des liens rompus et des approches qui ne visent que les symptômes. L'infériorité des démarches de prévention deviendra d'autant plus critique que la population autochtone accroîtra et vieillira, exigeant encore plus d'un système de santé déjà surchargé.

Prenant appui sur les conclusions de la première vague nationale de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, Jeff Reading et Brenda Elias ont constaté :

...une épidémie de maladies chroniques met en évidence le besoin de programmes de prévention secondaire et tertiaire intensifs à l'intention des aînés et un meilleur accès aux soins de santé spécialisés de longue et de courte durée.

(Comité national de direction de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999, p. 51)

Le diabète crée déjà un grand nombre de complications médicales. Les taux importants de maladies transmissibles sexuellement conduiront à un accroissement des problèmes génésiques et de certains cancers; à long terme, la nutrition médiocre risque d'affaiblir les défenses immunitaires.

Définitions et concepts

Les notions rattachées à la santé, à la maladie et au mieux-être varie énormément d'une collectivité à l'autre. L'ONSA est en cours d'identifier les éléments communs d'une vision autochtone du mieux-être qui servira de cadre pour les activités de l'organisation. Il s'agit d'un processus qui aura des répercussions importantes quant aux futures activités de promotion/prévention.

Étant donné que ce processus d'identification n'est pas achevé, le présent document renvoie aux concepts et aux notions occidentales de la santé. En réalité, la plupart des démarches portant sur la santé autochtone sont élaborées selon une mentalité occidentale.

Le présent document repose sur les définitions suivantes.

La santé de la population

Une approche axée sur la santé de la population renferme toute la gamme des conditions et des éléments individuels et collectifs, ainsi que leurs conséquences réciproques, qui ont une incidence sur la santé et le mieux-être des canadiens.

(Groupe de travail sur la stratégie ayant trait à la santé de la population, Santé Canada, 1996, p. iv)

Les stratégies axées sur la santé de la population visent l'amélioration de la santé de l'ensemble d'un groupe et non pas des particuliers. D'habitude, elles abordent les déterminants de la santé les plus pertinents pour un groupe précis ou encore, les circonstances connues pour leurs impacts sur la santé du groupe en question. Parmi les principaux déterminants de la santé notons le revenu, le statut social, la scolarité, l'emploi et les conditions de travail, l'environnement physique, les pratiques hygiéniques et les habiletés d'adaptation de la personne, la santé infantile, le sexe et la culture. Les services de santé ne contribuent à la santé que de façon limitée.

La promotion de la santé

Un document-guide dans le domaine – la *Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé* – précise que la promotion de la santé est une démarche qui encourage les gens à prendre leur santé et l'amélioration de leur santé en main. (Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et l'Association canadienne de santé publique, 1986, p.1). Bien que la promotion de la santé mette parfois trop d'accent sur l'adoption d'un mode de vie sain par les particuliers, la théorie aborde la question du contexte de vie et des changements nécessaires pour arriver au mieux-être. Les cinq stratégies de la promotion de la santé sont :

- élaborer des politiques de santé publique qui favorisent la santé (mesures législatives pour protéger

- l'environnement, la santé au travail, la réduction de la violence, etc.);
- créer des milieux favorables au moyen du développement communautaire et du soutien aux familles;
 - affirmer l'action communautaire de sorte que les collectivités puissent repérer et aborder leurs besoins;
 - développer les compétences personnelles qui permettent aux groupes et aux personnes d'aborder les questions ayant trait à la santé; et
 - changer l'orientation des services de santé pour qu'elles deviennent davantage intégrées et axées sur les clients.

La prévention des maladies et des blessures

La prévention consiste en une intervention éprouvée qui réduit considérablement la probabilité qu'une personne sera atteinte d'une maladie, d'une blessure ou d'un problème médical ou qui empêche ou ralentit la progression d'une maladie (Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique, 1980). D'une part, la prévention primaire tente de prévenir la maladie ou le problème de santé avant qu'il ne se manifeste (au moyen des soins prénataux, de l'éducation à la sexualité sans risques et des démarches de prévention des blessures). D'autre part, la prévention secondaire cherche à réduire les conséquences d'un problème de santé (l'éducation sur le diabète et la consultation psychologique en sont des exemples).

La protection de la santé

La protection de la santé renvoie aux mesures qui protègent les gens des risques pour la santé et la sécurité. Plusieurs domaines servent de points de départ aux activités de protection de la santé, dont la science (fournir les preuves), la surveillance (surveillance et prévision des tendances en matière de santé), la gestion des risques (évaluer et résoudre les risques pour la santé) et l'élaboration des programmes (prendre des mesures) (Ministère des Travaux publics et des services gouvernementaux, 1999). Les activités de protection de la santé peuvent comporter l'élaboration et l'application des règlements sanitaires, surtout en ce qui concerne la sécurité alimentaire; la protection de l'eau potable; l'exécution des normes de pureté de l'air; le contrôle des animaux; l'inspection des pratiques hygiéniques et sanitaires connexes à certains métiers; ainsi que l'épreuve et le contrôle des médicaments, des instruments médicaux et des biens de consommation.

La communauté autochtone

Lorsque nous envisageons des programmes et des services sanitaires de promotion, de prévention et de protection, il nous faut tenir compte de la diversité des Premières Nations, des Inuits et des Métis et bien saisir les caractéristiques qui leur sont propres. Plus d'un million d'Autochtones vivent au Canada et leurs cultures, leurs lieux géographiques et leurs collectivités font preuve d'une grande diversité. Au cours du Recensement de 1996, 1,101,960 personnes (3,9 pour cent de la population canadienne) ont indiqué leur ascendance autochtone tandis que 799,010 personnes (2,8 pour cent des Canadiens) se sont identifiées comme Autochtones. On considère généralement que ces chiffres ne représentent pas la totalité de la population autochtone.¹

En plus de partager un grand nombre de valeurs et d'expériences communes, les peuples autochtones renferment environ 50 groupes culturels distincts. Les Premières Nations sont le groupe le plus nombreux, suivies des Métis et des Inuits.

¹ Les chiffres relatifs à la population et aux indicateurs démographiques cités dans la présente section sont tirés de diverses sources provenant de Statistique Canada. Dans la plupart des cas, on les considère comme étant inférieurs aux chiffres véritables.

Groupe autochtone	Nombre*	%
S'identifient comme Premières Nations	554,290	69%
S'identifient comme Métis	210,190	26%
S'identifient comme Inuit	41,080	5%
Total		100%

* Certains Autochtones s'identifient à plus d'un groupe.

Les Autochtones habitent des collectivités variées. Moins d'un tiers d'entre eux vivent sur réserve en milieu rural, un peu plus que la moitié vivent en milieu urbain et un tiers habitent des endroits ruraux hors réserve, souvent en collectivités nordiques isolées. Le nombre exact d'Autochtones qui habitent des collectivités essentiellement autochtones et qui profitent des services destinés aux Autochtones, par opposition à ceux qui sont assimilés à la population en général, n'est pas connu. Le déplacement entre les collectivités urbaines et rurales est très prononcé chez les Autochtones.

Les données démographiques propres à la population autochtone répercutent sur la promotion et la prévention. Il s'agit d'une population :

- jeune, ce qui comporte un plus grand effort de promotion et de prévention quant à la santé infantile/des jeunes pour assurer, dès le départ, les conditions nécessaires à une bonne santé :
 - 38 pour cent de la population a moins de 15 ans, comparativement à 21 pour cent de la population générale du Canada; et
 - 18 pour cent sont âgés de 15 à 24 ans, comparativement à 13 pour cent dans la population générale;
- en croissance rapide, ce qui comporte une planification consciencieuse pour assurer la suffisance des ressources par rapport à une population plus nombreuse, ainsi que le besoin pressant de prévenir les futurs problèmes de santé :
 - les taux de naissances autochtones sont nettement le double de ceux pour l'ensemble de la population canadienne;
 - on prévoit qu'entre 1998 et 2010, la population des Premières Nations accroîtra de 28 pour cent, soit 180,000 personnes de plus (Assemblée des Premières Nations, 2000); et
 - on prévoit que la population inuite accroîtra de 48% entre 1996 et 2016 (Inuit Tapirisat du Canada, 1999; cité dans Archibald et Grey, 2000);
- en voie de vieillir, ce qui comporte l'élaboration de programmes de promotion/prévention pour les aînés, qui seront probablement accablés d'une grande proportion des maladies :
 - bien qu'ils ne représentent pas à présent une proportion significative de la population, on prévoit que le nombre d'Autochtones ayant dépassé l'âge de 65 ans triplera entre 1991 et 2016 (Santé Canada, 1998);
- qui habite de plus en plus les milieux urbains et les quartiers centraux des grandes villes, mais que l'on peut trouver également dans les lieux ruraux et isolés, ce qui comporte des stratégies de promotion/prévention diversifiées qui abordent le pluralisme culturel, la mobilité de la population et la pauvreté :
 - environ un cinquième des Autochtones habitent les sept plus grandes villes du Canada : Winnipeg, Edmonton, Vancouver, Saskatoon, Toronto, Calgary et Regina;
 - à l'heure actuelle, les enfants autochtones représentent un sur sept (13 pour cent) des enfants de moins de 15 ans habitant à Regina et à Saskatoon; et
 - 46,000 Autochtones demeurent à Winnipeg – un plus grand nombre que les populations combinées des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut;

- dont la répartition à travers le Canada est irrégulière, ce qui comporte une diversité d'approches et de niveaux de services :
 - 63% des Autochtones habitent la Colombie-Britannique, l'Alberta, la Saskatchewan et le Manitoba;
 - 6 % d'entre eux habitent le Yukon, les Territoires du Nord-Ouest et le Nunavut, où ils représentent 48% de la population; et
 - 6 % habitent les provinces maritimes où ils représentent 1,6 % de la population.

Enjeux et dilemmes

Les éléments sus-mentionnés (le besoin de reconquérir et de redéfinir le mieux-être; les multiples changements auxquels les collectivités autochtones font face; le besoin pressant de programmes de promotion et de prévention; et les particularités propres aux populations autochtones) représentent des défis précis pour les organismes autochtones et les organisations desservant les Autochtones. Le présent document traite de certains de ces défis, mais ils sont tous dignes d'un examen consciencieux sous l'angle d'élaborer ou d'améliorer la promotion et la prévention en matière de santé autochtone. Parmi ces défis, notons :

- Comment les organisations et les collectivités peuvent-elles établir leurs priorités :
 - parmi les diverses interventions visant les déterminants de la santé comme l'expansion économique, l'atténuation de la pauvreté, la protection de l'environnement et les services de santé?
 - parmi les multiples problèmes sociaux et sanitaires à caractère urgent?
 - entre les soins actifs et les soins d'urgence ou entre la promotion de la santé à long terme et la prévention des maladies?
 - parmi les programmes destinés aux enfants, à la jeunesse, aux adultes et aux aînés?
- Comment peut-on atteindre un équilibre entre le besoin d'aborder les problèmes sociaux et sanitaires urgents et le besoin de se concentrer sur l'avenir et sur la santé et le mieux-être?
- Comment peut-on tirer profit des connaissances pertinentes occidentales et du savoir autochtone ayant trait au mieux-être?
- Comment peut-on s'assurer que les programmes de promotion/prévention correspondent à la diversité des cultures autochtones, surtout lorsqu'il s'agit d'Autochtones en milieu urbain?
- Comment peut-on desservir les régions peu peuplées et les Autochtones vivant et cherchant à obtenir des services à l'extérieur des collectivités autochtones établies?
- Comment les organisations doivent-elles maîtriser le changement et le besoin d'accroître et de s'adapter tout en continuant à offrir des services?
- Comment peut-on déterminer la proportion d'énergie qui sera consacrée à l'édification d'organisations autochtones (approche interne) ou à développer des liens avec les organisations non autochtones et à encourager une plus grande réceptivité chez celles-ci?

Le présent document

La présente étude a été réalisée à la demande de l'ONSA et fait partie de ses activités de planification stratégique. Elle a pour objet d'identifier les préoccupations et les priorités principales ainsi que les recommandations d'activités pour améliorer les services et les programmes ayant trait à la santé de la population, la promotion de la santé, la prévention des maladies et la protection de la santé chez les peuples autochtones. Le présent document aborde les questions suivantes :

- Quelles sont les connaissances actuelles relatives à la prestation des services et des programmes de

promotion de la santé, de prévention des maladies/blessures et de protection de la santé destinés aux peuples autochtones d'à travers le Canada?

- Quelles priorités et préoccupations a-t-on cerné quant à la qualité et la suffisance de ces programmes et services?
- Est-ce que l'accès aux programmes et services est équitable lorsque l'emplacement géographique, le fait de vivre sur ou hors réserve et le type de collectivité entrent en ligne de compte?
- Qui sont les intervenants et que font-ils pour améliorer ces programmes et services?
- Étant donné les zones de préoccupation, la participation d'autres organismes et le mandat de l'ONSA, qu'est-ce que l'ONSA peut faire pour appuyer l'établissement de services destinés aux Autochtones et visant la santé de la population, la promotion de la santé, la prévention des maladies/blessures et la protection de la santé?

Parmi les sources d'information consultées pour la présente étude étaient :

- une recherche des documents canadiens, publiés et non publiés, traitant des programmes/services et des priorités en matière de santé autochtone (environ 190 documents ont été examinés; voir la bibliographie);
- une recherche sur Internet des sites Web du gouvernement canadien et d'organismes non gouvernementaux; et
- des entretiens, au téléphone ou en personne, avec 28 informateurs ayant des connaissances privilégiées dans le domaine.

Plutôt que d'offrir une étude approfondie ou une revue des programmes et services existants, le document cherche à fournir, aux fins de planification, une vue d'ensemble des conditions actuelles. Il invoque de façon considérable la recherche et les rapports existants ainsi que l'opinion fondée des gens oeuvrant aux niveaux national, provincial et territorial.

Le reste du document :

- se penchera sur un bref examen des déterminants de la santé et des questions centrales en matière de prévention, promotion et protection;
- présentera le mode actuel de prestation des programmes et services;
- étudiera les questions principales ayant trait à la programmation (lacunes et défis);
- suggèrera à l'ONSA diverses activités susceptibles d'améliorer les programmes de prévention/promotion; et
- proposera l'établissement de liens avec d'autres organisations cherchant à améliorer la promotion/prévention.

2. BESOINS ET PRIORITÉS EN PROMOTION ET EN PRÉVENTION

Un bon nombre de rapports attestent des états de santé lamentables et des maladies/blessures qui accablent les peuples autochtones. Les priorités en promotion et en prévention, déjà reconnues ou en voie de l'être et dégagées par la présente étude, figurent à la liste ci-dessous. La liste a été dressée pour que les lacunes relatives aux programmes et services et le besoin de mesures correctives soient envisagés dans un contexte. Les priorités ne sont pas nécessairement présentées selon l'ordre d'importance.

Priorités reconnues

La santé de la population (Déterminants de la santé)

Le revenu et le statut social qui en résulte continuent d'être inférieurs chez les Autochtones. En 1995, le revenu d'emploi moyen pour les Autochtones était de 17,382\$ comparativement à 26,474\$ pour la population canadienne en général. En 1997, les taux de dépendance sur l'aide sociale sur réserve montaient à 46 pour cent, quatre fois le taux pour l'ensemble du Canada. Près d'un tiers des enfants autochtones ayant moins de 15 ans – le double du taux canadien – vivent dans une famille mono-parentale et sont frappés par la pauvreté qui en résulte (Santé Canada, 1999b). En milieu urbain, ce taux monte à plus de 50 % (Statistique Canada, 1998). Les taux d'**emploi** sont d'une infériorité inadmissible. En 1997-98, le taux d'emploi sur réserve était d'environ 71 pour cent (taux de chômage de 29 pour cent).

La pauvreté entraîne des conséquences fâcheuses pour la santé et le mieux-être.

La pauvreté nuit à la capacité de bien s'alimenter, de se procurer des médicaments, de se rendre chez le médecin pour des rendez-vous et de prendre part à des activités de loisir. Elle est également associée à l'insuffisance des logements, qui est lié à son tour aux maladies des voies respiratoires, à la transmission des maladies infectieuses, aux blessures et à la violence.

(Smylie, 2001, p. 38)

Bien que les taux de **scolarité** se soient améliorés en quelque sorte au cours de la dernière décennie, les taux d'obtention de diplômes secondaires et universitaires sont toujours inférieurs aux taux pour l'ensemble de la population canadienne. De la population autochtone ayant plus de 15 ans, seulement la moitié est pourvue d'un diplôme d'études secondaires, comparativement au deux tiers des canadiens.

L'insuffisance des **logements** est une préoccupation majeure pour les collectivités autochtones. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien estime qu'en collectivité autochtone, un logement sur 10 (11 pour cent) est surpeuplé. Les troubles de santé, les tensions familiales et la violence en sont le résultat. Les logements surpeuplés, mal entretenus et mal ventilés sont également sujets à la formation de moisissures nocives (ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 2001b). Dans les réserves, près d'un logement sur quatre (22 pour cent) compte plus d'une personne par pièce, comparativement à 1 pour cent pour le reste du Canada. En outre, les Autochtones sont plus à risque d'être sans abri (Santé Canada, 1999b). L'Assemblée des Premières Nations a réclamé la construction immédiate de 22,000 nouvelles unités d'habitation et un investissement considérable pour combler les écarts entre les Autochtones et le reste des canadiens par rapport au logement (Assemblée des Premières Nations, 2101d).

L'expérience des Autochtones ayant vécu au **pensionnat** est lourde de conséquences directes et indirectes.

Plus d'un tiers des aînés interrogés lors de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits ont été pensionnaires. Dans leur analyse des données, Jeff Reading et Brenda Elias ont avancé que les pensionnats avaient produit des effets nuisibles sur les déterminants de la santé suivants : le revenu, la scolarité, l'emploi, le statut social, les conditions de vie et de travail, les pratiques hygiéniques, la capacité d'adaptation et le développement infantile. Ils proposent une recherche ultérieure pour examiner à fond le lien entre l'état de santé et le bouleversement psychosocial en terme du ressort psychologique, les compétences parentales, les conditions sociales, les réseaux de soutien aux familles, la perception des avantages et des désavantages connexes au vieillissement, les services sociaux et de santé, la santé mentale et l'adaptation face au changement, à la pauvreté et aux autres éventualités (Comité de direction national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999, p.49).

Dans la communauté autochtone, on perçoit que la **perte de la culture** provoque des conséquences

fâcheuses pour la santé et le mieux-être. Chez les minorités, une perception positive quant à l'identité culturelle est liée à la résistance et à une bonne santé mentale. Les dirigeants des collectivités sont en faveur de la conservation de leurs langues et du retour à un mode de vie plus traditionnel. Cependant, une recherche plus approfondie est nécessaire pour établir les liens directs entre la perte de la culture et les problèmes de santé éventuels tels que les troubles de santé mentale, la toxicomanie et l'alcoolisme et les comportements sexuels à risque.

On considère généralement que les dommages causés à l'environnement ont une plus grande incidence sur les peuples autochtones en raison de leur lien à la terre, de leur consommation soutenue d'aliments traditionnels (gibier, plantes comestibles, plantes médicinales) et du temps qu'ils consacrent à des activités de plein air. Les contaminants de l'environnement retrouvés dans l'air, l'eau et le sol posent une menace directe pour la santé, réduisent la disponibilité des aliments et des médicaments traditionnels et minent les modes de vie traditionnels. Pour multiples raisons, les contaminants ont un effet plus prononcé sur les enfants (Ship, 1998c).

La promotion de la santé

La **nutrition** est reconnue comme étant un élément principal de la promotion de la santé en collectivité autochtone. Les régimes mal équilibrés et la disette alimentaire, la renonciation des aliments traditionnels en faveur des aliments traités, les contaminants de l'environnement et les carences alimentaires sont liés à une plus grande vulnérabilité à la maladie, aux problèmes périnataux et aux troubles de santé mentale. Les difficultés alimentaires trouvent leur origine dans la pauvreté, le coût élevé des aliments en région isolée, la perte des connaissances relatives aux aliments traditionnelles et du mode de vie traditionnel, l'abandon de l'allaitement maternel, le manque d'activité physique et le peu d'occasions récréatives. Dans le même ordre d'idées, l'**obésité**, surtout la concentration du poids autour de la taille et des hanches, est un problème important que l'on constate de plus en plus souvent chez les Autochtones (Santé Canada, 1999b). Chez les enfants, les carences en fer, en calcium et en vitamine D, ainsi que l'obésité, sont des problèmes considérables (Williams, 1999).

Les faibles niveaux d'**activité physique** sont imputables à un mode de vie plus sédentaire, à la dépendance sur les produits d'épicerie, à la perte des modes de vie traditionnels et aux états dépressifs. Une recherche ultérieure est nécessaire pour documenter les niveaux d'activités requis, les activités et les intérêts privilégiés et les obstacles à une vie active.

Le taux de prévalence du **tabagisme** chez les Premières Nations et les Inuits est de 62%, le double du taux pour la population canadienne en général. Les taux chez les Inuits du Nunavut, du Labrador, du Nunavik et des Territoires du Nord-Ouest sont près de 2,5 fois plus élevés que pour l'ensemble du Canada (Archibald et Grey, 2000). On sait également que les taux de tabagisme chez les Métis sont élevés. La recherche chez les Premières Nations et les Inuits atteste que certains d'entre eux ont commencé à fumer dès l'âge de six ou huit ans (Santé Canada, 1999b). L'usage du tabac et le contact avec la fumée secondaire sont des facteurs de risque connus du cancer du poumon, des maladies cardiovasculaires, des complications de la grossesse et du syndrome de mort subite du nourrisson (Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999; Enquête auprès des peuples autochtones, 1991). Pareillement, on considère le syndrome d'alcoolisme fœtal/les effets de l'alcool sur le fœtus (SAF/EAF) comme étant un problème important, bien que la recherche à cet effet soit inachevée. L'alcoolisme parental est l'un des principaux facteurs de risque de négligence et de violence à l'égard des enfants (Organisation nationale des représentants de santé communautaire indiens et inuits, 1997).

Il existe peu de recherche détaillée concernant la **santé mentale et le bien-être** chez les Autochtones (MacMillan, Orford et coll., 1995). La promotion de la santé mentale est un nouveau domaine et les collectivités autochtones font l'expérience de diverses approches à l'amélioration de la santé mentale et à l'atténuation des troubles de santé mentale. Une recherche ultérieure s'impose pour déterminer les

éléments sous-jacents de la santé mentale chez les Autochtones, y compris les aspects culturels et spirituels; pour cerner les approches de promotion de la santé mentale efficaces; et pour dégager le rapport entre la santé mentale aux autres problèmes de santé tels que le SAF/EAF, la violence et les comportements nuisibles pour la santé.

Une enquête nationale sur la *santé dentaire* menée au début des années 1990 a révélé que seulement la moitié des enfants autochtones âgés de six à douze ans avaient des gencives en santé et que 91% d'entre eux étaient atteints de caries. La carie du biberon était un problème courant (Leake, 1992). Les troubles dentaires peuvent conduire à des infections chroniques et ont une incidence sur le choix d'aliments et sur la capacité de consommer des aliments sains.

La prévention des maladies/blessures

Les taux de décès violents ou accidentels sont plus élevés chez les Autochtones du Canada que partout ailleurs dans le monde. En 1992, les mortalités occasionnées par des *blessures* étaient plus nombreuses que celles attribuables aux maladies cardiovasculaires, au cancer ou aux maladies respiratoires. Les causes les plus communes de ces décès accidentels étaient le suicide, les accidents d'automobile, l'homicide et la noyade. Globalement, le taux de blessures mortelles pour les Premières Nations et les Inuits est jusqu'à 6,5 fois celui des canadiens en général (Santé Canada, 1999b). Le taux de décès par blessures involontaires pour l'ensemble du Canada est de 43 par 100,000 personnes. Au Nunavik (Nord du Québec) le taux monte à 102 et aux Territoires du Nord-Ouest, à 128 mortalités. Les taux pour les Métis ne sont pas connus. Pour chaque personne atteinte d'une blessure mortelle, environ 40 blessés sont admis à l'hôpital et 1,300 autres sont soignés dans des cliniques ou des salles d'urgence (McFarlane, 1997a). Le lien entre les blessures volontaires et involontaires et les taux élevés d'incapacité et de maladies chroniques n'a pas été étudié à fond.

Le *suicide* dans les collectivités autochtones est qualifié de crise nationale par bien des gens, les taux étant de cinq à sept fois la moyenne nationale. Les taux fluctuent de façon importante chez les Inuits, allant de 94 décès par 100,000 personnes dans la région Qikiqtani du Nunavut, à 82 décès par 100,000 personnes au Nunavik dans le Nord du Québec et baissant jusqu'à 77 décès par 100,000 personnes pour l'ensemble du Nunavut (comparativement à 13 décès par 100,000 canadiens) (Archibald et Grey, 2000). Aucune donnée n'existe pour les Métis. Le suicide est la cause la plus fréquente de blessures mortelles chez les Autochtones.

Moyennant des logements adéquats, de l'eau potable, des systèmes d'égouts, la présence d'emplois et les moyens de fournir une alimentation suffisante, la condition de santé s'améliorerait. Le suicide est un véritable fléau et les taux élevés de chômage en sont, en partie, responsables. Il faut mettre l'accent sur la prévention et intervenir avant que les gens ne tentent de se suicider.

(cité dans Archibald et Grey, 2000)

La prévalence de la *violence familiale*, de la *violence à l'égard des enfants* et de la *violence sexuelle* en collectivité autochtone n'est pas connue, mais on soupçonne qu'il s'agit d'un problème de grande envergure. Une étude menée par le Centre national d'information sur la violence dans la famille (1997) estimait que jusqu'à 40 pour cent des enfants provenant de certaines collectivités autochtones avaient été violentés par un proche. Le rapport entre la violence familiale et le chômage, le surpeuplement et la toxicomanie est bien établi (Organisation nationale des représentants de santé communautaire indiens et inuits, 1997) et ses répercussions à long terme sur la santé sont considérables.

Chez les Premières Nations et les Inuits, le taux de prévalence pour les troubles de santé chroniques déclaré par l'intéressé comme le *diabète*, les *maladies cardiovasculaires*, le *cancer*, l'*hypertension* et l'*arthrite*/le *rhumatisme* dépasse la moyenne canadienne. Une forte proportion d'aînés Inuits et des Premières Nations est atteinte de problèmes de santé chroniques; les problèmes ont une plus grande

prévalence chez les femmes et accroissent en fonction de l'âge (Comité directeur national de l'Enquête sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999). Les facteurs de risque connus sont généralement associés au conditionnement physique, à l'alimentation et à l'usage/le contact avec la fumée du tabac.

Il y a 50 ans, le **diabète** était pratiquement inconnu au sein des collectivités autochtones, mais il s'agit maintenant de la cause principale d'incapacités et de décès. Le taux de prévalence du diabète est de trois fois plus élevé parmi les Premières Nations et les Inuits du Labrador que chez les Canadiens en général. À l'heure actuelle, un aîné sur trois ayant dépassé l'âge de 65 ans en est atteint. Sans intervention, on prévoit que d'ici vingt ans plus d'un quart des adultes des Premières Nations seront diabétiques. Selon des renseignements fournis par Santé Canada, plus de 90 pour cent des adultes diabétiques des Premières Nations auront à subir l'amputation d'un membre inférieur et plus de la moitié d'entre eux seront hospitalisés en raison de problèmes cardiaques (Santé Canada, 1999a; Santé Canada, 2000b).

À présent, les risques de **cancer** du sein, du côlon, du poumon et de la prostate sont plus faibles chez les Autochtones que pour l'ensemble des Canadiens. Toutefois, une augmentation des taux de cancer est prévue. L'incidence du cancer du poumon est déjà à la hausse dans certains milieux. L'incidence du cancer du col utérin et les taux de mortalité subséquents chez les femmes autochtones sont élevés et le dépistage est peu commun (Comité directeur national de l'Enquête sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999). Les Inuits ont des taux plus élevés de cancer du poumon et de la gorge que les autres peuples autochtones. Aucune donnée n'est disponible pour les Métis.

Un bon nombre de questions s'articulent autour de la **santé prénatale et infantile**. Environ 15-23 pour cent des nouveau-nés des Premières Nations présentent une hypertrophie. Cette condition est parfois associée aux traumatismes de la naissance, aux troubles de la croissance, au diabète gestationnel, à l'obésité maternelle et au prolongement de la grossesse. Par contre, l'insuffisance pondérale se présente le plus souvent chez les bébés de femmes vulnérables, marginalisées et ayant un faible revenu. La mortalité infantile fait le double du taux canadien et le syndrome de mort subite du nourrisson (SMSN) est plus fréquent chez les nourrissons autochtones. Notons également que les bébés autochtones sont moins souvent allaités au sein (Santé Canada, 1999b).

Les taux de **grossesse chez les adolescentes** augmentent de façon radicale et cela comporte de nouvelles préoccupations puisque la mobilité de la population, l'éclatement des familles et la restructuration des collectivités diminuent de façon marquée le soutien aux jeunes parents. Les grossesses chez les jeunes adolescentes (âgées de moins de 15 ans) sont 18 fois plus fréquentes que pour le reste de la population canadienne.

Une forte prévalence des maladies infectieuses chez les Autochtones, y compris l'**hépatite A, B et C**, la **gastro-entérite**, la **méningite**, la **gonorrhée** et la **chlamydia**, a été signalée. On soupçonne que les taux de **vaccination** sont nettement plus faibles chez les enfants autochtones que dans le reste de la population canadienne. Les enfants des Premières Nations sont plus souvent atteints d'infections des voies respiratoires (**bronchite**, **pneumonie**, et **croup**) et d'**otite moyenne aiguë** (otite qui conduit souvent à un déficit auditif) (plusieurs auteurs cités dans Smylie, 2001). Les carences alimentaires, la pauvreté, le surpeuplement et l'exposition à la fumée de tabac et de feu de bois sont parmi les facteurs de risques suggérés (MacMillan, MacMillan, Orford, et coll., 1996).

Les **maladies transmissibles sexuellement** sont une préoccupation majeure, surtout dans le Nord. Par exemple, les taux de chlamydia et de gonorrhée étaient de 15 à 25 fois les taux nationaux entre 1989 et 1998 (Rapport sur l'état de santé au Nunavut, 2000, cité dans Smylie, 2001). Les infections transmissibles sexuellement peuvent conduire à une augmentation des problèmes génésiques, y compris l'infertilité et un risque aggravé de cancer du col utérin.

Le **VIH/SIDA** est un problème croissant au sein de la communauté autochtone. Les cas dépistés chez les

Autochtones représentaient 15 pour cent du total des cas, en dépit du fait que la population autochtone ne faisait que trois pour cent de la population canadienne en 1999 (Santé Canada, 2000a). En 1997, les Autochtones représentaient respectivement 26 pour cent et 43 pour cent des nouveaux cas séropositifs pour le VIH en Alberta et en Saskatchewan. Les Autochtones sont plus jeunes au moment du diagnostique, ce qui laisse entendre qu'ils étaient plus jeunes au moment de la transmission de la maladie.

Le taux d'incidence de *tuberculose* parmi les Premières Nations sur réserve était à la baisse entre 1991 et 1996; nonobstant cela, il était six fois plus élevé que chez les non Autochtones. En 1999, le taux montait jusqu'à 18 fois celui constaté chez les non Autochtones nés au Canada (Santé Canada, 1999b).

La protection de la santé

Les Autochtones, en particulier les enfants, ont une incidence nettement plus forte des *maladies d'origine hydrique* comparativement à la population générale. Le taux canadien de maladies d'origines hydrique et d'intoxication alimentaire est de 97,8/100,000; au Nunavut ce taux est de 291, tandis que dans la région Kivalliq, il monte jusqu'à 408 cas par 100,000 personnes (Archibald et Grey, 2000). Les taux ne sont pas connus pour les Métis. Il existe un grand nombre de contaminants de l'eau, notamment les organismes (tels que le parasite giardia, la salmonelle et la bactérie e. coli), les métaux dissous, autres composés, les pesticides et les produits chimiques d'industrie. Parmi les sources de contamination notons les eaux vannes, les écoulements agricoles, l'industrie, les usines de pâte et papier, l'industrie minière et les inondations (Bethunes, 1998).

Les événements de Walkerton ont fait la manchette dans tout le Canada. Or, l'eau insalubre menace une collectivité autochtone sur huit et tue chaque année des nouveau-nés et des aînés. Ces décès ne font pas la une des journaux canadiens. Mais je n'ai tout de même pas oublié la gastro-entérite provoquée par de l'eau contaminée qui a emporté, dans une même saison, huit enfants de mes collectivités de la baie James.

(Assemblée des Premières Nations, 2001e)

Une étude du ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC) menée en 1995 a soulevé qu'en collectivité autochtone, un réseau de distribution d'eau sur quatre (24 pour cent) et un système d'égouts sur cinq (20 %) ne répondent pas aux normes (Hutchinson, 2001). Lors de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits en 1999, 22 pour cent des intimés croyaient qu'aucune amélioration ne s'était produite quant aux systèmes d'eau et d'égouts sur réserve (Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999).

Certaines interventions visant la salubrité de l'eau ont été mises en œuvre par le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, notamment le développement de l'infrastructure, la modernisation des stations de traitement des eaux usées, les séances de formation dans les collectivités et les initiatives communautaires qui cherchent à redresser les insuffisances sanitaires et à diminuer la contamination. Cependant, il reste encore beaucoup à faire et la portée des interventions doit être élargie pour que toutes les collectivités autochtones soient à l'abri de la contamination hydrique (Bethunes, 1998; Hutchinson, 2001; Assemblée des Premières Nations, 2001b).

Les recherches sur l'environnement menées dans le Nord, près des Grands Lacs en Ontario et sur la voie maritime du Saint-Laurent, ont détecté une *contamination de l'environnement* dans plusieurs collectivités. Il s'agissait souvent d'un problème que la collectivité ignorait avant de lancer l'étude. À titre d'exemple, citons un travail de recherche récent menée à Ouje Bougoumou, une collectivité crie dans le Nord du Québec. L'étude en question a révélé une forte contamination par l'arsénique, la cyanure, le plomb, le mercure et autres métaux lourds suite à des extractions minières dans la région. Le chercheur principal a remarqué que les conclusions étaient fort semblables à celles issues de l'enquête sur le Love Canal dans l'État de New York (Dougherty, 2001). On trouve dans le lait maternel des Inuites les

concentrations de biphényles polychlorés (BPC) les plus élevées qui soit en raison de leur forte consommation de graisse de phoque et de morse. Selon Ship (1998b), les répercussions précises (des BCP) sur la santé de la mère et du nourrisson ne sont pas claires, la recherche en cause étant quasiment inexistante (p.9). La situation exige une surveillance plus assidue, des avis de sécurité concernant l'eau et les aliments insalubres et de nouvelles recherches ayant trait aux effets à long terme des contaminants présents sur tout le territoire du Canada.

Nouvelles priorités

Les consultations menées auprès des Autochtones, les études de recherche préliminaires et les entretiens avec les principaux intervenants ont donné lieu à une quantité de nouvelles priorités sanitaires. Celles-ci figurent à la liste ci-dessous.

- On se préoccupe des **nouveaux cas de cancer**. On prévoit que les cas de cancer du poumon continueront à augmenter en raison du tabagisme et de l'exposition à la fumée secondaire. On s'attend également à ce que les cancers génésiques deviennent plus fréquents en raison des taux élevés de maladies transmissibles sexuellement.
- L'**état nutritionnel** chez les Autochtones pourrait continuer à s'aggraver en raison des modes de vie souvent malsains, de la pauvreté et d'une alimentation de plus en plus occidentale. La nutrition médiocre provoque des carences minérales et vitaminiques, un manque de vitalité et une résistance immunitaire affaiblie. Bien qu'il existe, en certaine mesure, des interventions abordant la nutrition prénatale et infantile, les programmes existants ne mettent pas d'accent sur la nutrition des adultes.
- Le déplacement vers les grandes villes, les modes de vie plus sédentaires et le vieillissement de la population entraînent une **diminution des niveaux d'activité physique**, ce qui contribuera à une augmentation des troubles de santé.
- Si le diabète, les accidents/blessures et la violence continuent de faire rage, il y aura une croissance des taux d'**incapacité**.
- Une approche intégrale quant à la **santé sexuelle** (renfermant l'éducation à la sexualité, la perception saine des relations humaines et de l'identité masculine ou féminine, l'acceptation face aux orientations sexuelles et la prévention des maladies) n'existe toujours pas dans les collectivités autochtones.
- Il existe un besoin d'approches nouvelles, intégrées et holistiques par rapport à la **toxicomanie**.
- La **santé au travail** représente un nouveau champ d'intérêt qui mérite et qui est en voie d'obtenir un examen consciencieux. Un grand nombre des résidents du Nord ont été exposé aux produits chimiques utilisés en industrie minière. Les métiers forestiers comportent la possibilité d'exposition aux pesticides et les ouvriers travaillant à l'extérieur sont, en général, plus exposés aux contaminants de l'environnement.
- La **violence au niveau de la collectivité** (le taxage chez les enfants et les adolescents, l'agression sexuelle, l'intimidation, les contres-attaques, etc.) n'a pas fait l'objet d'autant d'attention que la violence familiale.
- Le **jeu pathologique** a été cerné comme étant une dépendance qui touche un certain nombre d'Autochtones. On se préoccupe particulièrement des jeunes ayant des problèmes de dépendance au jeu.

3. LE MODE ACTUEL DE PRESTATION DES PROGRAMMES ET

SERVICES

Vue d'ensemble

En collectivité autochtone, la prestation des programmes et des services de prévention/promotion se distingue par les diverses approches utilisées. Bien qu'il existe un bon nombre de programmes novateurs, la plupart d'entre eux ne correspondent pas à la mentalité autochtone. Les interventions cloisonnées et axées sur des questions précises ne permettent pas d'aborder la santé de façon holistique. En revanche, les collectivités autochtones ont souvent réussi à créer des programmes communautaires polyvalents qui abordent plusieurs questions connexes à la fois.

Presque tous les services de santé, qu'ils soient conçus pour les Autochtones ou les non Autochtones, ont du mal à maintenir l'intérêt et les ressources nécessaires à la promotion et la prévention. La concurrence avec les soins actifs, la pénurie de personnel et le roulement élevé, la préférence des collectivités pour des services de traitement de meilleure qualité et l'investissement à long-terme requis pour assurer l'efficacité des démarches de prévention/promotion sont parmi les éléments qui entravent la réussite.

En outre, bien des collectivités se demandent s'il existe un juste équilibre entre les approches axées sur l'amélioration des conditions de vie des Autochtones et les approches plus courantes qui préconisent l'adoption d'un mode de vie sain par les particuliers.

La prise en main des programmes et services par les Autochtones

Peu à peu, les collectivités et les organisations autochtones accèdent à une plus grande autorité par rapport aux programmes et services de santé. Depuis un certain temps, le gouvernement fédéral négocie, à des degrés variables, le transfert de la responsabilité pour les services de santé existants aux organismes communautaires des Premières Nations et des Inuits, et les organisations des Autochtones en milieu urbain revendiquent la subvention de leurs programmes axés sur la santé et le mieux-être. Au mois de mars 2002, 83 pour cent des collectivités des Premières Nations intervenaient au processus de transfert fédéral : 269 collectivités des Premières Nations avaient convenu une entente de transfert à la collectivité (transfert de la responsabilité pour la planification et la direction des programmes de santé) et 141 autres avaient négocié un accord de contribution pour subventionner les services de santé communautaires (transfert de la gestion de certains programmes de santé regroupés sous un seul accord de contribution) (Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada, 2001). Les programmes de promotion/prévention susceptibles de faire l'objet d'un transfert sont les soins infirmiers communautaires, les représentants en santé communautaire, l'éducation à la santé, la nutrition, les services d'hygiène du milieu, la prévention de la toxicomanie et la nutrition prénatale. Le contrôle des maladies transmissibles, l'hygiène du milieu et les services d'un directeur de la santé sont obligatoires.

Le transfert renferme la possibilité de réorienter les ressources pour favoriser une approche plus préventive, holistique et adaptée à la culture. Toutefois, certains aspects des accords de financement, les niveaux de financement et le grand besoin de soins actifs au sein des collectivités entravent une telle évolution.

Pour certaines Nations, les accords issus de revendications territoriales ont conduit à une plus grande maîtrise des programmes de santé. La Convention de la Baie James et du Nord québécois de 1975 était le premier accord de ce genre et a conduit à la création du premier conseil de la santé des Premières Nations et des Inuits. Depuis ce temps, plus de 80 ententes d'autonomie gouvernementale ont été ratifiées et les approches pour assurer la planification et la prestation des programmes de santé sont variés. L'instauration du Nunavut en 1999 constituait un moment marquant, car le transfert aux mains Inuits de tous les programmes et services de santé s'est fait au moyen de l'établissement d'un nouveau

gouvernement territorial.

Certaines organisations métisses dans les provinces de l'Ouest et en Ontario ont réussi à négocier des accords de financement pour des services précis associés à l'aide à l'enfance et à la famille, aux soins de longue durée et à certaines priorités en santé préventive. Néanmoins, les Métis n'ont pas encore réussi à boucler d'accords sur les revendications territoriales ni sur l'autonomie gouvernementale, et leur compétence n'est toujours pas établit quant à la prestation de l'ensemble des services de santé à la population métisse.

L'autorité et la responsabilité des Premières Nations et de diverses collectivités inuites en ce qui concerne la prestation des programmes de santé, y compris les programmes de promotion et de prévention, évoluent rapidement. On manifeste beaucoup d'intérêt pour l'élaboration de programmes à caractère culturel et adaptés aux collectivités desservies. En même temps, on craint que la planification et le renforcement des capacités nécessaires au succès des programmes ne soient pas en place. On se demande également si les mécanismes de financement donneront lieu à une planification et une gestion efficaces. La majorité des collectivités métisses, et la plupart de celles des Premières Nations hors-statut, en sont aux premiers stades de l'élaboration des programmes de santé.

Les programmes et services destinés aux Inuits, aux Métis et aux Premières Nations

Les programmes et services destinés aux Inuits

La plupart des Inuits habitent des collectivités côtières du Territoire du Nord-Ouest, du Nunavut, du Québec et du Labrador, mais certains d'entre eux habitent quelques-unes des grandes villes du Sud. Les services de santé destinés aux Inuits relèvent de la compétence des gouvernements du Canada, du Québec, des Territoires du Nord-Ouest et du Nunavut. Selon une étude menée par l'Inuit Tapiriit Kanatami (autrefois l'Inuit Tapirisat du Canada) – qui pourrait, d'ailleurs, être appliquée à un bon nombre des autres collectivités autochtones en région isolée ou éloignée – plusieurs éléments influencent la prestation des services de santé dans le Nord, soit :

- la population est éparsée et très dispersée, et il n'existe aucune infrastructure de la santé semblable à celle que l'on trouve dans le sud du Canada;
- une forte proportion de la population est Autochtone, mais le système de réserves n'existe pas;
- par le passé, les gouvernements territoriaux n'ont pas été en mesure de fournir l'ensemble des services de santé à leurs résidents;
- les services de la santé ont fait l'objet d'une cession progressive, du niveau fédéral aux gouvernements territoriaux;
- des accords ayant trait aux revendications territoriales et à l'autonomie gouvernementale (tels que la Convention de la Baie James et du Nord québécois et l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut) ont été négociés dans plusieurs régions, et cela comporte fournir les soins de santé; et
- la forte population de jeunes et la prévision d'une poussée démographique laissent à penser que les taux de surpeuplement et de chômage augmenteront drastiquement (Archibald et Grey, 2000).

La prestation des programmes sanitaires se fait par le biais de diverses organisations inuites et non inuites, telles que les conseils du hameau, les organisations féminines, les églises, les centres d'amitié et les organismes du gouvernement. Dans les Territoires du Nord-Ouest et dans le Nord du Québec, les services sociaux et sanitaires sont dispensés par des régies régionales de la santé et des services sociaux. Au Nunavut, les services sont assurés par les bureaux régionaux du ministère de la Santé et des Services sociaux. Au Labrador, la prestation des services de santé se fait au moyen du Health Labrador Commission (la Commission Santé Labrador) régional, mais la Commission des services de santé des Inuit du Labrador dispense les services d'hygiène publique.

La majorité des collectivités inuites n'ont que des services de santé rudimentaires : il s'agit généralement d'un point de services doté d'une ou deux infirmières non autochtones, oeuvrant sous des directives cliniques élargies leur permettant d'exécuter des fonctions qui ne font pas normalement partie de leur compétence professionnelle. On ne trouve les médecins et les hôpitaux régionaux que dans quelques-unes des collectivités ayant une plus forte population.

Les programmes de prévention et de promotion sont souvent sporadiques et/ou externes, comme dans le cas des travailleurs de la santé mentale itinérants, des programmes occasionnels de prévention de la violence ou du suicide, des services de consultation fournis par l'église, etc. Beaucoup de collectivités inuites profitent des programmes fédéraux de promotion/prévention à court terme. Ceux-ci abordent, entre-autres, la nutrition prénatale, l'anti-tabagisme et le VIH/SIDA. En général, ces services sont offerts dans un cadre occidental, bien qu'il existe un intérêt marqué pour des services adaptés à l'Inuit Qaujimagatuqangit (autrement dit, IQ ou connaissances inuites).

En attendant que les valeurs, les approches et les points de vue propres aux Inuits soient intégrés aux services sociaux et sanitaires, il est difficile de concevoir comment le système pourrait favoriser la santé mentale et le mieux-être des Inuits et de leurs collectivités.

(Cité dans Archibald et Grey, 2000)

Les programmes et services destinés aux Métis

La population métisse au Canada compte entre 250,000 et 300,000 membres (Ralliement national des Métis), la plupart d'entre eux étant installée dans les provinces de l'Ouest et en Ontario. Lors du Recensement de 1996, environ un quart des Autochtones se sont identifiés comme Métis. Soixante-cinq pour cent des Métis vivent en milieu urbain (Commission royale sur les peuples autochtones, 1996) : les villes de Winnipeg, d'Edmonton et de Vancouver comptent le plus grand nombre de Métis. Peu de données démographiques existent à l'égard des Métis, faisant d'eux le groupe autochtone le moins documenté qui soit. (Des renseignements rudimentaires sur les caractéristiques démographiques, le statut socioéconomique, l'état matrimonial, la culture, la scolarité, les caractéristiques de la population active, le revenu, le logement et la santé ont été recueillis lors de l'Enquête auprès des peuples autochtones en 1991.) (Statistique Canada, 1996.)

La majorité des Métis ont accès aux services de santé conventionnels dispensés par les organisations de santé locales, par les gouvernements provinciaux ou territoriaux et par les centres et les programmes de santé autochtone. Cependant, on croit généralement que les Métis sous-utilisent ces services. On ne sait pas jusqu'à quel point ces services répondent aux besoins des Métis ni en quelle mesure les Métis sont rejoint par les programmes de prévention et de promotion.

Les organisations communautaires des Métis, telles que les conseils communautaires des Métis en Ontario, les conseils d'établissement des Métis en Alberta, les services métis d'aide à l'enfance et à la famille au Manitoba et en Alberta, et le Saskatchewan Métis Addiction Society (Société métisse de lutte contre les dépendances de la Saskatchewan) jouent un rôle de plus en plus actif quant aux récentes priorités en matière de santé. Certains des conseils communautaires des Métis ont amorcé des programmes de mieux-être grâce au financement de la Stratégie ontarienne de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Les organisations provinciales des Métis et des femmes métisses, le Ralliement national des Métis, et le Ralliement national des femmes métisses ont été, ou sont en voie de devenir, des intervenants de plus en plus importants par rapport à la violence familiale, le VIH/SIDA, la prévention du diabète et la santé des enfants, des adolescents et des aînés.

Comparativement aux programmes et services destinés aux Inuits et aux Premières Nations, les services de promotion, de prévention et de protection de la santé destinés aux Métis n'en sont qu'au stade

préliminaire de leur élaboration. Ni le gouvernement fédéral, ni les gouvernements provinciaux n'ont accepté la responsabilité de fournir des services de santé aux Métis. Aucun niveau de gouvernement n'a élaboré une politique ou une stratégie pour aborder leurs besoins sanitaires. Les organisations nationales et provinciales/territoriales des Métis ne réalisent pas le financement continu nécessaire à des services de santé et la cession des services sanitaires aux mains des Métis ne semble pas avancer.

Le *Métis Nation of Ontario* dirige un programme de santé établi. Son but principal est de faciliter et de coordonner, aux niveaux provincial, régional et local, des activités efficaces qui répondent à l'ensemble des besoins sanitaires des Métis de l'Ontario. Ces activités comportent un programme de soins de longue durée exploité dans 11 collectivités, une initiative pour contrer le diabète, une stratégie ayant trait au jeu pathologique et un agent de liaison provinciale en matière de santé. L'agent de liaison appuie les activités de ressourcement et de mieux-être qui relèvent des conseils locaux bénéficiant des fonds de la Stratégie ontarienne de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones. Le renforcement des capacités dans les collectivités, la défense des droits et l'élaboration des politiques sont également parmi les priorités du programme provincial.

(Métis Nation of Ontario, 2001; communication personnelle avec R. Wraith)

Les programmes et services destinés aux Premières Nations

Les collectivités des Premières Nations bénéficient du programme de santé autochtone le plus complet qui soit. Toutefois, il est fondé sur un système de financement complexe, qui varie selon la grandeur de la collectivité, le degré d'isolement, le niveau d'autonomie organisationnelle et les besoins repérés. Le niveau de développement des programmes et la mesure dans laquelle les besoins de la collectivité sont

Le programme de santé du *Métis Nation of Ontario*

comblés par ceux-ci varient énormément. Les programmes de santé destinés aux Premières Nations de plein droit sont financés et, dans bien des cas, dirigés par Santé Canada. Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien joue un rôle important en ce qui concerne les déterminants de la santé tels la scolarité, l'emploi et le logement.

Les services de santé communautaires comportent normalement les soins infirmiers communautaires et les représentants en santé communautaire ainsi que les visites de médecins ou l'accès aux médecins dans le voisinage immédiat. En général, les programmes de promotion et de prévention sont dispensés par les organisations des Premières Nations telles que les conseils de bande ou de tribu, les centres de santé, les services d'aide à l'enfance et à la famille, et autres. À l'extérieur des réserves, la prestation des programmes se fait par l'entremise d'organisations autochtones ou non autochtones telles que les centres de soins autochtones ou communautaires, les centres d'amitié et les programmes destinés aux jeunes.

L'Assemblée des Premières Nations a identifié sept priorités en matière de santé pour l'année 2001/2002, la plupart desquels s'articulent autour de la promotion et de la prévention :

- établir et maintenir la santé et les systèmes de soins de santé, de même qu'aborder les inégalités et les lacunes propres à ceux-ci;

- combler les besoins en ressources humaines, en renforcement des capacités et en formation, y compris la capacité de direction sanitaire au niveau régional, le financement pour former les nouveaux professionnels de la santé et le développement des normes de pratique;
- établir une infrastructure globale ainsi qu'un cadre intégral de recherche en matière de santé;
- résoudre les questions relatives à la compétence;
- établir un programme national portant sur la santé mentale et des programmes de prévention du suicide (comportant la formation d'intervenants) au niveau des collectivités ;
- élaborer une politique globale de la santé infantile qui renferme la promotion d'une alimentation saine, la prévention des maladies et des blessures, la santé mentale et les programmes communautaires destinés aux enfants;
- encourager le dépistage précoce des cancers;
- prévenir le tabagisme et renseigner la population quant aux effets de la fumée secondaire; et
- sensibiliser la population à l'état lamentable des systèmes d'eau et aux dangers que comportent les moisissures pour la santé publique.

(Assemblée des Premières Nations, 2001c)

Programmes régionaux et communautaires

À l'exception des démarches de coordination et de certaines campagnes éducatives à l'échelle nationale, provinciale et territoriale, presque tous les programmes de prévention et de promotion sont dispensés au niveau de la collectivité. Une collectivité donnée peut avoir accès à divers services et programmes subventionnés, en général, par différents programmes fédéraux, provinciaux ou territoriaux. Les démarches de prévention/promotion ne correspondent pas généralement à une stratégie concertée ou à un plan à long terme; ils sont plutôt élaborés en fonction des besoins récemment repérés et selon les subventions disponibles. La promotion/prévention a lieu lors des consultations médicales, par l'entremise d'un service gouvernemental ou au moyen d'une intervention directe ou d'un projet précis amorcé par une organisation ou des bénévoles de la collectivité. Les organisations les plus portées à dispenser ces programmes sont les conseils de bande et de tribu, les conseils communautaires des Métis, les conseils du hameau des Inuits, les centres de santé, les centres d'amitié et les organisations féminines et de la jeunesse. Les démarches sont parfois coordonnées par, ou associées à, une organisation provinciale ou régionale telle qu'un conseil de tribu des Premières Nations, une organisation régionale des Inuits ou une organisation provinciale des Métis.

Une forte proportion des démarches de prévention et de promotion exploitées en collectivité autochtone dépendent des programmes de financement fédéraux visant le diabète, la nutrition prénatale, le développement des jeunes enfants et la prévention des blessures. Ce soutien financier est réalisé sous forme d'ententes de cession, de subventions uniques, et de financement à plus long terme. Les collectivités font preuve d'une certaine ambivalence face à ces programmes ciblés et une quantité de problèmes se sont produits quant à leur administration. Bien des collectivités préféreraient avoir accès à un financement global ou, du moins, à un système de financement plus intégré et soutenu.

Diverses personnes sont en mesure de dispenser des programmes de promotion/prévention au sein d'une collectivité autochtone. Parmi ceux-ci notons les représentants en santé communautaire, le personnel infirmier en santé communautaire, les agents d'éducation et de promotion sanitaire, les développeurs des collectivités, les agents de promotion du mieux-être, les médecins, les nutritionnistes, les diététiciens, les médecins du service de santé, les conseillers certifiés en alcoolisme et en toxicomanie, les inspecteurs sanitaires, les agents d'hygiène du milieu, les guérisseurs traditionnels, les travailleurs d'aide aux familles, les travailleurs sociaux et les spécialistes de la santé mentale.

La prévention du suicide

L'initiative *Deana Don't Do It* est un projet de prévention du suicide novateur. Il s'agit d'une collaboration entre le *Peekiskwetan Let's Talk Society* et la collectivité de Desmarais, en Alberta. Plutôt que rédiger un document traitant du suicide, les intervenants ont enregistré une émission téléphonique abordant le sujet. Au cours de l'émission-débat, des artistes Autochtones contribuent à préciser et à expliquer en quoi consiste le suicide chez les jeunes.

(McFarlane, 1997b)

Certaines organisations non autochtones dispensent également des programmes ciblés ou généraux aux Autochtones, mais aucun chiffre n'existe pour décrire l'ampleur de ce phénomène. Les principaux intervenants sont : les offices régionaux de la santé; les services gouvernementaux d'aide à l'enfance et à la famille ainsi que les services sociaux; les bureaux de la santé publique relevant des municipalités; les cliniques de santé communautaire; les médecins non affiliés; les centres de ressources pour les familles; et les centres des femmes. Les services abordent toute la gamme des priorités en prévention/promotion, y compris : la santé prénatale; la santé sexuelle; l'enseignement sur le diabète; l'anti-tabagisme; la prévention et le dépistage du cancer; la santé mentale; les services d'aide à l'enfance et à la famille; et les programmes de protection de la santé tels que la surveillance de l'environnement, la surveillance de la qualité de l'eau potable, et autres. Les mécanismes de prestation, de gestion et de responsabilisation ainsi que les questions abordées sont uniques à chaque collectivité et en évolution constante. Cette approche comporte un avantage dans ce sens qu'elle permet d'adapter les programmes pour qu'ils correspondent aux priorités de chaque collectivité, à la croissance des capacités et aux besoins changeants. Une diversité d'approches permet d'axer un programme sur un groupe particulier (par ex., la jeunesse, les jeunes mamans, les aînés isolés, etc.) afin de mieux le rejoindre. Cependant, cette façon de procéder entraîne également des ennuis tels que des démarches fragmentées et à court terme; des difficultés à réaliser une approche holistique et intégrée; et des programmes élaborés selon les subventions disponibles plutôt qu'en fonction des priorités de la collectivité. Le programme décrit ci-dessous exemplifie une approche globale et énergique à la promotion et à la prévention.

Aboriginal Health and Wellness Centre of Winnipeg (*Centre de santé et du mieux-être de Winnipeg*)

Le *Aboriginal Health and Wellness Centre* est un centre de santé polyvalent dans la ville de Winnipeg, au Manitoba. Le centre a ouvert ses portes pendant l'été de 1994 après une année consacrée à la planification et à l'élaboration du programme – le premier en son genre à être subventionné par le gouvernement fédéral. Entre 1993 et juin 1997, les intervenants provinciaux et communautaires se sont mobilisés pour décrocher un financement de base. À présent, le programme est financé par Santé Canada, Santé Manitoba, Healthy Child Manitoba, la Fondation pour la guérison des Autochtones et Winnipeg Centraide. Sur 32 employés, trente sont Autochtones. On compte à leur nombre des membres de l'effectif infirmier, des médecins, des travailleurs de soutien aux familles, des conseillers et des guérisseurs traditionnels.

Le centre s'oriente à partir du *Medicine Wheel Life Promotion Framework* (Cadre de promotion de la vie fondé sur la roue de médecine). Ce cadre a été conçu par un membre fondateur du conseil d'administration, le Dr Judith Bartlett, et renvoi aux sept principes sacrés et aux quatre points cardinaux. Les programmes du centre maintiennent un juste équilibre entre la médecine occidentale et une perspective autochtone quant à la santé et la guérison. Grâce à la roue de médecine qui les guide, ces programmes sont axés sur la santé et non pas sur la maladie. Ils sont holistiques dans ce sens qu'ils tiennent compte de tous les aspects qui façonnent la nature innée de la personne (quelle soit spirituelle, affective, physique ou intellectuelle), son identité et son stade de vie. Une approche holiste préconise également l'expression libre (entendre et se faire entendre) afin d'établir et de maintenir les liens, des réseaux et des systèmes de soutien. Au demeurant, l'holisme renferme la capacité de comprendre et d'influencer les répercussions de l'environnement culturel, social, économique et politique sur chacun d'entre nous. Par ces motifs, tous les programmes sont axés sur la promotion de la vie. Parmi ceux-ci figurent le *Wellness Program* (Programme de mieux-être) qui comporte les soins primaires et les services cliniques, un guérisseur traditionnel sur les lieux, les programmes de santé féminine et infantile et les services d'extension, tous offerts dans le cadre de la roue de médecine; un programme de soutien aux familles; un programme de ressourcement pour les hommes; l'Initiative d'aide préscolaire aux autochtones et un programme d'éducation à la petite enfance; un programme ayant trait à l'alcoolisme fœtal; et une démarche d'intervention directe ayant trait au diabète. Le centre est très apprécié de la collectivité et dessert une clientèle des Premières Nations et des Métis de tous les âges.

(Aboriginal Health and Wellness Centre, 2000; communication personnelle avec J. Bartlett)

Les structures sanitaires régionales

Une modification importante a été apportée aux mécanismes de prestation des services de santé canadiens dans les années 1990. Les gouvernements provinciaux, territoriaux et fédéral (à l'exception du Yukon, du Nunavut et du Nouveau Brunswick pour ce qu'il en est des services de santé publique) ont effectué le transfert d'une plus grande responsabilité de planification, de répartition des ressources et de prestation des programmes et services aux gouvernements régionaux et aux établissements non gouvernementaux. Dans la majorité des provinces, ces organes régionaux sont autonomes (offices de la santé, conseils de santé) et sont régis par des directeurs élus ou nommés. Les offices régionaux autochtones de la santé sont de plus en plus répandus (quoique moins bien documentés) partout au Canada.

Le fait qu'on laisse échapper les programmes de prévention et de promotion en général, ainsi que les besoins sanitaires des Autochtones, dans la ruée vers des ressources limitées est préoccupant pour bien des gens, et il en est de même pour la sous-représentation des Autochtones aux processus décisionnels des offices régionaux. Du moins, il y a entente commune que l'attention portée par les établissements régionaux aux besoins sanitaires des Autochtones a été irrégulière. Certaines provinces ont réservé une ou deux places au sein de chaque office pour des intervenants autochtones, toutefois, ces postes ont été difficiles à combler, les membres autochtones se sentent isolés et surchargés, les différences culturelles créent des obstacles et la répartition des ressources et les conflits entre les différentes autorités provoquent des tensions.

On se préoccupe également de la répartition inéquitable des ressources et du pouvoir décisionnel. Au Manitoba, par exemple, la ville de Brandon, qui compte 42,000 habitants, a un office régional de la santé, tandis que la population autochtone de Winnipeg, qui renferme 46,000 membres, est desservie par le Winnipeg Regional Health Authority, un organisme ayant très peu de représentants Autochtones.

La Commission des services de santé des Inuits du Labrador

Une organisation inuite a réussi à décrocher un financement pour assurer la prestation des programmes de prévention et de promotion à ces membres. Il s'agit de la Commission des services de santé des Inuits du Labrador (CSSIL), établie en 1985 par l'Association des Inuits du Labrador pour aborder les questions relatives à la santé des 5,000 Inuits vivant au Labrador. Sa philosophie est fondée sur la croyance que toute une gamme d'éléments sociaux, environnementaux et économiques répercutent sur la santé et que l'éducation, l'implication des collectivités et la consultation auprès de celles-ci sont la clé d'une meilleure santé.

La CSSIL est subventionnée grâce à un accord de transfert fédéral et à des ententes de contribution rattachées à des projets précis. Au fil des ans, la Commission a milité pour et a reçu des subventions pour un programme ayant trait à la toxicomanie, des services d'interprètes et de traducteurs, et un programme de représentants en santé communautaire pour les Inuits.

La CSSIL dispense des services à partir de quatre bureaux locaux et un bureau principal à Nain. Les programmes portent sur six domaines de base, soit : l'hygiène du milieu, la santé mentale, la toxicomanie, les maladies transmissibles et la collectivité, les services de garde à l'enfance ainsi que les soins à domicile et prolongés. La Commission collabore étroitement avec la Commission Santé Labrador, le conseil régional qui dispense les services primaires et les soins actifs.

(Archibald et Grey, 2000; Blaikie, 2001)

Un nombre croissant d'offices régionaux autochtones de la santé font preuve de polyvalence. Ils servent : d'organismes consultatifs auprès des gouvernements provinciaux; d'organismes de planification pour les services destinés aux Autochtones dans la région; et de dispensateurs de programmes et de financement. Citons à titre d'exemple, cinq conseils autochtones de planification sanitaire en Ontario qui sont responsables de la planification locale des programmes et services de santé communautaire, bien qu'ils aient tous et chacun leur propre façon d'y arriver. Les préoccupations dégagées quant aux offices régionaux autochtones de la santé comportent, entre autres : le degré d'autonomie par rapport aux agences de financement; la confidentialité des renseignements personnels sur la santé; la suffisance des ressources; et les lacunes par rapport aux capacités de planification stratégique.

Programmes provinciaux et territoriaux

Les provinces et les territoires ont accédé à différents niveaux de responsabilité pour les programmes de promotion et de protection de la santé autochtone. La portée de ces programmes varie énormément, allant des stratégies intégrales ayant un financement renouvelable jusqu'aux programmes de très petite envergure. Étant donné que le Nunavut et les Territoires du Nord-Ouest desservent la plus grande proportion d'Autochtones, leurs approches et leurs programmes sont d'un intérêt considérable et ceux-ci sont décrits ci-dessous. Certaines initiatives provenant de la Colombie-Britannique et de l'Ontario sont également mises en relief.

Le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest

De toutes les provinces et territoires, les Territoires du Nord-Ouest comptent la plus grande proportion d'Autochtones à leur population, soit 48 pour cent ou 19,000 personnes (d'après les données provenant du Recensement de 1996). Le gouvernement territorial fournit des services sociaux et sanitaires aux personnes d'origine inuite, métisse et des Premières Nations qui habitent, en général, des petites collectivités éloignées.

Le gouvernement territorial a adopté une approche globale à la santé de la population avec une priorité explicite accordée à la promotion et à la prévention en matière de santé. En 1998, *Shaping Our Future : A Strategic Plan for Health and Wellness* (Façonner notre avenir : Un plan stratégique pour favoriser la santé et le bien-être) préconisait la résolution des causes sous-jacentes des problèmes sociaux sanitaires et s'engageait à mettre l'accent sur la promotion de la santé, la prévention des maladies et les interventions précoces (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 1998). Une stratégie de promotion de la santé, élaborée en 1999, avait pour but de concevoir un cadre d'intervention qui mettrait les activités de promotion et de prévention à l'avant plan. Trois champs d'intérêt ont été établis, soit : la vie active, les grossesses en santé et l'atténuation des conséquences du tabagisme/l'anti-tabagisme (la prévention des blessures a été ajoutée en 2000). Une approche holistique et la connaissance des traditions sont deux des cinq principes de la stratégie (ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 1999). Cependant, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest, comme la majorité des gouvernements, d'ailleurs, a du mal à donner la priorité aux programmes de prévention/promotion dans une conjoncture économique difficile.

La collaboration interministérielle est indispensable car la protection de l'environnement (qui comporte le contrôle de la rage et l'évaluation des risques environnementaux, entre autres) relève principalement du ministère des Ressources, de la Faune et de l'Expansion économique, tandis que le traitement des eaux usées et des déchets relève du ministère des Travaux publics et des Services gouvernementaux.

À l'aide d'une structure régionalisée, le ministère de la Santé et des Services sociaux travaille avec neuf conseils de la santé et des services sociaux comme le Lutsi Ke Dene Band Council, le Deh Cho Health and Social Services et le Dogrib Community Services Board. Ensemble, ils offrent des programmes et des services de soutien aux familles, de protection à l'enfance, de santé publique, de soins à domicile, de vie autonome, de mieux-être communautaire et d'hygiène du milieu ainsi que des services non assurés. Les conseils régionaux et communautaires assurent la planification et la gestion des services de promotion et de prévention. Ces services sont dispensés par une équipe intégrée composée de représentants en santé communautaire, d'infirmiers et d'infirmières communautaires, de travailleurs sociaux et, de plus en plus, d'aides à domicile. Dans certains cas, des partenariats sont créés avec des organisations autochtones pour assurer la prestation des programmes.

Les programmes de promotion et de prévention dépendent énormément des subventions fédérales telles que l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones, le Programme canadien de nutrition prénatale, Partir d'un bon pas pour un avenir meilleur, et le Fonds pour la santé de la population. Cependant, lorsqu'on envisage des programmes destinés à l'ensemble des Autochtones, il est difficile de combiner les subventions assignées aux réserves et celles qui visent les Autochtones vivant hors-réserve. Aussi, lorsque le financement des projets est ciblé et non renouvelable il peut être très difficile de créer des démarches de prévention soutenues et à long terme.

Étant donné que 30 pour cent de la population n'a pas atteint ses quinze ans (le double du taux pour le reste du pays) et que le taux de naissances est élevé, le gouvernement des Territoires du Nord-Ouest préconise les programmes destinés aux femmes enceintes, aux enfants et aux adolescents. Toutefois, l'existence de multiples subventions fédérales et provinciales – la plupart desquels sont à court terme et ciblent des questions – ne favorise pas un développement durable des collectivités.

Les problèmes relatifs aux ressources humaines peuvent également nuire à la prestation des programmes.

La pénurie de personnel et le haut taux de roulement exercent une contrainte sur le système de santé. Sans doute, certains membres de l'effectif sont chevronnés, mais il n'en reste pas moins que bien d'autres sont novices ou récemment installés dans la collectivité. Une période d'adaptation au milieu de travail et à la collectivité est indispensable pour permettre aux nouveaux employés de bien exercer leur fonction. Le roulement soutenu du personnel conduit à la surcharge de travail pour les membres de l'effectif qui restent...

(Ministère de la santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest, 2000, p. 5)

Division de la santé autochtone de la Colombie-Britannique

La Colombie-Britannique est le lieu de résidence de 139,655 Autochtones (chiffre provenant du Recensement de 1996); seul l'Ontario dépasse cette population provinciale/territoriale. La Division de la santé autochtone est vouée à l'amélioration de l'état de santé des Autochtones et des services de santé qui leurs sont destinés. Elle accomplit sa mission en favorisant la prise de conscience, le soutien et la capacité des personnes, des organisations et des collectivités. Elle compte dix employés à son effectif, y compris un gestionnaire des négociations autochtones qui participe à la négociation des traités et assure la coordination avec les offices régionaux de la santé, et trois coordonnateurs provinciaux qui s'intéressent aux priorités sanitaires propres à chacune de leurs régions. La Division assure la gestion d'un budget restreint de 10 millions de dollars réservé aux programmes destinés aux Autochtones telles que l'éducation à la santé féminine, l'éducation et l'intervention ayant trait à l'alcoolisme fœtal, des projets portant sur le VIH/SIDA, des services d'extension en santé mentale, quatre centres de santé autochtone en milieu urbain et six conseils régionaux de la santé autochtone.

La province élabore une Stratégie des services de santé provinciaux destinés aux Autochtones (Provincial Aboriginal Health Services Strategy ou PAHSS) sous la coordination de la Division de la santé autochtone. La province a identifié l'amélioration de la santé autochtone comme étant l'un de ses six objectifs sanitaires en 1997.

L'importance d'impliquer les intervenants et les organisations autochtones au moment d'élaborer les programmes et les objectifs a été reconnue. La stratégie PAHSS sera élaborée sur une période de trois ans (2000-2003) par un comité directeur multilatéral, ce qui comporte le renforcement des capacités et la consultation auprès des collectivités des Premières Nations et des Métis, la création de matériel de ressource, et l'échange d'information. Au départ, la stratégie se concentrera sur l'accès aux services de santé et l'implication des Autochtones dans les processus décisionnels portant sur les soins de santé, mais on prévoit qu'elle abordera éventuellement la prévention et la promotion.

La Division a tenu deux rencontres provinciales pour permettre aux directeurs des offices régionaux de la santé d'énoncer les priorités et de faire leurs recommandations. Un groupe de travail des directeurs autochtones a rédigé un rapport comportant 50 recommandations pour favoriser l'implication des Autochtones aux offices régionaux de la santé et accroître leur capacité de répondre aux besoins sanitaires des Autochtones. Les recommandations ont été acceptées par le ministère de la Santé. Deux conditions en sont le résultat; la première exige qu'il y ait au moins deux Autochtones parmi les directeurs des offices de la santé et la deuxième préconise la collaboration des collectivités autochtones lors de la planification de leurs services de santé. Le ministère de la Santé envisage les moyens d'impliquer les Autochtones aux organismes de soins communautaires.

(Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique, Division de la santé autochtone, 2001)

Le gouvernement du Nunavut

On estime que 28,000 personnes habitent le Nunavut et que 85 pour cent d'entre eux sont d'origine inuite. En 2000/01, le Nunavut avait le taux de croissance démographique provincial/territorial le plus élevé du pays, grâce, en grande partie, au taux élevé de naissances et à la migration des habitants d'autres provinces ou territoires (Statistique Canada, 2001). En fait, la population du territoire avait augmenté de 13 pour cent depuis le Recensement de 1996.

Le Nunavut est un territoire tout nouveau, ayant été instauré en 1999, suite à la convention de l'Accord sur les revendications territoriales du Nunavut. Bien que les Inuits aient pu, grâce à l'accord, se prévaloir de l'autonomie gouvernementale, les résidents ont néanmoins choisi d'être régis par un gouvernement public plutôt qu'ethnique. Le Nunavut incarne une nouvelle vision gouvernementale :

...Le Nunavut intègre les valeurs et les croyances inuites à un système gouvernemental contemporain. Sa langue de travail est l'inuktitut, mais l'innuinaqtun, l'anglais et le français sont également utilisés au gouvernement. Le ministère de la Culture, de la Langue, des Aînés et de la Jeunesse fait la promotion de la culture inuite et joue un rôle clé pour assister les autres ministères dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques qui correspondent aux valeurs inuites.

(Gouvernement du Nunavut, 2001b)

Le ministère de la Santé et des Services sociaux du Nunavut a pour mission de promouvoir, de protéger et d'améliorer la santé et le mieux-être de tous les Nunavummiut (habitants du Nunavut) en intégrant l'Inuit Qaujimjatuqangit (les connaissances inuites) à tous les niveaux de la prestation et de la conception des services. Dispenser des programmes souples et adaptés à la culture figure parmi ses objectifs (gouvernement du Nunavut, 2001a). Le ministère offre toute une gamme de services, y compris les soins primaires et actifs, la protection à l'enfance, les services à la famille et de santé mentale, la promotion et la protection de la santé et la prévention des blessures. Le gouvernement territorial dispense les services par l'entremise des centres de santé communautaires, les bureaux de services sociaux et les centres de traitement pour les dépendances. Depuis la dissolution des conseils régionaux de la santé, provoquée par la création du Nunavut, les conseils d'administration locale orientent le ministère quant aux priorités sanitaires locales et quant à la planification des activités communautaires ayant trait au mieux-être. Le gouvernement du Nunavut assure également la gestion de plusieurs programmes de Santé Canada destinés aux Premières Nations et aux Inuits. Les programmes et services de protection de la santé abordent les dangers pour la santé comportés par les maladies transmissibles, y compris les maladies transmissibles sexuellement, la tuberculose, l'hépatite B et la trichinose, et les risques environnementaux connexes à la contamination de l'air, du sol et de l'eau.

La Stratégie ontarienne de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones

La Stratégie ontarienne de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones est unique au Canada, autant par l'envergure de sa programmation que par sa cogestion par des organisations autochtones. Son implantation a débutée en 1994/95 sous la direction conjointe de quinze organisations des Premières Nations et des Autochtones, du ministère de la Santé, du ministère des Services sociaux et communautaires, de la Direction générale des Affaires autochtones de l'Ontario et de la Direction générale de la Condition féminine de l'Ontario. Le financement réalisé en 2000/01 était de 33 millions de dollars, la somme étant réservée à la programmation de la santé sur et hors réserve, ainsi qu'à la prévention de la violence familiale et les interventions connexes. La Stratégie subventionne également le fonctionnement de dix centres d'accès aux soins communautaires offrant des soins de santé primaires adaptés à la culture et toute une gamme de programmes de prévention et de promotion. D'autres fonds sont affectés au maintien en fonction de 125 travailleurs communautaires en promotion et en prévention dans 105 collectivités, aux équipes d'intervention d'urgence dans 47 collectivités des Premières Nations et 30 collectivités urbaines, et à quatorze travailleurs des services d'extension dans les régions n'ayant aucun centre de santé autochtone. De plus, neuf postes de liaison à la santé au sein des organisations autochtones et cinq conseils régionaux de planification sanitaire sont subventionnés. Au-delà de ces affectations permanentes, un programme de financement pour les services de soutien communautaires subventionne des programmes et des projets qui favorisent la santé et le ressourcement et qui renforcent les capacités.

Bien que le programme ait fait l'objet de controverses – on questionne surtout sa capacité de répartir les ressources de façon équitable et de répondre aux besoins de l'ensemble de la province et des Nations – il n'en reste pas moins qu'elle appuie une programmation de la santé fondée sur la culture et comportant de façon significative la prévention/promotion. La guérison traditionnelle, l'inclusion des aînés et l'implication des collectivités sont fortement encouragés. Parmi les points forts de la Stratégie, notons sa cogestion par le gouvernement et des organisations autochtones, le transfert des capacités aux collectivités autochtones et les initiatives qui ont leur port d'attache dans la collectivité.

(Stratégie ontarienne de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones, 2001; communication personnelle avec M. Harding)

Programmes du gouvernement fédéral

Santé Canada compte deux directions générales qui participent aux programmes sanitaires de prévention, de promotion et de protection destinés aux Autochtones du Canada. En outre, le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC) et la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) abordent les déterminants de la santé tels que l'expansion économique, la scolarité et le logement.

Santé Canada

La grande majorité des programmes en santé autochtone sont destinés aux membres inscrits des Premières Nations et des Inuits et sont dirigés par la Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI), autrefois la Direction générale des services médicaux. Des programmes plus restreints, ciblant les collectivités autochtones hors-réserve et métisses sont dispensés par la Direction générale de la santé publique et de la population (DGSPP).

Une des trois activités désignées à la DGSPNI comporte la prestation des programmes de promotion/prévention communautaire sur-réserve et dans les collectivités inuites. Les autres activités

consistent en la prestation des soins primaires et d'urgence et le soutien au processus de transfert de ces services aux collectivités inuites et des Premières Nations.

En 1999, le gouvernement fédéral a lancé des nouvelles initiatives pour subventionner la programmation sanitaire des Premières Nations et des Inuits (190 millions de dollars sur trois ans). Ces initiatives suscitent la collaboration des Premières Nations et des Inuits à l'élaboration des programmes, soit : un programme de soins communautaires et à domicile (comportant certains aspects préventifs, quoiqu'il ne s'agisse pas du champ d'intérêt principal du programme); un Système d'information sur la santé des Premières Nations; l'extension du Programme canadien de nutrition prénatale; et une Stratégie sur le diabète chez les Autochtones. De plus, *Rassembler nos forces - le plan d'action du Canada pour les questions autochtones*, la réponse officielle du gouvernement fédéral à la Commission royale sur les peuples autochtones, comportait une affectation de 350 millions de dollars à la Fondation pour la guérison des Autochtones (pour aborder les répercussions des abus dont les Autochtones ont été victimes dans les pensionnats); à l'extension de l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones (centres d'éducation préscolaire); à un fonds pour améliorer les logements; à des projets d'égouts et d'assainissement de l'eau potable supplémentaires; et à l'ONSA.

Parmi les principaux programmes de Santé Canada ayant trait à la promotion/prévention communautaire, remarquons:

- un programme de représentants en santé communautaire qui subventionne 900 travailleurs autochtones relevant de 577 organisations inuites et bandes des Premières Nations;
- le Programme national de lutte contre l'abus de l'alcool et des drogues chez les autochtones (PNLAADA) qui subventionne les intervenants communautaires en toxicomanie et la Semaine nationale de sensibilisation aux toxicomanies, ainsi que des projets pour améliorer la gestion et le soutien des intervenants en toxicomanie;
- l'Initiative sur le diabète chez les Autochtones (un volet de la Stratégie canadienne sur le diabète ayant droit à 58 millions de dollars répartis sur cinq ans) qui subventionne des programmes adaptés à la culture pour la prévention, l'éducation à la santé, les traitements et les soins, le soutien pour un meilleur mode de vie et la surveillance. L'initiative comporte des volets sur et hors réserve;
- Un bon début dans la vie - le programme canadien de santé prénatale (un des volets du Programme canadien de nutrition prénatale), une initiative cherchant à favoriser un issu favorable pour les femmes enceintes, les mères et les nourrissons sur et hors réserve. Les programmes ont été élargis en 1999 et plus de 400 projets communautaires ont été subventionnés. Le syndrome d'alcoolisme fœtal/les effets de l'alcool sur le fœtus est une nouvelle priorité;
- le Programme de prévention des blessures chez les enfants indiens et inuits qui encourage l'élaboration de projets d'action communautaire susceptibles de réduire les taux de blessures dans les collectivités des Premières Nations;
- l'Initiative d'aide préscolaire aux Autochtones, un programme d'intervention précoce destiné aux enfants autochtones d'âge préscolaire. En 1999/2000, 156 collectivités hors réserve ont bénéficiées d'un budget d'exploitation et 47 autres ont reçu une subvention pour effectuer l'évaluation des besoins. Le programme a récemment été élargi pour inclure les enfants des Premières Nations vivant sur-réserve. L'accent est sur la promotion de la santé, la nutrition, le soutien social et l'implication des parents et des familles; et
- Pour des collectivités en bonne santé, un programme à la disposition des collectivités inuites et des

Premières Nations, qui vise l'expansion des services communautaires desservant les Inuits et les membres des Premières Nations dans les domaines tels que la santé mentale, les soins infirmiers à domicile et l'abus de solvants.

La DGSPNI a également amorcé la Stratégie nationale de lutte contre la tuberculose en 1992 dans le but d'éliminer la tuberculose par l'an 2010. Le rehaussement des programmes régionaux a permis d'améliorer le dépistage et le traitement des cas actifs et des contacts, ainsi que les activités de surveillance, de recherche et d'éducation.

En ce qui concerne la protection de la santé, le mandat de la DGSPNI comporte l'atténuation des répercussions sanitaires provenant des risques du milieu par une surveillance accrue et une meilleure vérification de la qualité de l'eau potable et de l'air dans les logements et les écoles, ainsi que par le traitement des questions générales ayant trait à la salubrité du milieu, telles que l'évacuation des déchets, la sécurité au travail et la gestion des sites contaminés. Au moyen du Programme pour l'hygiène du milieu et du Programme de la qualité de l'eau potable, la DGSPNI surveille la qualité et la quantité de l'eau et le traitement des égouts dans les collectivités inuites et des Premières Nations et recommande des améliorations aux AINC. La Direction effectue également des recherches épidémiologiques sur les aliments traditionnels afin de réduire les conséquences de la contamination des aliments.

D'autres initiatives de Santé Canada sont en voie d'être élaborées. On considère que le manque d'un programme global en santé mentale, surtout en prévention du suicide, est une lacune importante des initiatives de promotion/prévention. Il existe à présent une ébauche de la Stratégie portant sur la santé mentale et Santé Canada et l'Assemblée des Premières Nations ont récemment constitué un groupe consultatif sur la prévention du suicide pour aborder le taux de suicide élevé chez les jeunes des Premières Nations. On s'attend à ce que le groupe fasse ses recommandations à l'automne de 2001. Un Groupe de travail national des Premières Nations et des Inuits sur la prévention et le contrôle des blessures assure que le nouveau cadre national de prévention et de contrôle des blessures correspond à la culture des Autochtones. Un projet pilote renfermant cinq projets de télésanté a récemment été achevé. Les projets en question offrent la possibilité de dispenser l'éducation à la santé et de transmettre des renseignements ayant trait à la prévention au moyen des télécommunications.

Au-delà des programmes ciblés, les collectivités autochtones bénéficient des subventions fédérales telles que :

- la Stratégie canadienne sur le VIH/SIDA
- Grandir ensemble - Plan d'action communautaire pour les enfants; et
- le Fonds pour la santé de la population.

Santé Canada amorce et appuie les recherches externes en matière de santé autochtone au moyen de son financement de l'ONSA et de l'Institut de la santé des Autochtones, des Instituts canadien de recherche en matière de santé.

Le ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (AINC) et la Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL)

Les Affaires indiennes et inuites aux AINC fournissent aux Premières Nations et aux Inuits le soutien nécessaire au développement de collectivités durables et en santé et à la réalisation de leurs ambitions économiques et sociales (ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien, 2001c). Outre les activités ayant trait à l'expansion économique, le développement des collectivités, l'autonomie gouvernementale, le développement de l'infrastructure, l'éducation et le logement, les AINC sont impliqués dans la gestion des moisissures dans les logements et de la qualité de l'eau. Le Programme de prévention de la violence au foyer destiné aux Premières Nations aide les collectivités à aborder la

violence familiale et offre un soutien financier aux maisons d'hébergement et aux projets de prévention de la violence familiale. La Société canadienne d'hypothèques et de logement (SCHL) dirige plusieurs programmes d'amélioration du logement destinés aux Premières Nations et aux Inuits.

Secrétariat du Nord, Santé Canada

Une amélioration de la gestion des programmes fédéraux de prévention/promotion, destinés à l'ensemble des peuples autochtones qui réside dans les territoires, est anticipée en raison de la constitution du Secrétariat du Nord à Santé Canada. Ce nouveau secrétariat a été mis sur pied en 1998 pour assurer la gestion, l'intégration et la simplification des programmes communautaires de promotion de la santé et de prévention des maladies qui s'adressent aux Premières Nations et aux Inuits habitant dans les territoires.

« Partout à travers le Nord, nous composons avec le même dilemme : Comment offrir des programmes efficaces de promotion de la santé aux très petites collectivités... (qui) ont besoin de consacrer leurs énergies à l'amélioration de la santé et non pas à satisfaire aux exigences distinctes de trois niveaux de gouvernement et d'une foule de programmes cloisonnés? »

(Secrétariat du Nord, Santé Canada, 2000, introduction)

Le sous-ministre fédéral et les trois sous-ministres territoriaux de la santé ont fait l'ébauche d'un Cadre du mieux-être territorial qui orientera l'implantation du nouveau secrétariat. Le rôle du Secrétariat du Nord a été élargi de sorte qu'il devienne pour les collectivités nordiques un « guichet unique » pour les subventions fédérales de promotion/prévention. Cette évolution diminuera le fardeau administratif imposé aux collectivités et leur permettra de répondre aux besoins des Métis, des Premières Nations et des Inuits selon un modèle plus intégré.

Les résultats anticipés du Cadre sont énoncés ainsi :

- l'élaboration d'un processus unique et intégré pour aboutir à des activités de qualité visant la promotion de la santé et du mieux-être;
- l'amélioration de la santé des résidents des territoires au fil du temps;
- l'harmonisation des ressources ayant trait au mieux-être dans le but d'effectuer des changements favorables à la santé; et
- un meilleur accès aux subventions d'activités communautaires.

(Secrétariat du Nord, Santé Canada, 2000, 2001)

4. QUESTIONS CENTRALES AYANT TRAIT AUX PROGRAMMES DE PROMOTION ET DE PRÉVENTION

Les questions centrales ayant trait à l'amélioration des programmes et services de promotion/prévention sont énoncées à cette section. Elles sont regroupées selon les catégories suivantes :

- Le contexte actuel dans les collectivités autochtones;
- La dotation en personnel;
- Les questions financières;
- La culture et la tradition;
- L'information sur la santé;
- L'implication aux processus décisionnels; et
- L'acquisition de capacités.

Le contexte actuel dans les collectivités autochtone

Les collectivités des Premières Nations, des Inuits et des Métis en sont à différents stades de leur évolution et elles affrontent des problèmes sociaux et économiques d'envergure variable qui nuisent à leur capacité d'aborder les priorités en promotion et en prévention. Certaines collectivités ont atteint un certain degré d'implication communautaire et disposent d'une population active compétente. Elles sont dirigées à partir d'une réflexion prospective et leur approche à la planification et à la mise en œuvre des programmes est proactive. Leur programmation comporte des approches adaptées à la culture et la gestion des programmes est solide. D'autres collectivités, par contre, ont des défis redoutables à relever tels que les problèmes sociaux écrasants, le manque d'infrastructure, les mentalités et les intérêts opposés, et une approche dictée par les urgences.

Parmi les autres éléments qui entravent le ressourcement commun au sein des collectivités autochtones, notons :

- la pauvreté courante, qui répercute sur tous les aspects du développement de la collectivité et sur la capacité de participer à des programmes, de faire des choix sains et de créer un milieu qui favorise la santé;
- le grand nombre de décès occasionnés par le suicide, les blessures et la violence, l'éclatement des familles et l'isolement culturel, qui endeuillent bien des collectivités, si bien que toute action positive est freinée;
- les cas très répandus d'abus sexuels et physiques et de négligence à l'égard des enfants, qui donnent lieu à une population adulte incapable d'entretenir des relations saines avec la collectivité et ses membres;
- la dépendance sur et l'attachement à la terre, qui créent des perceptions divergentes quant aux risques liés à l'environnement;
- la méfiance et le manque d'autodétermination provoqués par le colonialisme;
- la rupture des familles, des collectivités et des Nations; le manque d'éducation et les conditions de vie lamentables; la répression de la culture et de la langue; et les abus sexuels, physiques et psychologiques qui répercutent sur les survivants des pensionnats et sur leurs descendants;
- les besoins urgents (les besoins de soins médicaux actifs et d'interventions d'urgence ainsi que le taux de roulement et les problèmes financiers) qui prévalent souvent sur les besoins de planifier à long terme et d'investir dans la promotion/prévention.

Le système de santé doit composer avec des urgences à tout instant. Il n'est pas en mesure d'aborder la prévention, alors les urgences surviennent à nouveau. ...le système existe en fonction des traitements, des maladies. On peut repérer le même problème partout dans le monde. Les fournisseurs de soins de santé ont encore du chemin à faire en ce qui concerne la prévention et la promotion.

(Cité dans Archibald et Grey, 2000)

Pour être efficaces, les programmes communautaires doivent correspondre aux réalités de la collectivité. Par exemple, dans les collectivités autochtones, les guides de pratique clinique ayant trait au diabète mettent l'accent sur la nécessité de voir la maladie dans le contexte du chambardement social vécu par les collectivités autochtones. Elles reconnaissent que la collectivité doit être impliquée à l'élaboration et à la mise en œuvre des programmes de soins et d'éducation, et que ces programmes doivent correspondre aux valeurs et aux mœurs traditionnelles, voire les intégrées (Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999, p.70).

Il ne faut pas oublier qu'en adoptant soit une approche autochtone traditionnelle, soit une approche axée sur la promotion de la santé, les problèmes ne seront pas résolus du jour au lendemain ou de façon compartimentée. Il faut atteindre l'intégration et l'équilibre par rapport aux divers aspects de la santé et

susciter l'implication/le ressourcement des personnes, des familles, des collectivités et des Nations. Il y a, tout de même, progression et une quantité d'expériences fructueuses à mettre en commun de même qu'un bon nombre de modèles à envisager.

La dotation en personnel

Quatre questions centrales s'articulent autour de la dotation en personnel des programmes de promotion/prévention :

- la grave pénurie de professionnels de la santé, surtout de personnel infirmier, au sein des collectivités autochtones;
- le besoin d'un plus grand nombre de fournisseurs de soins de santé et de travailleurs en promotion/prévention d'origine autochtone;
- le besoin de transmettre de nouvelles compétences et connaissances aux travailleurs de la santé; et
- le besoin de personnel formé pour gérer et administrer les programmes de santé.

La pénurie de personnel

La pénurie permanente de professionnels de la santé, surtout de personnel infirmier, sonne l'alarme dans les collectivités autochtones d'à travers le Canada; il s'agit également d'un thème courant chez les spécialistes en promotion/prévention. Les postes vacants, le roulement élevé et la baisse des attentes lors du recrutement (en raison du manque de candidats qualifiés) ont une incidence sur la capacité de dispenser des services sans risques et efficaces.

En outre, la pénurie de ressources professionnelles stratégiques nous incite à une révision de nos attentes quant à la prestation des services dans les très petites collectivités ou dans celles qui sont parmi les plus éloignées. ... les points d'accès et les unités de prestation de services doté d'un seul employé ne sont plus viables ni acceptables.

(George B. Cuff and Associates Ltd., 2001, p. 8)

Les informateurs nordiques se sont fait l'écho de la constatation si souvent répétée, qu'il faut développer une main d'œuvre nordique qualifiée. Ils ont cependant admis qu'il faudrait se livrer à la tâche pendant au moins une vingtaine d'années avant de réaliser des progrès semblables à ceux dans le secteur de l'éducation. En étant réaliste, il faut envisager l'importation d'une main d'œuvre technique et professionnelle aux collectivités autochtones du Nord et du Sud pour bien des années à venir.

La DGSPNI a amorcé une Stratégie nationale du recrutement et du maintien en fonction du personnel infirmier pour pallier la grave pénurie d'infirmiers/infirmières dans les collectivités des Premières Nations. La Stratégie aborde simultanément la création d'un milieu de vie et de travail favorable au maintien en fonction du personnel infirmier et le recrutement des meilleurs candidats qui soit. Des mesures complémentaires comportent la promotion d'une supervision et d'un soutien clinique améliorés, des démarches pour améliorer les logements et la sécurité des collectivités et un recrutement plus actif dans les régions et auprès des infirmiers/infirmières des Premières Nations. La DGSPNI envisage également de nouveaux mécanismes de financement, qui tiennent compte des dépenses croissantes connexes à l'embauche du personnel infirmier, pour les collectivités ayant fait l'objet d'un transfert. Néanmoins, le roulement, le manque de personnel et les postes vacants demeurent des problèmes imposants.

Les travailleurs de la santé d'origine autochtone

Le développement des ressources humaines autochtones est indispensable pour assurer que les

nouvelles approches à la santé et au ressourcement que nous recommandons portent fruit. Il ne sera pas possible d'améliorer la santé et les conditions sociales des Autochtones sans l'aide d'administrateurs et de fournisseurs de services d'origine autochtone. L'acquisition des capacités nécessaires à la prestation des services sociaux et sanitaires par les peuples autochtones exige un engagement considérable et soutenu. Une telle démarche de renforcement des capacités devrait faire partie intégrante des relations entretenues par les gouvernements canadiens, les organismes de service conventionnels et les gouvernements et les organisations autochtones.

(La Commission royale sur les peuples autochtones, 1996, Vol 3, p. 60)

En dépit du meilleur accès à l'éducation et du recrutement soutenu, très peu des fournisseurs de soins de santé au Canada sont d'origine autochtone. Pour cette raison, la grande majorité des Autochtones sont desservis par des travailleurs de promotion/prévention non autochtone. On reconnaît généralement que pour être le plus efficace possible et pour assurer que les approches autochtones aux services correspondent vraiment à la culture et aux réalités de la collectivité, les valeurs et les principes soient respectés et que les membres des collectivités soient réceptifs aux messages de promotion/prévention, il faut embaucher davantage d'Autochtones au sein de ces programmes. Un informateur-clé a noté que les messages de promotion de la santé doivent être énoncés par des Inuits, sinon on perçoit qu'ils sont imposés par des étrangers blancs.

L'acquisition des compétences et des connaissances chez les travailleurs de la santé

On reconnaît généralement que l'acquisition de nouvelles compétences et connaissances est nécessaire pour rehausser les démarches de promotion/prévention à l'échelle nationale, provinciale/territoriale, régionale et communautaire. Qu'ils soient Autochtones ou non, le personnel infirmier, les médecins, les représentants en santé communautaire, les intervenants en toxicomanie, les conseillers et autres bénéficieraient de connaissances plus approfondies dans les domaines suivants :

- les connaissances culturelles par rapport à la santé et le mieux-être;
- les points forts des collectivités autochtones et les défis auxquels elles s'affrontent;
- les principaux enjeux et leur interconnectivité;
- les théories et les pratiques qui se rapportent à la santé de la population, la promotion de la santé et la prévention des maladies;
- les pratiques susceptibles de favoriser le développement communautaire, l'implication des clients et le renforcement de l'autonomie; et
- les pratiques exemplaires ayant trait à la planification, à la prestation et à l'évaluation des programmes.

L'acquisition des compétences doit prioriser, entre autres, les capacités:

- de communiquer explicitement à l'aide d'un langage simple et clair;
- d'être sensible à la culture (par sa mentalité et ses valeurs) et de bien gérer ses échanges interculturelles (par son habileté concrète de respecter d'autres cultures);
- d'intégrer une perspective axée sur la promotion/prévention à tous les aspects des services de santé;
- d'identifier les problèmes et les risques à la santé de façon proactive; et
- de participer à toute la gamme d'activités de promotion de la santé (contribuer à l'élaboration de politiques gouvernementales qui favorisent la santé, créer des milieux salubres, renforcer l'action communautaire, développer des compétences personnelles et changer le cap des services de santé).

Les représentants en santé communautaire

Les représentants en santé communautaire (RSC) étaient les premiers travailleurs de la santé d'origine autochtone à fournir des services explicites d'éducation à la santé et de prévention dans les collectivités des Premières Nations et des Inuits, grâce à des subventions du gouvernement fédéral. Leur nombre s'est accru pour comprendre plus de 900 travailleurs relevant de 577 bandes des Premières Nations et organisations des Inuits du Labrador. Leur rôle a évolué au fil des ans et comporte maintenant des fonctions de promotion, de prévention et de protection dans les domaines suivants : l'hygiène du milieu, l'immunisation, le dépistage, les soins périnataux, l'éducation à la santé, le développement communautaire et la santé mentale. Les RSC sont souvent l'unique point stable dans un système aux prises avec le roulement élevé des médecins et du personnel infirmier. La Commission royale sur les peuples autochtones, parmi d'autres organismes, a reconnu le programme de RSC comme étant l'un des plus réussis parmi les programmes impliquant les Autochtones à la promotion de la santé. Il existe cependant multiples difficultés qui entravent le plein emploi de cette ressource. L'Organisation nationale des représentantes et représentants Indiens et Inuit en santé communautaire (ONRIISC) a cerné les écarts salariaux et la variabilité de l'accès à une formation conduisant à un certificat/diplôme comme étant des problèmes permanents chez les RSC. De plus, la formation ne fait généralement pas partie d'un programme agréé et ne peut pas être appliquée à d'autres programmes dans le domaine de la santé. Les conditions de travail des RSC comportent entre autres : le manque de financement pour la formation et les programmes communautaires, les malentendus/la sous estimation par rapport au rôle des RSC, le peu de possibilités de carrière, la charge de travail excessive, la fluctuation des salaires et des avantages sociaux, et la précarité de l'emploi.

(Commission royale sur les peuples autochtones, 1996; Ship, 1998a)

Les gestionnaires et les administrateurs de programmes

L'attention portée au recrutement et à la formation des professionnels de la santé d'origine autochtone a peut-être éclipsé le besoin parallèle de former des administrateurs de la santé. La gestion sanitaire est un domaine atteint d'une grave pénurie de professionnels autochtones qualifiés, une situation d'autant plus fâcheuse que bien des collectivités sont en voie de réaliser le transfert des services de santé.

(Smylie, 2001, p. 49)

Les coordonnateurs régionaux, les gestionnaires et les superviseurs de programmes doivent acquérir de nouvelles connaissances et compétences afin de mieux concevoir et gérer les programmes de promotion/prévention. D'après les gens oeuvrant dans le domaine, les dispensateurs de programmes sont parfois promus au rang de gestionnaire sans bénéficier d'une préparation adéquate. Par ailleurs, l'efficacité des administrateurs de la santé est réduite parce qu'ils sont peu versés dans le contexte et les valeurs retrouvés en collectivité autochtone.

Parmi les compétences à rehausser, notons la capacité :

- d'assurer la collecte des données sur la santé et d'intégrer celles-ci aux processus décisionnels ayant trait aux programmes;
- d'effectuer une planification sanitaire à long terme fondée sur les besoins de la collectivité;
- de procéder à la mise en œuvre efficace d'un plan sanitaire comportant multiple programmes, financeurs, fournisseurs de services et organismes;
- de repérer les besoins en ressources humaines et de doter les programmes en fonction des contraintes actuelles; et
- de rendre des comptes aux financeurs et de négocier avec eux au moyen d'un emploi judicieux des ressources disponibles.

Les questions ayant trait au financement

Les collectivités font face à un bon nombre de questions financières qui ont une incidence sur leur capacité d'aborder les priorités en promotion/prévention.

Le financement ciblé et à court terme

Une grande partie du financement destiné aux démarches de promotion/prévention en santé autochtone est assurée par le gouvernement fédéral par le biais de subventions ciblées. Bien que les subventions ciblées puissent mettre une collectivité en mesure d'aborder une priorité particulière, de sensibiliser la population à un problème particulier et, dans certains cas, de surmonter la résistance au changement (par rapport à l'anti-tabagisme et à la prévention de la violence familiale, par exemple), elles comportent toutefois certains problèmes, notamment :

- les démarches peuvent être dictées par les subventions disponibles plutôt que par les priorités communautaires (la course aux subventions);
- les projets sont à court terme et comportent, généralement, un concours pour l'octroi des subventions, ce qui exige un investissement récurrent de temps et de ressources;
- les programmes relèvent de multiples financeurs ayant chacun leurs propres exigences et attentes; et
- les dépenses sont sujettes à des restrictions qui ne correspondent pas toujours à la vision entretenue par la collectivité.

Un informateur clé nordique a parlé d'une collectivité qui avait réalisé le financement de ses divers programmes grâce à l'aide de 19 programmes variés du gouvernement fédéral ou territorial. Plutôt que d'élaborer une approche holistique et intégrée au mieux-être communautaire, les collectivités montent des projets cloisonnés, à court terme et axés sur les priorités de l'organisme financeur. Les programmes de santé destinés aux Autochtones en milieu urbain peuvent bénéficier d'une ou de plusieurs sources de financement fédérales et provinciales, chacune desquels comporte ses propres restrictions de dépenses et mécanismes de responsabilisation. Elles peuvent également exiger des évaluations individuelles.

Les gouvernements sont en voie d'améliorer la conception des mécanismes de financement et l'allocation des subventions pour les projets et les collectivités développent, avec le temps, la capacité de mobiliser les fonds pour atteindre leur but général. Il reste, tout de même, du chemin à faire pour simplifier le financement et renforcer les capacités au sein des collectivités. Les organisations autochtones seraient avantagées par un financement gouvernemental plus flexible, qui pourrait être employé à des fins utiles pour la collectivité tout en respectant le besoin de rendre des comptes.

Les retards et le fardeau administratif

Bien des organisations autochtones (qu'elles fassent l'objet d'un transfert fédéral des services de santé ou non) sont découragées par le temps qu'elles consacrent aux négociations d'accords de financements pour les programmes de promotion/prévention et par l'insuffisance, selon leur point de vue, du renforcement des capacités et du soutien offert aux collectivités. Remarquons aussi que l'effectif du gouvernement doit acquérir de nouvelles capacités afin de mieux desservir les collectivités autochtones tout en simplifiant les processus en cause.

Les niveaux de financement pour la promotion/prévention

On considère que les niveaux de financement actuels ne sont pas suffisants pour aborder les taux élevés de problèmes sociaux et sanitaires repérés dans les collectivités autochtones et à plus forte raison dans les collectivités nordiques et éloignées. Au cours d'une présentation récente à la Commission sénatoriale chargée des affaires sociales, le Ministre de la santé du Nunavut a déclaré que les programmes fédéraux

au Nunavut composent avec une telle insuffisance de fonds et une telle fragmentation qu'ils n'ont aucun espoir de répondre aux problèmes sociaux et sanitaires ahurissants auxquels le territoire s'affronte. Les maladies pulmonaires, le tabagisme, l'abus d'intoxicants et le suicide sont des problèmes prépondérants, et l'infrastructure de la santé n'est pas en mesure d'endosser le fardeau (Health Edition, 2001).

Le déplacement aux lieux de prestation des programmes et services de santé est un problème crucial dans bien des collectivités autochtones. Les Métis et les membres non inscrits des Premières Nations sont particulièrement défavorisés à cet égard. Le besoin d'améliorer le transport ne se limite pas au remboursement des frais de déplacement encourus lors de consultations médicales, mais comprend les besoins d'aborder les obstacles à la participation aux programmes de prévention et de soutien, de susciter l'implication de la collectivité et d'appuyer les modes de vie sains. Il y a un grand besoin d'approches novatrices aux services de soutien et à la prestation des services en région éloignée ou isolée. Il est tout aussi important de reconnaître que le transport est un besoin important et dispendieux.

La culture et la tradition

Beaucoup de collectivités et de personnes autochtones se livrent au ressourcement culturel. Quatre-vingt pour cent des intimés lors de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits croyaient que le retour aux mœurs traditionnelles était un bon moyen d'encourager le mieux-être communautaire. Plus de 70 pour cent d'entre eux ont attesté de la participation accrue aux cérémonies traditionnelles et de la revalidation de la spiritualité autochtone et de la guérison traditionnelle; et plus de 50 pour cent ont constaté une résurgence des rôles traditionnels de l'homme et de la femme. En général, les intimés de l'Enquête étaient en faveur d'un modèle du mieux-être plus holistique, fondé sur la famille, qui met plus d'accent sur la responsabilité personnelle, familiale et communautaire, et qui est très diversifiée (à l'écoute de la collectivité) (Comité directeur de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, 1999.)

En dépit de cela, la majorité des programmes et services de promotion/prévention sont, à présent, fondés sur des approches occidentales qui ont été adoptées d'emblée. Un nombre inconnu (et, sans doute, croissant) d'Autochtones obtiennent des services conventionnels du moment où ils se déplacent vers les centres urbains. Les fournisseurs de soins, qu'ils soient Autochtones ou non Autochtones, admettent de plus en plus que les programmes doivent comporter davantage de contenu culturel.

Alors que les services axés sur la famille font de plus en plus l'objet de transferts aux mains des Autochtones, nous nous rendons compte que le fait de doter ces services de personnel autochtone ne représente qu'une partie de la solution. Les services eux-mêmes doivent être conçus par des Autochtones afin qu'ils correspondent réellement à la culture de la collectivité desservie et aux croyances qui lui sont propres.

(Ministre des Travaux publics et des services gouvernementaux du Canada, 1997, p 12)

Les points de repère pour définir et évaluer les programmes fondés sur la culture ou adaptés à la culture n'existent toujours pas. Il y a bien des façons d'exprimer sa culture et son esprit national et elles renferment à la fois les particularités de chaque collectivité et les éléments communs. Par exemple, une analyse des projets axés sur la violence familiale et subventionnés par le gouvernement fédéral a révélé que les programmes autochtones se distinguent par les caractéristiques suivantes. Ces programmes:

- valorisent la culture autochtone et ses traditions;
- reconnaissent au rituel et à la cérémonie leur rôle important;
- valorisent la sagesse des aînés et leur rôle;
- insistent sur l'interdépendance;
- cherchent à rétablir l'équilibre;
- appuient l'établissement de relations compatissantes et mutuellement respectueuses;
- honorent le rôle central des femmes;
- acceptent le client de façon intégrale;
- supposent l'égalité entre les fournisseurs et les utilisateurs des services ;
- renferment une attitude bienveillante; et
- cherchent à pardonner plutôt qu'à juger ou à châtier.

(Ministre of des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada, 1997)

Les lignes directrices établies par la Société des obstétriciens et gynécologues du Canada (Smylie, 2001) font plusieurs recommandations aux professionnels de la santé travaillant auprès des Autochtones, notamment :

- acquérir des connaissances de base quant aux divers groupes, aux éléments démographiques, aux territoires géographiques et aux groupes linguistiques des peuples autochtones du Canada;
- saisir l'effet nuisible de la colonisation sur la santé et le mieux-être;
- se sensibiliser à la définition holistique de la santé;
- collaborer avec des Autochtones et leurs collectivités pour aborder les lacunes et les obstacles de façon proactive; et
- avoir du respect pour les remèdes traditionnels et collaborer avec des guérisseurs autochtones.

L'exploration ultérieure des divers systèmes de guérison s'impose. Ces systèmes doivent également être élargis pour renfermer la prévention et la promotion et leur intégration aux autres approches et principes doit être assurée. Les consultations menées auprès de l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada ont conclues que l'intégration des approches traditionnelles et biomédicales était possible, quoique compliquée.

Ce qui ressortait (des discussions) était la possibilité d'intégrer les croyances autochtones quant à la santé/maladie au cadre des soins de santé primaires pour favoriser l'autonomie en matière de santé, la prévention des maladies et la promotion de la santé. Il reste cependant à trouver le moyen d'intégrer les guérisseurs traditionnels à ce cadre, étant donné que les praticiens traditionnels et biomédicaux ont des mentalités opposées.

(Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada, 1993, p. 8)

Le diabète et le Programme de guérison traditionnelle et de soins complémentaires

Le Programme de guérison traditionnelle et de soins complémentaires a été amorcé à l'établissement de santé Kanonhkwasheri:o à Akwesasne, Québec en 1997. Les guérisseurs travaillent auprès des gens sur les plans affectif, physique et spirituel et cherchent à améliorer le bien-être global de la personne. Le programme dispose des services d'un biochimiste, d'un iridologiste, de clairvoyants et de divers guérisseurs et hommes et femmes-médecine de partout au Canada et aux États-Unis. Les amis, la famille et l'ensemble de la collectivité sont également inclus. Le programme comporte un système de réseautage auquel les représentants en santé communautaire, les infirmiers et infirmières communautaires, les nutritionnistes, les travailleurs traditionnels de soutien aux familles et autres intervenants participent. Un Conseil des aînés travaille depuis un certain temps sur le diabète et cherche également à rétablir les doctrines ancestrales et à transmettre des connaissances aux enfants et à la jeunesse.

(Mitchell, 1998)

L'information sur la santé

L'accès à une information de la santé exacte, opportune et rentable est une préoccupation courante pour le système de santé en général. L'élaboration de systèmes d'information sanitaire pour les Autochtones comporte également la résolution des questions relatives à la propriété de l'information; la confidentialité au sein des petites collectivités; l'identification de la population à partir des particularités ethniques; les différences juridictionnelles entre les gouvernements qui assurent la collecte d'information sur les peuples autochtones; la nécessité d'établir un nouvel ordre de relation entre les chercheurs, les organisations autochtones et les gouvernements provinciaux/territoriaux et fédéral; et le besoin de former les gens et de développer l'infrastructure pour faciliter la collecte de l'information et son utilisation. Ces questions sont d'autant plus pertinentes que l'emprise des organisations autochtones sur les programmes de santé grandit, et que l'information sur la santé leur est nécessaire pour répondre aux besoins sanitaires des collectivités.

Les besoins prioritaires en information sont les suivants :

- l'élaboration de systèmes d'information sanitaire pour les Métis comparable à ceux qui existent pour les Premières Nations et les Inuits;
- les changements démographiques actuels et extrapolés;
- des données continues traitant de l'incidence et de la prévalence de la gamme entière des maladies et problèmes de santé connus (jusqu'à présent, la surveillance s'est surtout préoccupée des maladies transmissibles et de certaines maladies chroniques);
- l'étude des nouvelles tendances et des nouvelles priorités; et
- la surveillance de l'environnement (la qualité de l'eau, de l'air, du sol et des sources de nourriture et de remèdes).

Un document traitant de la santé métisse et rédigé pour le compte de la Commission royale sur les peuples autochtones, en collaboration avec le Ralliement national des Métis, a énoncé les recommandations suivantes quant à la recherche :

- qu'une recherche à l'échelle nationale soit amorcée pour déterminer la nature et l'incidence des problèmes de santé chroniques et la prévalence des problèmes sociaux en collectivité métisse;
- que les gouvernements provinciaux et territoriaux collaborent avec les organisations métisses afin de repérer les besoins en matière de santé et les lacunes par rapport aux services chez les Métis;
- que la recherche sur les peuples autochtones comporte une analyse indépendante à l'égard des Métis; et
- qu'un mécanisme soit conçu pour assurer que les intervenants en santé métisse ait accès à toute information ayant trait à la santé des Métis au Canada.

(Kinnon, 1994)

Les besoins en information sanitaire sont de mieux en mieux abordés grâce à des initiatives telles que la première et la deuxième édition de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, le Système d'information sur la santé des Premières Nations et des Inuits, la deuxième édition de l'Enquête auprès des peuples autochtones, l'augmentation des subventions de recherche et la subvention de l'Institut de la santé des peuples autochtones et de l'ONSA, les démarches provinciales et territoriales pour établir des registres des Métis, et plusieurs initiatives se rapportant à la collecte de données et le renforcement des capacités. Le Pauktuutit Inuit Women's Association et l'Inuit Tapiriit Kanatami ont entamé les consultations et le développement nécessaires pour assurer que le volet inuit du Système d'information sur la santé corresponde aux connaissances et aux valeurs inuites et réponde aux besoins des Inuits (Mailloux et Gillies, 2001). De nouveaux partenariats sont en voie d'être établis tels que ceux entre le Northern Health Research Unit de l'Université du Manitoba et l'Assembly of Manitoba Chiefs (O'Neil, Reading et Leader, 1998), et entre l'Ontario First Nations et la Direction des Services médicaux de la région de l'Ontario, à Santé Canada (Johnson, 1997).

Le Système d'information sur la santé des Premières Nations en voie d'être élaboré par la Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits, à Santé Canada, est un système d'information sur la santé intégral comportant la formation et le renforcement des capacités pour plus de 600 collectivités des Premières Nations. Bien que le Système soit encore au stade expérimental (il a été implanté à 60 pour cent), on s'attend à ce qu'il mène à l'amélioration des indicateurs de la surveillance, notamment en ce qui concerne les maladies transmissibles, la vaccination et les indicateurs démographiques. Les problèmes repérés au projet du Système d'information sur la santé des Premières Nations et des Inuits s'articulent autour du besoin de fournir un meilleur soutien technique aux utilisateurs des systèmes informatiques et une meilleure formation quant à l'utilisation de la technologie pour effectuer la collecte, l'analyse et l'application des données.

L'implication aux processus décisionnels

Très peu de recherche s'est penchée sur les questions communes ayant trait à la régionalisation des services de santé gouvernementaux et aux besoins sanitaires des Autochtones. Le Centre de recherche le RELAIS a achevé une étude, *Exploring Health Care Regionalization and Community Capacity* (Étude sur la régionalisation des soins de santé et sur le potentiel des collectivités)(Kouri and Hansen, 2001), qui comportait une étude de cas traitant d'un district de la santé en Saskatchewan qui renferme une population considérable de Métis et de membres des Premières Nations. Le rapport a conclu :

Les frontières raciales constituent l'obstacle le plus redoutable à l'établissement d'une identité régionale dans le Nord-Ouest. Les Autochtones interrogés étaient plus critiques relativement aux processus décisionnels, se sentant exclus des processus d'identification des priorités et de prise des décisions... On attribuait également au conseil un manque de compréhension face aux enjeux en matière de santé autochtone. (p.26)

Au niveau provincial, un Groupe de travail des Directeurs autochtones (Aboriginal Governors Working Group) a été mis sur pied en 1999 en Colombie-Britannique pour étudier les questions ayant trait à la régionalisation et la santé autochtone. Le groupe a fait 100 recommandations, regroupés sous les objectifs suivants :

- assurer une représentation autochtone adéquate (aux conseils de la santé);
- répondre au besoin de rendre des comptes à la communauté autochtone;
- comprendre que tout directeur, qu'il soit Autochtone ou non, doit faire preuve d'un point de vue appropriée pour être efficace;
- réclamer auprès des offices de la santé les ressources nécessaires pour appuyer l'implication des Autochtones;
- fournir un soutien significatif aux directeurs autochtones afin d'atténuer leur isolement et pour encourager le partage d'idées;
- exiger que tous les offices de la santé effectuent une planification de la santé autochtone ou, du moins, que la planification de la santé comporte un volet autochtone;
- aborder les lacunes et les besoins quant à l'information afin d'assurer que tous les directeurs aient accès à la même information pour prendre des décisions éclairées; et
- fournir des occasions de formation et d'éducation à tous les directeurs.

(Aboriginal Governors Working Group, 1999)

La Division de la santé de la C.-B. a, par la suite, subventionné la rédaction d'un guide sur la santé autochtone à l'intention des offices de la santé (Health Authorities Handbook on Aboriginal Health) et un répertoire des ressources en santé autochtone (Aboriginal Health Resource Directory).

Dans une analyse de la direction et de la responsabilité dans en prestation des services sociaux et sanitaires dans les Territoires du Nord-Ouest, George B. Cuff and Associates Ltd. (2001) a repéré chez les membres des conseils de la santé un manque de capacité qui entravait l'exercice de leur fonction.

Il faut mobiliser les ressources pour assurer une plus grande implication des peuples autochtones aux processus décisionnels ayant trait aux programmes de santé et pour fournir les soutiens nécessaires à la continuité de leur implication dans les organismes non autochtones.

Il existe peu de renseignements à l'égard des offices autochtones de la santé et une recherche ultérieure s'impose afin d'étudier leur évolution. La possibilité de fournir des ressources et de mettre de l'information en commun entre les divers membres des offices autochtones de la santé rehausserait également les programmes et services de promotion/prévention.

L'acquisition de capacités

De nos jours, l'acquisition de capacités est un thème souvent abordé dans le domaine de la promotion/prévention chez les Autochtones. L'acquisition de capacités est l'un des principes de base du transfert des services sanitaires et des initiatives d'expansion économique et de développement communautaire des AINC. Dans ce contexte, l'acquisition des capacités signifie habituellement la capacité des collectivités autochtones et de leurs offices de la santé d'assurer l'élaboration et la gestion des programmes de santé. Le mot « capacité » peut renfermer la suffisance de connaissances et de

compétences chez les décideurs, les gestionnaires et les fournisseurs de services; la dotation en personnel; les ressources; l'infrastructure matérielle; et la technologie d'informatique et de télécommunication.

...(L)'acquisition de capacités comporte beaucoup plus que l'acquisition d'habiletés techniques telles que l'apprentissage de l'informatique et de la navigation sur Internet. Il s'agit de renforcer la capacité d'autodétermination relativement aux soins de santé et d'élargir les processus de développement personnel et communautaire. Il s'agit de l'acquisition et de l'application des habiletés de direction et de gestion, de prise de décisions éclairée et fondée sur des preuves, de planification stratégique, d'identification et d'établissement des priorités, d'évaluation, de gestion efficace des ressources humaines et financières, et de responsabilisation pour les succès et les échecs des interventions sanitaires. L'acquisition de capacités sous-entend également la capacité de collaborer avec les organismes, les organisations, les établissements et les directions externes dans le but de mettre les connaissances et les expériences en commun.

(Mailloux et Gillies, 2001, p. 24)

Certains des besoins d'acquisition de capacités ont été examinés à d'autres sections du présent document (voir La dotation en personnel; Les questions financières; et L'information sur la santé). L'acquisition de capacités par les Autochtones est un domaine qui doit être défini et étudié à fond par des Autochtones. Certaines des questions centrales à envisager sont les suivantes :

- Que signifie la capacité dans le contexte de la santé autochtone et comment peut-on y parvenir?
- Quelles sont les priorités/stratégies quant à l'acquisition des connaissances et des compétences (contenu, procédé et gestion)?
- Comment l'acquisition de compétences doit-elle être entamée et par qui (au moyen : de formation collégiale ou universitaire accrue; d'éducation professionnelle continue; d'accès à l'expertise technique; de formation face à face; d'éducation à distance et sur Internet; et par l'entremise de partenariats entre quelles organisations autochtones, associations professionnelles, écoles professionnelles, gouvernements)?
- Comment peut-on mieux concevoir et coordonné l'acquisition de capacités dans les régions et les bureaux de Santé Canada, les offices autochtones de la santé, les conseils de bande, les conseils de tribu, les organisations métisses, les organisations inuites, etc.?
- Est-ce que l'élaboration de normes et la certification d'un plus grand nombre de travailleurs de la santé contribuerait à la capacité?
- Comment peut-on améliorer les démarches de recrutement et de maintien en fonction des travailleurs autochtones et non autochtones?
- Quelles sont les besoins minimaux en systèmes de gestion et de direction, en infrastructure matérielle et en technologie d'informatique et de télécommunication, et comment peut-on les combler?
- Quels sont les besoins de base en information sanitaire à court terme et à long terme, et comment peut-on les combler?

5. AMÉLIORER LES PROGRAMMES ET SERVICES

Le rôle de l'ONSA quant à la santé de la population, la promotion de la santé, la prévention et la protection

Manifestement, l'ONSA a un rôle clé à jouer en ce qui concerne l'élaboration des programmes de promotion/prévention destinés aux Autochtones. Il est impossible de concevoir l'amélioration de la santé des Autochtones (la mission de l'ONSA) sans placer la promotion et la prévention au premier plan. La présente section présente des recommandations à l'ONSA d'activités précises, regroupées selon les objectifs de l'organisation. La section suivante propose l'établissement de liens avec d'autres organisations aux fins de réaliser ces activités.

Activités axées sur le savoir

- Repérer et transmettre les **pratiques exemplaires** portant sur tous les aspects de la conception et de la prestation des programmes communautaires : le développement des collectivités et la responsabilisation, l'évaluation des besoins, la planification et le financement des programmes, la prestation de programmes intégrés, la collaboration, etc.
- Élaborer un **cadre autochtone** pour la santé et le mieux-être qui comporte les valeurs et les perspectives communes aux différentes régions et Nations afin de faciliter une programmation adaptée à la culture.
- Rédiger un document de travail examinant la **pertinence des approches et des modèles courants en santé de la population, en promotion de la santé et en prévention des maladies/blessures** pour les collectivités autochtones, en partant d'une perspective autochtone.
- Concevoir et distribuer des **outils pour faciliter la fixation des priorités** parmi les multiples besoins pressants en promotion et en prévention que l'on repère dans les collectivités. Ces outils devront être axés sur la recherche, les ressources communautaires et le besoin de peser les coûts et les bénéfices potentiels, ainsi que les bénéfices à court et à long terme.

- Promouvoir le **langage simple et clair et la communication explicite** dans tous les programmes et services destinés aux Autochtones au moyen d'une politique sur la rédaction en langage simple et clair à l'ONSA, une campagne de sensibilisation à la rédaction en langage clair et simple destinée aux fournisseurs de services, et des ateliers pour permettre à ces derniers d'acquérir les compétences en cause.
- Repérer et souligner les **pratiques exemplaires en promotion** (par ex., celles qui sont dirigées par des Autochtones, qui donnent de l'emprise aux personnes et aux collectivités et qui abordent le changement collectif et individuel).
- Envisager la publication périodique d'une **revue thématique** distribuée sur Internet ou par courriel et destinée aux fournisseurs de services. Cette publication pourrait aborder les priorités en promotion/prévention, fournir des renseignements à jour sur le thème en question et son contexte, transmettre les doctrines et les valeurs traditionnelles, et présenter des modèles novateurs qui correspondent à divers groupes démographiques, contextes et Nations. (La revue *In Touch* de l'ONRIISC est une excellente ressource qui pourrait servir de modèle; une autre possibilité serait de négocier un contrat avec l'organisation pour qu'elle élargisse la portée et la diffusion de cette revue.)
- Rassembler et favoriser l'accès à une sélection limitée de **matériel d'information à l'intention des clients** (dépliants, vidéos, affiches, plans d'ateliers, etc.) traitant des priorités en promotion, prévention et protection en matière de santé. Ces ressources devront être de qualité, adaptées à la culture et en langage clair et simple. On pourra puiser le matériel dans les organisations et les centres d'information existants ou impartir la rédaction/adaptation de nouveau matériel à des experts, au besoin.
- Effectuer l'analyse de l'information pertinente aux programmes communautaires de promotion/prévention provenant des **enquêtes stratifiées menées auprès des Autochtones** telles que l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits, l'Enquête auprès des peuples autochtones et autres enquêtes provinciales/territoriales et transmettre l'information résultante, dans un langage accessible, aux travailleurs dans le domaine.
- Envisager l'appui d'un **réseau des centres de santé autochtone en milieu urbain** pour mettre en commun l'information et les connaissances ayant trait à la guérison et le mieux-être, les stratégies pour aborder la diversité culturelle, les obstacles qui empêchent l'accès aux services, les modèles de collaboration, etc.
- Assurer la liaison et favoriser la mise en commun des connaissances parmi les **offices autochtones de la santé** (y compris les comités de la santé relevant des conseils de tribu, les organismes ruraux et urbains de planification sanitaire, les associations inuites régionales et les organisations métisses provinciales/territoriales) d'à travers le Canada.
- Développer des mécanismes de soutien et d'éducation destinés aux membres autochtones des conseils et de l'effectif des **offices régionaux de la santé** et des organismes de planification (par ex., tenir une rencontre ou une conférence éducative à l'échelle nationale, élaborer une structure de communication sur Internet, publier une revue, etc.)
- Entamer un processus pour mieux saisir et définir les besoins en renforcement des capacités et concevoir une **stratégie nationale de l'acquisition de capacités** pour assister les collectivités autochtones dans leurs démarches de planification et de gestion des programmes de santé.
- En partant des lacunes repérées et en collaboration avec des partenaires pertinents (par ex., la DGSPNI, les gouvernements provinciaux/territoriaux, des collèges et des universités, des organisations

de la santé autochtone, etc.), animer ou fournir des **activités de renforcement des capacités** (par ex., des conférences, des ateliers axés sur les compétences, des programmes menant à l'obtention d'un certificat, la formation à distance) pour les fournisseurs de services, les planificateurs des services de santé, les gestionnaires, les directeurs et les administrateurs. Les domaines hautement prioritaires sont :

- la planification sanitaire stratégique (allant de l'évaluation des besoins à la conception/mise en œuvre des programmes);
 - la collecte et l'utilisation des données ayant trait à la santé;
 - la planification et la gestion des ressources humaines (repérer les besoins en personnel, en connaissances et en compétences, et assurer une surveillance et un contrôle adéquats);
 - la gestion des programmes polyvalents; et
 - l'utilisation de la technologie.
- Réunir et diffuser les ressources ayant trait aux **pratiques exemplaires** qui portent sur des questions comme :
 - les stratégies et activités communautaires pour renforcer les capacités;
 - l'intégration des pratiques de guérison et des connaissances traditionnelles aux démarches de promotion/prévention;
 - la mise en marche de programmes adaptés aux cultures variées de la communauté autochtone;
 - la planification, la conception et la mise en œuvre des stratégies axées sur le mieux-être; et
 - l'élaboration et la gestion conjointe des programmes par les gouvernements et les organisations des Premières Nations, des Métis et des Inuits.
 - Réunir et diffuser les **connaissances indigènes de partout dans le monde** portant sur des priorités précises en promotion/prévention ainsi que sur la programmation sanitaire autonome, le renforcement des capacités et l'établissement de collectivités en santé.

Promouvoir les priorités en matière de santé

- Fournir des données d'envergure nationale et des connaissances provenant de la recherche aux responsables des politiques aux niveaux fédéral, provincial, territorial et régional afin de favoriser l'élaboration de **politiques globales en matière de santé autochtone** qui sont inclusives des Premières Nations, des Inuits et des Métis.
- Coordonner un processus de consultation et de planification axé sur le savoir dans le but d'**établir les priorités en promotion/prévention parmi les questions courantes et récentes** et faire circuler la liste parmi les organisations de la santé autochtone, les responsables des politiques, les chercheurs, etc. Parmi les questions prioritaires dégagées lors de cette étude, notons la pauvreté, les contaminants de l'environnement, la qualité de l'eau, la nutrition à tous les stades de vie, les blessures et la santé sexuelle.
- Effectuer ou faciliter une recherche exploratoire ayant trait aux **nouvelles priorités sanitaires** et encourager la recherche et les démarches ultérieures chez les intervenants pertinents.
- Découvrir des moyens d'**inspirer les dirigeants des collectivités autochtones** à adopter une perspective proactive et à se pencher sur une réflexion d'avenir quant aux questions sanitaires, notamment l'expansion économique et le développement social sains et la salubrité des milieux de travail dans les secteurs public et privé.

- Suivre le progrès des **politiques et programmes provinciaux et territoriaux** nouveaux et novateurs dans le domaine de la promotion/prévention chez les Autochtones et mettre l'information recueillie en commun.

La recherche et les partenariats de recherche

- Préconiser la collecte de renseignements significatifs et complets sur les **populations métisses** et fournir des conseils en la matière.
- Collaborer aux autres initiatives (par ex. l'Institut de la santé des peuples autochtones et le Consortium des centres de recherche sur la promotion de la santé) dans le but de documenter l'**importance de la prévention** pour améliorer la santé et réduire les coûts associés aux soins de santé.
- Continuer de suivre les résultats de nouvelles recherches et les connaissances en collectivité pour dénicher les nouvelles priorités en promotion/prévention et **proposer des sujets de recherche** aux chercheurs canadiens en matière de santé. Parmi les sujets de recherche potentiels dégagés par cette étude, notons :
 - la salubrité de l'environnement : les effets à long terme de l'exposition aux contaminants de l'environnement; les conséquences de l'exposition à multiples contaminants; la poursuite des études ayant trait aux bénéfices et aux dangers associés à la nourriture traditionnelle; les conséquences de la contamination de l'environnement et les effets des remèdes traditionnelles; et les répercussions du changement climatique;
 - la violence : les répercussion de la violence en collectivité sur les personnes, les familles, les collectivités et les Nations; les stratégies efficaces de prévention de la violence; les conséquences des abus sexuels et des agressions sexuelles sur la santé sexuelle et sur la prise de décision en matière de sexualité;
 - la santé mentale : les effets à court et à long terme des traumatismes, de la souffrance et du deuil; les troubles de santé mentale spécifiques; et les déterminants de la santé mentale.
- Examiner les points forts et les faiblesses de la **télesanté** en tant que moyen de fournir l'éducation à la santé, la défense des droits et le soutien. Est-ce que l'emploi de cette technologie peut être adaptée à la culture? Est-ce que la vidéo-communication et la télématique sont compatibles avec les connaissances et les valeurs traditionnelles? Est-ce un moyen efficace d'effectuer la promotion/prévention?
- Établir des partenariats avec d'autres organismes (par ex., le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé et ses centres de recherche membres, la Direction générale de la Santé de la population et de la Santé publique et la Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada) afin de favoriser l'**évaluation et la diffusion des résultats** d'initiatives de promotion/prévention/protection chez les Autochtones.
- Étudier les impacts de la **régionalisation de la prestation des services** sur la santé autochtone et chercher des moyens d'augmenter l'implication et l'influence des Autochtones (partenaires potentiels : le Centre de recherche sur la régionalisation le RELAIS et les gouvernements provinciaux ayant une forte population autochtone).
- Documenter les points forts et les faiblesses des divers mécanismes de financement et les moyens de **consolider, de simplifier et d'assurer la continuité du financement** affecté aux organisations autochtones pour leurs programmes de promotion, prévention et protection en matière de santé.

Le recrutement, le maintien en fonction, la formation et l'emploi de la main d'œuvre

- Participer aux démarches nationales pour **recruter et maintenir en fonction les travailleurs de la santé autochtones et non autochtones**.
- Étudier l'importance des normes professionnelles et appuyer les démarches pour **établir des normes** pour divers métiers en promotion/prévention.
- Assumer un rôle directeur quant au développement d'une **meilleure planification des ressources humaines** pour les services de santé destinés aux Autochtones.
- Envisager de **nouveaux métiers et mécanismes de prestation des services** pour les collectivités éloignées ou isolées.
- Évaluer et diffuser les connaissances sur **la formation culturelle efficace** pour les fournisseurs de services autochtones et non autochtones, en mettant l'accent sur les pratiques qui démontrent une ouverture à la culture (compétences concrètes) ainsi que sur la prise de conscience et la sensibilité.
- Documenter les points forts, les faiblesses et les lacunes dans les **programmes de formation professionnelle** pour ce qu'il est d'aborder les enjeux en matière de santé et proposer des mesures correctives.

Les pratiques de guérison traditionnelles

- Examiner le **rôle des connaissances traditionnelles et culturelles** quant aux programmes de promotion, prévention et protection. Comment peut-on intégrer la guérison traditionnelle aux démarches de prévention et de promotion? Quels sont les principes universels sur lesquels l'approche autochtone repose?
- **Créer du matériel de ressource** qui transmet les doctrines traditionnelles des diverses Nations (Premières Nations, Métis et Inuits) sur une profusion de questions (par ex., l'enseignement des Cris sur la sexualité, l'enseignement des Métis sur la nutrition, l'enseignement des Inuits sur les grossesses en santé, etc.).
- Documenter les **programmes existants en promotion/prévention qui sont fondés sur les connaissances traditionnelles** et diffuser à grande échelle.
- Assurer que le matériel de ressource à l'intention des clients et des fournisseurs de services souligne l'**importance des doctrines traditionnelles et des connaissances culturelles**.

6. PARTENARIATS POTENTIELS AVEC D'AUTRES ORGANISMES ET INITIATIVES

Organisations nationales autochtones

Fondation pour la guérison des Autochtones

www.ahf.ca

La Fondation pour la guérison des Autochtones (FGA) est une fondation nationale sans but lucratif constituée en 1998. Elle affectera un budget fédéral de 350 millions de dollars aux projets de ressourcement communautaire sur une période de dix ans. Sa mission est d'encourager et d'appuyer les Autochtones dans l'établissement et le renforcement de démarches de ressourcement durables qui abordent les répercussions des abus physiques et sexuels subis par les pensionnaires, y compris les répercussions intergénérationnelles.

Liens potentiels: faciliter la liaison entre la FGA et les organismes de recherche en vue d'établir si les expériences vécues aux pensionnats constituent un déterminant de la santé; de déterminer les conséquences des traumatismes subis à l'enfance pour la santé, y compris les conséquences intergénérationnelles; et d'évaluer les approches efficaces quant à la guérison.

Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

www.anac.on.ca

L'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (AIIAC) est une association mutuelle qui s'intéresse aux priorités sanitaires des Autochtones et aux soins infirmiers communautaires. L'AIIAC a joué un rôle actif par rapport à la prévention de la violence familiale et du VIH/SIDA, ainsi que dans le domaine de la santé sexuelle et génésique. L'Association a produit du matériel éducatif et des ressources et tient des conférences éducatives à tous les ans. Elle a récemment achevé une enquête sur les soins infirmiers qui se penche sur les facteurs qui contribuent au maintien en fonction et à la démission du personnel infirmier oeuvrant dans les collectivités autochtones. L'étude comporte des recommandations quant au recrutement. Des activités ultérieures sont en voie de se réaliser.

Liens potentiels : examiner le besoin de ressources et d'éducation en promotion/prévention chez les infirmiers/infirmières communautaires et envisager des moyens de collaborer avec ce réseau pour renforcer les capacités et aborder les questions relatives au recrutement et au maintien en fonction.

Assemblée des Premières Nations

www.afn.ca

Par l'entremise de son Secrétariat à la santé, l'Assemblée des Premières Nations (APN) cherche à protéger, au nom des Premières Nations, les droits issus de traités, les droits des Autochtones et les droits inhérents et de la personne à la santé et aux services de santé. Ses activités préconisent et favorisent la santé des Premières Nations et comportent, entre autres, l'analyse et l'élaboration de politiques, la recherche et les communications, la promotion de la santé et de la santé infantile (nutrition prénatale, SMSN, SAF/EAF), la santé dentaire, l'usage traditionnel du tabac, les répercussions des pensionnats, le VIH/SIDA, la santé mentale et le diabète. En ce qui concerne l'environnement, l'APN assure la gestion du Programme des Premières Nations sur les contaminants de l'environnement, un programme de petite échelle qui

subventionne les projets de recherche sur la salubrité de l'environnement et qui étudie la salubrité de l'eau potable. L'APN a tenu une conférence nationale sur le logement en 2001 pendant lequel un bon nombre de questions ayant trait à la salubrité des logements ont été soulevées.

Liens potentiels : collaborer avec l'organisation pour faire avancer les priorités quant à l'environnement, la qualité de l'eau et le logement; envisager des partenariats pour effectuer la diffusion des renseignements.

Congrès des Peuples Autochtones

www.abo-peoples.org

Le Congrès des Peuples Autochtones (CPA) représente, sur le plan national, les intérêts des Indiens et Métis vivant hors réserve, quel que soit leur statut sous la *Loi sur les Indiens*. Le Congrès participe activement à tous les domaines associés aux déterminants de la santé tels que l'emploi, la scolarité, le logement et l'environnement et s'intéresse également aux questions ayant trait aux femmes, aux jeunes et aux Autochtones vivant en milieu urbain. Le VIH/SIDA et le diabète sont parmi les priorités sanitaires abordées par le CPA.

Liens potentiels : envisager des partenariats sur les questions comme l'environnement et la santé, les programmes de promotion/prévention destinés aux Autochtones vivant en milieu urbain, le renforcement des capacités et la mise en commun de l'information auprès de la population représentée par le CPA.

Inuit Tapiriit Kanatami

www.tapirisat.ca

Depuis sa constitution en 1971, l'Inuit Tapiriit Kanatami (ITK), autrefois l'Inuit Tapirisat du Canada, agit de porte-parole national au nom des Inuits du Canada. En collaboration avec ses quatre associations régionales et le Pauktuutit Inuit Women's Association, l'ITK s'est intéressé aux questions ayant trait à la santé et l'environnement telles que l'élaboration d'un plan d'action sanitaire, le cancer chez les Inuits, le diabète, le VIH/SIDA, la santé mentale, les soins communautaires et à domicile, les contaminants dans le Nord et les besoins en information sur la santé. Pauktuutit a participé aux démarches visant la violence familiale, la violence sexuelle à l'égard des enfants, les pensionnats et les besoins sanitaires des femmes.

Liens potentiels : chercher les moyens d'appuyer l'élaboration d'approches, novatrices et adaptées au contexte inuit, à la promotion/prévention en collectivité nordique; documenter la perspective et les connaissances inuites quant à la santé. Envisager des partenariats pour effectuer la diffusion des renseignements.

Ralliement national des Métis

www.metisnation.ca

Le Ralliement national des Métis (RNM) est le représentant national des Métis du Canada. Le RNM a participé à l'expansion économique et aux questions ayant trait à la jeunesse, au logement et aux sans-abri et aux priorités sanitaires telles que le VIH/SIDA, le diabète et la santé des enfants et des adolescents. Il préconise une plus grande responsabilité fédérale à l'égard de la santé des Métis, un accès plus équitable aux subventions de la santé autochtone et la collecte de renseignements ayant trait à la santé des Métis.

Liens potentiels : collaborer avec le RNM pour susciter une plus grande implication du gouvernement fédéral aux démarches de promotion/prévention destinées aux Métis et pour accroître la collecte de données spécifiques aux Métis. Envisager des partenariats pour effectuer la diffusion de renseignements.

Organisation nationale des représentantes et représentants Indiens et Inuit en santé communautaire
www.niichro.com

L' Organisation nationale des représentantes et représentants Indiens et Inuit en santé communautaire (ONRIISC) fournit un soutien aux représentants en santé communautaire (RSC) qui, à leur tour, sont les principaux promoteurs de la santé dans bien des collectivités inuites et des Premières Nations. Ses activités comportent, entre autres, l'élaboration de matériel de formation, l'intercession quant aux priorités sanitaires et la publication de la revue *In Touch*. Au cours des dernières années, *In Touch* a diffusé des renseignements aux fournisseurs de services sur des questions comme le VIH/SIDA, la salubrité de l'environnement, les grossesses en santé, le diabète, la santé des aînés, etc. L'ONRIISC préconise également l'élaboration de normes professionnelles pour les RSC, l'amélioration des conditions de travail et la formation.

Liens potentiels : le matériel de formation de l'ONRIISC pourrait être plus largement diffusé et/ou adapté pour d'autres groupes. La revue In Touch est une ressource précieuse d'information sur les priorités courantes. L'ONSA pourrait collaborer avec l'ONRIISC afin de combler les besoins de formation sur les priorités en promotion/prévention.

Métis National Council of Women, Association des femmes autochtones du Canada et Pauktuutit Inuit Women's Association of Canada

www.nwac-hq.org
www.pauktuutit.on.ca

Ces trois organisations nationales des femmes autochtones cherchent à mettre les questions ayant trait au mieux-être des femmes à l'avant plan, à fournir des outils et des ressources aux femmes autochtones et à intercéder en ce qui concerne les priorités sanitaires telles que la violence, le VIH/SIDA, la santé génésique, la culture et le sexe et l'accès aux services de santé.

Liens potentiels : susciter la participation des organisations aux groupes d'experts sur les priorités sanitaires, aux consultations et aux groupes de réflexion. Encourager la création de réseaux parmi elles et avec d'autres associations autochtones. Encourager les partenariats pour effectuer la diffusion des renseignements.

Associations axées sur des priorités précises telles que le Réseau canadien autochtone du SIDA, le National Aboriginal Diabetes Association (diabète) et le Native Mental Health Association (santé mentale)

Ces organisations abordent des priorités sanitaires précises et sont d'excellentes sources d'expertise en plus d'offrir l'accès à des réseaux de fournisseurs de soins qui s'intéressent à ces priorités.

Liens potentiels : entretenir des relations avec ces associations et d'autres organisations axées sur des priorités sanitaires précises afin de mettre l'information et les ressources en commun, de repérer les nouvelles priorités et d'établir des réseaux.

Les centres d'information autochtones et les organismes de formation/éducation tels que le Nechi Training, Research and Health Promotions Institute; Zah-Geh-Do-Win; et le Vancouver Native Health Society

www.nechi.com

www.anishinabek.ca

www.vnhs.net

Ces organisations fournissent des occasions de formation/éducation et/ou diffusent du matériel de ressource ayant trait à diverses priorités en promotion/prévention auxquelles s'intéressent les Autochtones.

Liens potentiels : évaluer la formation/l'éducation et le matériel de ressource existant et en faciliter l'accès. Envisager un partenariat pour l'acquisition de connaissances particulières et les projets de diffusion des renseignements.

Gouvernements

Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada

www.hc-sc.gc.ca/fnihb-dgspni/fnihb/

La Direction générale de la Santé des Premières Nations et des Inuits (DGSPNI) s'intéresse à une foule de questions ayant trait à la promotion, à la prévention et à la protection, et participe au renforcement des capacités dans le but d'accomplir le transfert de la responsabilité pour les services de santé. Elle participe également à la recherche, au suivi des tendances et à l'élaboration des ressources et des systèmes d'information sanitaire pour les Premières Nations et les Inuits.

Liens potentiels : suivre les activités de la DGSPNI et l'acquisition des connaissances dans les domaines pertinents; envisager des activités conjointes de diffusion des connaissances/pratiques exemplaires et fournir des avis quant aux priorités de recherche.

Direction générale de la Santé de la population et de la Santé publique, Santé Canada

www.hc-sc.gc.ca/pphb-dgspsp/new_e.html

La Direction générale de la Santé de la population et de la Santé publique préconise une approche axée sur la santé de la population pour améliorer la santé des canadiens. Elle renferme la majorité des programmes fédéraux de promotion/prévention et un bon nombre des programmes de protection de la santé. La Direction est le principal subventionneur des projets sur le développement infantile, le diabète, la nutrition prénatale, le VIH/SIDA, etc. destinés aux Métis, aux membres non inscrits des Premières Nations et aux Autochtones vivant en milieu urbain. Tous les programmes de financement sont d'excellentes sources d'information sur les approches à la programmation, les pratiques exemplaires et les facteurs de réussite. Les fonds appuient diverses démarches de diffusion des connaissances d'envergure variable. Une recherche, menée lors de la présente étude à partir du répertoire des subventions et contributions de Santé Canada, a repéré une quantité de projets ayant trait aux Autochtones entre 1995 et le présent.

Liens potentiels : examiner et suivre les projets ayant trait aux Autochtones financés par divers programmes et collaborer avec les subventionneurs afin de mieux faire connaître les résultats, possiblement au moyen d'une revue thématique, d'un bulletin électronique (diffusé sur Internet ou par courriel) ou de publications de grande diffusion traitant des pratiques exemplaires.

Gouvernements provinciaux et territoriaux

Certaines provinces et les trois territoires ont des programmes et des politiques bien établis en matière de santé autochtone pour aborder des questions précises, pour entamer des recherches et des consultations et pour appuyer les organisations de la santé autochtone. Plusieurs d'entre eux sont en voie de créer des ressources de promotion/prévention utiles, portant sur des questions comme la santé des femmes autochtones, la prévention du cancer, le VIH/SIDA et la santé prénatale. D'autres provinces entament des processus pour aborder les priorités sanitaires des Autochtones.

Liens potentiels : nouer des contacts au sein des initiatives sur la santé autochtone dans toutes les provinces et tous les territoires afin de construire des réseaux, mettre l'information et les ressources en commun, encourager des démarches concrètes pour aborder les priorités en promotion/prévention, et diffuser les résultats de recherche et les ressources communautaires sur une plus grande échelle. Être particulièrement attentif aux progrès dans les territoires.

Organismes de recherche

Institut de la santé des peuples autochtones

www.cihr.ca/institutes/iaph

L'Institut de la santé des peuples autochtones (ISPA) est un institut de recherche récemment constitué qui contribuera de façon significative à la recherche sur la santé autochtone menée au Canada. Cette recherche sera, en grande partie, pertinente pour la santé de la population et les démarches de promotion, de prévention et de protection. L'ISPA se donne pour mission de diriger un programme national de recherche avancée en santé autochtone et d'encourager des recherches novatrices dans le domaine. Quatre priorités ont été énoncées : un centre de recherche ayant trait aux enquêtes; la promotion de la santé et la réduction des risques chez les enfants et les adolescents, le mieux-être communautaire et les dépendances; les répercussions du stress sur le diabète; et la prévention des accidents et des blessures. Les partenariats entre les collectivités et les universitaires et le renforcement des capacités sont également préconisés. L'ISPA a récemment annoncé un budget de 74 millions de dollars qui subventionnera, entre autres, huit projets pour renforcer les capacités de recherche sur la santé autochtone au Canada.

Liens potentiels : rester en contact étroit avec l'Institut et se pencher sur les moyens d'assurer la complémentarité des rôles de l'ONSA et de l'ISPA. Envisager les moyens d'encourager des recherches appliquées qui sont pragmatiques et pertinentes, qui favorisent l'emprise des collectivités et qui renforcent les capacités.

Autres instituts des Instituts canadiens de recherche sur la santé

www.cihr.ca

En plus de l'Institut de la santé des peuples autochtones, douze autres instituts abordent une gamme de groupes démographiques et de questions sanitaires tels que le cancer, la santé respiratoire, l'infection et l'immunité, le sexe, le vieillissement en santé, la santé infantile et la santé des adolescents. L'acquisition des connaissances dans ces domaines intéressera sans doute les praticiens autochtones. Par exemple, les résultats d'une recherche intitulée « Improving Access to Appropriate Health Services for Marginalized Groups » (Améliorer l'accès des groupes marginaux aux services de santé indiqués), menée suite à un appel de propositions récent co-commandité par trois instituts, sera utile aux fournisseurs de services en collectivité autochtone. Les résultats de recherche ne seront pas, en général, facilement disponibles aux membres des collectivités.

Liens potentiels : surveiller les appels de propositions, les bourses de recherche et les projets terminés afin d'en évaluer les possibilités d'application et l'utilité pour les collectivités autochtones; envisager des

moyens de diffuser les résultats en langage clair et simple et en présentation non imprimée. Encourager l'appui de recherches qui favorisent les démarches de promotion/prévention et qui abordent les nouvelles priorités sanitaires.

Institut canadien d'information sur la santé et son Initiative canadienne de la santé de la population
www.cihi.ca

L'Institut canadien d'information sur la santé (ICIS) est une organisation nationale financée par le gouvernement fédéral et vouée à l'amélioration de la santé des canadiens et du système de santé par un meilleur rassemblement de l'information sur la santé. Son Initiative canadienne de la santé de la population (ICSP) est une nouvelle initiative visant la création et la diffusion de nouvelles connaissances ayant trait aux déterminants de la santé pour permettre l'élaboration des politiques de santé de la population.

Liens potentiels : examiner avec l'ICIS les moyens de collaborer avec les provinces et les territoires à des initiatives conjointes pour produire une plus grande quantité d'information sur la santé des Métis et des membres non inscrits des Premières Nations. Suivre les nouvelles connaissances ayant trait aux déterminants de la santé et aux approches axées sur la santé de la population, produites par l'ICSP et qui sont pertinentes pour les collectivités autochtones. Collaborer à la diffusion de ces connaissances. Encourager l'ICSP à aborder des questions pertinentes pour les programmes de promotion/prévention destinés aux Autochtones.

Centre de recherche sur la régionalisation le RELAIS
www.regionalization.org

La mission du Centre de recherche sur la régionalisation est de fournir aux offices régionales de la santé la possibilité de combler leurs besoins en recherche et d'encourager la recherche sur la régionalisation en tant qu'approche novatrice. À ce jour, le Centre s'est intéressé quelque peu à l'implication des Autochtones aux offices de la santé. Il a examiné les points forts et les défis que renferment les offices autochtones de la santé pour déterminer les possibilités de créer un milieu d'apprentissage transculturel.

Liens potentiels : s'entretenir avec le Centre de la possibilité de recherches conjointes. Envisager des occasions de réseautage et de transmission du savoir sur des thèmes comme la gouvernance, l'implication équitable, l'établissement des priorités en recherche, la prestation multiculturelle des services, les besoins repérés dans les régions éloignées, etc.

Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé et ses quatorze centres associés
www.utoronto.ca/chp/consort/index.htm

Le Consortium canadien pour la recherche en promotion de la santé cherche à améliorer la recherche, les politiques et les pratiques se rapportant à la promotion de la santé au Canada. Elle réalise cet objectif en assurant l'arrimage de la recherche, de l'acquisition de compétences et de la diffusion de l'information. En tant que partenariats polyvalents entre des collectivités et des universitaires, les quatorze centres de recherche en promotion mènent des recherches, renforcent les capacités et mettent les connaissances en commun. Certains des centres ont collaboré en quelque sorte au renforcement des capacités communautaires ou à l'établissement de partenariats avec les organisations autochtones, mais ils s'intéressent tous au développement communautaire, aux questions d'équité et à l'implication des Autochtones.

Liens potentiels : s'entretenir avec le Consortium des possibilités de collaboration pour faire avancer la recherche en promotion qui est pertinente pour les collectivités autochtones; examiner et favoriser les modèles autochtones et les programmes adaptés à la culture; encourager (agir d'intermédiaire) les

partenariats entre les chercheurs et les organismes communautaires autochtones; et envisager des mécanismes de diffusion des renseignements.

Le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord, Direction générale des Affaires indiennes et du Nord canadien, le Centre d'étude sur la nutrition et l'environnement des peuples autochtones et l'Institut arctique de l'Amérique du Nord

www.ainc-inac.gc.ca/NCP/abt/des_e.html

www.cine.mcgill.ca

www.ucalgary.ca/UofC/Others/AINA

Le Programme de lutte contre les contaminants dans le Nord, Direction générale des Affaires indiennes et du Nord canadien est une initiative pluriannuelle qui cherche à repérer et surveiller les contaminants de l'écosystème arctique, à sensibiliser les résidents du Nord au sujet des contaminants et à élaborer des accords internationaux visant le contrôle des contaminants. De nouvelles recherches sont subventionnées à tous les ans. Le programme subventionne également le Centre d'étude sur la nutrition et l'environnement des peuples autochtones (Centre for Indigenous Peoples' Nutrition and Environment ou CINE) à Montréal.

Le CINE est un centre d'éducation et de recherche universitaire pour les peuples autochtones. Il emploie une approche participative à la recherche pour aborder les préoccupations ayant trait à la nutrition et aux contaminants des aliments. Il effectue également différents projets de recherche à tous les ans. L'Institut arctique de l'Amérique du Nord (IAAN) mène des recherches, souvent à titre de partenaire avec d'autres organisations associées aux sciences de la terre, aux sciences biologiques, aux sciences sociales, etc.

Liens potentiels : suivre les conclusions de recherche et évaluer la possibilité de les appliquer aux autres collectivités autochtones. Collaborer avec le CINE pour trouver les moyens de sensibiliser les gens à l'importance de la nutrition et pour encourager des recherches et des démarches éducatives ultérieures.

Les Centres d'excellence pour la recherche sur la santé des femmes, sur la violence à l'égard des femmes et des enfants, et sur la santé infantile

Ces centres d'excellence sont financés par le gouvernement fédéral, mais fonctionnent de façon autonome pour produire des renseignements dans leurs domaines spécialisés. Ils s'intéressent tous à la recherche sur la santé de la population, la promotion, la prévention et la protection et participent en quelque sorte à la diffusion de renseignements à cet égard. Il s'agit de partenariats entre des collectivités et des universitaires et un certain degré de collaboration a eu lieu avec les organisations autochtones.

Liens potentiels : envisager des liens avec les centres afin de mettre les priorités sanitaires des Autochtones à l'avant plan et pour encourager des partenariats avec d'autres organisations autochtones.

Programme national de recherche et de développement en matière de santé, Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé, le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires, et le Fonds pour l'adaptation des services de santé

www.chsrf.ca

www.hc-sc.gc.ca/htf-fass/

Le Programme national de recherche et de développement en matière de santé (PNRDMS) est un programme du gouvernement fédéral de longue date qui subventionnait la recherche en matière de santé, mais qui tire à sa fin. L'examen de son répertoire des subventions pour la période entre 1990-2004 a repéré 91 projets de recherche ayant trait aux autochtones, 57 desquels (63 pour cent) s'intéressaient spécifiquement aux questions de promotion et de prévention. La Fondation canadienne de la recherche sur les services de santé (FCRSS) est un organisme plus récent qui subventionne la recherche sur les politiques ayant trait aux services de santé. Elle s'intéresse donc moins aux questions de promotion/prévention, mais

préconise l'accès aux services de santé, l'utilisation des services et la gestion des programmes de santé. Elle s'engage également à la transmission du savoir. Le Fonds pour l'adaptation des soins de santé primaires (FASSP) est un fonds de recherche annoncé en l'an 2000. Son budget de 800 millions de dollars subventionnera des initiatives de grande échelle dans le domaine des soins de santé primaires qui seront exploitées dans les provinces et territoires. Les régions peu peuplées sont une priorité. Le Fonds pour l'adaptation des services de santé (FASS) a un budget de 150 millions de dollars qui subventionnera 141 projets de partout au Canada ayant pour but d'évaluer et de mettre à l'essai des mécanismes novateurs de prestation des services. Les recherches subventionnées par ce fonds pourraient être pertinentes pour la prestation des services de santé destinés aux Autochtones.

Liens potentiels : les projets de recherche existants et nouveaux devraient être examinés afin de repérer le contenu utile pour la promotion/prévention chez les Autochtones. On pourrait intervenir auprès du FCRSS, du FASSP et du FASS en faveur du financement des recherches utiles pour les collectivités qui préconisent l'intégration de la promotion/prévention aux services de santé.

7. CONCLUSION

Les collectivités autochtones ont produit une quantité de pratiques se rapportant à la santé de la population, la promotion, la prévention et la protection. Remarquons certains exemples, soit :

- les collectivités ayant fait l'objet d'un transfert des divers programmes et services de la santé, celles qui assurent la gestion de programmes précis grâce à des ententes de services sanitaires, et d'autres qui sont en voie d'évaluer les besoins communautaires et de planifier les services en vue d'une plus grande responsabilité pour ces programmes;
- les organisations et organismes autochtones qui ont élaboré des modèles de programmes adaptés à la culture et qui fournissent des services selon une approche intégrée et holistique;
- les organisations provinciales, territoriales et régionales qui ont assumé un rôle directeur pour réclamer de meilleurs services de promotion/prévention et qui diffusent des renseignements provenant des programmes régionaux et communautaires; et
- les organisations nationales et professionnelles qui ont établi des réseaux et des ressources ayant trait à diverses questions sanitaires.

De plus, le gouvernement fédéral, les gouvernements territoriaux et plusieurs des gouvernements provinciaux ont élaboré de nouveaux programmes et ont élargi les programmes existants afin d'aborder des questions précises et en vue d'allouer un financement plus important aux projets de recherche sur la santé des Autochtones. Les gouvernements en question commencent à se pencher sur le renforcement des capacités ainsi que sur le recrutement et le maintien en fonction des travailleurs autochtones de la santé.

Toutefois, les programmes et les services en sont à différentes étapes de leur développement. Les collectivités autochtones doivent toujours composer avec de nombreuses difficultés telles :

- les multiples besoins sanitaires pressants auxquels les collectivités autochtones font face;
- la grave pénurie de personnel, le roulement de personnel et le manque de formation culturelle chez les fournisseurs non autochtones de soins de santé;
- les questions financières, comme le financement de projets à court terme, les retards et l'insuffisance du financement destiné à la promotion/prévention;
- le besoin d'encourager et de favoriser les approches fondées sur la culture et la guérison traditionnelle;
- l'insuffisance d'information sur la santé intégrale, exacte, opportune, et rentable;
- les obstacles à l'implication au processus décisionnels portant sur les programmes de santé de la population et les services de santé; et
- le besoin de mieux saisir le manque de capacité et les mesures correctives nécessaires.

L'ONSA a un rôle important à jouer, autant par son appui pour les initiatives qui portent fruit que par sa volonté de répondre aux besoins et de relever les défis. Elle peut contribuer de façon significative à la diffusion des renseignements issus des pratiques communautaires et des recherches formelles; à la promotion des démarches axées sur le savoir qui abordent les priorités sanitaires courantes et nouvelles; à l'encouragement des partenariats de recherche qui favorisent le progrès de la promotion/prévention; à l'accroissement du recrutement, du maintien en fonction et de l'emploi des travailleurs autochtones de la santé ayant des compétences en promotion/prévention; et à l'insistance sur une plus grande intégration des pratiques de guérison traditionnelles et des connaissances culturelles aux services et programmes de promotion/prévention.

L'ONSA peut également intervenir en soulevant des questions pénétrantes et en favorisant la communication ouverte par rapport aux problèmes de prestation des programmes dans les collectivités autochtones, la nécessité d'améliorer les programmes, les opinions contradictoires quant aux approches et aux priorités, etc. Le défi principal que l'ONSA doit relever se rapporte à son rôle de liaison entre les réalités et les besoins communautaires et les mandats nationaux. Elle doit également assurer un accès vraisemblable aux nouvelles connaissances pour une grande diversité de personnes tout en abordant les besoins d'une population qui évolue rapidement.

8. BIBLIOGRAPHIE

Aboriginal Governors Working Group, Division de la santé autochtone de la Colombie-Britannique (1999). *Achieving a Balance of Wellness for all British Columbians : Aboriginal People and Regionalization*. Victoria.

Aboriginal Health and Wellness Centre (2000). *Directions for the Future*. Winnipeg.

Affaires indiennes et du Nord canadien (2001a). First National Survey Finds First Nations People on Reserve are Optimistic About their Future (communiqué de presse). 10/31/01.

Affaires indiennes et du Nord canadien (2001b). First Nations Housing. www.ainc-inac.gc.ca/pr/info/info104_e.html 10/31/01.

Affaires indiennes et du Nord canadien (2001c). Mandate, Roles and Responsibilities : Indian and Northern Affairs Canada. www.ainc-inac.gc.ca/ai/mand_e.html 11/02/01.

Affaires indiennes et du Nord canadien (aucune date). *First Nations Occupants Guide to Mould* (dépliant). Ottawa.

AIDS Weekly (10 juillet 2000). "HIV/AIDS : An Epidemic Among Aboriginal Communities in Canada."

Amagoalik and Associates (1999). *The Nunavut Land Claim Agreement : For Whom?* Rankin Inlet : Inter-Organizational Workshop avec NTI, DIOs et IPGs.

Anand, Sonia et Vincent Tookenay (1999). "Cardiovascular Diseases and Aboriginal Peoples." *Canadian Journal of Cardiology*, 15(Suppl G) : 44G-46G.

Archibald, Linda et Roda Grey (2000). *Evaluation of Models of Health Care Delivery in Inuit Regions*. Ottawa : Inuit Tapirisat du Canada.

Armstrong, Robin P. (1994). "Developing Social Indicators for Registered Indians Living On-Reserve : The DIAND Experience." *Social Indicators Research*, 32 : 235-49.

Assemblée des Premières Nations (1999). Assembly of First Nations Plan of Action for Health. *New Relationships and Partnerships in Health : Summary Report*. Ottawa : Forum conjoint de l'Assemblée des Premières Nations et de la Direction générale des services médicaux sur les politiques en matière de santé, 29-30 mars 1999.

Assemblée des Premières Nations (2000). *First Nations Populations in Canada* (feuille d'information, mai 2000). Ottawa.

Assemblée des Premières Nations (2001a). Availability of Diabetes Programs and Services, *Analysis of Existing Programs and Services in First Nations Communities*. 09/09/01.

Assemblée des Premières Nations (2001b). Drinking Water. www.afn.ca/Programs/Environment/drinking_water.htm 10/30/01.

- Assemblée des Premières Nations (2001c). First Nations Health Priorities, 2001-2002. 06/18/01.
- Assemblée des Premières Nations (2001d). First Nation Vision for Housing. www.afn.ca/Programs/Housing/HS/housing.htm 10/04/01.
- Assemblée des Premières Nations (2001e). Conférence nationale sur la santé des Premières Nations : Notre voix, nos décisions, notre responsabilité (communiqué de presse). www.afn.ca/Press%20Releases%20&%20Speeches/national_health_conference_first.htm 06/18/01.
- Assemblée des Premières Nations, Forum conjoint de l'Assemblée des Premières Nations et de la Direction générale des services médicaux sur les politiques en matière de santé (1999). *New Relationships and Partnerships in Health : Summary Report*. Ottawa.
- Assemblée des Premières Nations, Secrétariat à la santé des Premières Nations (1999). *Aboriginal Health Institute Consultation Report*. Ottawa.
- Association canadienne de santé publique (1993). *The Preliminary Study on the Training and Recruitment of Aboriginal Public Health Workers : Issues Identification Paper*. Ottawa.
- Association des infirmières et infirmiers du Canada (1995). *Health in Canada : Perspectives of Urban Aboriginal People*. Ottawa.
- Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada (1993). *Traditional Aboriginal Medicine and Primary Health Care* (présentation à la Commission royale sur les peuples autochtones). Ottawa.
- Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada (1999). *Report of the Aboriginal Roundtable on Sexual and Reproductive Health*. Ottawa.
- Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada (2000). *Survey of Nurses in Isolated First Nations Communities : Recruitment and Retention Issues*. Ottawa.
- Association des infirmiers et infirmières autochtones du Canada et la Fédération pour le planning des naissances du Canada (sous presse). *Sourcebook on Sexual and Reproductive Health for Aboriginal Communities*. Ottawa.
- Association médicale canadienne (1994). *Bridging the Gap : Promoting Health and Healing for Aboriginal Peoples in Canada*. Ottawa.
- Barker-Collo, Suzanne L. (1999). "Reported Symptomatology of Native Canadian and Caucasian Females Sexually Abused in Childhood." *Journal of Interpersonal Violence*, 14(7) : 747.
- Benoit, Cecilia et Dena Carroll (2001). "Marginalized Voices from Vancouver's Downtown Eastside : Aboriginal Women Speak About Their Health Care Experiences." *Centres d'excellence pour la santé des femmes, Bulletin de recherche en matière de santé*, 1(2) : 6-7.
- Bergman, Brian (1996). "Dark Days for the Inuit : Tuberculosis Outbreaks Revive Memories of an Earlier Epidemic." *Maclean's*, 109(10) : 66-9.
- Bethunes, David N. (1998). "Contamination of Aboriginal Water Resources." *In Touch*, 8(2) : 11-15.

- Blue Moon Consulting (2001). *Understanding HIV/AIDS Epidemiology : HIV/AIDS Surveillance Among Canada's Aboriginal Peoples*. Ottawa : Santé Canada.
- Blythe, Jennifer, Michael Ladouceur, Wendy Goodine, et coll. (1995). *Maternal-Child Health Care Programs for Aboriginal People : A Review of the Literature*. Ottawa : Santé Canada.
- Browne, Annette J., et Jo-Anne Fiske (2001). "First Nations Women's Encounters with Mainstream Health Care Services." *Western Journal of Nursing Research*, 23(2) : 126-47.
- Buchigani, Norman et Christopher Armstrong-Esther (1999). "Informal Care and Older Native Canadians." *Ageing and Society*, 19(1999) : 3-32.
- Burd, Larry et Michael E.K. Moffatt (1994). "Epidemiology of Fetal Alcohol Syndrome in American Indians, Alaskan Natives, and Canadian Aboriginal Peoples." *Public Health Reports*, 109(5) : 688-94.
- Cannon, Martin (1998). "The Regulation of First Nations Sexuality." *The Canadian Journal of Native Studies*, 1(1998) : 1-18.
- Centre national d'information sur la violence dans la famille (1997). *Family Violence in Aboriginal Communities : An Aboriginal Perspective*. Ottawa.
- Chockalingam A., N. Campbell, T. Ruddy, et coll. (2000). "Canadian National High Blood Pressure Prevention and Control Strategy." *Canadian Journal of Cardiology*, 16(9) : 1087-93.
- Clarke, Heather F., Rhea Joseph, Michèle Deschamps, et coll. (1998). "Reducing Cervical Cancer Among First Nations Women." *The Canadian Nurse*, mars 1998 : 36-41.
- Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits (1999). *Rapport de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits 1999*. St. Régis, Québec.
- Comité sénatorial permanent sur les affaires sociales, la science et la technologie (2001). *The Health of Canadians : The Federal Role : Volume Four : Issues and Options*. Ottawa.
- Commission royale sur les peuples autochtones (1993a). *Sur le chemin de la guérison*. Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services du Canada.
- Commission royale sur les peuples autochtones (1993b). *Public Hearing Discussion Paper 2 : Focusing the Dialogue*. Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services du Canada.
- Commission royale sur les peuples autochtones (1996). *A l'aube d'un rapprochement: le Rapport de la Commission royale sur les peuples autochtones, Volume 3 : Vers un ressourcement*. Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services du Canada.
- Cultural Diversity Challenges and Changes (2000). *Nursing Now : Issues and Trends in Canadian Nursing*, 7 (février). Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada
www.cna-nurses.ca/frames/welcome/frameindex.html 11/27/01.

- Daniel, M., K.G. Rowley, C.P. Herbert, et coll. (2001). "Lipids and Psychosocial Status in Aboriginal Persons With and At Risk for Type 2 Diabetes : Implications for Tertiary Prevention." *Patient Education and Counseling*, 43(1) : 85-95.
- Daniel, M., S.A. Marion, S.B. Sheps et coll. (1999). "Variation by Body Mass Index and Age in Waist-to-Hip Ratio Associations with Glycemic Status in an Aboriginal Population at Risk for Type 2 Diabetes in British Columbia, Canada." *American Journal of Clinical Nutrition*, 69(3) : 455-60.
- Daniel, Mark et Diane Gamble (1995). "Diabetes and Canada's Aboriginal Peoples : The Need for Primary Prevention." *Social Science and Medicine*, 32(3) : 243-59.
- Daniel, Mark, Lawrence W. Green, Stephen A. Marion, et coll. (1999). "Effectiveness of Community-Directed Diabetes Prevention and Control in a Rural Aboriginal Population in British Columbia, Canada." *Social Science and Medicine*, 48(1999) : 815-32.
- Diabetes and Change (1998). *In Touch*, 9(1).
- Dickson, Geraldine (2000). "Aboriginal Grandmothers' Experience with Health Promotion and Participatory Action Research." *Qualitative Health Research*, 10(2) : 188-213.
- Dion Stout, Madeleine et Gregory D. Kipling (1999). *Report of the Aboriginal Roundtable on Sexual and Reproductive Health*. Ottawa : Association des infirmières et infirmiers du Canada.
- Dion Stout, Madeleine, Gregory D. Kipling et Roberta Stout (2001). *Aboriginal Women's Health Research Synthesis Project Final Report*. Ottawa : Groupe de synthèse des Centres d'excellence pour la recherche en matière de santé féminine, Santé Canada.
- Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits, Santé Canada (2001). État du transfert en mars 2001. www.hc-sc.gc.ca/fnihb/bpm/hfa/transfer_status/ 10/01/01
- Dougherty, Kevin (2000). "Cree Community More Polluted than Love Canal." *Ottawa Citizen*, 23 oct. 2001.
- Downey, Michael (1999). "Canada's Genocide : Thousands Taken from Their Homes Need Help." *Maclean's*, 26 avril 1999 : 56.
- Enarson, D.A. (1998). "Tuberculosis in Aboriginals in Canada." *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*, 2(9) : S16-S22.
- Eyles, John, Steven Birch et Shelley Chambers (1994). "Fair Shares for the Zone : Allocating Health Care Resources for the Native Populations of the Sioux Lookout Zone, Northern Ontario." *The Canadian Geographer*, 38(2) : 134-50.
- FitzGerald, J. Mark, Lei Wang et R. Kevin Elwood (2000). "Tuberculosis : Control of the Disease Among Aboriginal People in Canada." *Canadian Medical Association Journal*, 162(3) : 351-5.
- Flores, G., D. Gee et B. Kastner (2000). "The Teaching of Cultural Issues in U.S. and Canadian Medical Schools." *Academic Medicine*, 75(5) : 451-5.

Forum national sur la santé (1997). "The Need for an Aboriginal Health Institute in Canada." *Canada Health Action : Building on the Legacy, Final Report, Volume II*. 18/10/01.

Garro, Linda C. (1995). "Individual or Societal Responsibility? Explanations of Diabetes in an Anishinaabe (Ojibway) Community." *Social Science and Medicine*, 40(1) : 37-46.

George B. Cuff and Associates (2001). *It's Time to Act : A Report on the Health and Social Services System of the Northwest Territories*. Yellowknife.

Gittelsohn, Joel, Stewart B. Harris, Andrew L. Thorne-Lyman, et coll. (1996). "Body Image Concepts Differ by Age and Sex in an Ojibway-Cree Community in Canada." *Journal of Nutrition*, 126(12) : 2990-3000.

Goertzen, James (1999). "Teaching Activities for Aboriginal Health Issues." *Canadian Family Physician*, 45(juin) : 1442-4.

Gouvernement du Nunavut (2001a). *Health and Social Services*. Iqaluit.

Gouvernement du Nunavut (2001b). Nunavut : A New Vision. www.gov.nu.ca/flag.htm 9/18/01.

Gregory, David, Wendy Whalley, Judith Olson, et coll. (1999). "Exploring the Experience of Type 2 Diabetes in Urban Aboriginal People." *Canadian Journal of Nursing Research*, 31(1) : 101-15.

Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique (1980). *Rapport du Groupe de travail canadien sur l'examen médical périodique*. Ottawa.

Groupe de travail chargé de la stratégie d'amélioration de la santé de la population, Santé Canada (1996). *Toward a Common Understanding : Clarifying the Core Concepts of Population Health, Discussion Paper*. Ottawa.

Hanley, A.J.G., S.B. Harris, J. Gittelsohn, et coll. (2000). "Overweight Among Children and Adolescents in a Native Canadian Community : Prevalence and Associated Factors." *American Journal of Clinical Nutrition*, 71(3) : 693-700.

Harner, T. (1997). "Organochlorine Contamination of the Canadian Arctic and Speculation on Future Trends." *International Journal on Environment and Pollution*, 8(1-2) : 51-73.

Hay, J. et R.J. Shephard (1998). "Perceptions and Patterns of Physical Activity : A Comparison of Mohawk/Cayuga and Non-Native Adolescents." *American Journal of Human Biology*, 10(5) : 629-35.

Health Edition (26 octobre 2001). "A Call for Help from Nunavut," 5(42). www.healthedition.com 26/10/01.

Hefferman, C., C. Herbert, Grams G.D., et coll. (1999). "The Haida Gwaii Diabetes Project : Planned Response Activity Outcomes." *Health and Social Care in the Community*, 7(6) : 379-86.

Hegele, R.A. (1999). "Genetic Prediction of Coronary Heart Disease : Lessons from Canada." *Scandinavian Journal of Clinical and Laboratory Investigation*, 59(Suppl 230) : 153-67.

- Henriksson, Lennart E. et Richard G. Lipsey (1999). "Should Provinces Expand Gambling?" *Canadian Public Policy*, 15(2) : 259-73.
- Hoepfner, Vernon H. et Darcy D. Marciniuk (2000). "Tuberculosis in Aboriginal Canadians." *Canadian Respiratory Journal*, 7(2) : 141-6.
- Hunter, Jennifer (1998). "Haunted by the Past : Cancer Stalks a Remote Community." *Maclean's*, 111(31) :20.
- Hutchinson, Michael (2001). "Boil Alert : Drink at Your Own Risk." *aboriginaltimes*, août-septembre 2001.
- Initiative sur le diabète chez les Autochtones, Santé Canada (2000). *Diabetes Among Aboriginal (First Nations, Inuit and Métis) People in Canada : The Evidence*. Ottawa.
- Institut canadien de la santé infantile (2001). Aboriginal Children and Youth. www.cich.ca/aboriginal.htm 09/10/01.
- Johnson, Jeff (1996). "Mohawk Environmental Health Project Integrates Research into the Community." *Environmental Science and Technology*, 30(1) : 20A-21A.
- Johnson, Roger J. (1997). "The Development of a Computerized Health Information System to Facilitate Program Planning/Evaluation and Enhanced First Nations Control of Community Health Services." *Canadian Journal of Public Health*, 88(3) : 207-9.
- Kahana, Leo M. (2000). "TB Among Aboriginal Canadians." *Canadian Medical Association Journal*, 162(10) : 1404.
- Kinnon, Dianne (1994) *Health is the Whole Person : A Background Paper on Health and the Métis People*. Ottawa : Commission royale sur les peuples autochtones.
- Kirmayer, Laurence J., Gregory M. Brass et Caroline L. Tait (2000). "The Mental Health of Aboriginal Peoples : Transformations of Identity and Community." *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(September) : 607-16.
- Kouri, Denise et Lori Hanson (2001). *Exploring Health Care Regionalization and Community Capacity*. Saskatoon : Centre de recherche sur la régionalisation.
- Kuran, Heidi (1999). "Women, Environment and Breast Cancer." *In Touch*, 13(Winter), 1999.
- Lambert Colomeda, Lorelei Anne (1996). *Through the Northern Looking Glass : Breast Cancer Stories Told by Northern Native Women*. New York : NLN Press.
- LaRocque, Emma (1994). *Violence in Aboriginal Communities* (donné du *The Path to Healing*, Royal Commission on Aboriginal Peoples). Ottawa : Santé Canada.
- Leake, J.L. (1992). *Report on the Oral Health Survey of Canada's Aboriginal Children Aged Six to Twelve*. Toronto : Department of Community Dentistry, University of Toronto.

- Leenaars, A.A. (2000). "Suicide Prevention in Canada : A History of a Community Approach." *Canadian Journal of Community Mental Health*, 19(2) : 57-73.
- Leenaars, Antoon, Chris Cantor, John Connolly, et coll. (2000). "Controlling the Environment to Prevent Suicide : International Perspectives." *Canadian Journal of Psychiatry*, 45(September) : 639-44.
- Lemchuk-Favel, Laurel (1999). "Effective Partnerships and Health Reform." *New Relationships and Partnerships in Health : Summary Report*. Ottawa : Forum conjoint de l'Assemblée des Premières Nations et de la Direction générale des services médicaux sur les politiques en matière de santé, 29-30 mars 1999.
- Leskiw and Associates (2001). *Review of Aboriginal Services at Health Sciences Centre and St. Boniface General Hospital*. Winnipeg : Winnipeg Regional Health Authority.
- Little, Lois M. et Michael J. Prince (1993). *Community Control of Health and Social Services in Northern and Aboriginal Communities : A Literature Review and Analysis of Canadian Experiences*. Yellowknife : Special Committee on Health and Social Services, Assemblée législative des Territoires du Nord-Ouest.
- Macaulay, A.C., G. Paradis, L. Potvin, et coll. (1997). "The Kahnawake Schools Diabetes Prevention Project : Intervention, Evaluation, and Baseline Results of a Diabetes Primary Prevention Program with a Native Community in Canada." *Preventive Medicine*, 26(6) : 779-90.
- MacDonald, W.A. (1998). "Medical Teaching Program in a Rural Northern Hospital." *International Journal of Circumpolar Health*, 57(Suppl 1) : 83-6.
- Maclean's (1998). "Historic Hot Zone." 111(13) : 31.
- MacMillan, H.L., A.B. MacMillan, D.R. Orford, et coll. (1995). "Aboriginal Health." *Canadian Medical Association Journal*, 155(11) : 1569-78.
- Mailloux, Louise et Peter Gillies (2001). *Inuit Health Information Initiative : Discussion Paper*. Ottawa : Pauktuutit Inuit Women's Association et l'Inuit Tapirisat du Canada.
- Malchy, B., M.W. Enns, T.K. Young, et coll. (1997). "Suicide Among Manitoba's Aboriginal People, 1988 to 1994." *Canadian Medical Association Journal*, 156(8) : 1133-8.
- Malloch, Leslie (1989). "Indian Medicine, Indian Health : Study Between Red and White Medicine." *Canadian Women's Studies*, 10(2.3) : 105-112.
- Manitoba Health (2001). Manitoba Health Annual Report. www.gov.mb.ca/health/ann/199697/3a-m4.html 9/19/01.
- McCormick, Rod (1995). "The Facilitation of Healing for the First Nations People of British Columbia." *Canadian Journal of Native Education*, 21(2) : 251-322.
- McCormick, Rod (1997). "Healing Through Interdependence : The Role of Connecting in First Nations Healing Practice." *Canadian Journal of Counselling*, 31(3) : 172-84.
- McFarlane, Peter (1997a). "New Approaches to Injury Prevention." *In Touch*, 7(3) : 1-3.
- McFarlane, Peter (1997b). "Suicide : Intentional Injury." *In Touch*, 7(3) : 7-10.

McGowan, Patrick et Lawrence W. Green (1995). "Arthritis Self-management in Native Populations of British Columbia : An Application of Health Promotion and Participatory Research Principles in Chronic Disease Control." *Canadian Journal on Aging*, 14(Suppl 1) : 201-13.

Métis Nation of Ontario (2001). Métis Nation of Ontario Health.
www.metisnation.org/MNO/HEALTH.html 10/03/01.

Mill, Judy E. (1997). HIV Risk Behaviours Become Survival Techniques for Aboriginal Women. *Western Journal of Nursing Research*, 19(4) : 466-90.

Mill, Judy E. et David A. Desjardins (1996). "The Feather of Hope Aboriginal AIDS Prevention Society : A Community Approach to HIV/AIDS Prevention." *Canadian Journal of Public Health*, 87(4) : 268-71.

Ministère de la Santé de la Colombie-Britannique (2001). Aboriginal Health.
www.hlth.gov.bc.ca/aboriginal/ 09/10/01.

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (1998). Shaping Our Future : A Strategic Plan for Health and Wellness : Summary. 9/21/01.

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (1999). Health Promotion Strategy : Executive Summary. 9/21/01.

Ministère de la Santé et des Services sociaux des Territoires du Nord-Ouest (2000). *Business Plan 2000 to 2003*. Yellowknife.

Ministère des Affaires indiennes et du Nord canadien (1998). *Rassembler nos forces - le plan d'action du Canada pour les questions autochtones : Un rapport provisoire 1^{ère} année*. Ottawa.

Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada (1997). *Beginning a Long Journey : A Review of Projects Funded by the Family Violence Prevention Division, Health Canada, Regarding Violence in Aboriginal Communities*. Ottawa.

Ministre des Travaux publics et des Services gouvernementaux du Canada (1999). *National Consultations Summary Report : Renewal of the Federal Health Protection Legislation*. Ottawa.

Mitchell, Emmy (1998). Traditional Health and Diabetes. *In Touch*, 9(2) : 12.

Mitchell, Sonia, Caroline Tait, Laverne Contois, et coll. (1998). *Wisdom of Native Women : Wellness Conference for Urban Aboriginal Women*. Montréal : Centre d'excellence pour la santé des femmes Consortium Université de Montréal.

Moffat, T. et A. Herring (1999). "The Historical Roots of High Rates of Infant Death in Aboriginal Communities in Canada in the Early Twentieth Century : The Case of Fisher River, Manitoba." *Social Science and Medicine*, 48(12) : 1821-32.

Moore, Jan Allison (1999). "Comparison of Risk of Conductive Hearing Loss Among Three Groups of Arctic Audiology Patients." *Journal of Speech, Language and Hearing Research*, 42 : 1311-23.

Morrison, N. and J. Dooley (1998). "The Sioux Lookout Diabetes Program : Diabetes Prevention and Management in Northwestern Ontario." *International Journal of Circumpolar Health*, 57 Suppl (1) : 364-9.

Muhajarine, N. et C. Darcy (1999). "Physical Abuse During Pregnancy : Prevalence and Risk Factors." *Canadian Medical Association Journal*, 160(7) : 1007-11.

Muhajarine, N., C. Darcy et L. Edouard (1997). "Prevalence and Predictors of Health Risk Behaviours During Early Pregnancy Saskatoon Pregnancy and Health Study." *Canadian Journal of Public Health*, 88(6) : 375-9.

Myers, Ted, Sandra L. Bullock, Liviana M. Calzavara, et coll. (1997). "Differences in Sexual Risk-Taking Behaviour with State of Inebriation in an Aboriginal Population in Ontario, Canada." *Journal of Studies on Alcohol*, 58(3) : 312-23.

Native Social Work Journal, Special Edition : HIV/AIDS : Issues Within Aboriginal Populations, 3(septembre 2000).

O'Neil, John D. (1995). "Issues in Health Policy for Indigenous People in Canada." *Australian Journal of Public Health*, 19 : 559-66.

O'Neil, John D., Jeffrey R. Reading et Audrey Leader (1998). "Changing the Relations of Surveillance : The Development of a Discourse of Resistance in Aboriginal Epidemiology." *Human Organization*, 57(2) : 2307.

O'Neil, John D., Jeffrey Reading, Judith Bartlett, et coll. (1999). *Integrating a Focus on Aboriginal Health Research in the Development of the Canadian Institutes of Health Research : A Concept Paper*. Winnipeg : Department of Community Health Sciences, University of Manitoba.

Organisation mondiale de la santé, Santé et Bien-être social Canada et l'Association canadienne de santé publique (1986). *La Charte d'Ottawa pour la promotion de la santé*. Ottawa.

Organisation nationale de la santé autochtone (2001a). *Rapport annuel 2000-2001*. Ottawa.

Organisation nationale de la santé autochtone (2001b). *Plan de gestion*. Ottawa.

Organisation nationale des représentantes et représentants Indiens et Inuit en santé communautaire (1997). "Intentional Injuries : Family Violence." *In Touch*, 7(3) : 11-13.

Organisation nationale des représentantes et représentants Indiens et Inuit en santé communautaire (2000). "HIV/AIDS Conference Recommendations." *In Touch*, 15(été).

Organisation nationale des représentantes et représentants Indiens et Inuit en santé communautaire (2001). What is NIICHO? www.niichro.com 20/09/01

Peters, Ron et Lou Demerais (1997). "Improving Mental Health Services for Urban First Nations : Policy Issues Relevant to Health Care Reform." *Canadian Journal of Community Mental Health*, 16(2) : 29-36.

Poland, G.A., R.M. Jacobsen, S.A. Colbourne, et coll. (1999). "Measles Antibody Seroprevalence Rates Among Immunized Inuit, Innu and Caucasian Subjects." *Vaccine*, 17(11-12) : 1525-31.

Poonwassie, Anne et Ann Charter (2001). "An Aboriginal Worldview of Helping : Empowering Approaches." *Canadian Journal of Counselling*, 35(1) : 63-73.

Potvin, Louise, Serge Desrosiers, Mary Trifonopoulos, et coll. (1999). "Anthropometric Characteristics of Mohawk Children Aged 6 to 11 years : A Population Perspective." *Journal of the American Dietetic Association*, 99(8) : 955-62.

Receveur, O., M. Boulay et H.V. Kuhnlein (1997). "Decreasing Traditional Food Use Affects Diet Quality for Adult Dene/Métis in 16 Communities of the Canadian Northwest Territories." *American Society for Nutritional Sciences*, 18 juillet 1997.

Redwood-Campbell, L., W.A. MacDonald et K. Moore (1999). Residents' Exposure to Aboriginal Health Issues : Survey of Family Medicine Programs in Canada." *Canadian Family Physician*, 45 : 325-30.

Restoule, Brenda Marilyn Marie (2000). "Healing in Ojibwa First Nation Communities : Investigating the Relationship Among Acculturation, Health and Identity." *Dissertation Abstracts International Section B : the Sciences and Engineering*, 60(10B).

Rosenburg, Ted, Ora Kendall, Jamie Blanchard, et coll. (1997). "Shigellosis on Indian Reserves in Manitoba, Canada : Its Relationship to Crowded Housing, Lack of Running Water, and Inadequate Sewage Disposal." *American Journal of Public Health*, 87(9) : 1547-51.

Santé Canada (1994). *Meeting of National Aboriginal Organizations and Health Canada : Meeting Report*. Ottawa.

Santé Canada (1998). *Reaching Out : A Guide to Communicating with Aboriginal Seniors*. Ottawa. no. de catalogue H88-3/20-1998E.

Santé Canada (1999a). *Budget 1999 : Action on First Nations and Inuit Health Agenda*. Ottawa.

Santé Canada (1999b). *A Second Diagnostic on the Health of First Nations and Inuit People in Canada*. Ottawa.

Santé Canada (2000a). HIV and AIDS Among Aboriginal People in Canada. 10/10/01.

Santé Canada (2000b). *Health Canada Performance Report For the Period Ending March 31, 2000*. Ottawa.

Santé Canada et l'Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada (1997). *It Takes A Community : A Resource Manual for Community-Based Prevention of Fetal Alcohol Syndrome and Fetal Alcohol Effects*. Ottawa.

Sawchuk, P., M. Rauliuk, A. Kotaska, et coll. (1998). "Infant Nutrition Program Effectively Prevents Iron-Deficiency Anemia in a First Nations Community." *International Journal of Circumpolar Health*, 57 Suppl (1) : 189-93.

Schuller, P.D., G.W. Thompson et T. Taerum (1998). Awareness of Periodontal Disease in a Group of Northern Canadian Children. *International Journal of Circumpolar Health*, 57 (Suppl 1) : 163-8.

Schwartz, Sandra (2000). "Environment : A Key Determinant of Children's Health." *Health Promotion in Canada*, 34(1) : 10-3.

Secrétariat du Nord, Santé Canada (2000). *Deputy Ministers' Territorial Wellness Framework Document*. Ottawa.

Secrétariat du Nord, Santé Canada (2001). Le Secrétariat du Nord. 09/24/01.

Shah, Baiju R., Janet E. Hux et Bernard Zinman (2000). "Increasing Rates of Ischemic Heart Disease in the Native Population of Ontario, Canada." *Archives of Internal Medicine*, 160 (26 juin) : 1862-6.

Shah, C.P., T. Svoboda et S. Goel (1996). "The Visiting Lectureship on Aboriginal Health : An Educational Initiative at the University of Toronto." *Canadian Journal of Public Health*, 87(4) : 272-4.

Ship, Susan J. (1998b). "Environmental Contaminants and Traditional Food." *In Touch*, 8(2) : 7-10.

Ship, Susan J. (1998c). "Environmental Damage and Aboriginal Health." *In Touch*, 8(2) : 2-6.

Ship, Susan Judith (1998a). *The Development of National Occupational Standards for Community Health Perspectives : Issues Identification Paper*. Kahnawake, Québec : Organisation nationale des représentantes et représentants Indiens et Inuit en santé communautaire.

Ship, Susan Judith and Judi Jacobs (1998). First Nations Diabetes Programs.
www.niichro.com/Diabetes/Dia6.html 03/08/01.

Silverman, Barbara E., Wendy M. Goodine, Michael G. Ladouceur, et coll. (2001). "Learning Needs of Nurses Working in Canada's First Nations Communities and Hospitals." *The Journal of Continuing Education in Nursing*, 32(1) : 38-45.

Smylie, Janet (2001). *A Guide for Health Care Professionals Working with Aboriginal Peoples* (SOGC Policy Statement No.100). Ottawa : La Société des obstétriciens et gynécologues du Canada.

Sokoloski, Elizabeth H. (1997). "Canadian First Nations Women's Beliefs About Pregnancy and Prenatal Care." *Canadian Journal of Nursing Research*, 27(1) : 89-100.

Statistique Canada (1996). *A Profile of the Métis*. Ottawa. no. de catalogue 89-547-XPE.

Statistique Canada (1998). "Recensement 1996 : Données sur les autochtones." *The Daily*, 13 janv. 1998.

Statistique Canada (2001). "Population Estimates, July 1, 2001." *The Daily*, 25 sept. 2001.

Stephenson, Peter H. (1997). "Environmental Health Perspectives on the Consequences of an Ideology of Control in Natural Systems." *The Canadian Review of Sociology and Anthropology*, 34(3) : 350-68.

Stratégie de ressourcement pour le mieux-être des Autochtones (2001). Description de la Stratégie et des programmes et services. 09/09/01.

Sunday, Julie et John Eyles (2001). "Managing and Treating Risk and Uncertainty for Health : A Case Study of Diabetes Among First Nations People in Ontario, Canada." *Social Science and Medicine*, 52(2001) : 635-50.

Svenson, Kenneth A. et Christopher Lafontaine (1999). "The Search for Wellness." *Rapport de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits*. St. Régis, Québec : Comité directeur national de l'Enquête régionale sur la santé des Premières Nations et des Inuits.

Table Tripartite sur la santé autochtone (1993). *The Federal/Provincial/Territorial/National Aboriginal Health Report to the Ministers of Health and National Aboriginal Organizations*. Ottawa : Ministre des Approvisionnement et Services du Canada.

Tarrant, Marie et David Gregory (2001). "Mothers' Perceptions of Childhood Immunizations in First Nations Communities of the Sioux Lookout Zone." *Canadian Journal of Public Health*, 92(1) : 42-5.

Tookenay, Vincent F. (1996). "Improving the Health Status of Aboriginal People in Canada : New Directions, New Responsibilities." *Canadian Medical Association Journal*, 155(11) : 1581-3.

Vaccine Weekly (1999). "Immunization in a First Nations Community During a Hepatitis A Outbreak." 15 févr. 1999.

Van Oostdam, J., A. Gilman, E. Dewailly, et coll. (1999). "Human Health Implications of Environmental Contaminants in Arctic Canada : A Review." *Science of the Total Environment*, 230(1-3) : 1-82.

Van Uchelen, Collin P., Sara Florence Davidson, Seanna V.A. Quressette, et coll. (1997). "What Makes Us Strong : Urban Aboriginal Perspectives on Wellness and Strength." *Canadian Journal of Community Mental Health*, 16(2) : 37-50.

Waldram, James B., D. Ann Herring et T. Kue Young (1995). *Aboriginal Health in Canada*. Toronto : University of Toronto Press.

Wein, E.E. (1995). "Evaluating Food Use by Canadian Aboriginal Peoples." *Canadian Journal of Physiology and Pharmacology*, 73(6) : 759-64.

Wein, E.E., M.M.R. Freeman and J.C. Makus (1996). "Use of and Preference for Traditional Foods Among the Belcher Island Inuit." *Arctic*, 49(3) : 256-64.

Wheatley, B. et S. Paradis (1996). "Balancing Human Exposure, Risk and Reality : Questions Raised by the Canadian Aboriginal Methylmercury Program." *Neurotoxicology*, 17(1) : 241-9.

Wheatley, B., S. Paradis, M. Lassonde, et coll. (1997). "Exposure Patterns and Long Term Sequelae on Adults and Children in Two Canadian Indigenous Communities Exposed to Methylmercury." *Water, Air and Soil Pollution*, 97(1-2) : 63-73.

Williams, Lylee (1999). "Our Most Precious Gift : Child Health in Aboriginal Communities." *In Touch*, 12(été 1999) : 3-8.

Wilson, C.E. (1999). "Sudden Infant Death Syndrome and Canadian Aboriginals : Bacteria and Infections." *FEMS Immunology and Medical Microbiology*, 25(1-2) : 221-6.

Young, T. Kue (1998). "Aboriginal Health : Not Just Tuberculosis." *International Journal of Tuberculosis and Lung Disease*. 2(9) : S23-S25.

Young, T. Kue, Michael E. K. Moffat, et John D. O'Neil (1993). "Cardiovascular Diseases in a Canadian Arctic Population." *American Journal of Public Health*, 83(6) : 881-7.

Young, T.K., E. Kliewer, J. Blanchard, et coll. (2000). "Monitoring Disease Burden and Preventive Behaviour with Data Linkage : Cervical Cancer Among Aboriginal People in Manitoba, Canada." *American Journal of Public Health*, 90(9) : 1466-8.

Young, T.K., H.J. Dean, B. Flett, et coll. (2000). "Childhood Obesity in a Population at High Risk for Type 2 Diabetes." *Journal of Pediatrics*, 136(3) : 365-9.

Young, T.K., P. McNicol et J. Beauvais (1998). "Factors Associated with Human Papillomavirus Infection Detected by Polymerase Chain Reaction Among Urban Canadian Aboriginal and Non-Aboriginal Women." *Sexually Transmitted Diseases*, 24(5) : 293-8.

9. INFORMATEURS CLÉS

Loretta Bayer
Directrice
Manitoba Aboriginal Health Strategy

Tom Bradfield
Gestionnaire, Négociations autochtones
Division de la santé autochtone
Ministère des Services de santé de la Colombie-Britannique

Bernice Downey
Directrice exécutive
Association des infirmières et infirmiers autochtones du Canada

Don Fiddler
Directeur de la santé
Ralliement national des Métis

Debra Gillis
Directrice
Division du soutien des programmes de santé
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
Santé Canada

Fjola Hart-Wasekeesikaw
Présidente, Comité consultatif sur la Recherche et l'information sur la santé
Organisation de la santé autochtone

Richard Jock
Directeur exécutif
Organisation de la santé autochtone

Denise Kouri
Directrice
Centre de recherche sur la régionalisation le RELAIS

Bill Lyall
Président, Comité de direction du Centre des Inuits
Organisation de la santé autochtone

Michael Martin
Analyste principal en matière de politiques

Judith Bartlett
Présidente, Conseil d'administration
Organisation nationale de la santé autochtone

Keith Conn
Directeur général
Direction des programmes de santé communautaire
Direction générale de la santé des Premières Nations et des Inuits
Santé Canada

Joan Feather
Directrice
Prairie Region Health Promotion Resource Centre

Tracy Gibbons
Conseillère en politiques
Secrétariat du Nord
Santé Canada

Michelle Harding
Directrice
Stratégie de ressourcement pour la guérison des Autochtones
Ministère de la santé de l'Ontario

Margaret Horn
Directrice exécutive
Organisation nationale des représentantes et représentants Indiens et Inuit en santé communautaire

Elaine Johnston
Directrice
Secrétariat à la santé
Assemblée des Premières Nations

Nathalie Lachance
Directrice, Centre des Métis
Organisation nationale de la santé autochtone

Miriam Lyall
Comité de direction du Centre des Inuits
Organisation nationale de la santé autochtone

Gail McDonald
Directrice, Centre des Premières Nations

Organisation de la santé autochtone

Heather McNeill
Présidente, Comité consultatif sur la santé, le
renforcement des capacités et l'éducation du public
Organisation de la santé autochtone

Richard O'Brien
Sous-ministre adjoint
Ministère de la Santé et des Services sociaux du
Nunavut

Cathy Praamsma
Sous-ministre adjointe
Ministère de la Santé et des Services sociaux des
Territoires du Nord-Ouest

Robert Watt
Directeur, Centre des Inuits
Organisation nationale de la santé autochtone

Organisation nationale de la santé autochtone

John O'Neil
Directeur
Manitoba First Nations Centre for Aboriginal Health
Research

France Picotte
Présidente, Comité de direction du Centre des Métis
Organisation nationale de la santé autochtone

Eric Shirt
Président, Comité consultatif sur la santé et la guérison
traditionnelles
Organisation nationale de la santé autochtone

Roberta Wraith
Gestionnaire de la santé
Métis Nation of Ontario